

Susana Rosa Lopez Barrios

**Saúde, democracia e gestão:
O caso dos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores das
Autarquias Hospitalares Regionais do Município de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências
Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

**São Paulo
2007**

A Emílio e Mari, meus pais, a André e Beatriz,
meus queridos filhos, pelo carinho, incentivo e
apoio que me ajudaram a chegar até aqui.

À pequena Luiza, minha neta, que tornou nossas
vidas mais felizes.

AGRADECIMENTOS

A solidariedade e o desprendimento de algumas pessoas me ajudaram a realizar o sonho de concluir esta tese, pelo que sou muito grata a todos.

A meus ex-colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, Aluizio, Carlos, Célia, Douglas, Deita, Emílio, Henrique, Jocelene e Sílvia, que gentilmente cederam seu tempo para as entrevistas desta pesquisa.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, em especial a Haidê Lima, Elizete A. Silva e Tikako, pela sua valiosa contribuição na compilação das atas e outros documentos dos Conselhos estudados.

Às companheiras da diretoria do Sindsep, Paulinha e Irene, pela disponibilidade e ajuda de última hora tão bem-vindas.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva, em especial a Lílian.

Aos funcionários do Serviço de Biblioteca da Faculdade de Medicina, na pessoa de Marinalva de Souza Aragão.

A Tatiana Ito, José Carlos de Aquino e a Suzana Gontijo pela valiosa contribuição na revisão e tradução desta tese.

Ao professor Francisco Bernardino Tancredi, meu orientador no curso de mestrado, com quem iniciei minha trajetória acadêmica.

Aos professores Paulo Elias, Gastão Wagner e Maria Novaes pelas oportunas contribuições durante a qualificação do projeto desta tese e, ainda, aos professores Peter Spink e Fernando Abrúcio pelo acolhimento e orientações ao meu estudo.

Um especial agradecimento ao querido mestre, Gonzalo Vecina Neto, pela gentileza com que me atendeu e forneceu informações importantes às conclusões desta tese.

A Eleni, por sua costumeira dedicação e paciência nos muitos momentos de nosso trabalho diário.

A meus amigos de todas as horas e companheiros de militância, Sandra, Andréa, Cláudio, Ivone, Fran, Tânia, Claudia, Jacinto, Arnaldo, Chico e Tarcísio, entre tantos outros, pela compreensão do meu afastamento das nossas atividades e dos momentos de alegria em que compartilhamos nossa amizade.

Às pessoas queridas de meu dia a dia, em especial a Antonio, pelo carinho, suporte e ajuda, sem o que não teria sido possível chegar ao fim desta tese.

Agradeço a meus pais, por me ensinarem a valorizar a verdade, o respeito às pessoas e o conhecimento.

Agradeço a minha filha Beatriz, por sua carinhosa preocupação comigo e suas valiosas críticas e contribuições que me ajudam a refletir. E, da mesma forma, a meu filho André, por seus importantes questionamentos e subsídios que ajudam a reorientar meu caminho.

Por fim, agradeço muitíssimo a Ana Maria Malik, não só pela confiança que demonstrou em mim aceitando esta orientação; pelo estímulo e a delicadeza com que conduziu este processo, mas principalmente, pela oportunidade que tem me dado, ao longo de todos os anos de nosso relacionamento, de aprender novos conhecimentos e de me servir como exemplo de conduta ética e moral.

“Tudo menos a inércia, o mal dos males, o que mais vexa a dignidade humana”.

Goethe, Fausto

“Aproximar-se do início significa sempre dar-se conta de outras possibilidades abertas no processo de retorno do caminho percorrido”.

Gadamer, Verdade e Método

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Commitee of Medical Journals Editors* (Vancouver) Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2^a. Ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

RESUMO

SUMMARY

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 <i>O motivo</i>	<i>1</i>
1.2 <i>A crise de gestão do Estado: uma breve retrospectiva histórica.....</i>	<i>6</i>
1.2.1 <i>O conceito de governança.....</i>	<i>15</i>
1.3 <i>Sobre a democracia representativa e a participação social:... alguns conceitos e uma breve análise.....</i>	<i>22</i>
1.3.1 <i>Os avanços da democracia na gestão da saúde no Brasil: análise; limitações e propostas</i>	<i>30</i>
1.4 <i>A implantação do SUS no Município de São Paulo.....</i>	<i>32</i>
1.5 <i>O modelo autárquico na gestão da rede hospitalar da SMS</i>	<i>42</i>
2 A PERGUNTA	47
3 OBJETIVOS.....	48
3.1 <i>Objetivo Geral.....</i>	<i>48</i>
3.2 <i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>48</i>
4 PRESSUPOSTOS.....	49
5 MÉTODOS	50
5.1 <i>Seleção de casos</i>	<i>50</i>
5.2 <i>Método.....</i>	<i>53</i>
5.3 <i>Análise contextualizada e triangulação.....</i>	<i>67</i>
6 RESULTADOS.....	71
6.1 <i>Organização dos Conselhos</i>	<i>71</i>
6.2 <i>Perfil dos Conselhos.....</i>	<i>82</i>
6.3 <i>Descrição das entrevistas.</i>	<i>93</i>
6.4 <i>Interpretação</i>	<i>117</i>
7 DISCUSSÃO.....	126
8 CONCLUSÕES	134
9 ANEXOS	138
10 REFERÊNCIAS	147
11.BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	152

LISTA DE ABREVIATURAS

AA – Autarquia A

AB – Autarquia B

AC – Autarquia C

BNDES – Banco Nacional de desenvolvimento

BM – Banco Mundial

CA - Conselho A

CadA – Conselheiro do segmento administração do Conselho A

CadB - Conselheiro do segmento administração do Conselho B

CB – Conselho B

CC – Conselho C

CLAD – Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CONDEF – Conselho Deliberativo e Fiscalizador

GC – Governança Corporativa

NPM – *New Public Management*

ONG – Organização não Governamental

PAS – Programa de Ajuste Estrutural

RH – Recursos Humanos

S – Conselheiro Suplente

SA – Superintendente A

SB – Superintendente B

SC – Superintendente C

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

T – Conselheiro titular

TCM – Tribunal de Contas do Município

RESUMO

Lopez Barrios SR. *Saúde, democracia e gestão: O caso dos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores das Autarquias Hospitalares Regionais do Município de São Paulo* (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

O propósito desta tese foi analisar como os Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores das Autarquias Hospitalares Regionais do Município de São Paulo exerceram suas funções de controle da gestão desses entes públicos e deliberaram sobre as políticas de saúde de sua competência em sua área de abrangência. Buscou-se, ainda, analisar o papel que os membros desses Conselhos de Saúde desempenharam; a influência exercida pelos gestores desses serviços de saúde, bem como os fatores limitantes à sua atuação e desempenho. Realizou-se pesquisa qualitativa de estudo de caso com triangulação de fontes. Foram entrevistados os superintendentes das Autarquias analisadas e os presidentes dos respectivos Conselhos, através de roteiro de entrevistas semi-estruturadas. Foi feita, ainda, a análise de documentos oficiais, incluindo as atas das reuniões desses Conselhos do período de julho de 2002 a dezembro de 2004; legislação municipal correlata; portarias do executivo municipal e documentos oficiais, entregues para vistas desses fóruns de participação comunitária. Esses Conselhos, tripartites e paritários, se reuniram mensalmente. Contaram com a participação dos membros dos segmentos usuários e servidores, porém os representantes do governo estiveram ausentes nos três conselhos, evidenciando sua falta de motivação e uma barreira à participação por conflito de interesses inerentes à suas funções na administração pública. Foi evidenciado que houve fiscalização das ações do executivo, apesar da falta de preparo técnico e da dificuldade de compreender a linguagem da burocracia do setor público. Tiveram acesso às informações contábeis, financeiras e assistenciais dessas Autarquias, demonstrando o respeito dos gestores pelo controle social. Deliberaram-se questões pontuais da gestão, mas não políticas de saúde. A capacidade de influenciar as decisões do superintendente foi maior quando, para esse executivo, a participação social representou um grande valor. Observou-se, também, o amadurecimento desses fóruns com o exercício de suas funções e o investimento em sua capacitação que foi objeto de preocupação, principalmente de seus presidentes. Concluiu-se que, apesar dos fatores limitantes a seu desempenho, representam uma instância institucional de participação e controle que contribuiu para o acesso da sociedade organizada às instâncias de gestão, aproximando Estado e cidadãos e superando os limites da democracia representativa.

Palavras-chave: participação comunitária; democracia; controle; conselhos de saúde; estado; governo; setor público; administração pública; serviços de saúde

SUMMARY

Lopez Barrios SR. *Saúde, Democracia e Gestão: O Caso dos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores das Autarquias Hospitalares Regionais do Município de São Paulo* (thesis). Sao Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

The purpose of this thesis was to analyze how the Deliberative and Supervisory Councils of Regional Hospital Autarchies in the city of Sao Paulo played their role of controlling management of these public institutions and resolved about their health policies within the Council coverage area. Moreover, it aimed to consider the role played by the health council members; the influence exerted by managers of these healthcare services, as well as the factors restricting their function and performance. A qualitative case study was conducted with triangulation of sources. The superintendents of the Autarchies studied and the presidents of the respective Councils were questioned by means of semi-structured interviews. Official document analysis was conducted including the minutes of Councils' meetings from July 2002 to December 2004; related municipal legislation; decrees of the municipal executive branch and official documents submitted to consideration of these community participation forums. These tripartite and paritary Councils held monthly meetings, with the participation of users and employees; however, the government representatives did not often take part in the three councils, demonstrating possible lack of motivation and/or an obstacle to participate due to conflict of interests inherent to their public administration functions. It was shown that the executive branch actions had been supervised despite lack of technical preparation and difficulty to understand the language of public sector bureaucracy. The members had access to accountancy, financial and healthcare information of these Autarchies, which demonstrates respect of managers for social control. They deliberated punctual management issues but not health policies. The capacity to influence the superintendent's decisions was greater when social participation represented a real value for this executive professional. Furthermore, these forums are more mature in playing their roles and investing in capacity-building processes, which are a concern, particularly to their presidents. It was concluded that despite the factors limiting their performance, the Councils represent an institutional forum of participation and control that contributes to access of the organized society to management agencies, thus placing the State and citizens closer to each other and overcoming the limits of representative democracy.

Descriptors: community participation; democracy; control; health councils; state; government; public sector; public administration; health services

1. INTRODUÇÃO

1.1 O motivo

A motivação que tive para a realização deste trabalho partiu dos questionamentos que me fiz, provocados pela criação dos Conselhos das Autarquias Municipais Hospitalares da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo em 2002. Estas Autarquias administram unidades de atendimento a urgência, emergência e internação hospitalar, e compõem subsistemas locais de assistência à saúde. Simultaneamente à sua criação, foram constituídos seus respectivos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores (CONDEFs) que representam a instância máxima de decisão desses entes públicos, com poder deliberativo e de controle do executivo.

Chamou-me a atenção uma peculiaridade na composição desses Conselhos em relação aos demais desse setor: dá assento a representantes eleitos da comunidade local; a funcionários e representantes da administração, como os demais conselhos gestores, porém há impedimento formal para que o Superintendente, o principal executivo das Autarquias, seja um dos seus membros, somente podendo participar das reuniões se convocado pelo Conselho. Essa particularidade em sua composição suscitou-me o questionamento de com qual grau de independência do gestor das Autarquias esses fóruns exerceram suas funções de deliberação e controle. Caso este conselho seja de fato um interlocutor entre a comunidade e o executivo, será capaz de aproximar esse gestor das demandas de saúde da sociedade local, ajudando a superar as lacunas da democracia representativa? Esta tese foi realizada no intuito de

analisar a atuação desses conselhos e identificar seu papel como coadjuvantes na governança democrática dessas Autarquias.

A escolha do objeto deste estudo se justifica por se entender que os Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores das Autarquias Hospitalares do Município de São Paulo têm um papel relevante na consolidação do papel da sociedade como partícipe da gestão da coisa pública, na administração das unidades hospitalares e de urgência/emergência da Secretaria Municipal de Saúde desse Município. Devem atuar como órgão fiscalizador das ações executadas pelo gestor local, mediante a análise periódica da execução orçamentária, custeio e investimentos. Esse papel fiscalizador deve ser exercido ainda sobre a qualidade da assistência. Esses conselhos também representam uma oportunidade para aproximar os usuários e trabalhadores da gestão estratégica dos serviços de saúde administrados por essas Autarquias.

Elias (2000) afirma que os fóruns de controle social são espaços políticos de participação direta dos cidadãos, nos quais esses têm a oportunidade de deliberar sobre os problemas e os conflitos que identificam em seu dia-a-dia e influenciar as decisões do poder executivo. Sua importância também reside no fato de se constituírem em espaços de deliberação e divulgação das políticas públicas, aumentando a publicização e a vigilância da sociedade também sobre as ações deste setor. O espaço de participação social é ainda um espaço pedagógico, em que se dá um processo de construção coletiva do conhecimento. O mundo do trabalho ou das organizações é um espaço para a construção de novas subjetividades nas quais, por meio do compartilhamento da gestão, os grupos vão adquirindo maior capacidade de

análise da realidade e de si mesmos, bem como maior capacidade de intervenção sobre esta própria realidade. São também espaços de efetivação da consciência sanitária. (Campos, 1999)

Azevedo e Anastácia (2002) propõem, como contraponto aos limites da democracia representativa, a criação de instâncias institucionalizadas de participação, de modo a dar voz aos cidadãos para que possam, expressar suas necessidades e exercer o controle público do exercício do poder. Esses autores explicam que a capacidade de criação desses canais de mobilização e o comprometimento da sociedade na gestão pública, associada à “capacidade operacional da burocracia governamental”, moldam os limites e a competência da governança.

As formas de inserção da sociedade na gestão e no controle do Estado vêm passando por mudanças desde meados do século vinte, acompanhando as transformações das políticas de intervenção do Estado sobre a sociedade e as distintas concepções sobre qual deva ser seu papel, mais ou menos provedor, mais ou menos regulador. A participação da sociedade como sujeito ganha destaque a partir da crise do Estado e da crise da democracia representativa, quando os conceitos de governabilidade, governança e controle social entram em cena com *nuances* e pesos diferentes colorindo a história recente.

A ocupação do território passou a ser majoritariamente urbana. Nos anos 1950, mais de 70% população mundial vivia no campo. Com os movimentos migratórios no início do século XX cerca de metade da população mundial passou a

viver nas cidades¹. No Brasil, esses números não são diferentes: nesse mesmo período, a ocupação das cidades passou de 21% para 81%² nos anos 2000. O desenvolvimento de novas tecnologias de comunicação difundiu a informação com maior velocidade e aproximou as fronteiras. A sociedade majoritariamente urbana, diversificada e heterogênea que reúne uma diversidade de valores e interesses.

O Estado passa por redefinições de seu papel, *pari passu* à necessidade de adequar-se às mudanças e à globalização da economia. Assim também, vem para o debate o papel dos cidadãos nesse contexto, não apenas como demandante de políticas públicas, mas como sujeitos propositivos e fiscalizadores e, em suma, legitimadores do próprio Estado.

Os conceitos de controle social e de governança ganham evidência no cenário político internacional a partir dos anos 1990. Souza (2004), analisando o processo de descentralização da gestão no Brasil, explica que ele tem um caráter eminentemente político pelo fato de ter sido concebido durante o processo de democratização da política nacional, em plena discussão e elaboração da carta constitucional do país. Segundo a autora, entre os compromissos dos parlamentares à época, estava o de “consolidar a democracia, por meio do *empowerment* das comunidades locais no processo decisório sobre políticas públicas”. Reforça essa idéia de fortalecimento da participação social na gestão afirmando que essa atitude não se limitou apenas a criar

¹ Fonte: Portal do Agronegócio, acesso em 27/01/2007
<http://www.portaldoagronegocio.com.br/index.php?p=texto&&idT=697>

² Fonte: IBGE, censos 1940; 2000.

uma instância protocolar “mas tem significado também o envolvimento das comunidades locais no processo decisório e de controle da implementação de políticas sociais”. Conclui afirmando que por este motivo no Brasil esta política se diferencia de muitos países em desenvolvimento, em que tem caráter exclusivamente administrativo.

A apresentação deste tema está dividida em capítulos que abordam separadamente as crises do Estado e da democracia representativa, no âmbito mundial, bem como suas repercussões na política nacional e, em particular, na área da saúde. São apresentadas as propostas para o enfrentamento dessas crises no mundo e no Brasil e o papel da sociedade na participação e no controle social da gestão pública.

Advoga-se, nesta tese, que é necessário potencializar e qualificar a articulação entre a sociedade civil e o Estado no sentido de contribuir com a identificação das necessidades de saúde dos cidadãos, assim como de somar eficácia à tomada de decisões do poder executivo. Nunez (2004) ressalta a contribuição da governança aplicada ao estudo de políticas de saúde, que, em sua opinião, é de primordial importância para “identificar los mecanismos sociales que permiten transformar los principios bajo los cuales se articula la sociedad civil con el estado para atender de manera incluyente las prioridades en salud con una organización descentralizada y participativa”.

1.2.A crise de gestão do Estado: uma breve retrospectiva histórica

A questão da participação da sociedade, dos cidadãos, no processo de deliberação, decisão e controle das ações do governo, em defesa de seus interesses tem pautado cada vez mais o debate político no mundo. Observa-se que o movimento de participação democrática ganha força na segunda metade do século XX, no âmbito internacional, num momento em que a crise de governabilidade dos Estados se alastra no cenário político.

Crescem as dificuldades dos governos de atender às novas demandas da sociedade. Entraram em pauta, além das questões de acesso ao mercado de trabalho, o debate e a luta pelos direitos sociais. Além das reivindicações por serviços, como transporte, saúde e educação, e recursos (fornecimento de energia e água, asfaltamento, saneamento básico) organizam-se grupos de interesses com demandas próprias e que pressionam os governos para tê-las contempladas. A mudança de valores morais da sociedade expressa-se nas reivindicações de movimentos sociais por direito à igualdade de gêneros, liberdade sexual e defesa do meio ambiente, que se somam às reivindicações clássicas por emprego e renda. (Sposati, 2002)

A década de 1970 marca o auge da crise do Estado de Bem-Estar Social. Também conhecido como Estado Provedor ou Estado de Bem-Estar, consolida-se no período entre as duas Grandes Guerras Mundiais e se expande no mundo ocidental após os anos 1950. Caracterizou-se pelo intervencionismo econômico e social, com vistas à reestruturação dos Estados europeus, abalados no pós-guerra. Durante três

décadas, assistiu-se ao crescimento econômico desses países, associado à melhoria das condições de vida e de emprego e renda. Bento (2003), a esse respeito, avalia que o Estado de Bem-Estar significou “um esforço de reconstrução nacional (...) tanto do ponto de vista econômico como político e ético”. O autor afirma que, no plano político, o Estado de Bem Estar representa o fortalecimento de regimes democráticos; do ponto de vista ético, reconheceu os direitos sociais, investiu na justiça distributiva e na cidadania. Do ponto de vista econômico, assumiu papel de destaque como provedor de recursos, ao garantir direitos sociais e pleno emprego. Esses custos que o Estado assume para si, contudo, aliviam o capital dos gastos com a reprodução da força de trabalho e da reprodução do próprio capital. Gozzi (2004) explica essa questão, ancorado na Teoria Marxista do Estado, segundo a qual esse passa a assumir funções que firmam sua presença no processo de acumulação e cuja “política econômica (...) (monetária, fiscal e social) subordina-se progressivamente à lógica de valorização do capital”. O aumento da despesa pública que leva ao endividamento do Estado é fruto dessa sua política econômica, pela qual assume os custos da reprodução do capital cada vez mais dependente de incorporação científica e técnica. O aumento da complexidade do processo de produção exige, além do investimento em tecnologia e desenvolvimentos de pesquisas, também investimentos na formação de mão-de-obra qualificada para funções cada vez mais especializadas.

A crise do Estado de Bem Estar social é resultado de três fatores (Bento 2003): perda de legitimidade do Estado; problemas estruturais intrínsecos ao modelo e crise fiscal. A crise fiscal, associada às limitações da democracia representativa, compromete a legitimidade e acentua a crise do Estado de Bem-Estar Social.

Em relação à perda de legitimidade do Estado, pode-se dizer que é o resultado do impacto das mudanças nos meios de produção sobre a representação social associada à sua baixa capacidade de resposta às novas demandas sociais. O Estado, endividado pelos gastos sociais com que se comprometeu, passa a tomar recursos de investidores. Nas últimas décadas do século XX, o desenvolvimento tecnológico e a globalização da economia alavancaram o desenvolvimento do capitalismo financeiro, ágil e capaz de alocar recursos em qualquer lugar do mundo.

O diagnóstico neoliberal para esta crise se apóia no argumento do endividamento do Estado para atender às demandas sociais e da conseqüente crise fiscal devida ao aumento de tributos na busca de equilibrar a economia. A proposta de enfrentamento envolve “retorno às leis de mercado, à ortodoxia econômica e à austeridade do orçamento público e à diminuição do tamanho do Estado”. Essas medidas, porém, não surtem o efeito desejado, tendo sido consideradas um fracasso se sua motivação era a recuperação econômica.

Nos países em desenvolvimento, em especial na América Latina, o programa de ajuste estrutural visando a construção de confiança perante o capital internacional acarretou ciclos particularmente agudos de recessão econômica, haja vista a necessidade de assegurar a continuidade do serviço da dívida externa como prova de confiabilidade. A influência maciça de capital internacional, por sua vez, acaba corroendo as forças do setor produtivo nacional, conduzindo à internacionalização da economia, prejudicando o investimento produtivo no mercado doméstico, mormente em face de taxas progressivamente elevadas de juros. (Bento, 2004)

Na avaliação do Conselho Científico do CLAD³ (Bresser-Pereira e Cunill Grau, 2006) o insucesso deste modelo se deve não só a perda de sua eficácia diante das mudanças no cenário econômico, mas fundamentalmente porque se “esgotaram suas bases de legitimidade social”.

Sobre a crise da democracia representativa, esta expressa a incapacidade do legislativo em “fazer valer os interesses do grupo social que o elegeu” (Bento, 2003). Até o advento do sufrágio universal, o parlamento não evidencia os conflitos políticos da sociedade. Tinha uma composição homogênea, pois representava uma parcela da sociedade os proprietários capitalistas. O sufrágio universal dá acesso a toda a sociedade: ao sistema representativo. As classes sociais menos abastadas assumem uma fração expressiva do eleitorado. O ambiente legislativo passa a expressar os conflitos de poder e os ideológicos das diferentes classes sociais. Ocorre que, se de um lado, o desenvolvimento permite à sociedade cobrar do Estado seus direitos, de outro a luta política acirra a disputa de seus representantes eleitos para fazer valer os anseios de seus eleitores e, dessa forma, manterem-se no poder.

Em 1975, o tema da "governabilidade" das democracias foi objeto de um relatório, preparado por Crozier, Huntington e Watanuki, da Comissão Trilateral⁴. Esse relatório tinha como hipótese central que os problemas de "governabilidade" na Europa ocidental, no Japão e nos Estados Unidos eram oriundos da cisão entre o

³ CLAD: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo
www.clad.org.ve

⁴ A Comissão Trilateral, fundada em 1973 por David Rockefeller, é uma organização internacional privada composta por personalidades não governamentais das áreas empresarial, política, acadêmica e da imprensa da América do Norte, Japão e Europa. Sua missão é a de promover a internacionalização dos negócios e aumentar a competitividade global das economias.

aumento crescente das demandas sociais e a escassez de recursos do Estado, tanto no que se refere à falta de recursos financeiros, humanos, de estrutura, quanto àqueles relativos a sua capacidade de gestão. No verbete ‘governabilidade’ do Dicionário de Política, Pasquino (2004) explica a crise de governabilidade como o resultado da falta de capacidade de os governantes responderem às exigências dos cidadãos, além daquilo que as políticas públicas de cada época conseguiam suprir.

Na democracia representativa delega-se e legitima-se a tomada de decisão aos poderes executivos, eleitos por sufrágio universal, mas que nem por isso representam ou atendem às necessidades dos cidadãos. Gerou-se, no setor público, um conflito de pertencimento. A quem pertencem o direito à tomada de decisão e à definição dos resultados que se espera da gestão pública? Haveria instâncias de participação da sociedade com potência suficiente para garantir que a ação do gestor público atenda aos interesses da sociedade?

As propostas de reorganização do Estado para torná-lo mais eficiente e competente para atender aos anseios e demandas da sociedade tinham como premissa a necessidade de superar sua incompetência administrativa, que justificaria o desperdício de recursos financeiros e a insatisfação dos cidadãos com a insuficiência dos recursos públicos. Numa relação direta de causa-efeito, a proposta neoliberal para torná-lo mais eficiente, com melhor capacidade de utilização desses recursos na oferta de serviços à sociedade, presumia a transferência de funções do Estado para a iniciativa privada.

Essa política de Estado mínimo foi fortemente impulsionada pelo Banco Mundial nos países emergentes nos anos 1980. Sob a alegação de superar a incompetência administrativa desses governos, o Banco defendeu a implantação das medidas chamadas de “Boa Governança”, que fizeram parte do desenho de um modelo administrativo que prometia promover o aumento de eficácia da máquina pública e, principalmente, a redução de gastos desse setor: o *New Public Management*. Esse modelo de administração, que prega como princípios fundamentais, a prestação de contas, o respeito às leis, a transparência, a ética e a equidade, exclui o principal interessado, o cidadão, da discussão do que se deve fazer; de a quem se prestam as políticas de governo e de ‘para quem’ veio o Estado.

O Banco Mundial,⁵ nos anos 1980, passa a financiar projetos de desenvolvimento das populações não mais como vinha fazendo desde a criação da Agência de Desenvolvimento Internacional, na década anterior, quando tomava recursos de países desenvolvidos e os emprestava aos países em desenvolvimento, sem juros, mas utilizando um modelo de condicionalidade conhecido como “Plano de Ajuste Estrutural”. Consiste numa série de recomendações aos países em desenvolvimento para o ajuste macroeconômico, baseada nas medidas elaboradas por um conjunto de agências multilaterais e organismos internacionais que se reuniram em Washington em 1989. O Consenso de Washington tinha por objetivo garantir o pagamento da dívida desses países e o seu financiamento externo.

⁵ O Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional foram fundados em 1944 durante conferência em Breton Woods, EUA, com a missão de reduzir a pobreza e melhorar as condições de vida mediante empréstimos, assistência técnica e orientação política a países em desenvolvimento.

No final dessa década, o Banco passou a financiar projetos na área da saúde e, também, a interferir no processo de formulação de políticas nessa área, atuando na “redução da participação do Estado no financiamento de serviços de saúde, no fortalecimento dos setores não governamentais ligados à prestação de serviços e na descentralização dos sistemas públicos de saúde”. (Misoczky, 2003)

A autora esclarece que o mote de acelerar o desenvolvimento econômico dos países emergentes não se concretizou. Ao contrário, a partir de 1997, vários países que adotaram suas condições de ajuste estrutural viram a economia nacional ser gravemente comprometida. Cita, como exemplo, a ‘quebra’ da economia da Argentina que recebeu sucessivas notas “A” pela avaliação positiva do FMI por sua adequação a essas diretrizes.

De fato, representavam um conjunto de reformas macroeconômicas e setoriais julgadas indispensáveis para a abertura generalizada dos mercados, legitimadas pelo objetivo, sempre presente, da luta contra a pobreza, ou seja, como nesse modelo prevalece a lógica de mercado e, portanto, os seus interesses, os direitos sociais, são tratados, igualmente, como bens de consumo e, dessa forma, voltados a atender aos objetivos dos grupos dominantes em detrimento do conjunto da sociedade. (Spozati, 2002)

Segundo Milani e Solinis (2002), essa foi uma estratégia de que o Banco lançou mão para cobrar dos Estados em desenvolvimento sua incompetência institucional ante os resultados ruins, quando da implementação do PAS, Programa

de Ajuste Estrutural. Esses autores citam, ainda, que isso consta do relatório de 1994 no qual o Banco justifica os fracassos do PAS não só, mas prioritariamente, devido à “má governança” vigente nesses países.

Não é a pretensão deste estudo discutir em profundidade a crise do Estado e suas conseqüências, tema polêmico e extenso. Porém entende-se que, da maneira pela qual foi abordada pelas correntes neoliberais, e com maior destaque em relação aos países emergentes, essa proposta é no mínimo reducionista. Faz-se essa afirmação por dois motivos: por considerar que a resposta a essa questão não pode prescindir da participação do maior interessado, o cidadão, objeto das ações do Estado e porque criou um juízo de valor maniqueísta entre os dois setores, público e privado, cabendo ao primeiro a pecha de incompetente e ao segundo o título de salvador da pátria.

Grupos de interesses da sociedade civil vêm se organizando em torno de demandas específicas, que têm como ponto comum a reivindicação pela participação social na gestão pública, bem como pelo controle das ações do governo: o controle social. No Brasil, particularmente no setor da saúde, esses grupos nos anos 1980, como os ‘movimentos sociais’, que tiveram reconhecida a sua importância histórica na reestruturação das políticas públicas desse setor no país.

Palma (2003), a esse respeito, discorre sobre a necessidade de a sociedade evoluir em propostas novas, inclusive em relação aos modelos de governo que façam jus à complexidade da configuração social e à conseqüente incapacidade dos

modelos tradicionais de garantirem a esperada eficácia do Estado. Reconhece que esse processo transformador, “novo e instigante”, não se faz sem “tensão e diversidade”, porém ressalta o papel da sociedade na construção de formas de controle e ingerência na governabilidade dos governos, tanto no âmbito local quanto no nacional e mundial para, dessa forma, garantir a estrutura sólida de sustentação do próprio processo. Nesse sentido, observa que o mais importante é definir a quem compete essa construção, ou seja, à própria sociedade. Advoga a favor da relevância do papel dos cidadãos nesse processo como forma de garantir a sustentabilidade e legitimidade.

1.2.1 O conceito de governança

No Século XX surgiram várias propostas de engajamento da sociedade na política e na economia em diferentes contextos históricos, políticos e de organização social. Conceitos como controle social e participação social e a crítica à democracia representativa vêm à cena em momentos distintos e com múltiplos significados. Colorindo a tela da crise do Estado e tecendo propostas também antagônicas ganha destaque no cenário o conceito político de governança.

O debate pela busca pela maior eficiência das organizações tem servido de esteio à adoção de modelos de gestão, tanto no setor público quanto no privado, que incluam os objetivos de grupos de interesses distintos. Maior transparência, difusão do poder e níveis crescentes de interdependência têm servido para ampliar a efetividade das organizações, assim como para intensificar a necessidade de instituir novos arranjos de mercado, no campo internacional.(Souza e Almeida, 2003).

Desde a primeira metade do século XX, esse processo vem amadurecendo, tomando espaço, ganhando adeptos e vias de legitimação e legalização. Apesar das diferentes linhas políticas de pensamento que se podem identificar sobre esse assunto, a participação é um conceito comum a elas. Pode-se considerar entre os interessados nela tanto grupos representantes da sociedade organizada, num âmbito mais abrangente das políticas públicas, quanto os sócios, ou mesmo os credores, fornecedores ou acionistas de uma empresa privada.

No Brasil, no setor público, passa a ter relevância o papel da sociedade na gestão do sistema de saúde. O conceito de participação social consolida-se no arcabouço legal desse setor e é incorporado como prática de gestão. A constituição de 1988 cria o Sistema Único de Saúde – SUS - que tem como uma de suas premissas a participação da sociedade na gestão dos serviços a ela oferecidos. Cria-se a oportunidade histórica de ela migrar de uma atitude passiva, como mera consumidora de serviços, e passar a atuar como um verdadeiro agente de mudanças. A Lei 8080/90, que regulamenta o SUS, define a participação dos conselhos no processo de planejamento e orçamentação do Sistema. A Lei Federal 8142/90 cria os conselhos e define suas competências. São definidos como órgãos colegiados, com caráter permanente e deliberativo, devendo “atuar na formulação de estratégias de saúde e no controle da execução da política de saúde incluídos os aspectos econômicos e financeiros”.

Concomitantemente, no campo internacional, a globalização da economia traz a reboque conflitos resultantes do deslocamento da autoridade. Nasce, dessa discussão, propostas de gestão dos interesses internacionais que afetam economias e políticas nacionais, bem como interesses comuns à sociedade mundial, como é o caso da gestão de recursos naturais, fontes de energia, entre outros. Constroem-se os conceitos de governança mundial e as reflexões sobre governança sem governo.

Encontram-se, na literatura, referências ao conceito de governança que destacam sua relevância na gestão das organizações públicas:

Uma nova geração de reformas administrativas e de Estado, que têm como objeto a ação conjunta, levada a efeito de forma

eficaz, transparente e compartilhada, pelo Estado, pelas empresas e pela sociedade civil, visando uma solução inovadora dos problemas sociais criando possibilidades e chances de um desenvolvimento futuro sustentável para todos os participantes. (Löffler, 2000, citado por Kissler e Heidemann, 2006)

É a capacidade das sociedades humanas para se dotarem de sistemas de representação, de instituições, de regras, de procedimentos, de meios de avaliação, de processos, de corpos sociais capazes de gerir as interdependências de maneira pacífica. (Calame, 2004)

Sistema institucional no qual se dá a ação de governar, porque não se governa no vazio nem com completa liberdade, mesmo no cenário de restrições e incentivos que são as instituições do governo. (Prats I Catalá, 2006)

A “*Aliança por um mundo responsável, plural e solidário*” reuniu grupos internacionais para discutir sobre o tema governança em dois âmbitos: espaço de governança (do local ao mundial); desafios setoriais (saúde, tecnologia, educação, entre outros) que resultaram na proposição de que a governança refere-se à capacidade de combinar os meios técnicos científicos, financeiros e humanos de modo a assegurar o pleno desenvolvimento individual e coletivo.

Na referência de Milani e Solinis (2002), encontra-se a explicação de que:

"A literatura acadêmica sobre a governança define-a, *grosso modo*, como um processo complexo de tomada de decisão que antecipa e ultrapassa o governo. Os aspectos frequentemente evidenciados (...) estão relacionados: à legitimidade do espaço público em constituição; à repartição do poder entre aqueles que governam e aqueles que são governados; aos processos de negociação entre os atores sociais (...); e à descentralização da autoridade e das funções ligadas ao ato de governar".

Segundo esses autores, há seis diferentes modos de enxergar o conceito de governança: a governança como Estado mínimo; a governança corporativa; a governança como ‘*new public management*’; a "boa governança"; a governança como

sistema sociocibernético e a governança como conjunto de redes organizadas. A governança como Estado mínimo refere-se às ações de enxugamento do papel do Estado, repassando à iniciativa privada o papel de produção de serviços, com o objetivo de reduzir o custo e os *deficits* públicos. A governança corporativa concentra suas atividades na eficácia dos resultados e na transparência da gestão. A governança, como "*New Public Management*" (NPM), prega a gestão e os novos mecanismos institucionais em economia, por meio da introdução de métodos de gestão do setor privado e do estabelecimento de medidas incitativas ("*incentives*") no setor público. Oriunda das políticas do Banco Mundial tem como premissas a eficácia dos serviços públicos; a privatização das empresas estatais, o rigor orçamentário e a descentralização administrativa. Essas medidas eram consideradas de 'boa governança', pois visavam a conferir maior eficiência aos serviços públicos. A governança como sistema sociocibernético pode ser entendida no papel de coadjuvante que emerge do sistema sóciopolítico como resultado da interação intervencionista dos atores envolvidos. Nesse capítulo, gozam de prestígio os conceitos de co-gestão; coestratégias e coregulação. São exemplos as parcerias público-privadas. A governança como conjunto de redes organizadas considera o Estado mais um ator no sistema mundial no qual diferentes atores interagem, ou não, em redes integradas (ONGs, redes profissionais e científicas, meios de comunicação), desenvolvem suas políticas e modelam o ambiente desse sistema.

Bava (2004) aponta para o viés do enfoque que os governos deram à governança nos anos 1990. Segundo esse autor, fatores importantes como "o desemprego, o aumento abusivo das tarifas públicas, a redução da cobertura e da

qualidade das políticas públicas e da proteção social aos cidadãos”, em governos que se submeteram ao Consenso de Washington, levaram a uma forte reação popular e essa a crises políticas em diversos países, no âmbito internacional. A resposta à pressão popular sobre a dívida do Estado na atenção às demandas sociais foi assumir a suposta incapacidade do Estado para tal. Nesse momento, retomou-se a questão da governança aos moldes dos anos 1970, ou seja, como nos lembra o autor, “ao invés de questionar as políticas que provocavam a reação popular, os organismos internacionais pautaram o tema da governança, ou seja, de como os governos podem se manter em situações nas quais não contam mais com o apoio e a legitimidade da maioria de seus cidadãos e cidadãs (...) a principal questão ao se discutir governabilidade era desarmar a capacidade de pressão popular e reduzir as demandas sobre o Estado”.

Ainda nessa mesma linha de pensamento, argumenta que a discussão sobre governança dissociada das políticas do Estado constituiu-se numa “operação ideológica que passou a ocultar as razões das crises de governabilidade”. Traz à luz a questão da necessidade de rediscutir e redefinir as relações público-privado e as relações Estado e Sociedade Civil.

A governança compreende, além da esfera de governo, aquela não governamental, em que os atores sociais, assumindo seu papel intervencionista como membros de grupos de pressão, poderão intervir e modificar as ações dos governantes. Conclui-se que governança é um conceito mais amplo do que o de

governo e se coaduna ao conceito de Estado, no que se refere à defesa dos direitos sociais.

Sobre esta questão, Palma (2003), esclarece que:

O caráter transitório do governo é o que o diferencia tanto do conceito de Estado como do de governança. Assim, em Estado reside a idéia de arcabouço e de mecanismo permanente regulador da vida societária, enquanto a governança situa-se na esfera da cultura e do repertório existencial dos povos, particularmente em suas relações com o poder e sua capacidade de criar representações. Logo, seria pouco e redutor entender governança unicamente como governo, regulação de mercados e serviços, contrapartidas à dimensão eleitor-consumidor-contribuinte de cidadãos e cidadãos plenos, no gozo de sua saúde civil.

Mais recentemente fala-se de Governança Democrática, que na definição de Bava (2004): é “(...) uma peça de um quebra-cabeça maior, que o projeto de cada governo. Um *modus operandi* de exercer o governo para realizar um projeto público”. A governança como tal busca conectar os cidadãos “ao mundo da política e das decisões de interesse coletivo” suprimindo as lacunas, hoje reconhecidas, da democracia representativa.

Palma (2003) propõe a “superação da chamada democracia delegativa” que limita o exercício da cidadania à escolha daqueles a quem a sociedade delegará o poder de decidir e defende que esse processo de participação na governança carece de “um grau elevado de participação e organização”. Afirma, ainda, “(...) tratar-se de uma tarefa prioritariamente da sociedade civil (...) que saberá, a seu modo, que tipo de Estados governa ou é por eles governada”. Entende governança participativa “como parâmetro orientador na solução dos impasses e crises dos modelos institucionais”.

Por acreditar que os atores não-governamentais têm papel preponderante no exercício pleno da democracia, defende-se, nesse estudo, que a participação da sociedade na gestão pública cidadã contribui com o equilíbrio das relações de poder entre Estado e Sociedade, assim como para a garantia dos direitos sociais na esfera de governo de organizações públicas. Os atores não governamentais são aqueles que representam os diferentes segmentos da sociedade, organizados de forma a influenciar o gestor público.

Portanto, seja na esfera governamental ou privada, no âmbito nacional ou internacional, assim como no das políticas setoriais, está posta a questão da eficiência das instituições, de sua responsabilidade com os resultados e da reivindicação à participação dos interessados na gestão. Porém, esse não é um movimento homogêneo nem uníssono. Dá-se em momentos históricos distintos no mundo e com matizes políticos por vezes conflitantes, quando não opostos.

1.3 Sobre a democracia representativa e a participação social:... alguns conceitos e uma breve análise

A sociedade contemporânea vem se estruturando numa forma de organização cada vez mais complexa. A diversidade de atores hoje existentes nos subsistemas que compõem a sociedade exige de cada um maior poder de articulação e de negociação. Cada vez mais há demanda por espaços institucionais para deliberação sobre a gestão e que dêem acesso a esses atores, representantes de grupos de interesse da sociedade.

O Estado passa a não deter mais o monopólio da promoção do bem público, nem de sua definição. Cabe perguntar qual é esse espaço público “no qual se produz a democracia atualmente, um espaço público constituído de uma rede complexa de interesses, de interações entre atores e escalões de intervenções políticas” (Milani e Solinis, 2002). No presente trabalho, parte-se do pressuposto de que esse espaço deva ser o dos fóruns de participação cidadã na gestão pública, em que os atores sociais, representantes dos diversos grupos de interesse, tenham assento, deliberem e exerçam pressão sobre os governantes, no sentido de conferir mais eficácia às organizações desse setor.

Os espaços institucionais de participação cidadã vêm preencher a lacuna aberta pelo modelo político ocidental atual da democracia representativa, pelo qual a sociedade carece de espaços de ausculta e de voz em que possa ecoar a defesa de seus interesses coletivos. Está em pauta a discussão sobre a eficácia desse modelo.

Questionam-se a representatividade, a participação e a legitimidade dos atores políticos.

Segundo Urbinati (2005), os princípios centrais do governo representativo foram estabelecidos no século dezoito, associados a duas escolas de pensamento: o modelo eleitoral e o modelo representativo de democracia. O primeiro, segundo a autora, fundamenta-se no princípio da divisão de trabalho pelo qual, por meio do voto, a sociedade faz uma seleção funcional de *expertise*. Já o modelo representativo fundamenta-se no princípio do consentimento pelo qual a eleição representa o direito de acesso da sociedade à produção de leis. A autora alerta que o fato de ambos os modelos serem entendidos como “um único lugar (...) tornou as instituições elitizadas e teve como consequência a indução do consentimento popular a um ato de autorização” a seus representantes para decidir por eles ou apesar deles. Para esta autora, o processo eleitoral, nos Estados modernos, motivou um processo de separação entre Estado e sociedade além de destacar o papel das idéias na política: “o propósito idealizador do processo de representação”.

(...) a representação não pode ser reduzida nem a um contrato (de delegação) firmado através das eleições nem à nomeação de legisladores como substitutos do soberano ausente, porque sua natureza consiste em ser constantemente recriada e dinamicamente ligada à sociedade.

No sentido de aproximar os cidadãos da defesa de seus interesses coletivos, garantindo princípios éticos “do humanismo, do pluralismo e da solidariedade”, Bava (2004), argumenta que “será preciso encontrar novas formas de governar, que incluam a participação direta dos cidadãos e cidadãs nos processos de decisão sobre a orientação das políticas públicas, sobre a definição das prioridades de governo”. Em

outras palavras significa ‘democratizar a democracia’ incluindo a participação de atores coletivos na esfera local dos governos, com poder de deliberar sobre o que fazer, para quem e como, além de dar-lhes acesso às informações sobre o destino dos recursos públicos. Para tanto é necessário ampliar os mecanismos de descentralização da administração pública. As mudanças e inovações que permitem alcançar esses resultados não se restringem ao governo. É também necessário poder contar com o “apoio direto e massivo dos cidadãos”, a chamada ‘cidadania ativa’ capaz de “combinar a democracia representativa com o exercício da democracia direta”.(Calame, 2004)

Es cierto que la democracia local, fundada sobre el principio de la participación y no solamente de la representación política, desarrolla supuestamente un sentimiento de pertenencia a una comunidad, el compromiso, la generosidad, el sentido de la moralidad, el interés por los asuntos públicos, más allá de los intereses individuales (...) que distinga la democracia representativa de la democracia participativa. (Jouve, 2004)

A esse argumento soma-se a reflexão que Chon (2005) provoca sobre a ação impulsionadora da cidadania inerente ao processo de participação social. A autora afirma que as políticas sociais, quando associadas à construção da cidadania, são uma alavanca no “desenvolvimento das capacidades dos indivíduos para se organizarem na defesa e na representação de seus interesses” fazendo com que direitos reconhecidos legal e juridicamente venham a ser efetivados contribuindo para a redução da desigualdade social.

No Dicionário de Direitos Humanos o verbete ‘participação popular’ é definido como “a soberania do povo em ação, sua expressão concreta; o efetivo

exercício do poder político pelo seu titular. Como tal é inerente e indispensável à democracia contemporânea (...) o exercício direto do poder pelo povo, de forma individual ou coletiva (...) apresenta-se, assim, como uma espécie de reserva de poder da cidadania oponível ao Estado”. (Gavronski, 2006)

Cohn e Elias (2002) apontam para a importância da participação social que, associada à descentralização da gestão, é uma medida propulsora da democratização das políticas sociais no âmbito local. Isso se deve em grande medida à possibilidade de aproximar os gestores das demandas de populações específicas contribuindo para a definição de prioridades. Os autores reconhecem os conselhos de saúde como “espaços políticos privilegiados de participação social”. Alertam para algumas questões de grande importância para que a participação social seja, de fato, uma estratégia bem sucedida no sentido de dar acesso aos cidadãos à gestão pública: informação compreensível que permita a interlocução entre cidadão e Estado; independência em relação ao poder público e à administração local; institucionalização dos canais de participação e finalmente ressaltam que é fundamental o empenho e o incentivo do governo de modo a reconhecer e atender os direitos dos cidadãos.

Também Jacobi (2002) destaca o papel dos governos como fator indissociável da criação de espaços de participação da sociedade. Para o autor, instâncias institucionalizadas de participação social representam um meio de “cidadanizar a política” pela sua característica inclusiva, pois dão acesso ao processo de decisão aos cidadãos, inclusive de baixa renda, aproveitando seu potencial e possibilitando o

desenvolvimento de políticas sociais equânimes. Afirma que esses fóruns se contrapõem ao que denomina de autoritarismo social no Brasil, que é em parte resultado da baixa mobilização da sociedade em utilizar os canais existentes de democracia participativa.

Outra questão relacionada à participação social refere-se à menor ou maior capacidade de organização da própria sociedade para se fazer representar nos fóruns já instituídos, podendo gerar um viés. Nesse sentido, alega-se que, pelo fato de a sociedade como um todo não apresentar um elevado nível de organização, têm assento nos conselhos gestores, no caso da Saúde, por exemplo, aqueles indivíduos que pertencem aos grupos de interesse mais organizados. Dessa forma, a minoria falaria pela maioria. Há duas soluções possíveis para essa questão. A primeira é considerar legítimos os fóruns de representação social apenas quando a sociedade tiver alcançado um nível de representação considerado adequado. O tempo para alcançar-se essa situação ideal talvez não seja tangenciável pelo tempo humano já que, em todo o seu percurso histórico, a humanidade ainda não alcançou esse estágio. A segunda resposta é aceitar que essa situação faz parte do amadurecimento político da sociedade e que compete a ela fazer o enfrentamento a essa questão com a velocidade que sua condição socioeconômica, política e cultural permite.

O que sustenta a tese da participação social é a busca de eficácia da gestão pública entendida como a capacidade de atender às reais necessidades da população. Ora, a população, de fato, são várias populações, posto que a sociedade não é homogênea, mas sim, constituída de grupos distintos com necessidades diversas.

Como reconhecê-los e atendê-los já que sua distribuição no território se dá de forma desigual, alude à sua integração na gestão do governo, em suas instituições e organizações e, para tanto, à descentralização da gestão. Tal descentralização deve, portanto, alcançar o nível local em que é gerada a demanda, ou o conjunto de demandas da comunidade ali inserida.

Do conceito de participação social não se pode separar o de controle social, pois a sociedade tem direito não só de participar da definição das políticas que lhe garantam seus direitos como também de checar se a aplicação dos recursos, bem como a maneira pela qual se efetivam essas políticas, está em sintonia com o conjunto de valores éticos, morais e políticos vigentes.

Há, na literatura, a descrição de dois conceitos de controle social antagônicos. Um significa a ação direta sobre a sociedade, mesmo que à sua revelia. O outro, o controle exercido pela sociedade sobre o Estado. Este segundo entendimento, vigente nos dias de hoje, foi o adotado quando da elaboração do texto Constitucional de 1988 no Brasil e a partir do qual foram criados os conselhos de saúde, por força de lei, nas diferentes instâncias, federal, estaduais e municipais.

Bleicher (2000) explica que esse Estado controlador tem origem no Estado Moderno num cenário em que, associado ao monarquismo absolutista, estava o modelo econômico mercantilista que exigia, para se desenvolver plenamente, “(...) intervir cada vez mais sobre a economia e a sociedade, reprimindo as vontades individuais para que triunfe um bem comum”. No Brasil, essa concepção de controle

do Estado sobre a Sociedade deu o tom das políticas de saúde no final do século XIX e primeiras décadas do século XX, quando predominou o modelo de sanitarismo campanhista.

Por outro lado há o entendimento de que o controle social é uma ação que a sociedade exerce sobre o Estado de fiscalização e controle de suas ações. Bleicher (2000) observa que o controle social assumiu caráter fiscalizatório devido à forte exclusão social e ao uso histórico do Estado para fins particulares e clientelistas. Nesse sentido, no Brasil na década de 1970, surgem os movimentos sociais como uma expressão dos conflitos presentes na sociedade. Representam uma ação organizada por grupos de interesse reivindicando direitos setoriais, entre os quais teve grande destaque o direito à saúde.

Cohn (2003) classifica-os como “novos sujeitos coletivos”, ressaltando o seu senso de justiça, não somente pelo fato de que as decisões eram tomadas por “pares iguais”, mas também porque a luta pela “igualdade de direitos associada ao direito à diferença” representa a luta por justiça social. Lembra a autora as duas dimensões em que se ancoram esses movimentos: a primeira é a própria dimensão do controle público sobre o Estado; a segunda refere-se ao impacto político sobre o Estado da nova dimensão das reivindicações sociais. Na década de 1980 esses movimentos passam a acompanhar as mudanças decorrentes do processo de globalização da economia e não mais com o foco no trabalho como eram caracterizados na década anterior. É com essas características que se constituem os Conselhos de Saúde no Brasil.

A Constituição brasileira de 1988 consolida, institucionaliza e confere legalidade à participação da sociedade civil organizada na deliberação e controle das ações do governo. A Lei 8080, de 1990, e a Lei 8142, de 1990, regulamentam a participação e o controle social como se lê:

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

VIII - participação da comunidade;

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 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 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.

(...)

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

1.3.1 Os avanços da democracia na gestão da saúde no Brasil: análise; limitações e propostas

A Constituição brasileira de 1988 é um marco na história das políticas de saúde do Brasil. É a primeira vez que uma carta constitucional, nesse país, dedica uma seção à saúde e reconhece como direito social de todos e imputa ao Estado o dever de prover à sociedade os serviços relativos a essa área por meio de um sistema único, de acesso universal, descentralizado e com participação social.

Posto dessa forma, o Sistema Único de Saúde - SUS – abre espaço nas políticas setoriais nacionais na contramão do processo hegemônico neoliberal encabeçado pelo Banco Mundial para os países emergentes.

No mercado interno assiste-se ao crescimento da rede hospitalar privada, impulsionado desde os anos 1960, em parte pelo franco desenvolvimento da economia nacional no auge do processo de industrialização e que acompanha a tendência mundial de então. Por outro lado, também contou com o financiamento por parte do governo federal dos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – criado nessa época consoante à política pautada pela dicotomia entre os setores público e privado. Ao serviço público competia a responsabilidade pelas ações de promoção à saúde e prevenção das doenças. A assistência médica curativa da população ficou sob a responsabilidade da iniciativa privada, de quem o Estado passou a comprar serviços. Os leitos privados, que no início da década de 1960

somavam 60% contra 40% de leitos públicos, passaram a somar, no final dos anos 1980, cerca de 78% do total de leitos do país.

Assim como os demais países emergentes, o Brasil é demandado por reformas estruturais pelas agências internacionais de financiamento – Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional que limitam os investimentos públicos nas áreas sociais, particularmente na de saúde.

No campo político nacional, o Brasil passa por um processo de redemocratização após um período de duas décadas de ditadura militar. Ribeiro (1997) destaca que, durante o processo de transição política da ditadura militar para a democracia representativa, conhecido como ‘abertura política’, no final da década de 1970 e início dos anos 1980, forças políticas de esquerda representadas por sindicatos, associações eclesiais, estudantis e partidos políticos, passaram a atuar na definição das políticas setoriais. A diretriz que norteou a atuação desses grupos foi a defesa de um Estado redistributivo e permeável à participação social, segundo o autor, “em contraponto ao ideário liberal de descentralização das decisões alocativas para a esfera de mercado”. Dessa forma, a Constituição de 1988 é a expressão desses ideários políticos que propõem um “Estado formulador de políticas públicas mais abrangentes e inclusivas, com a incorporação de grupos organizados, conseqüentemente, tornando público o processo decisório”.

1.4 A implantação do SUS no Município de São Paulo

Na década de 1980, o setor da saúde pública, no Brasil, caracterizou-se pela política de descentralização que se consolidou com a implantação do SUS a partir de 1988. Um dos princípios do SUS é o da descentralização com direção única em cada esfera de governo (Brasil, Constituição, 1988). Dessa forma, os Municípios passaram a ter a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde à população. Os Estados e a União, que até então compartilhavam essa função com nível local, passaram a ter como competência, por força de lei, a cooperação técnica e financeira.

A Lei Federal no. 8080, de 19 de Setembro de 1990, define nos artigos 16, 17 e 18 da Seção II, as competências de cada instância governamental. Assim, lê-se:

SEÇÃO II

Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS compete:

(...)

XIII – prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

(...)

XV – promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

(...)

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde – SUS compete:

I – promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;

(...)

III – prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

(...)

Art. 18. . À direção municipal do Sistema Único de Saúde – SUS compete:

I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

Em São Paulo, diferentemente da maioria dos Municípios brasileiros, a implantação do SUS enfrentou várias dificuldades e somente veio a acontecer em 2001. A primeira tentativa de implantação do SUS, nesse Município, foi em 1989, logo em seguida à promulgação da Constituição de 1988 que o instituiu. Nessa época, apesar das tentativas junto à Secretaria Estadual de Saúde, para a efetivação da municipalização, essa não ocorreu. Na gestão de 1989 a 1992 da Prefeita Luiza Erundina do PT e do Secretário Municipal de Saúde, Eduardo Jorge Martins Sobrinho, o Município apenas foi gestor da sua rede própria. Contudo, houve um esforço durante essa gestão no sentido de organizar o sistema municipal de saúde sob os preceitos do SUS: universalidade, integralidade, hierarquização e participação social. Dessa forma, ainda em 1989, foi criado o Conselho Municipal de Saúde e nos três anos seguintes aconteceram as Conferências Municipais de Saúde, com periodicidade anual, para deliberação das políticas municipais de saúde. Com vistas à descentralização do planejamento, a cidade foi dividida em 10 regiões de saúde e estas em 32 distritos sanitários. Vários novos projetos foram desenhados e implementados, num movimento de estruturação da rede assistencial e ampliação da oferta de serviços. Entre esses destacam-se: a prioridade no atendimento à urgência/emergência; implantação de equipes multidisciplinares na rede ambulatorial; adoção da proposta antimanicomial na saúde mental; criação da Vigilância à Saúde, que incorporou a vigilância epidemiológica e sanitária; projetos Acolhimento e Hospital Aberto (livre acesso à visita aos pacientes internados, independente da faixa etária), como estratégias de humanização do atendimento. (Junqueira, 2002).

Entre os anos de 1996 e 2001, São Paulo adotou um modelo de gerenciamento impar no país, o PAS – Plano de Atendimento à Saúde. Criado pela Lei Municipal no. 11.866 de 13 de setembro de 1995, sancionada pelo Prefeito Paulo Salim Maluf, entrou em funcionamento em janeiro de 1996. Este plano foi concebido calcado na lógica economicista de eficiência do Plano de Ajuste Estrutural do Banco Mundial para os países emergentes. Tinha como fundamentos a gestão conjunta entre a administração municipal e a administração das cooperativas dos serviços de saúde; a flexibilização administrativa e o financiamento público (Elias, 1999). Pela parceria, a municipalidade cedeu às cooperativas o patrimônio móvel e imóvel das unidades incorporadas ao PAS e garantiu o financiamento do plano com receitas do orçamento municipal. A competência que coube aos gestores do Plano foi a de administrarem esses recursos físicos e financeiros. O município foi dividido em módulos assistenciais. Cada módulo deveria prestar assistência médico-curativa ambulatorial e hospitalar à população residente nas respectivas áreas de abrangência e cadastrada em cada módulo. Os profissionais passaram a ser contratados por meio das cooperativas de trabalhadores, a Cooper-PAS, de profissionais de nível universitário, e a Cooper-PLUS, de profissionais de nível médio. (Silva, 2004; Junqueira, 2002). Dos funcionários da Secretaria de Saúde, parte foram licenciados do órgão e contratados pelas cooperativas, enquanto os que não aderiram a esse novo modelo foram transferidos para outras Secretarias Municipais que não a da Saúde. A remuneração desses profissionais era feita com base na cobertura populacional dos respectivos módulos assistenciais e variava de acordo com as chamadas “sobras”. A “sobra” representava a diferença entre a receita - os recursos repassados pelo governo - e os gastos realizados com atendimento à população cadastrada. Acredita-

se que essa fração variável tenha sido um fator que induziu à redução dos gastos com assistência.(Junqueira. 2002) A lógica dessa fração variável da remuneração tinha como premissa a não utilização dos serviços pelo não adoecimento. Portanto, dependeria de ações bem sucedidas de promoção de saúde e prevenção de doenças, que o Plano não desenvolveu. Caracterizou-se por uma assistência curativa, individualizada e pontual, com foco na queixa do paciente. (Alves Sobrinho e Capucci, 2003)

Aliás, essa é uma das críticas feitas ao PAS pelos autores citados nesse capítulo: o fato de ele privilegiar a assistência médica curativa em detrimento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Essas ações ficaram sob a responsabilidade dos serviços públicos próprios das Secretarias de Saúde municipais e estaduais existentes no município. Exemplo disso foi a parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e a União, que implantou e manteve durante seis anos 180 equipes de saúde da família. (Elias, 1999; Alves Sobrinho e Capucci, 2003).

Entre as críticas a esse modelo, Elias (1999) destaca, também, a desproporção entre suas metas e a capacidade instalada do sistema. Conclui-se, por suas afirmações, que ele já nasceu devendo aos cidadãos paulistanos, pois se comprometia a oferecer serviços a 46% da população desse município à época, sendo que a rede municipal de saúde que passou a administrar “respondia em média por 15% da produção de serviços ambulatoriais e aproximadamente 5% das internações hospitalares (...) insuficiente para atender à população alvo segundo os parâmetros técnicos recomendados”, conforme afirma esse autor.

Por fim, no que se refere ao controle social, ele foi suprimido nesse período. O Conselho Municipal de Saúde – CMS – não teve acesso ao controle e à deliberação das ações do PAS. Foi substituído por um Conselho Gestor próprio e seus integrantes remunerados por *jetons*. Segundo Junqueira (2002), entre janeiro de 1996 e fevereiro de 2007, foram gastos R \$ 761 mil em *jetons*, o que significou um gasto mensal de R \$ 58.538,46. A autora afirma ainda que:

A forma de remuneração, a ausência de controle do gasto, o total desprezo do governo municipal à fiscalização das atividades das cooperativas pelo Conselho Municipal de Saúde, tiveram como consequência um quadro de corrupção sem precedentes: empresas fantasmas dos proprietários das cooperativas vendendo serviços aos módulos, o superfaturamento, retiradas de ganhos para os proprietários das cooperativas em detrimento das despesas com a assistência.

No início da gestão, 2001-2004, da Prefeita Marta Suplicy do Partido dos Trabalhadores, o então Secretário Municipal de Saúde, Eduardo Jorge Alves Sobrinho retomou o processo de implantação do SUS em São Paulo, de acordo com a política nacional de saúde e com cinco estratégias prioritárias: reconstrução da Secretaria Municipal de Saúde; distritalização; municipalização; a modernização gerencial e implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica. (Alves Sobrinho e Capucci, 2003)

A situação encontrada pela nova gestão, segundo Rubens Kon⁶, foi a grande desestruturação não apenas dos serviços de saúde e de seu quadro de pessoal, como também da capacidade administrativa da própria Secretaria. Afirmou em entrevista

⁶ Rubens Kon, médico, funcionário da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; membro da, Coordenadoria de Gestão Hospitalar - COGER-H - dessa Secretaria, no período de 2001 a 2003. Concedeu-me entrevista em julho de 2003 quando investigava o campo para preparar o projeto de pesquisa apresentado ao concurso para ingresso no curso de Doutorado na Faculdade de Medicina da USP em novembro de 2003.

para este estudo que o gabinete da secretaria “perdeu sua inteligência ao longo do tempo. Não tínhamos ‘*background*’ técnico, faltou gente capacitada (para administrar) processos básicos de compras; contratação de pessoal e utilizá-los da maneira mais eficiente possível”.

A esse respeito, Silva (2004), Alves Sobrinho e Capucci (2003), Junqueira (2002), detalham os problemas enfrentados nessa transição:

1. Na área de Recursos Humanos

O quadro de pessoal, somava 40.000 funcionários e contemplava três diferentes tipos de vínculos funcionais: 13.000 trabalhadores da saúde concursados e ainda lotados em algumas unidades da Secretaria; 10.000 trabalhadores concursados e que tinham sido transferidos para outras Secretarias, em desvio de função, por não terem aderido ao PAS, os chamados “exilados”; 12.000 trabalhadores cooperados do PAS; 5.000 trabalhadores de SMS licenciados que aderiram ao PAS. O enfrentamento a essa questão demandou a reincorporação dos funcionários transferidos e a substituição dos cooperados, com a agravante de que muitos dos funcionários transferidos para outras Secretarias não aceitaram retornar à Saúde e sua vontade foi respeitada. Houve necessidade de realizar contratações em caráter emergencial para suprir as cerca de 5.000 vagas que esses profissionais deixaram no quadro de pessoal dessa Secretaria.

2. Estrutura física e capacidade instalada

Dois fatores concorreram para que alguns serviços de apoio – laboratórios de análises clínicas; lavanderias; serviços de diagnóstico por imagem - e parte da

capacidade instalada dos serviços assistenciais não pudessem ser reativados. Além de terem ficado desativados durante todos os anos de atuação do PAS, não houve manutenção corretiva nem preventiva desses equipamentos, sem contar com a desatualização tecnológica desse parque.

3. Logística assistencial

Os autores citados apontam para uma desorganização da assistência, com foco na urgência, e para a falta de integração das redes municipal, estadual e federal, a que Junqueira (2002) denominou de “estágio pré-SUS”;

Havia em janeiro de 2001, em São Paulo, 251 serviços municipais de saúde administrados parte pelo PAS e parte pela própria Secretaria (Tabela 1). Como é possível observar, todos os serviços de prevenção de doenças estavam sob gestão direta do município.

TABELA I: Serviços municipais de saúde existentes na cidade de São Paulo, segundo órgão gestor, em janeiro de 2001.

Serviços de Saúde	GESTOR		TOTAL
	SMS	PAS	
Ambulatoriais			
UBS	38	99	137
Especialidades	1	16	17
Clínica oftalmologia	1		1
Clínica odontologia		2	2
Centros de referência			
farmacodependência	5		5
saúde da criança	1		1
saúde da mulher	1		1
saúde do trabalhador	1		1
DST/AIDS	19		19
Labortórios	3		3
Hospiais	3	16	19
Hospitais esp. Saúde mental		11	11
Serviço de resgate	1		1
Unidade de atendimento a família	1		1
Unidade de reabilitação	1		1
Centros de convivência		15	15
Pronto Socorros		13	13
Pronto Atendimentos		3	3
TOTAL	76	175	251

Fonte: Silva, 2002.

O processo de municipalização, ou seja, a transferência dos serviços de saúde de outras esferas de governo – Estado e União – para a gestão do Município, foi concluído. Em junho de 2003, quando São Paulo foi habilitada à gestão Plena do Sistema, ainda na gestão da Prefeita Marta Suplicy, estavam à frente das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, respectivamente, Gonzalo Vecina Neto e Luiz Roberto Barradas Barata. (QUADRO 1).

A senhora Francisca Ivaneide de Carvalho, representante dos usuários na 12ª Conferência Municipal de Saúde “Consolidando o SUS nas Subprefeituras com efetivo controle social”, em sua fala, na mesa de abertura, expressou o sentimento desse segmento em relação à consolidação do SUS, nesse Município, afirmando que

“quem vem da luta do movimento popular por 30 anos sabe o quanto é importante ter sido adotada a gestão plena no município”. (Jornal da Paulista, 2003)

QUADRO I: Cronograma de ações para implementação do SUS, no município de São Paulo, no período de 2001 a 2003.

Ano/mês	ações para implantação do SUS
2001	
janeiro	elaboração de cronograma para transferência das UBSs estaduais e as sob gestão do PAS em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
fevereiro	habilitação do município na condição de gestão Plena da Atenção Básica
junho	início do processo de municipalização das unidades estaduais
2002	
abril	transferência das 59 unidades de PSF/QUALIS da SESSP e respectivas equipes para gestão do município
novembro	SMS solicita e tem a aprovação para habilitação no PAB-A- Piso de Atenção Básica Ampliada,
dezembro	constituída a Comissão Especial composta por membros do COSEMS/SP; SMS e SESSP para analisar e preparar o município para habilitação à gestão Plena do Sistema
2003	
junho	habilitação do município na Gestão do Sistema

Fonte: Silva, 2004

Paralelamente ao processo de municipalização, foram reincorporadas à SMS todas as unidades que tinham estado sob gestão do PAS, processo que durou seis meses, encerrando-se em junho de 2002 com o término dos convênios com as cooperativas. Nessa época a Secretaria havia celebrado convênios com instituições públicas para suprir a falta de infra-estrutura dos Serviços de Diagnóstico por imagem e de análises clínicas e evitar a descontinuidade da assistência com o término dos contratos. Além de contratações emergenciais, funcionários lotados nos serviços próprios de SMS foram transferidos para as unidades que deixavam de ser administradas pelo PAS. Dessa forma evitou-se o colapso do sistema, que se temia com a saída dos cooperados. (Gil, 2006) Ao término dos processos de transição e de

municipalização, a capacidade instalada da SMS passou a somar mais de 1.000 unidades e cerca de 43.500 funcionários. (Tabela 2)

Tabela 2 – Unidades de Saúde sob gestão municipal no Município de São Paulo – Agosto de 2003

Tipo de unidade	Próprias	Municipalizadas	TOTAL
TOTAL	267	257	524
CECCO	10	0	10
Clinica de Especialidades	47	13	60
Hospital-Dia Isolado	2	-	2
Hospital Especializado	1	1	2
Hospital Geral	13	-	13
Policlínica	32	13	45
Posto de Saúde	1	2	3
Pronto-Socorro Geral	11	-	11
Unidade Básica de Saúde	136	202	338
Unidade de Apoio	3	-	3
Unidade de Vigilância	9	26	35
Unidade Móvel	2	-	2

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde: Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo)

1.5.O modelo autárquico na gestão da rede hospitalar da SMS

As Autarquias foram idealizadas ainda no início da gestão 2001-2004, pela equipe do Secretário de Saúde, como parte do projeto de modernização gerencial. Deveriam atender ao objetivo de garantir uma estrutura gerencial administrativa ágil e autônoma capaz de superar os problemas gerados no atendimento dos Hospitais e Pronto Socorros pela morosidade da burocracia e pelos vícios da administração direta, segundo Kon, que, a esse respeito, cita licitações que se estenderam por mais de um ano e processos trabalhistas, enviados a PROCED⁷, com mais de dois anos sem solução. A definição pelo modelo autárquico foi tomada em conjunto com a Secretaria de Gestão Pública da Prefeitura Municipal de São Paulo. A escolha do modelo visava possibilitar a administração dos Hospitais que efetuassem as compras de suprimentos e as contratações de recursos humanos com agilidade, uma vez que eram “descentralizados com autonomia em relação à administração central, porém as compras feitas por licitação e as contratações por concurso público” (Morimoto e Kon, 2003 citados por Silva 2004). Kon explica, ainda, que a proposta gerou polêmica, havendo, dentro e fora do governo, correntes a favor e contra. Deu como exemplo o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais, que receava a privatização dos hospitais municipais. A proposta foi submetida à plenária da XI Conferência Municipal de Saúde de 2001, sendo aprovada com 70% dos votos dos presentes, segundo Alves Sobrinho e Capucci (2003).

⁷ PROCED – órgão da Prefeitura Municipal de São Paulo que julga processos administrativos internos contra funcionários públicos.

As Autarquias Hospitalares do Município de São Paulo foram criadas pela Lei Nº 13.271, 04 de janeiro de 2002 (Projeto de Lei nº 483/01, do Executivo), que dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde nesse município, sancionada pelo Vice-Prefeito, em exercício no cargo de Prefeito - Hélio Bicudo - em 19 de dezembro de 2001, na gestão do Secretário de Saúde, Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho. Essa mesma Lei revogou a Lei Municipal no. 11.866, que criara o PAS em 1995. Em março de 2002, com a nomeação dos cinco respectivos superintendentes pela Prefeita Marta Suplicy, iniciaram seu funcionamento.

As Autarquias, juntamente com as empresas públicas e sociedades de economia mista, integram a administração pública indireta, sendo as primeiras pessoas jurídicas de Direito Público e, as demais de Direito Privado. Surgem, a partir da idéia de descentralização dos serviços públicos do Estado, com as seguintes características: pessoa jurídica de direito público, criada por lei, com capacidade de auto-administração, para o desempenho de serviço público descentralizado, mediante controle administrativo, ou tutela, do ente público que a criou e exercido nos limites da Lei.

Ao todo somaram cinco novas Autarquias entre as quais foram distribuídos os serviços hospitalares, os de urgência e os de emergência da cidade, delimitando, assim, a área de abrangência de cada uma delas, conforme se lê no artigo 2º., dessa Lei:

“Art. 2º - Ficam instituídas, no Município de São Paulo, vinculadas à Secretaria Municipal da Saúde, as seguintes Autarquias, sob regime especial, para a promoção e execução das ações e serviços públicos de saúde de atenção médico-hospitalar:

I - Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Tatuapé: constituída por Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio, Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio, Hospital Municipal Dr. Ignácio Proença de Gouvêa, Pronto-Socorro Municipal 21 de Junho, Pronto-Socorro Municipal Vila Maria Baixa e Pronto-Socorro Municipal Dr. Lauro Ribas Braga;

II - Autarquia Hospitalar Municipal Regional de Ermelino Matarazzo: constituída por Hospital Municipal Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto, Hospital Municipal Tide Setúbal, Hospital Municipal Prof. Waldomiro de Paula, Pronto-Socorro Municipal Júlio Tupy, Pronto Atendimento Dra. Glória Rodrigues Santos Bonfim, Pronto Atendimento São Mateus e Pronto Atendimento Atualpa Girão Rabelo;

III - Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Jabaquara: constituída por Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya, Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro e Pronto-Socorro Dr. Augusto Gomes de Mattos;

IV - Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo: constituída por Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha, Pronto-Socorro Municipal Balneário São José, Pronto-Socorro Municipal Dona Maria Antonieta F. Barros, Pronto-Socorro Municipal Dr. José Sylvio de Camargo, Pronto Atendimento Jardim Macedônia e Pronto Atendimento Parelheiros;

V - Autarquia Hospitalar Municipal Regional Central: constituída por: Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mário Degni, Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria, Pronto-Socorro Municipal Álvaro Dino de Almeida, Pronto-Socorro Municipal Prof. João Catarin Mezomo, Pronto-Socorro Municipal Dr. Caetano Virgílio Netto e Pronto-Socorro Municipal de Perus.

A mesma Lei cria os Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores como órgãos máximos dessas entidades públicas, aos quais o Superintendente deverá prestar contas e subordinar-se às suas deliberações, conforme conferidas pela Lei, estando sujeito, ainda, a sanções do próprio Conselho, podendo chegar á sua exoneração:

“Art. 8º - Cada Autarquia será constituída por:
I - Conselho Deliberativo e Fiscalizador - órgão de deliberação máxima, controle e fiscalização;

(...)

Art. 10 - O Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia terá as seguintes atribuições:

I - traçar diretrizes para as atividades da autarquia;

II - orientar, de comum acordo com o Superintendente, o exercício da gestão administrativa, financeira e patrimonial referidas no artigo 5º;

III - elaborar e aprovar seu Regimento Interno, observado o disposto no § 10 do artigo 9º desta lei, dentro de 30 (trinta) dias a partir de sua constituição;

IV - apreciar e aprovar anualmente, nos prazos fixados no Regulamento, a proposta orçamentária da autarquia, submetendo-a à aprovação do Secretário Municipal da Saúde;

V - fiscalizar a execução orçamentária, apreciar e aprovar, nos prazos fixados no Regulamento, a prestação de contas da Autarquia antes de seu encaminhamento aos órgãos de controle interno e externo, submetendo-a à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal da Saúde;

VI - aprovar convênios, ajustes ou acordos com entidades públicas e privadas, submetendo-os à aprovação do Secretário Municipal da Saúde;

VII - mediante proposta do Superintendente:

a) aprovar, no âmbito da autarquia, no prazo fixado no regulamento, e encaminhar ao Secretário Municipal da Saúde para aprovação final, e ao Conselho Municipal de Saúde, para apreciação, o Plano Anual de Trabalho da Autarquia, Plano Plurianual de Investimentos e Plano Diretor de Recursos Humanos;

b) deliberar sobre incentivos funcionais, com base em critérios de especificidade e complexidade de atribuições, produtividade, qualidade das ações em equipe, local de exercício, carga horária, riscos inerentes à profissão e outros fatores determinados em lei;

c) aprovar programas de desenvolvimento e formação permanente do pessoal técnico, administrativo e de direção da Autarquia;

d) deliberar sobre a alienação de bens patrimoniais móveis;

e) aprovar o quadro de pessoal e a estrutura organizacional;

VIII - constituir-se em instância recursal de sanções disciplinares aplicadas pelo Superintendente;

IX - avaliar o desempenho do Superintendente e propor, se for o caso, sua exoneração, nas hipóteses de desempenho insatisfatório do cargo, respeitado o direito de defesa;

X - formular sugestões à Superintendência, no tocante ao aperfeiçoamento dos serviços da entidade;

XI - instituir mecanismos de ouvidoria na Autarquia;

XII - garantir a integração, nos projetos da Autarquia, das ações e serviços previstos nos Planos Distrital, Municipal e Estadual de Saúde, em sua área de abrangência, bem como de ações, projetos e programas intersetoriais que se façam necessários à saúde e à qualidade de vida da população;

XIII - deliberar sobre outros assuntos que lhe forem submetidos, a pedido do Superintendente ou a pedido de um terço dos membros do Conselho Deliberativo e Fiscalizador”.

Os Conselhos Deliberativos e fiscalizadores das Autarquias diferem dos Conselhos de Saúde sob dois aspectos relacionados à sua composição e competências. Sua composição é tripartite e paritária, como a dos demais Conselhos de Saúde, porém com uma singularidade: o gestor da Autarquia tem impedimento formal de participar deles como membro. o Artigo 9º. Parágrafo 3º da Lei 13.271:

§ 3º - É vedada a indicação do Superintendente da Autarquia para compor o Conselho Deliberativo e Fiscalizador, na condição de membro, sendo permitida sua participação nas reuniões, quando convidado, com direito à voz, mas sem direito a voto.

Nos Conselhos Gestores, o gestor não só é membro nato como, usualmente, preside ao Conselho, o que lhe dá maior capacidade de influência. Além de deliberativos, esses Conselhos exercem função de fiscalização, conforme Artigo 1º.

Apítulo I a VIII.

A esse respeito, Cohn e Elias (2002) lembram que o fato inspirador da reforma sanitária no Brasil foi a participação social como legitimadora das decisões políticas setoriais e não com ênfase no controle social.

2 A PERGUNTA

Os Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores das Autarquias Hospitalares de São Paulo são um fórum de participação e controle social que dá acesso aos grupos de interesse da sociedade local, nele representados, a discutir questões relevantes à saúde desses grupos, negociar com o governo e avaliar seu desempenho?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a maneira pela qual os Conselhos desempenham suas funções de deliberação das políticas de saúde bem como de fiscalização das ações do executivo de cada Autarquia.

3.2 Objetivos Específicos

Analisar o papel dos conselheiros no processo de gestão administrativo, financeiro e político das Autarquias:

- Como demandantes de políticas de saúde na área de atuação de cada Autarquia;
- Na fiscalização da execução das ações;
- Na fiscalização da utilização dos recursos.

Analisar se há influência do Superintendente de cada Autarquia no processo decisório dos CONDEFs e de que maneira ele a exerce.

Pretende-se, ainda, identificar quais os fatores limitantes, seja de natureza política econômica ou intelectual, que se constituíram em obstáculo ao exercício das funções dos Conselhos.

4 PRESSUPOSTOS

Por dar assento aos representantes da sociedade local, os CONDEFs das Autarquias Municipais têm um importante papel, não só na identificação das demandas locais de saúde da região, como também na gestão dessas Autarquias, pela capacidade de influenciar o processo de tomada de decisões desses entes públicos.

O Superintendente não é membro nato dos CONDEFs, fato que limita a interferência desse executivo na dinâmica e no exercício da função, desses Conselhos, de monitoramento da gestão das Autarquias.

É ainda um pressuposto desta tese que esse modelo de Conselho de Saúde, pela sua estrutura e atribuições, é um espaço institucionalizado de democracia direta que contribui para consolidar a governança desses entes públicos.

5 MÉTODOS

5.1 Seleção de casos

O estudo foi aplicado aos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores das Autarquias Hospitalares Municipais Regionais de São Paulo.

Essa escolha se justifica por dois motivos:

1. Os dirigentes das autarquias não são membros natos desses Conselhos.

Esse fato, conforme explicado anteriormente, confere uma característica específica aos CONDEFs, em que a participação do superintendente só ocorrerá quando for convidado pelo conselho

Os demais membros representantes da administração não têm vínculo direto com as autarquias. São da confiança do Secretário de Saúde e indicados por ele.

2. Por serem as autarquias entes da administração indireta:

As autarquias constituem-se num modelo de gestão com autonomia administrativa e financeira. Os gestores desses entes têm poder de decisão para definir as ações e a aplicação do recurso financeiro nos serviços sob sua administração, tendo como limites as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a legislação pública e as determinações do Conselho Deliberativo e Fiscalizador. (Art. 12º. Lei Municipal 13.271)

Por essas duas características, esses Conselhos são singulares na área da saúde: representam a instância máxima de deliberação e controle de um ente público que dispõe de autonomia, cujo principal executivo está formalmente subordinado ao Conselho. Juntas, elas conferem a esses Conselhos a condição potencial de independência em relação ao Superintendente e a capacidade de influenciar a gestão desses entes.

Há seis Autarquias hospitalares no Município de São Paulo: a Autarquia do Hospital do Servidor Público Municipal, com mais de trinta anos de existência e que atende exclusivamente aos servidores públicos municipais e as demais, criadas em janeiro de 2002 pela Lei 13.271, integradas ao Sistema único de Saúde. Dessas cinco Autarquias Hospitalares, fazem parte deste estudo apenas três: Ermelino Matarazzo; Jabaquara e Tatuapé. Foram excluídas as Autarquias de Campo Limpo e Central. Em relação à Autarquia Hospitalar Municipal Regional do Campo Limpo, justifica-se essa decisão pelo fato de ter exercido o cargo de Superintendente durante o período que corresponde a este estudo. Dessa forma, busquei evitar o possível viés tanto na participação dos entrevistados, dado ao grau de conhecimento e relacionamento com o pesquisador, quanto na análise dos dados.

Em relação à Autarquia Hospitalar Municipal Regional Central, justifica-se sua exclusão por ter sido a única das Autarquias em que houve mudança do Superintendente no início do segundo ano de sua criação. Cabe lembrar que, nesse mesmo ano, 2003, ainda no primeiro trimestre, houve mudança do Secretário de Saúde: o Dr. Eduardo Jorge Alves Sobrinho deixou a Secretaria Municipal de Saúde,

tendo assumido o cargo o Dr, Gonzalo Vecina Neto. Em decorrência deste fato, os membros do segmento administração nos CONDEFs, de confiança do secretário, foram substituídos. Portanto, essa Autarquia, diferentemente das demais, sofreu duas alterações distintas – mudança do gestor e de um terço dos membros do Conselho - enquanto as demais apenas passaram pela mudança do terço dos membros do Conselho. Considerando que todos esses indivíduos, direta ou indiretamente, como no caso do Superintendente, eram representantes do governo, surgiu a dúvida se isso poderia comprometer o resultado da análise deste Conselho. Devido a isso, optou-se por excluir essa Autarquia da pesquisa.

A Autarquia do Hospital do Servidor Público Municipal foi excluída deste estudo por se tratar de um ente com público alvo específico, os servidores públicos municipais, e cujo Conselho tinha características diferentes daquelas dos Conselhos objeto desta tese.

A seleção dos casos buscou alcançar o aprofundamento e a abrangência do objeto desta tese, que deve ser a preocupação das pesquisas qualitativas, como recomenda Minayo (1992). Assim, entende-se que essa seleção contemplou os critérios básicos definidos por esta autora: contém os atributos que suscitaram este estudo; garantiu a homogeneidade relativa a esses atributos; o conjunto estudado permitiu a reincidência das informações analisadas prédefinidas e de outras singulares que contribuíram para o melhor entendimento do objeto de análise; o conjunto de informantes teve um perfil diversificado que permitiu a apreensão de semelhanças e

diferenças e, por fim, reuniu um conjunto de experiências e expressões suficiente à análise pretendida desse objeto.

5.2 Método

O projeto desta tese foi registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), sob o número FR – 79010, em 16 de novembro de 2005, atendendo à Resolução no. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido à análise da Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde sob o no.0125/05 e aprovado em março de 2006. Foi, ainda, submetido à análise e aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas, em março do mesmo ano.

Optou-se por realizar pesquisa qualitativa de estudo de caso por entender que é adequada ao propósito final deste trabalho. Minayo (1992) afirma que essa metodologia qualitativa é adequada a pesquisas em Ciências Sociais, cujo objeto de análise é essencialmente qualitativo e saúde é um fenômeno social. A principal questão, segundo a autora, é o caráter específico do objeto de conhecimento, o ser humano e a sociedade, que não pode ser subordinado a questões objetivas e quantificáveis, obrigando o pesquisador a buscar os significados da ação humana que constrói a história. Métodos de análise qualitativos trabalham com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, como os que compõem o objeto de análise do presente estudo e que, por corresponder a um

espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, não podem ser quantificados.

Para Denzin e Lincoln (1997), caracteriza-se como um procedimento de investigação, direcionado para os processos e significados sociais os quais não são rigorosamente medidos pelas técnicas estatísticas e têm origem nas pesquisas, análises e entendimentos de padrões de conduta e processos sociais.

Demo (1995) explica que a análise qualitativa busca apreender a diversidade e complexidade do contexto social, na sua especificidade histórica, e construir métodos para compreendê-la e transformá-la. O autor afirma que a pesquisa em ciências sociais envolve uma relação viva entre sujeito e objeto, em que um influencia o outro. Uma relação que ultrapassa as fronteiras da formalidade do método e assume a circunstância social e política da realidade em que objeto e pesquisador estão inseridos. Segundo o autor, coloca o pesquisador diante do desafio de “como realizar metodologicamente a qualidade política sem desprezar a qualidade formal”.

Esses autores concordam com a importância da pesquisa qualitativa, de pesquisar os fenômenos pouco conhecidos; estudar de forma aprofundada sua complexidade e processos; explorar as diferenças entre conhecimentos sócio-culturais diversificados; pesquisar sobre processos informais e não estruturados; sobre o real em oposição ao formal; substituir pesquisas que não podem ser feitas

experimentalmente e aquelas em que as variáveis relevantes ainda não foram identificadas.

O ‘estudo de caso’ consiste numa pesquisa delimitada no tempo e no espaço, utilizando coleta de dados em profundidade e detalhamento, envolvendo fontes diversificadas, de modo a permitir descrever e compreender padrões de relação dos fenômenos estudados. É uma estratégia de pesquisa qualitativa, em que os pesquisadores coletam dados utilizando diferentes metodologias como: observação direta; observação participante; entrevistas; protocolos; vasta análise documental e artefatos, o que lhe confere um grande potencial de lidar com uma ampla variedade de evidências. Segundo Yin (2001), esse método é pertinente quando se pretende estudar fenômenos contemporâneos, inseridos em algum contexto da vida real, que suscitam questões de “como” e “por que”, nos quais o pesquisador não tem controle sobre os eventos e, portanto, não é capaz de manusear os acontecimentos direta, precisa e sistematicamente como nos estudos experimentais.

As características do objeto deste estudo e que justificam a escolha desse método são:

- A criação e atuação desses Conselhos nas Autarquias Hospitalares do Município de São Paulo ser um fenômeno atual e que se desenvolve concomitantemente ao tempo da pesquisa;
- O tema ‘controle social’ é de grande relevância nos dias de hoje. Vem sendo pauta das preocupações e pesquisas de diferentes autores e é considerado um instrumento importante de exercício da cidadania;

- Os fatos analisados na pesquisa são, eminentemente, de cunho social, foram apropriados pelos atores entrevistados nesse estudo, não podendo ser manipulados pelo pesquisador;
- Os objetivos do estudo abrangem questões do tipo “como” e “por que”.

No método escolhido, o “caso” objeto do estudo é tomado como uma unidade do todo e considerado também como um marco de referência de complexas condições sócio-culturais que envolvem uma situação. Serve tanto para retratar uma realidade quanto para revelar a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação. Como estratégia de pesquisa, não se restringe a uma forma de coleta de dados. A partir de uma base teórica, é organizado o processo de definição das fontes de dados do objeto de estudo, a análise das informações e a busca de evidências, o que o caracteriza como uma estratégia de pesquisa abrangente.

No decorrer dos anos o estudo de caso tem tido seus grandes opositores. Desde a década de 1920, esse debate vem sendo travado de forma acalorada entre os defensores de métodos de pesquisa qualitativa e quantitativa. Alega-se fragilidade do método por apresentar como evidências argumentos subjetivos, associada à baixa capacidade de standardização dos resultados, que não permite que sejam generalizados. Yin (2001) propõe uma resposta àqueles que defendem que estudos de caso não fornecem base suficiente para permitir que se estabeleçam generalizações científicas. O autor afirma que “o estudo de caso não representa uma ‘amostragem’, e o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias (...) e não enumerar frequências (...) o objetivo é fazer uma análise generalizante e não particularizante”.

Essas críticas não são de todo infundadas. A grande preocupação é a falta de rigor e quiçá se deva a muitos pesquisadores, no passado, terem sido negligentes na coleta de evidências, aceitando o viés sem o devido cuidado científico. No sentido de zelar pela qualidade dos resultados das pesquisas qualitativas, a análise por triangulação mostra-se potente para superar a fragilidade apontada e contribuir na organização e sistematização dos dados coletados de diferentes fontes, assim como com a elucidação de evidências e o rigor científico nesse tipo de pesquisa. Segundo Patton (citado por Yin, 2001), há quatro tipos de triangulação: de métodos; de fontes de dados; entre avaliadores diferentes e de perspectiva sobre o mesmo conjunto de dados. Para a realização da pesquisa desta tese, optou-se pelo método de triangulação de fontes, com o objetivo de garantir a qualidade da análise desses dados e a confiabilidade no resultado desta pesquisa e por acreditar que olhar o objeto estudado de diferentes ângulos permite compreendê-lo em profundidade. Dessa forma, a pesquisa contemplou a análise de dados obtidos das fontes primárias e secundárias.

Como fontes primárias foram analisados os seguintes documentos oficiais:

- Anais da Conferência Municipal de Saúde de 2001, que aprovou a criação das Autarquias Hospitalares;
- Leis e decretos;
- Publicações em Diário Oficial do Município:
 - Publicação da Lei 13.271 de 4 de janeiro de 2002;
 - Regimentos dos CONDEFs;
 - Portarias de nomeação dos membros dos Conselhos;

- Atas das reuniões realizadas e outros documentos relevantes dos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores das três autarquias hospitalares;
- Documentos apresentados aos CONDEFs pelos superintendente.

Os documentos coletados foram lidos na íntegra, comparados entre, os consensos e dissensos foram identificados e classificados segundo as estruturas de análise definidas.

Foram analisados dados das seguintes fontes secundárias:

- Entrevistas individuais com os Presidentes dos Conselhos;
- Entrevistas individuais com os Superintendentes das Autarquias;
- Entrevistas individuais com membros do segmento administração;
- Entrevista individual com o Secretário Municipal de Saúde.

Segundo Minayo (1992), a qualidade da entrevista semi-estruturada consiste em enumerar da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos da definição do objeto de investigação. A autora afirma que esse tipo de entrevista permite alcançar vários objetivos: a descrição do caso individual; a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos; a comparabilidade de diversos casos. Como esses faziam parte do conjunto de interesse desta tese, julgou-se que o instrumento era adequado a esta pesquisa. O roteiro de entrevistas serviu de guia para

abordar os assuntos pretendidos, porém, no decorrer de cada entrevista, o tema foi aprofundado de forma diferente com cada entrevistado, de acordo com características do discurso de cada um.

I – O Campo:

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os Superintendentes e Presidentes dos CONEFs das três Autarquias que compõem a amostra desta pesquisa. Para garantir o sigilo das informações apresentadas e o anonimato dos entrevistados, as Autarquias foram classificadas em “A”, “B” e “C”. Assim, os entrevistados passaram a ser nomeados por: “SA”; “SB”; “SC”, os Superintendentes das respectivas Autarquias e, igualmente, “PA”; “PB” e “PC” os respectivos Presidentes desses Conselhos. Com este mesmo objetivo foram classificados os nomes dos demais conselheiros dos três segmentos, conforme sua situação de titularidade, em conselheiros “T”, os titulares e “S” os suplentes. Cada titular de cada segmento recebeu um número para distingui-lo dos de mais de 1 a 3, no caso dos segmentos servidores e administração, e, no caso do segmento usuários, de 1 a 6. Os suplentes receberam a numeração correspondente à de seu titular. Os conselheiros do segmento administração dos conselhos A e B foram classificados como CadA e CadB, respectivamente.

As entrevistas com os três Superintendentes e os três Presidentes dos Conselhos foram realizadas nos meses de abril e maio de 2006. (Quadro 2) As entrevistas com S B e P A ocorreram em dois dias pois, por problemas de agenda dos entrevistados, tiveram que ser interrompidas antes do seu término, sendo finalizadas em outra data. Todos foram bastante solícitos para o agendamento das entrevistas. Também se mostraram à vontade para responder ao roteiro. Ninguém fez objeções à gravação.

Quadro 2 - Agenda das entrevistas realizadas com Superintendentes de Autarquias e Presidentes de CONDEFs - abril e maio de 2006

Mês	Abril		Maio			
Dia	19	20	3	8	9	16
Superintendente						
A		X				
B	X		X			
C					X	
Presidente						
A			X	X		
B			X			
C						X

Aplicou-se o mesmo roteiro de entrevista guiada com perguntas abertas aos Presidentes dos três Conselhos selecionados. Buscou-se conhecer a forma de atuação desses Conselhos, sua organização e a maneira como desempenharam suas funções regimentais; compreender o grau de influência desses Conselhos sobre a gestão das Autarquias, assim como o grau de independência (ou dependência) do Conselho em relação ao respectivo Superintendente.

As entrevistas semi-estruturadas com os Superintendentes das três Autarquias que compuseram a amostra desta pesquisa tiveram o objetivo de perceber a importância, para cada um, da existência desses Conselhos; o grau de obediência às diretrizes por eles definidas; o nível de transparência na apresentação de dados aos conselheiros.

As entrevistas com membros do segmento administração e com o Secretário Municipal de Saúde da época estudada, buscaram identificar os fatores que levaram à baixa frequência dos conselheiros nas reuniões desses Conselhos, evidenciada durante a realização do campo. Estas entrevistas foram realizadas no mês de março de 2007.

Todas as entrevistas com os superintendentes, os presidentes e com CadB foram gravadas na íntegra e a pesquisadora, simultaneamente, tomou notas dos principais pontos das falas e do comportamento do entrevistado. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra. À transcrição foram acrescentadas informações sobre volume, entonação de voz, emoção, silêncio e ênfase dada durante a fala pelos entrevistados.

A transcrição das fitas foi realizada por três pessoas: pela pesquisadora; por uma colaboradora voluntária com experiência nesse tipo de tarefa e por uma profissional contratada para tal. Cada entrevista teve entre uma e meia e duas horas de duração. Todas seguiram o mesmo roteiro semi-estruturado, porém novas e diferentes questões foram introduzidas de acordo com o contexto das respostas de cada entrevistado e sempre dentro do tema em análise. Houve discussão prévia entre os três transcritores para esclarecimentos sobre o tipo de pesquisa e para assegurar que o método de transcrição fosse o mesmo, de modo a não prejudicar a análise. As falas de cada entrevistado foram separadas e classificadas segundo as estruturas de análise predefinidas. À leitura das entrevistas sentiu-se a necessidade de incluir

outras estruturas de análise na lista inicial, o valor da participação social, a inserção social dos conselheiros na comunidade e a atitude do Superintendente.

As entrevistas com CadA e com o Secretário Municipal de Saúde foram feitas por telefone e os registros das falas dos entrevistados anotados com fidelidade pela pesquisadora, transcritos e arquivados no banco de dados desta tese.

Foram coletados e analisados os registros das atas de reuniões dos CONDEFs das três Autarquias do período estudado. Todas as Atas de reuniões desses Conselhos foram lidas na íntegra. Do texto, foram destacados os itens de pauta; a presença e a ausência dos conselheiros; foram anotadas as impressões sobre a discussão dos itens da pauta e coletados os documentos a elas anexados. Foi feita a leitura de todos os documentos anexados às atas e daqueles fornecidos pelos entrevistados.

Os dados coletados dessas distintas fontes foram classificados e organizados segundo as estruturas de análise teóricas, predefinidas, e as estruturas empíricas, identificadas durante a fase de análise, e constituem o banco de dados desta tese. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e também fazem parte do banco de dados desta tese, assim como as cópias das atas das reuniões dos três Conselhos do período estudado; os documentos anexados a essas atas à época; as cópias das listas de presença dos conselheiros; Leis e Decretos municipais. Os roteiros de entrevistas estão incluídos entre os apêndices deste trabalho.

Dessa forma, buscou-se facilitar a análise e o encadeamento das evidências quando da triangulação das fontes. Segundo Yin (2001), trabalhar com várias fontes de evidências; construir um banco de dados e realizar o encadeamento de evidências a partir dos dados das diferentes fontes são os três princípios relevantes para o trabalho da coleta e análise de dados num estudo de caso. O autor chama a atenção para a importância desses princípios que, quando respeitados pelo pesquisador, ajudam a assegurar a validade do constructo e a confiabilidade nos resultados.

1. Organização do material:

Inicialmente o material foi organizado e classificado por Conselho, separado em grupos de entrevistas individuais de seu respectivo Superintendente e Presidente de Conselho; atas das reuniões e outros documentos coletados de cada CONDEF; os textos das Leis; Regimentos; Decretos e Portarias pertinentes a esta pesquisa.

2. Análise do material disponível:

Foi analisada a suficiência dos dados e a clareza dos registros coletados. Segundo Minayo (2005), “É uma norma prática das abordagens qualitativas considerar que o material construído no campo está suficiente quando se percebe que as idéias acerca das questões da pesquisa começam a se repetir”.

3. Elaboração das estruturas de análise:

As estruturas de análise foram previamente definidas a partir da base teórica. Porém durante a análise do material empírico outras estruturas foram identificadas e adicionadas à lista preliminar. Buscando minimizar o viés da classificação dos dados, tratou-se de definir os conceitos dessas estruturas.(Quadro 3)

Quadro 3 – Definição das estruturas de análise teóricas segundo as atribuições dos Conselhos definidas nos seus Regimentos Internos e os conceitos extraídos da literatura consultada

ESTRUTURAS DE ANÁLISE	CONCEITO
Fiscalização 1	Capacidade de desenvolver as atribuições regimentais de fiscalização: Analisar e aprovar a proposta orçamentária da Autarquia e fiscalizar sua execução; Analisar e aprovar periodicamente a prestação de contas da Autarquia; Avaliar o desempenho do Superintendente e propor sanções quando couber; Instituir mecanismos de ouvidoria na Autarquia; Instância recursal de sanções disciplinares aplicadas pela Superintendência.
Deliberação 2	Capacidade de desenvolver as atribuições regimentais de deliberação: Traçar diretrizes para as atividades da autarquia; Orientar, de comum acordo com o Superintendente, o exercício da gestão administrativa, financeira e patrimonial; Elaborar e aprovar seu Regimento Interno; Aprovar convênios, ajustes ou acordos com entidades públicas e privadas, submetendo-os à aprovação do Secretário Municipal da Saúde; Mediante proposta do Superintendente: deliberar sobre incentivos funcionais; aprovar o quadro de pessoal e a estrutura organizacional; deliberar sobre a alienação de bens patrimoniais móveis; Formular sugestões no tocante ao aperfeiçoamento dos serviços da entidade; Garantir a integração dos Planos Distrital, Municipal e Estadual de Saúde aos projetos da Autarquia.
Independência dos conselhos 3	Capacidade dos conselheiros de exercer suas funções, tomar decisões e influenciar a decisão do executivo da organização apesar da resistência que este venha a oferecer e à sobreposição de interesses entre o conselho e os representantes dessa organização.
Legitimidade 4	Atributo do Estado que consiste na presença de um grau de consenso capaz de assegurar a adesão da comunidade e atitudes de fidelidade e de lealdade. A legitimidade é consequência das ações morais e percebíveis de exercício da responsabilidade social por parte dos executivos; dos interessados, no caso os conselheiros, assumirem um comportamento que sirva como parâmetro à organização no que diz respeito às suas atividades e interesses; as organizações, no caso as Autarquias terem o apoio da sociedade quando se submeteram a obrigações determinadas por outras instâncias e órgãos governamentais. Refere-se à garantia de que as normas, cláusulas e valores serão cumpridos mediante contratos observáveis e implícitos.
Transparência na prestação de contas 5	É a condição indispensável para que haja responsabilidade dos agentes políticos, dirigentes e servidores públicos pelo resultado de sua gestão, perante os atores sociais e políticos aos quais prestam contas. Tais informações devem ser apresentadas de maneira clara, compreensível e honesta a ponto de revelar, não só as virtudes como também os defeitos da gestão. Desta forma garante-se o exercício da democracia.

Fonte: **1 e 2** Regimento Interno dos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores; **3** Souza e Almeida (1997); **4** Levi L. (Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G, 2004); **5** Campos (1999), Akutsu (2002)

Foram identificadas estruturas de análise empíricas quando do tratamento do material de campo, entrevistas e atas dos conselhos: valor da participação social; atitude do superintendente; compromisso; inserção social dos conselheiros. Contribuíram para analisar todo o material coletado e complementar a interpretação dos dados.

5.3 Análise contextualizada e triangulação

“(...) processa-se por meio do diálogo de diferentes métodos, técnicas, fontes e pesquisadores”. (Minayo, 2005)

Nesse capítulo, será apresentado o tratamento dos dados coletados no campo. A análise dos dados foi feita de modo a manter o encadeamento das evidências. O método escolhido para a análise dos dados é o desenvolvido por Minayo (2005), de *Interpretação de Sentidos*. Consiste num desenho hermenêutico-dialético que tem como foco o fenômeno cultural e que busca compreender as estruturas de significados socialmente estabelecidos “dentro de sua base social e material”.

Gadamer (2005) afirma que “a reflexão sobre a práxis não é técnica” e que a hermenêutica contribui como método científico para a compreensão dos fenômenos “na medida em que com sua reflexão (...) descobre condicionamentos de verdade que não pertencem à lógica pela investigação, mas que a precedem”. A interpretação hermenêutica transcende o texto e busca alcançar todas as dimensões dos sentidos que incluem, segundo o autor, “as dimensões inconscientes da dimensão humana”. Atenta para o fato de que é a heterogeneidade da linguagem que cria suas próprias regras e que para compreendê-la faz-se necessário buscar seus sentidos no âmbito da comunicação subjetiva.

Minayo (2005) defende que a articulação hermenêutica-dialética é “produtiva para fundamentar as avaliações qualitativas”. Se a hermenêutica busca o aprofundamento dos sentidos, a dialética busca os contraditórios para realizar o que a autora chama de “crítica informada” sobre os conteúdos da própria linguagem.

Sobre a dialética, Gadamer (2005) atenta para sua dimensão interrogativa que, para ele, “forma a base de toda a escritura e leitura de textos”. Afirma que as palavras não estão isoladas na conversação, mas que são um conjunto de um processo dialético de fala e resposta.

Bases da interpretação

A análise final foi feita após coletados todos os dados das fontes primárias e secundárias já citadas e feito seu tratamento conforme descrito acima. A interpretação final obedeceu ao caminho proposto por Minayo (1992; 2005): leitura compreensiva do material selecionado; construção de inferências e reinterpretação dos dados. Todo o material coletado foi lido e relido, de modo a poder obter uma adequada compreensão do todo e a identificação de suas particularidades. Para a construção de inferências, Minayo recomenda a identificação das idéias implícitas no texto e em seguida a elaboração de perguntas que ajudem a aprofundar estes questionamentos.

Foi feita a desconstrução das falas e demais registros das diferentes fontes analisadas. Desta forma, as falas de cada entrevista foram lidas, decompostas e classificadas segundo as estruturas de análise. Nesse momento as estruturas foram divididas de acordo com as estruturas empíricas encontradas à análise das diferentes fontes. Nessa etapa da análise, buscou-se evidenciar os indícios a partir da interpretação e desconstrução das falas dos entrevistados e dos dados literais das fontes documentais, denominado por Schultz (citado por Minayo, 2005) de

“*constructo* de primeira ordem”. No Quadro 4, enumeraram-se alguns exemplos das idéias identificadas no material coletado no campo.

Quadro 4 - Lista de idéias presentes nos depoimentos dos superintendente e presidentes dos CONDEFs

acesso a informações: contábeis; processo assistencial e gestão de RH
amadurecimento dos conselheiros
ausência de subordinação dos conselheiros ao superintendente
ausência dos membros do segmento administração
eleição de conselheiros
conselheiros representam grupos de interesses
despreparo do gestor público para lidar com o controle social
falta de autonomia do superintendente
foco na fiscalização das atividades assistenciais
formação de conselheiros
influência sobre o superintendente
informações contábeis de difícil compreensão
participação dos conselheiros na comunidade
qualificação dos conselheiros
respeito às Leis e regimentos
sensibilidade do gestor às demandas do conselho
sensibilidade do superintendente à participação e ao controle social

Consideraram-se “indícios” as falas que puderam ser classificadas em uma das estruturas de análise. Consideraram-se “evidências” os indícios para os quais foram encontradas correspondências nos documentos analisados. Tomou-se como base para essa comparação as entrevistas dos superintendentes das Autarquias

e presidentes dos Conselhos. Portanto, os indícios encontrados nestas entrevistas foram comparados aos registros das Atas das respectivas reuniões desses Conselhos.

A desconstrução das falas dos superintendentes seguiu a mesma lógica, porém buscou-se, com a análise das evidências identificadas, analisar o comportamento do principal executivo da Autarquia.

A reinterpretação, etapa final da análise, consiste em fazer a interpretação da interpretação. Se nas etapas anteriores foi necessário realizar uma desagregação dos conteúdos contidos nas falas dos entrevistados e nos demais registros dos documentos encontrados, nesta etapa busca-se proceder à síntese desses conteúdos, no que poderíamos chamar de uma releitura desse material. É um trabalho de construção, de síntese, na busca de significados através do diálogo entre o referencial teórico, os dados encontrados no campo e seus respectivos contextos.

Após a finalização da análise documental, todo esse material foi reinterpretado na “busca de sentido das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é discutido” (Minayo, 2005). Dessa forma, procedeu-se à construção de síntese, conforme orienta a autora, realizando “diálogos entre a dimensão teórica (os conceitos e os referências) e os dados empíricos; os textos e seus contextos; as questões, os pressupostos, os objetivos e os dados”. Obedecendo à regra da hermenêutica apresentada por Gadamer (2005) “a compreensão do todo a partir do singular e do singular a partir do todo”.

6 RESULTADOS

6.1 Organização dos Conselhos

Os Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores das Autarquias Hospitalares do Município de São Paulo iniciaram suas atividades em julho de 2002, após a publicação no Diário Oficial do Município (DOM) das Portarias de nomeação de seus membros.

Todos os Conselhos definiram um cronograma de reuniões mensais a partir de julho de 2002. O Conselho “C” realizou todas as reuniões programadas nos anos de 2002 e 2003 e não realizou nenhuma reunião extraordinária. Não foi possível obter informações sobre as reuniões desse Conselho no ano de 2004. O Conselho “A” realizou todas as reuniões planejadas no ano de 2002. Não tiveram *quorum* duas reuniões desse Conselho no ano de 2003 e sete das doze agendadas no ano de 2004. Esse Conselho realizou sete reuniões extraordinárias durante o período estudado. O Conselho “B” não apresentou *quorum* em uma reunião no primeiro ano, duas no segundo e três no terceiro. Esse Conselho fez uma reunião extraordinária no ano de 2003 (Tabela 3).

Tabela 3 – Reuniões agendadas e realizadas pelos Conselhos A, B e C - jul de 2002 a dez de 2004

<i>Ano</i>	<i>Conselho A</i>		<i>Conselho C</i>		<i>Conselho B</i>	
	<i>agendada</i>	<i>realizada</i>	<i>agendada</i>	<i>realizada</i>	<i>agendada</i>	<i>realizada</i>
2002	22/jul	S	26/jul	S	-	-
	-	-	-	-	-	-
	05/ago	S	14/ago	S	09/ago	S
	19/ago	S	-	-	-	-
	02/set	S	12/set	S	13/set	S
	17/set	S	-	-	-	-
	08/out	S	09/out	S	11/out	S
	04/nov	S	13/nov	S	29/nov	S
	18/nov	S	-	-	-	-
	02/dez	S	05/dez	S	20/dez	N
1712	S	11/dez	S	-	-	
2003	07/jan	S	29/jan	S	31/jan	S
	04/fev	S	19/fev	S	28/fev	N
	18/fev	S	-	-	-	-
	13/mar	S	12/mar	S	-	-
	02/abr	S	09/abr	S	-	-
	07/mai	S	14/mai	S	23/mai	S
	-	-	-	-	29/mai	S
	24/jun	N	11/jun	S	-	-
	24/jul	S	16/jul	S	11/jun	S
	31/jul	S	-	-	-	-
	13/ago	S	13/ago	S	01/ago	S
	10/set	S	10/set	S	05/set	N
	29/set	S	-	-	-	-
	08/out	S	08/out	S	03/out	S
	12/nov	S	12/nov	S	07/nov	S
	17/dez	N	05/dez	S	05/dez	S
2004	26/jan	N	14/jan	S	09/jan	S
	12/fev	S	03/fev	S	06/fev	S
	-	-	18/fev	S	-	-
	15/mar	N	17/mar	S	05/mar	S
	12/abr	N	28/abr	S	02/abr	S
	10/mai	N	19/mai	S	07/mai	N
	14/jun	N	02/jun	S	04/jun	S
	25/jun	S	16/jun	S	-	-
	-	-	29/jun	N	-	-
	27/jul	N	07/jul	S	02/jul	N
	-	-	18/ago	S	06/ago	S
	-	-	15/set	S	03/set	N
	18/out	S	20/out	S	08/out	S
	22/nov	N	19/nov	S	05/nov	S
	13/dez	S	01/dez	S	03/dez	S
	20/dez	S	15/dez	S	-	-

FONTE: Atas dos Conselhos A, B e C das Autarquias Hospitalares do município de São Paulo, no período de julho de 2002 a dezembro de 2004.

Na análise das atas das reuniões desses Conselhos, observa-se que todos incluíram nas pautas itens relativos às suas funções regimentais de deliberação e fiscalização, que representaram 21,5% e 25,2%, respectivamente, dos itens discutidos. (Tabela 4)

Tabela 4 – Distribuição dos itens de pauta, das reuniões dos Conselhos A, B e C, das Autarquias Hospitalares do Município de São Paulo, por tema - julho de 2002 a dezembro de 2004

CONSELHO	TEMA DE PAUTA					TOTAL
	D	F	Ai	If	Af	
Conselho C						
Total de itens	21	18	14	7	1	61
%	24,6	29,5	23,0	11,5	1,6	100
Conselho B						
Total de itens	17	33	14	22	7	93
%	18,3	35,5	15,1	23,7	7,5	100
Conselho A						
Total de itens	9	14	20	5	18	66
%	13,6	21,2	30,3	7,6	27,3	100
Todos os conselhos						
Total de itens	47	65	48	34	26	220
%	21,4	29,5	21,8	15,5	11,8	100,0

FONTE: Atas das reuniões mensais dos Conselhos Hospitalares A, B e C, realizadas nos anos de 2002, 2003 e 2004.

NOTA: D – Deliberação, F-fiscalização, Ai - Assuntos internos do conselho, If - informes, Af - atividades de formação do conselho.

Os temas dos itens de pauta discutidos têm distribuições diferentes nos três Conselhos. No Conselho “C”, houve um predomínio de temas relacionados à fiscalização (29,5%) e deliberação (24,6%) das ações da Autarquia “C”. No Conselho “B” houve predomínio de temas relacionados à fiscalização das ações da Superintendência, alcançando 35,5% do total de itens de pauta. No Conselho “A”, houve predomínio de temas relacionados às atividades internas do Conselho (30,3%) e de formação (27,3), seguidas dos itens de fiscalização (21,2).

Foram considerados temas deliberativos aqueles relacionados à discussão de políticas locais de saúde; ações assistenciais de competência dos serviços administrados pelas Autarquias; definição de investimentos; contratos e convênios; implementação de novos projetos, entre outros, que implicaram em orientação aos gestores das Autarquias ou participação dos conselheiros na tomada de decisões. Foram consideradas ações de fiscalização todas aquelas relativas à análise da execução orçamentária; controle dos serviços terceirizados; bem como a avaliação das atividades assistenciais realizadas pelos conselheiros.

Foram consideradas ‘atividades internas’ aquelas relativas à organização dos conselhos: elaboração do cronograma de reuniões; leitura e aprovação das atas; definição dos itens de pauta. Como ‘atividades de formação’ foram contabilizados os itens de pauta relativos a ações em que os conselhos investiram na sua capacitação para o exercício das funções regimentais e que contaram com o apoio das equipes técnicas das Autarquias: leitura, discussão do Regimento Interno, com ênfase no papel do Conselho; esclarecimentos sobre orçamento público; esclarecimentos sobre a Lei 8.666, de Compras e Licitações, e sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal. Foram considerados ‘informes’ os assuntos que não constavam da pauta, apresentados por conselheiros e não discutidos.

O mandato dos CONDEFs é de dois anos. Houve eleições para a escolha dos membros dos segmentos usuários e servidores nos anos de 2002 e 2004. Os membros dos segmentos usuários e funcionários foram eleitos pelos seus pares. O Sindicato dos Servidores Municipais e Autárquicos do Município de São Paulo (SINDSEP)

promoveu eleições diretas nas unidades hospitalares e prontos-socorros administrados por cada Autarquia. Os usuários realizaram eleições regionais e submeteram os nomes à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que os referendou e indicou como membros a esses Conselhos.

Os membros do segmento administração foram indicados pelo Secretário Municipal de Saúde. Desses, dois eram coordenadores das Coordenadorias de Saúde da área de abrangência de cada Autarquia e o terceiro um dos membros da Coordenadoria de Gestão Hospitalar (COGER-H), órgão da Secretaria Municipal de Saúde ao qual estavam diretamente subordinados os Hospitais antes do advento das Autarquias. Esse Conselheiro, por indicação do Secretário de Saúde, assumiu a Presidência de cada Conselho. Esse segmento teve sua composição alterada, também em 2003, devido à mudança do Secretário de Saúde em março desse ano, por divergências políticas com o governo municipal. Nessa ocasião, os Presidentes dos Conselhos B e C também deixaram seus cargos na Secretaria de Saúde e, conseqüentemente, a Presidência desses Conselhos. Já PA, apesar de continuar na equipe da COGER-H, informou ao Conselho a sua intenção de desligamento da função de Presidente e passou a não freqüentar suas reuniões. Em maio de 2003, quando foram nomeados os novos membros do segmento administração, PA foi reconduzido como Presidente desse Conselho e voltou a freqüentar as reuniões.

Como é possível observar na Tabela 5, no Conselho A os membros do segmento administração estiveram ausentes em cerca de 10% do total das reuniões agendadas. Em 63,9% das reuniões de CC somente um membro esteve presente representando esse segmento. No Conselho A, houve a presença simultânea de três desses membros em 27% de suas reuniões. No Conselho B, dois conselheiros representando a administração estiveram presentes em 74,1% das reuniões.

Tabela 5 – Distribuição da freqüência de reuniões dos Conselhos A, B e C, segundo o número de membros presentes do segmento administração - julho de 2002 a dezembro de 2004

Total de membros presentes	CA	CB	CC
nenhum	10,8	3,7	2,8
1	21,6	18,5	63,9
2	40,5	74,1	30,6
3	27,0	3,7	2,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FONTE: Atas das reuniões dos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores A, B e C, no período de julho de 2002 a dezembro de 2004.

As Tabelas 6 e 7 mostram a freqüência das presenças individuais de cada membro do segmento administração, respectivamente, nos Conselhos A e B. No Conselho A, esse segmento apresentou maior freqüência de participação de seus membros no ano de 2002. Nesse período, quatro dos seis membros (três titulares e três suplentes) participaram de reuniões, sendo que dois membros titulares com freqüências de participação acima de 70% e um suplente com 80% de presença. A freqüência de PA ficou comprometida, pois seu desligamento do Conselho A não foi formalizado e, portanto, suas ausências foram computadas. O suplente do Presidente foi o mesmo em todo o período estudado e ele nunca compareceu às reuniões, nem mesmo quando houve necessidade de substituir a ausência de seu titular.

Constam das atas de cada Conselho as justificativas das ausências dos membros titulares. Na Tabela 6 mostra-se ainda, na coluna FD, a freqüência de presença quando o titular foi substituído pelo seu suplente. Observa-se que, no período de março a maio de 2002, o segmento administração desse Conselho foi assíduo às reuniões agendadas. Contudo, nos demais períodos, apenas o presidente

participou com frequência superior a 70%. Entre os demais membros desse segmento apenas T1, no exercício de 2004 apresentou frequência aceitável. Esse titular foi substituído em suas ausências justificadas por seu suplente e ambos apresentaram frequência de 71,4% de presença no total de reuniões nesse ano.

Tabela 6 – Distribuição de frequências das presenças em reuniões, dos membros do segmento administração do Conselho A, individuais e por duplas de titular e suplente - jul de 2002 a dez de 2004

Data da nomeação	Membro	FI %	FD %
23/03/2002	Presidente	58,8	58,8
	Suplente	0,0	
	T1	70,6	94,1
	S1	80,0	
	T2	76,5	76,5
	S2	0,0	
14/05/2003	Presidente	0,0	100,0
	Suplente2	100,0	
03/07/2003	Presidente	76,9	76,9
	Suplente2	0,0	
	T3	30,8	38,5
	S1	11,1	
	T(S2)	7,7	7,7
	S4	0,0	
12/05/2004	Presidente	71,4	71,4
	Suplente2	0,0	
	T3	14,3	14,3
	S5	0,0	
	T1	42,9	71,4
	S2	50,0	

FONTE: Atas das reuniões do Conselho Deliberativo e Fiscalizador A, no período de julho de 2002 a dezembro de 2004.

NOTA: FI - frequência individual de cada conselheiro; FD - frequência da dupla de titular e respectivo suplente; T - titular; S - suplente; T(S2) - S2 nomeado titular.

Em relação ao Conselho B, como evidencia a Tabela 7, em 2002, seus membros participaram das reuniões desse fórum com frequências entre 11,1% e 50%. Nos anos de 2003 e 2004, a participação mais expressiva foi de PB em 100% das reuniões e T3 com frequência ao redor de 60%. No período estudado, a

participação mais relevante no Conselho C foi de seu Presidente com frequência de 86,1% das reuniões.

Tabela 7 – Distribuição de frequências das presenças em reuniões, dos membros do segmento administração do Conselho B, individuais e por duplas de titular e suplente - jul de 2002 a dez de 2004

Data da nomeação	Membro	FI %	FD %
23/03/2002	Presidente1	42,9	71,4
	Suplente1	50,0	
	T1	11,1	28,6
	S1	12,5	
	T2	44,4	85,7
	S2	40,0	
14/05/2003	Presidente2	100,0	100,0
	Suplente1	0,0	
03/07/2003	Presidente3	100,0	100,0
	Suplente1	0,0	
	T3	60,0	60,0
	S3	0,0	
	T(S1)	13,3	20,0
	S(T2)	7,7	
12/05/2004	Presidente3	100,0	100,0
	Suplente1	0,0	
	T3	66,7	66,7
	S4	0,0	
	T5	0,0	33,3
	S5	33,3	

FONTE: Atas das reuniões do Conselho Deliberativo e Fiscalizador B, no período de julho de 2002 a dezembro de 2004.

NOTA: FI - frequência individual de cada conselheiro; FD - frequência da dupla de titular e respectivo suplente; T - titular; S - suplente; T(S1) - S2 nomeado titular; S(T2) - T2 nomeado suplente

Conforme consta em suas respectivas atas, os três Conselhos deliberaram a favor da participação dos respectivos Superintendentes ou de outro membro da administração da autarquia, indicado por ele, em suas reuniões.

Tabela 8 – Distribuição relativa da presença do superintendente e demais convidados nas reuniões dos Conselhos A, B e C – jul de 2002 a dez de 2004

Convidados	CA	CB	CC
Superintendente	54,1	37,0	63,6
Administração	86,5	85,2	63,6
Ouvintes	81,1	3,7	27,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FONTE: Atas das reuniões dos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores A, B e C, no período de julho de 2002 a dezembro de 2004.

Em relação à presença dos membros do segmento servidores, esses participaram de forma expressiva nos três Conselhos, sendo que estiveram presentes três membros com poder de voto em 70,3% no Conselho A, 48,1% em B e 41,7% no Conselho C. No Conselho A, esteve representado em todas as reuniões com pelo menos um conselheiro.(Tabela 9)

Tabela 9 – Distribuição relativa dos membros do segmento servidores nos Conselhos A, B e C – jul de 2002 a dez de 2004

Membros Presentes	CA	CB	CC
Nhum	0,0	7,4	5,5
1	5,4	7,4	11,1
2	24,3	37,0	41,7
3	70,3	48,1	41,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FONTE: Atas das reuniões dos Conselhos A, B e C de jul de 2002 a dez de 2004

A participação dos usuários foi diferente em cada um desses Conselhos. No Conselho C, pelo menos três representantes estiveram presentes em todas as reuniões. No Conselho B, em 63,0% das reuniões estiveram presentes de 3 a 5

usuários. O Conselho CA é o que apresentou a distribuição de presenças mais heterogênea desse segmento em relação aos demais Conselhos. Em 5,4% das reuniões não houve nenhum membro do segmento usuários presente; em 13,5% delas houve a presença de até 2 (dois) membros e em 46% três membros ou mais, sendo que em 5,5% estiveram presentes 5 (cinco) usuários. Nenhum Conselho contou com a presença total dos membros desse segmento nas reuniões agendadas nesse período (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição relativa dos membros do segmento servidores nos Conselhos A, B e C – jul de 2002 a dez de 2004

Membros Presentes	CA	CB	CC
Nenhum	5,4	0,0	0,0
1	35,1	3,7	0,0
2	13,5	33,3	0,0
3	24,3	29,6	18,2
4	16,2	26,0	81,8
5	5,5	7,4	0,0
6	0,0	0,0	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FONTE: Atas das reuniões dos Conselhos A, B e C de jul de 2002 a dez de 2004

Considerou-se, para fins dessa análise, as presenças nas reuniões agendadas dos três Conselhos, independente de terem tido *quorum* ou não. Foi feita, ainda a análise do impacto da ausência de cada segmento pela falta de *quorum* nessas reuniões.

Para alcançar *quorum* era necessário que houvesse a presença de pelo menos 50% (seis) membros. A falta de *quorum* mais expressiva ocorreu no Conselho A no qual, em 35,1% das reuniões, estiveram presentes até 5 membros. No conselho B, em

18,5% das reuniões, não houve *quorum*. O Conselho C obteve quorum em 94,5 % reuniões do período analisado.(Tabela 11)

Tabela 11 - Distribuição relativa do número de membros presentes, por segmento com poder de voto, nas reuniões dos conselhos A, B e C – jul 2002 a dez 2004

Membros Presentes	CA	CB	CC
2	2,7	0,0	0,0
3	2,7	0,0	0,0
4	5,4	11,1	0,0
5	24,3	7,4	5,5
% reuniões sem quorum	35,1	18,5	5,5
6	8,1	25,9	13,8
7	13,5	14,8	27,7
8	18,9	14,8	22,2
9	18,9	14,8	27,7
10	5,4	11,1	2,7
% reuniões com quorum	64,8	81,4	94,5

FONTE: Atas das reuniões dos Conselhos A, B e C de jul de 2002 a dez de 2004

No Conselho A, o segmento usuário foi o mais ausente nas reuniões em que não houve *quorum*. Em nove das treze reuniões em que não houve *quorum* apenas um membro esteve presente. Já o segmento funcionários ocupou 100% dos assentos desse segmento em sete dessas reuniões. Os membros do segmento administração estiveram ausentes em quatro e em sete delas apenas o Presidente compareceu.

6.2 Perfil dos Conselhos

Conselho da Autarquia A – “CA”

Esse Conselho reuniu-se, mensalmente, nos anos de 2002 e 2003, porém, no ano de 2004 apenas cinco das doze reuniões agendadas foram realizadas. Não há nas atas qualquer registro que justifique a falta de *quorum* nessas reuniões. Foi perguntado a SA e a CA se houve algum motivo à época que justificasse isso. CA não soube responder, alegou que, em sua opinião, as pessoas se cansam. Já SA declarou não ter notado que tivesse havido tantas reuniões sem *quorum*. Inferiu que um motivo possível é o fato de que muitos conselheiros usuários eram lideranças políticas na região e que, por ser um ano de eleições (Presidência da República; Câmara Municipal; Assembléia Legislativa; e Congresso), pode ser que os conselheiros tenham se dedicado à campanha de seus candidatos, ausentando-se das reuniões.

Algumas atas foram redigidas manualmente e outras digitadas. Todas são extensas e ricas em detalhes sobre o que foi dito pelos conselheiros e apresentado pela equipe técnica.

A principal característica desse Conselho foi o investimento em capacitação de seus conselheiros. Foi uma preocupação de PA, acolhida por SA que disponibilizou membros da equipe para informar e esclarecer sobre a burocracia pública, legislação e linguagem contábil. O Regimento Interno foi lido, analisado e

discutido no início da gestão do Conselho empossado em 2002 e também quando da eleição dos novos membros em 2004.

O Conselho deliberou e aprovou a participação de SA em suas reuniões. SA compareceu às reuniões juntamente com membros de sua equipe, exceto nos meses de junho a outubro de 2004, quando obteve afastamento por licença de saúde. Nesse período, outro membro da equipe assumiu o cargo de Superintendente interino e compareceu às reuniões do Conselho.

Sobre a prestação de contas, esse Conselho nomeou uma comissão interna formada por algum de seus membros que tiveram livre acesso aos documentos contábeis e processos de compras da Autarquia. A prestação de contas ocorreu periodicamente e a equipe técnica do Departamento Administrativo e Financeiro da Superintendência prestou esclarecimentos com detalhes e que constam transcritos literalmente das atas das reuniões. Houve preocupação quanto à insuficiência de recursos financeiros para honrar os compromissos da Autarquia.

O Conselho apresentou questionamentos sobre o gasto com pessoal. O Diretor do Departamento de Recursos Humanos apresentou pormenorizadamente o quantitativo de pessoal e respectivos salários, cargos de confiança que compunham a estrutura organizacional da Autarquia, superintendência e demais serviços. Pediu desculpas por eventuais erros pelo fato de que havia à época uma série de funcionários novos no setor, que não estavam familiarizados com aquela nomenclatura.

Em relação aos serviços de apoio que estavam terceirizados, o Conselho questionou o custo e a qualidade do serviço de transporte: UTI móvel. A Superintendência acatou os questionamentos e a sugestão foi estudar a matéria. O contrato com a empresa foi rescindido e o serviço passou a ser próprio. A Autarquia alegou redução de custos. Apresentou planilhas com as análises financeiras que demonstravam essa afirmação. O Conselho acatou sem maiores questionamentos.

Analisou e aprovou o plano de metas de cada Hospital, apresentado pela Superintendência. Visitou todas as unidades, discutindo as condições de assistência, e avaliou as instalações físicas, quadro de pessoal, ciceroneado pelos respectivos diretores.

Conselho da Autarquia B – “CB”

As reuniões desse Conselho tiveram frequência mensal e duração de uma hora e meia a duas horas e meia. Mesmo quando não houve *quorum* elas aconteceram com os membros presentes, apesar de não terem tido caráter deliberativo. Nas reuniões dos meses de 2002, o Conselho gerou poucas demandas próprias, tendo sido SB quem sugeriu, com frequência, os itens de pauta. A partir de 2003, mais precisamente após a substituição da Presidência, o Conselho passou a definir a pauta e a demandar formalmente questões a SB para esclarecimento dos conselheiros sobre o funcionamento das unidades ou sobre problemas de fornecimento de materiais, medicamentos e falta de pessoal.

Quanto à representatividade de seus membros, consta da ata da reunião do dia oito de outubro de 2004 que os conselheiros do segmento usuários tinham outros vínculos como representantes da sociedade local. Nessa data, foram apresentados os novos membros do segmento usuários, pois, terminado o primeiro mandato do Conselho, houve renovação dos membros. Os conselheiros do segmento usuários foram eleitos pela comunidade e referendados pelo Conselho Municipal de Saúde que, posteriormente, fez a indicação de seus nomes à Secretaria Municipal de Saúde. Cinco conselheiros desse segmento participavam de outros oito fóruns de saúde, entre Conselhos Gestores de Unidades; Conselho Gestores de Coordenadorias de Saúde e Conselhos Populares de saúde da região da área de abrangência da Autarquia.

Os principais pontos de preocupação desse Conselho foram: fiscalização dos convênios realizados entre a Autarquia B e instituições de ensino; despesas com a folha de pagamento; reformas nos prédios dos hospitais; qualidade no atendimento aos munícipes nos prontos-socorros e contratos com terceiros para os serviços de apoio.

Sobre a prestação de contas realizada pela Autarquia, foi apresentada ao Conselho com a periodicidade exigida no Regimento, a cada três meses. A apresentação era feita pelo Diretor do Departamento Administrativo e Financeiro da Autarquia. Os conselheiros tiveram acesso aos documentos com liberdade, por determinação de SB a sua equipe. Houve dificuldade na compreensão da informação contábil, motivo pelo qual o Conselho definiu uma comissão de alguns de seus membros para consultar os documentos oficiais contábeis e os contratos e demais que deram origem à prestação de contas. Não há registro de que tenha sido encontrada qualquer irregularidade. O Conselho esteve mais preocupado com a forma como foi aplicado o recurso efetivamente recebido.

Na reunião de treze de setembro de 2002, SB falou ao Conselho sobre a proposta orçamentária para o exercício de 2003, enviada à Secretaria de Saúde e que sofreria cortes por ser superior ao estimado por essa Secretaria, porém alegou que “considera o mínimo necessário para uma prestação de serviços de qualidade razoável”. A transcrição da ata continua com o esclarecimento de SB de que “delegou à Secretaria a execução dos cortes, caso necessários, mas que os mesmos sejam efetuados segundo critérios de oferta/demanda”. O conselho absteve-se de

opinar alegando não conhecer os orçamentos apresentados, porém enviou ofício ao Secretário Municipal de Saúde “externando suas preocupações frente à situação financeira da Autarquia”.

Sobre a folha de pagamento o Conselho solicitou detalhes quanto ao quantitativo de profissionais contratados e seu vínculo, se estatutário ou celetista. Solicitou, ainda, informações sobre as horas extras e gratificações pagas, bem como os cargos ocupados e respectivas remunerações.

Quanto aos convênios com instituições de ensino, esse item toma uma boa parte do tempo das reuniões desse conselho. Essa preocupação está justificada em ata pelo fato de constar no Regimento do Conselho no Art.1º. Inciso VII: “aprovar os convênios, ajustes ou acordos da Autarquia com entidades públicas e privadas, submetendo-os a aprovação do Secretário Municipal da Saúde”. O Conselho, durante o período estudado analisou vinte solicitações de convênios das escolas de enfermagem, mediante critério preestabelecidos. Limitou-se, contudo, a analisar as contrapartidas, deixando sob responsabilidade da Comissão de Ensino do Departamento de Recursos Humanos da Autarquia a avaliação da pertinência pedagógica. Apesar do rigor que o Conselho demonstrou ter com esses convênios, na reunião do dia cinco de novembro de dois mil e quatro foi entregue o Ofício 319/2004 da Superintendência da autarquia “solicitando aprovação de Convênio com a Universidade para supervisão e qualificação dos serviços de traumato-ortopedia, que por decisão da superintendência foi assinado em 01/04/04 ‘ad referendum’ deste CONDEF”. O Conselho, na reunião de dezoito de janeiro de dois mil e cinco, decide

por aprovar esse convênio até 31 de março desse mesmo ano, “orientando à superintendência a proceder avaliação e apresentação de proposta”. Contudo somente fica concluída essa questão na reunião de dezessete de maio quando a Superintendência justifica a manutenção do convênio “devido à dificuldade de contratação de ortopedistas como diaristas para atendimento e acompanhamento dos casos cirúrgicos que dão entrada na urgência /emergência”. Não consta dos registros a comprovação dessa dificuldade.

Conselho da Autarquia C – “CC”

O Conselho inicia suas reuniões mensais com um atraso médio de vinte minutos. Os maiores atrasos ocorreram nas reuniões do primeiro semestre de sua constituição, chegando a cinquenta minutos. Não há registro sobre isso nas falas constantes das atas, apenas a anotação do horário previsto e do horário de início da reunião de fato.

Todas as reuniões agendadas tiveram *quorum* e foram realizadas. As atas foram redigidas por funcionária da Autarquia indicada por SC para secretariar o Conselho C, com clareza, objetividade e detalhamento das discussões. Nelas constam os nomes dos presentes na reunião e sua condição, se titular ou suplente; os itens de pauta e as respectivas deliberações; foi feito um resumo da exposição da fala, indicando o conselheiro que a expressou. Os conselheiros do segmento usuários manifestam-se com frequência.

Além dos itens de pauta predefinidos e discutidos, os conselheiros fazem outros questionamentos durante as reuniões. Os principais assuntos objeto da preocupação desse conselho são o quadro de pessoal da Autarquia e respectivos salários; terceirizações de serviços de lavanderia, ambulância e nutrição; insumos (materiais e medicamentos).

Sobre o quadro de pessoal, o Conselho C questionou, nos primeiros meses, à autarquia a quantidade de vagas existentes, quantas estavam ocupadas, faixas

salariais, horas extras, gratificações, bem como a quantidade de cargos em comissão e os respectivos salários. Sobre esse último tópico, solicitou a apresentação do organograma da Autarquia para conhecer a estrutura organizacional da superintendência, hospitais e prontos-socorros, nas reuniões dos dias doze de fevereiro, doze de março, nove de abril e quatorze de maio de 2003. Essa solicitação foi atendida na reunião de junho desse mesmo ano. Em quatorze de maio, houve tensão na reunião, descrita na respectiva ata, decorrente da não apresentação do organograma por problemas técnicos com o equipamento de informática que seria utilizado para tal. Lê-se na ata desse dia a seguinte afirmação: “porém ocorreu problema técnico que impossibilitou tal apresentação, ocasionando uma irritação em todo o grupo, assim sendo a pauta foi prejudicada e não apresentada”. A ata cita, ainda, que houve “muito desconforto” também pelo fato de não terem sido entregues os documentos solicitados pelo Conselho sobre esse tema. Consta que a Diretora do Departamento de Recursos Humanos justificou o fato porque “não houve a oficialização do organograma da Autarquia (...) Como seria passado um organograma informal, o Departamento solicitou aos diretores das Unidades este organograma informal, ocorrendo, assim, a demora na entrega de tal material e que situações com problemas técnicos (computador e xerox) o que acarretou a não entrega de tais documentos”. Na seqüência, consta ter sido agendada reunião extraordinária para o dia vinte e cinco seguinte e com o compromisso de encaminhar aos conselheiros a documentação para sua análise via correio. A preocupação com este tema é decorrente do fato de haver dois vínculos empregatícios nas Autarquias: estatutário e celetista. Eram estatutário os funcionários lotados nessas unidades e que ingressaram, mediante concurso público, pela administração direta. Já os

funcionários admitidos por concurso e aqueles em caráter emergencial após criação das Autarquias, foram contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A Secretaria Municipal de Saúde pagava os vencimentos dos estatutários que trabalhavam nas Autarquias na condição de cedidos. Já a Autarquia complementava os salários nos casos de estatutários que ocupassem cargos de confiança. Essa situação não era de fácil compreensão pelo Conselho.

Outro tema importante para os conselheiros envolveu as condições de assistência aos munícipes nos prontos-socorros e hospitais. São constantes os questionamentos sobre existência de profissionais para o atendimento; medicamentos e condições dos equipamentos de tecnologia médica. Fizeram cobranças formais a respeito a SC e demais diretores de unidades.

Há passagens que evidenciam a inserção social dos conselheiros, particularmente do segmento usuários. Estão, geralmente, associadas à preocupação desse segmento em negociar com outras instâncias – Secretário de Saúde; Prefeita e Vereadores – o aumento do orçamento para a Autarquia. Na reunião de nove de novembro de 2002, a “conselheira A.” deu o informe de que “movimentos populares de saúde estão viabilizando audiência com a Prefeita Marta Suplicy, com o fim de promover estudos para o aumento da parcela orçamentária destinada para a área de Saúde”. Nesse dia, foi apresentado o orçamento aprovado por SMS e enviado à Câmara com um corte de 63% em relação à proposta inicial da Autarquia. Consta dessa ata que “observou-se que este corte atingiu a Secretaria Municipal de Saúde como um todo”. Porém, outro conselheiro contestou a proposta de mobilização

alegando que “o aumento do percentual dos recursos destinados para a área de saúde é de competência de outros fóruns” referindo-se ao Conselho Municipal de Saúde do qual fazia parte à época como membro titular.

Por influência de membros do CONDEF junto à Câmara Municipal, houve a aprovação de R \$ 5,1 milhões, em emendas parlamentares, em adição ao orçamento da Autarquia C, para o exercício de 2003. Esse recurso seria destinado à reforma de um andar de um dos Hospitais dessa Autarquia onde funcionaria um serviço para atendimento a queimados. Porém, o recurso não foi usado. O Diretor do Departamento Administrativo e Financeiro dessa Autarquia, durante a prestação de contas trimestral, em setembro de 2003, esclareceu que, por insuficiência de recursos financeiros houve necessidade de fazer algumas adequações contábeis e, dessa forma, foi cancelado o empenho do recurso referente à reforma do Hospital para a qual foi dirigida a emenda parlamentar. O Conselho não aceitou a explicação desse diretor. Criou-se um clima de desconfiança entre Conselho e Superintendência. Naquela época o Superintendente estava afastado por problemas de saúde.

Sobre a análise da execução orçamentária, ainda em 2002 o Conselho deliberou e criou uma comissão interna para analisar essas contas e os respectivos documentos. Consta nas atas que essa comissão trabalhou em reuniões extraordinárias na sede da Autarquia que deu acesso à vista dos documentos.

6.3 Descrição das entrevistas.

Apresenta-se, a seguir, um breve relato das entrevistas realizadas com os superintendentes das Autarquias, Presidentes dos Conselhos, membros do segmento administração e Secretário Municipal de Saúde. Para ilustrar as características dos interlocutores evidenciadas em cada caso, serão citadas algumas de suas falas e a postura que assumiram ante o tema abordado, além da ênfase que colocaram nas respostas e as emoções que deixaram transparecer.

Superintendente da Autarquia A – “SA”

A entrevista com SA foi a mais demorada das três realizadas com os superintendentes, com mais de duas horas de duração. Durante todo o tempo AS, demonstrou sentir-se à vontade, com a entrevista e com o tema. Suas declarações foram muito espontâneas. Falou com entusiasmo sobre sua gestão e, principalmente, sobre sua participação nas reuniões do Conselho da Autarquia – CA. Descreveu algumas das reuniões de que participou em que foram apresentadas propostas pelos conselheiros com as quais a princípio não concordava e declarou com satisfação que o Conselho se saiu vitorioso, em detrimento da posição da administração. Um exemplo desses momentos foi quando descreveu o debate entre a equipe técnica da Autarquia e o Conselho sobre um projeto para humanização do atendimento ao parto: o Projeto Doulas. A proposta foi apresentada por uma das conselheiras. Era uma proposta de treinar mulheres da comunidade para acompanhar e auxiliar a parturiente na sala de pré-parto. Refere que a proposta enfrentou grande resistência do corpo

médico da maternidade e sua inclusive, porém enfrentou o debate e declarou que os conselheiros saíram vitoriosos:

É um projeto que tinha grande resistência dos três diretores dos hospitais e das equipes da maternidade. (...) E os conselheiros foram derrubando uma a uma essas argumentações, e no final se consensuou que o Projeto era importante, necessário, que podia humanizar a assistência (...) inclusive eu que tinha uma posição divergente na época e fui...fui convencido aliás, né? (neste momento ri mostrando satisfação) Foi muito legal! Foi uma coisa muito legal! Fiquei muito impressionado.

Em suas declarações fica claro que tem a participação social como um grande valor em sua vida profissional. Considera que o Conselho em sua gestão foi o “grande espaço de negociação (...) em que se concretizava a construção, digamos, coletiva mesmo, democrática, do sistema de saúde”. Fala com satisfação da inserção de alguns dos conselheiros nos movimentos de saúde da região da área de abrangência da Autarquia que administrou.

Descreveu com detalhes momentos das reuniões do CA de que participou, citando sugestões e questionamentos dos conselheiros que interferiram nas decisões da administração da Autarquia como: desterceirização do serviço de remoção inter-hospitalar; Projeto Doulas; reformas realizadas nas recepções de hospitais e prontos-socorros. Nas reformas, contou inclusive com a participação da comunidade, como foi o caso da sugestão dada pelo Conselho de incentivar os adolescentes do bairro em que estava localizado um dos prontos-socorros a grafitar as paredes externas. O objetivo dessa iniciativa foi o de integrar a comunidade local a esse serviço e diminuir a violência entre eles e a equipe de funcionários.

Em sua opinião o gestor tem responsabilidade sobre os resultados alcançados por esses fóruns, que chamou de “espaços de discussão democrática” e, neste sentido, afirmou que “temos uma responsabilidade, enquanto gestores, de exercer uma liderança positiva para que as pessoas entendam o que é saúde pública e o que é trabalho coletivo (...) consigam abrir seus horizontes, que sejam criativas”. Por outro lado entende que falta preparo aos governos para lidar com os desafios do controle social pelo receio das demandas que são apresentadas e afirma que “o governo esqueceu como se fazem negociações, é uma prática que deve ser aperfeiçoada. Depois os Governos ficam reclamando que as pessoas não sabem pedir”.

Presidente da Autarquia A – “PA”

Essa entrevista foi realizada em dias diferentes. No primeiro dia, foi interrompida, pois PA tinha um compromisso pessoal que não podia ser adiado. Durou cerca de quarenta e cinco minutos. No segundo dia, a entrevista foi finalizada uma hora após seu início. PA é uma pessoa serena e foi muito solícita. Respondeu a todas as questões com naturalidade e também se mostrou à vontade durante os dois dias de entrevista. Referiu não se lembrar com muitos detalhes das reuniões do Conselho de que participou, porém isto não pareceu interferir na qualidade das respostas.

Em linhas gerais, não mostrou acreditar na eficácia da participação da sociedade nesses fóruns. Afirmou que, em sua opinião, falta representatividade e preparo técnico aos conselheiros: “acho que o conselheiro tem que entender do SUS,

conseguir saber o que compete a ele; o que ele tem que fazer (...) teria que ter uma base que ele está representando lá. Eu acho que não acontece”. Julga que essas duas condições são importantes para que a participação se dê de maneira adequada. Essas afirmações de PA conflitam com as de SA. Também se contradiz durante a entrevista, ao afirmar, mais adiante, sobre os conselheiros do segmento usuários que: “alguns eram lideranças dos movimentos das diversas áreas, elegeram pessoas de diferentes bairros, inclusive para trocar queriam trocar pela mesma região”. Faz afirmações semelhantes em relação ao segmento funcionários, porém deixa claro que esperava mais dessa representatividade.

Referiu-se, respeitosamente, a SA e, por suas declarações, percebe-se que havia um bom relacionamento e confiança mútua. Declara considerar importante a participação social, motivo pelo qual fez investimentos como Presidente desse Conselho na formação dos conselheiros. Cita, como exemplo, que o Regimento Interno do Conselho, para ser aprovado, foi discutido “ponto por ponto”, assim como a Lei 13.271, de criação das Autarquias. Enfatiza seu empenho neste sentido afirmando que: “promovemos discussões sobre tipos de compras: licitação tomada de preços; dispensa, para entender aquela bendita planilha (sobre os balancetes trimestrais) e mesmo a legislação do SUS”.

O tom que deu às suas respostas foi pessimista em relação à participação social, apesar de ficar claro em suas declarações que representa um grande valor pessoal. Valoriza o Conselho, porém julga que é ineficaz, como se pode depreender da seguinte declaração: “Eu sempre questionei essa questão de serem deliberativos

porque eles não têm condições, têm pouca bagagem e o fazem em confiança àqueles que estão trazendo a questão. Eu acho que é um sonho. Eu fico querendo que aprendam, entenda porque faço isso”. Novamente se contradiz quando confirma as declarações de SA sobre a relevância que o Conselho teve na gestão da Autarquia influenciando a decisão da Superintendência sobre a desterceirização do serviço de ambulâncias e as reformas que houve, declarando que a Superintendência acatava tais propostas apesar da demora, pois faltavam recursos financeiros.

Superintendente da Autarquia B – “SB”

Essa entrevista foi realizada em dois dias diferentes e alcançou uma duração total de uma hora e quarenta e cinco minutos. No primeiro dia, a entrevista precisou ser interrompida por compromisso assumido previamente por SB. No segundo dia, a entrevista foi concluída.

A postura de SB foi a mesma nos dois dias de entrevista. Portou-se com cordialidade e receptividade. No primeiro dia, ao se iniciar a série de questões do roteiro de entrevistas, mostrou material sobre a Autarquia que já estava preparado e em seu poder. Eram transparências impressas contendo o texto da Lei Municipal 13.271 de janeiro de 2002. Leu os incisos I a VI do Art. 10º. que se referem às atribuições do Conselho dessa Lei, justificando que, em seu entendimento, exceto o inciso III, nenhum outro foi cumprido pelo Conselho B.

Em suas respostas, assumiu uma postura séria e incisiva fazendo críticas à atitude da administração da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, durante sua gestão como Superintendente. Em seu entendimento, a Secretaria foi a principal responsável pela falta de participação da população no Conselho. Justificou ainda que a falta de recursos financeiros para fazer investimentos e contratação de pessoal tornou a deliberação desse fórum inócua: “por exemplo: ‘queremos mais médicos’ porém não tínhamos dotação (...) Deliberava-se que precisava construir o teto do Hospital, não adianta deliberar se não se têm recursos, porque não há orçamento. O conselho queria a reforma e não havia dinheiro”.

Questionou “até que ponto valeu a pena” a existência do Conselho e em particular a sua função deliberativa, que afirmou ser “contraditória, na medida que não houve autonomia para que a Autarquia tomasse suas decisões”. Ressaltou que as reuniões não tinham contribuído para construir, mas para “rebater, temporizar, empurrar com a barriga (em relação aos problemas) porque não estava a cargo da Superintendência resolver”. Definiu a participação social e a existência do Conselho, como “a necessidade de controle social, que pudesse auxiliar a administração na medida que demandaria importantes pedidos da sociedade à Autarquia”.

Apesar de colocar textualmente a importância do Conselho, “eu acho que o controle social é parte fundamental do SUS”, faz uma série de afirmações em que manifesta a opinião sobre a falta de capacidade desse fórum por limitações inerentes a ele próprio. Assim, afirma que: “o CONDEF era muito jovem e carecia de estrutura de poder para pressionar a Autarquia para que tudo isso acontecesse”. Em sua opinião, os conselheiros não tinham condições de cumprir suas funções de análise das contas e de avaliação de políticas, citando textualmente a formação escolar como um fator desse despreparo. Referiu-se aos conselheiros em vários momentos como pessoas voluntárias e “pessoas vocacionadas, com característica de assistência social. Muito bem intencionadas, mas que careciam de preparo prévio, no sentido de saber como fazer”. Complementa seu entendimento da falta de capacidade desse Conselho alegando que “a pauta era elaborada não só pelo superintendente, mas, na prática sim, pois faltava uma discussão”. Afirmou não participar de todas as reuniões por acreditar que sua presença constrangia os membros do Conselho.

Outro ponto fraco que apontou, ainda em relação à composição do CONDEF, foi a falta de médicos como conselheiros porque em sua opinião “(a discussão) acabava não tendo o mesmo impacto”. Acredita que não se fizeram representar por dois motivos “que o poder de classe os afastasse disso, já que faltava proposição” e também porque “as demandas não representavam os interesses da categoria médica”.

Ainda sobre a composição do Conselho, fez afirmações que dão a entender uma possível interferência da administração da Superintendência na escolha dos representantes dos usuários e funcionários. Sobre a representação dos funcionários, afirmou que “a gente indicava a realização de eleições e caso, no tempo, não houvesse essa indicação, havia outras formas de se resolver”. Quando questionado sobre quais seriam essas outras formas, apenas respondeu que “sempre procuramos envolver o sindicato”. Em relação à representação dos usuários, comentou que “a gente orientava que seria interessante esses conselheiros serem, assim, presidentes de uma comunidade onde tínhamos nossas unidades”.

Explicitou o conflito com PB justificando que teria sido motivado “em função das necessidades das coisas e do entendimento que era diferente do gabinete de quem está na ponta e sem poder resolver”. Havia divergência de entendimento em relação aos resultados apresentados pela Autarquia ao Conselho sobre as respostas às demandas quanto a contratações, suprimentos e reformas, que SB justificava ao Conselho não ter como contemplar por falta de recursos financeiros. Como não teve receptividade em suas justificativas, alega que “ficou parecendo que não era da administração, como se jamais estivesse sabendo da falta de repasses”.

Sobre a prestação de contas, esclarece que colocou sua equipe técnica à disposição do Conselho, bem como deu acesso para que consultassem as informações na fonte quando julgassem necessário. Afirmou que o Conselho não fazia a auditoria da execução orçamentária e que focava sua análise no recurso financeiro efetivamente gasto “no que este dinheiro reverteu no benefício da assistência”.

Presidente do Conselho da Autarquia B – “PB”

Essa entrevista foi realizada em um único dia e durou cerca de duas horas. PB mostrou-se à vontade, respondendo às questões apresentadas com naturalidade e descontração. Falou com satisfação do seu trabalho junto ao Conselho. Por diversas vezes, sorriu ao lembrar de circunstâncias vividas. Demonstrou compreender bem seu papel de Presidente do Conselho e falou da preocupação que seus membros tiveram quanto ao correto cumprimento das funções regimentais. Abordou, sem fazer juízo de valor, os problemas de relacionamento que enfrentou com SB. Enfatizou que as divergências entre ambos tiveram como pano de fundo os desencontros entre as informações fornecidas por SB e as discussões que houve na Secretaria Municipal de Saúde, sobre as informações financeiras da Autarquia.

Sobre a avaliação da prestação de contas apresentada pela Autarquia, afirmou que a preocupação do Conselho era em relação à aplicação do recurso financeiro efetivamente recebido e não sobre a peça orçamentária em si. Falou sobre isso como se estivesse reproduzindo a fala que o Conselho ouvia da administração da Autarquia àquela época e em tom de crítica: “Então assim: (...) Ah então, nós pedimos X porque o ano passado nós fizemos Y e mandaram (a Secretaria de Saúde) readequar 20% do orçamento, então o nosso orçamento para essas rubricas da prefeitura vai ser ‘X’”. Esclarece que “não era esse orçamento que a gente queria discutir, entendeu? Até que podiam ter proposto esse orçamento, mas era em relação a outra coisa, tipo: esse orçamento dá pra gente internar X pessoas, atender X; expandir ou não tal serviço; diminuir ou não tal coisa; ou manter do jeito que está (...)”. E afirmou que o

Conselho fez essa solicitação de apresentação da prestação de contas sem sucesso e fala sobre o assunto lamentando-se que “isso a gente não consegue, não consegue avançar”.

Sobre a obrigação formal que o Conselho tinha de aprovar a execução orçamentária da Autarquia, PC esclareceu que “a gente chegou até a fazer um estudo do regimento, item por item, para retirar do Regimento aquilo que era função do CONDEF. Foi por isso que a gente se ateu aos convênios, que tinham que ser aprovados e apreciados”. Reitera que o entendimento desse Conselho foi de que o papel de fiscal da execução orçamentária em sua conformidade com a legislação pública era do Tribunal de Contas do Município. Esclarece que o Conselho “apreciava” esses documentos, mas que não se ocupava de auditá-los.

Sobre a participação dos conselheiros do segmento dos funcionários, falou que, no início, tinham demandas corporativas e que usavam o Conselho para resolver problemas do dia-a-dia. Com o tempo, e com a postura do Conselho, isso mudou “o CONDEF tem que orientar para que haja os fluxos administrativos e não a gente fazer o papel dele (superintendente), que a gente é só o Conselho”. Nesse sentido, não foram acatadas demandas voltadas a problemas operacionais. Quando houve, o Conselho notificou formalmente à Superintendência que costumava dirigir as questões ao diretor da unidade para que prestasse os devidos esclarecimentos.

Sobre o segmento dos usuários, afirma que eram “pessoas ocupadas e que não estavam lá para ocupar seu tempo”. Reconhece que faltava preparo a todos os

conselheiros para exercerem suas funções, mas que, com o tempo, foram se acostumando à linguagem da administração e aprendendo. Porém, em relação ao seu entendimento sobre a atuação do executivo e às políticas de saúde para a região, declara que percebeu que “eles têm essa noção de espaço, de território e não só de unidade hospitalar, ou de conselho gestor de um determinado equipamento”. Referindo-se às demandas desses conselheiros, afirmou que o “contexto deles que é mais ampliado do que só o nosso administrativo daquele equipamento”. E justifica isso porque “eles relacionam bastante a unidade assistencial com a política (...) Eles vão lá defender a parte deles, mas não só em relação à assistência do hospital, não. Então eles têm reivindicado se o posto se relaciona com o hospital; se o hospital tem assistência domiciliar; (...) como é que se relaciona com um outro que é nosso, que tá pequenininho? Isso aparece bastante na fala dos conselheiros da população”.

Confirma que era geralmente um membro da equipe da administração da Autarquia “um assistente do superintendente (...) ou às vezes era o diretor do DAF⁸” quem costumava estar presente nas reuniões por solicitação do Conselho, que julgava isso importante para obter respostas na hora. Sobre a participação de SB afirmou que também ia a algumas das reuniões. Porém sobre os esclarecimentos às questões apresentadas pelos conselheiros, disse que “era uma resposta burocrática (...) não era uma coisa que ia lá para a gente conversar e tentar ajudar a organizar de uma forma que tivesse mais...até desse mais consistência, pelas atitudes da administração. Às vezes eu achava...que eles ficavam às vezes na defensiva”.

⁸ DAF – Departamento Administrativo e Financeiro da administração das Autarquias

Abordou a questão do poder que esse fórum tem em tese e na prática para influenciar a superintendência da Autarquia a tomar decisões. Sobre as orientações que o Conselho deu, contrárias às da Superintendência, declarou que “a Autarquia ou faz no jeito ou faz à revelia dela. Aí é uma decisão do superintendente”. E ainda em relação a essa capacidade de influenciar a decisão do executivo, declarou que “precisa crescer bastante esse exercício de ser conselheiro, inclusive em relação à Superintendência, porque tem a tendência (a Superintendência) de achar que esse é um Conselho que vai arregaçar a manga e sair por aí brigando por eles e na verdade não é isso. A gente tem que brigar pela Autarquia, mas pela boa administração da Autarquia”.

Concluiu a entrevista afirmando que, em sua opinião, considera que esse fórum representa “um exercício ainda, eu acho que justifica como um mecanismo de governança; de controle social e de participação”.

Superintendente da Autarquia C – “SC”

Essa entrevista durou cerca de uma hora e quarenta minutos. SC mostrou disponibilidade e colaboração durante toda a entrevista. É uma pessoa cordata. Falou com emoção e vigor sobre o período em que foi Superintendente e que participou das reuniões do Conselho. Deixou claro que houve um conflito entre a Superintendência dessa Autarquia e seu Conselho por falta de compreensão, em seu modo de ver, dos conselheiros sobre o papel desse fórum. Por esse motivo, explicou que traziam demandas que ele, à época, considerava “clientelistas” e que, pela sua responsabilidade como gestor do SUS, não poderia acatar: “traziam casos específicos, pessoas que estavam em cidades do interior e que precisavam de órtese e prótese (...) e eles queriam que a Autarquia atendesse”. Mesmo assim, cita exemplos de demandas que acatou contra a sua vontade por terem sido deliberadas e aprovadas no Conselho.

Durante toda a entrevista mostrou ter tido preocupação, como gestor, em respeitar a legislação pública e os princípios do SUS. Explicou que por desconhecimento de ambas, o Conselho trouxe demandas que causaram conflitos com a administração. Lembra que “não havia (...) uma noção do grau de abrangência da função que eles estariam exercendo (...) entendia que ele podia aumentar o orçamento, aumentar o gasto”. Afirmou com veemência que os Conselheiros não estavam preparados, mas que apesar disso aprenderam com o exercício de suas funções ao longo do tempo. Afirma que “ao final do governo (...) ele mudou muito

nesse (...) houve um amadurecimento dos três segmentos, tanto dos trabalhadores como dos usuários quanto dos gestores”.

Falou da escassez de recursos financeiros, em relação aos planejados durante sua gestão, que impediram a realização de investimentos. Comenta que “a propalada autonomia administrativa, ela se limita à disponibilização de recursos”. Refere-se inclusive àqueles para os quais o Conselho conseguiu junto à Câmara Municipal a aprovação de emendas parlamentares. Porém coloca mais ênfase na justificativa de que essa limitação financeira tenha sido o grande empecilho que limitou o desempenho da administração. Afirma que o ponto alto de sua gestão foi a lisura com que tratou de todos os trâmites processuais e da gestão financeira e contábil.

Também se refere à participação social como um grande valor inclusive pessoal e justifica, citando sua militância no movimento de saúde da região da Autarquia que veio a administrar tempos depois: “eu sou um defensor, dá até arrepio, eu sou um defensor assim utópico da participação e da fiscalização popular ”.

Fala com satisfação do fato de o Conselho ter deliberado a favor de sua presença nas reuniões. Relatou que fazia questão de ir, mesmo porque em sua ausência sua equipe não tinha a mesma paciência e interesse em dar os esclarecimentos solicitados em linguagem compreensível aos conselheiros e que isto causou problemas. Alega que os conflitos entre o Conselho e sua equipe ocorreram porque “eles não tinham o conhecimento técnico-científico para interpretar as informações que lhes eram fornecidas” e esclarece que com sua presença nas

reuniões evitava conflitos pois, à diferença dos técnicos da Superintendência, “obrigatoriamente tinha que ter uma visão política e explicar numa linguagem acessível ao leigo, que ele pudesse se convencer da verdade dos fatos, que eram fatos numéricos, que iam ser submetidos ao Tribunal de Contas”. A esse respeito citou dois exemplos de emendas parlamentares que não foram executadas e que frustraram o Conselho. Uma delas, explica SC com detalhes, causou um conflito que segundo ele demorou “meses depois pra mostrar pra eles que aquele dinheiro específico, que tinha que vir carimbado etc etc etc, não veio, e que era uma mera movimentação contábil”. Esclarece que houve e uma dotação orçamentária no valor de dois milhões de reais que correspondia a uma emenda parlamentar para reforma de um dos hospitais da Autarquia. Como a receita prevista para aquele ano fora menor que o orçamento, o técnico responsável pela área de finanças procedeu ao cancelamento dessa dotação para fazer os ajustes contábeis necessários à execução orçamentária. Isso gerou polêmica e desconfiança do Conselho, que não se satisfez com as explicações da área técnica, tendo SC que intervir. A situação tomou vulto, tanto que o recurso chegou a ser liberado pela Prefeita Marta Suplicy. Porém, não foi executado, pois esclarece que “quando efetivamente esse dinheiro veio pra Autarquia eu devolvi pra Secretaria porque eu não queria esse dinheiro dentro da Autarquia. Porque seria uma irresponsabilidade administrativa. O indivíduo, o gestor que está com o déficit que nós estávamos à época pegar 2 milhões de reais e iniciar uma reforma e ampliação, levaria 10 anos pra ser, no mínimo 5 anos para ser cumprida”.

Em determinado momento da entrevista falou da desilusão da população de São Paulo e dos conselheiros de forma muito pessoal e acalorada e dá a entender que

houve uma frustração por expectativas não alcançadas conforme se depreende da transcrição de sua fala: “uma coisa é uma população que ‘tava com Pitta, com Maluf, acomodada na casa dela limitando-se a, de vez em quando, fazer um xingamento, uma crítica quando fosse abordada. Outra é uma população que foi mobilizada, ela foi chamada pra participar, e depois ela é frustrada da forma que foi. Havia um movimento mesmo de crítica ao governo, à prefeita, havia crítica aos vereadores do Partido da situação, havia crítica à administração pública municipal em geral. À Secretaria de Finanças, de Educação e de Saúde também. E isso daquele processo que você ia desde a igreja protestante (...) que tinha 20 adeptos... que nós fomos, discutimos, fizemos acordos etc, até as grandes organizações, tipo Maçonaria, *Lion's...*”

Terminou a entrevista confirmando que acredita na participação social apesar de entender que seja um processo novo e que terá êxito no futuro.

Presidente do Conselho da Autarquia C – “PC”

Essa entrevista foi realizada em duas etapas. A primeira presencial, com duração de uma hora e quinze minutos. Foi interrompida a pedido de PB, que tinha um compromisso de família. Interrompeu a entrevista ao receber um telefonema, provavelmente de membro de sua família, informou que se atrasaria um pouco, mas que já estava saindo e explicou o motivo. Por falta de agenda ficou acordado que responderia o restante das questões por escrito. Essas foram enviadas a PC por *e-mail*. Ele as respondeu e reenviou. Não houve prejuízo à entrevista, pois foram apenas as últimas questões as respondidas por escrito e PC as respondeu com a mesma naturalidade das demais.

PC mostrou-se uma pessoa serena, muito amistosa e gentil. Falou detidamente sobre os assuntos tratados na entrevista. Valeu-se de metáforas e de explicações teóricas para fundamentar suas afirmações e opiniões sobre o processo vivenciado como Presidente do Conselho. Mostrou-se tranquilo e à vontade ao responder às perguntas. Em certas ocasiões, recusou delicadamente a questão afirmando que responderia “mais para frente” para discorrer sobre o assunto da participação social, por exemplo. Percebe-se que é sensível ao tema, do qual falou com entusiasmo e conhecimento.

Porém colocou mais exemplos teóricos do que práticos para ilustrar suas afirmações. Uma situação que descreveu foi sobre um questionamento do Conselho sobre preços pagos pela Autarquia e usou como exemplo um valor teórico de um

medicamento escolhido aleatoriamente no momento da entrevista e que PC denominou de exemplo absurdo para destacar que os conselheiros fiscalizavam detalhes da execução orçamentária: “por que o superintendente pagou 1 real e trinta centavos, se no mercado era 1 e vinte?”

Discorreu, por vários minutos, sobre sua opinião quanto à falta de representatividade dos conselheiros e advogou que na cidade de São Paulo, esse tipo de fórum está fadado ao insucesso, pois não conseguiria abranger o total da população. Afirmou que esses Conselhos devem ser instituídos em cidades pequenas, com mil habitantes. Alegou que, nesse município, alternativas que não os Conselhos devem ser utilizadas para garantir a ampla participação da sociedade e foi enfático ao afirmar que “se persistir esse modelo, nós não vamos estar permitindo uma participação... é... adequada, aí no segmento da população, acho que nós temos que tentar novas formas”. Não fez nenhuma proposta alternativa. Apesar de ter discorrido sobre essa tese por um bom tempo, minutos depois, respondendo a outra questão afirmou que os conselheiros tinham representatividade e que faziam interlocução com seus pares: “eles colocavam nas reuniões que amanhã ou depois iam estar em tais e tais lugares e vinham para o CMS falar, participar também. Participavam de vários movimentos populares. Percebia isso”.

Deixou claro ter um bom relacionamento com SC. Teceu elogios à sua participação no Conselho, quanto a seu empenho em dar acesso às informações e também explicar em linguagem que os conselheiros pudessem compreender a prestação de contas da Autarquia.

Em suma, todos os entrevistados relataram acreditar na importância da participação da sociedade na gestão e controle públicos. Manifestaram, ainda, sua preocupação com a qualidade da formação dos conselheiros. O superintendente SA foi mais enfático, que os demais entrevistados no que se refere à formação dos conselheiros e relatou, pormenorizadamente, o investimento que fez em sua gestão para oferecer cursos e oficinas que os qualificassem para as suas funções. O Presidente do CONDEF dessa Autarquia, PC, afirmou ter tido, durante sua gestão, uma postura muito proativa no sentido de ser um agente formador. À leitura das atas das reuniões desse Conselho ficou evidente o seu interesse em que os conselheiros compreendessem os itens de pauta e os temas correlatos. A própria reunião foi transformada num momento pedagógico de apreensão de novos conhecimentos em relação à burocracia e legislação públicas. Esse fato se repetiu em 2004 com a mudança dos membros do Conselho.

O Superintendente SC destacou, de forma emocionada, sua inserção na comunidade da área de abrangência da Autarquia C, que administrou. Esclareceu que sua participação política na região é antiga, inclusive tendo trabalhado no principal Hospital desse ente público por vários anos antes de assumir a Superintendência. Afirmou ter contado com o apoio político do Conselho, referindo-se ao segmento de usuários, cuja inserção em movimentos sociais destacou. Já o Presidente desse Conselho, PC, mostrou um pensamento pouco otimista em relação à representatividade dos conselheiros. Advogou que, sendo São Paulo uma cidade com porte de metrópole, em seu ponto de vista, não é possível representar a comunidade

de forma tradicional e afirmou acreditar no sucesso de modelos mais criativos e inovadores, porém não os conhece.

Quanto ao Presidente do Conselho da Autarquia B, PB, falou com intimidade do CONDEF a que presidiu. Falou com riqueza de detalhes sobre os debates travados nas reuniões e sobre a postura independente do Conselho.

Todos os entrevistados destacaram a falta de preparo dos conselheiros no início da gestão desses Conselhos e afirmaram terem percebido um amadurecimento desse fórum ao final de sua gestão. Justificam essa opinião pelo fato de os conselheiros terem aprendido com a prática a lidar com os instrumentos burocráticos das autarquias e a compreender a linguagem administrativa e os limites da legislação.

Secretario Municipal de Saúde e membros do segmento administração

Tendo em vista a pouca participação e a baixa frequência nas reuniões dos Conselhos dos membros do segmento administração, foram agendadas entrevistas com dois conselheiros do segmento administração dos Conselhos A e B e com o Secretário Municipal de Saúde. Estas foram realizadas em março de 2007. A escolha de CadA e CadB se baseou nos seguintes critérios: entrevistar conselheiros com frequências de participação diferentes e de Conselhos diferentes. Das quatro pessoas contactadas apenas foi possível agendar estas duas entrevistas.

Os dois conselheiros entrevistados mostraram respeitar os Conselhos e valorizar a participação da sociedade na gestão pública. O Conselheiro CadA, participou com assiduidade das reuniões de CA e colaborou ativamente na deliberação dos itens de pauta. Considerava-se, de fato, membro preposto da Secretaria Municipal de Saúde. O Conselheiro CadB, participou como suplente no final do exercício de 2004, quando da nomeação da segunda composição dos CONDEFs. Não há registro de sua presença nas reuniões nesse período. Afirma que considerou sua participação uma formalidade e que o convite para participar como membro desse segmento foi feito por SB e não pelo Secretário de Saúde. Ambos os conselheiros entrevistados negaram ter tido qualquer tipo de orientação dos gestores de SMS referente à sua participação nessas instâncias.

Apesar dos conselheiros do segmento administração terem sido indicados pelo Secretário Municipal de Saúde para representar a Secretaria nestes fóruns, não

houve orientação de sua parte a estes conselheiros sobre qual deveria ser sua postura. Tampouco lhes foram solicitadas informações a respeito do ocorrido nessas reuniões. O secretário entendia que esta deveria ser uma função da COGER – H, uma vez que considerava ter-lhe delegado esta atividade.

Recebeu os Conselhos B e C para dialogar, no que denominou de “momentos de crise”, quando trouxeram reivindicações para aumento da transferência de recursos às Autarquias. Em relação ao Conselho C, refere não se lembrar bem do ocorrido, mas que foi uma situação que o Superintendente teve competência para contornar e que se resolveu com gestões feitas junto à Secretaria de Finanças. Em relação ao conselho B, referiu-se de forma emocionada a respeito relatando que “o superintendente instrumentalizou o Conselho para pedir a liberação de recurso para uma ampliação para acrescentar leitos e recharacterizá-lo e aumentar o seu tamanho [da capacidade instalada do Hospital da Autarquia A] (...) não veio só o Conselho, veio uma comissão da população. Eu não acatei”. Justificou sua decisão pelo fato de que, com a responsabilidade de gestor da Saúde do município, entendia que a prioridade para ampliação de leitos estava na região leste, onde havia grande carência de recursos, e não na região da Autarquia B.

Sobre o papel desses conselhos e a participação do segmento administração, explicou que em seu ponto de vista esses conselheiros “não tinham como contribuir, porque a contribuição era da estrutura gerencial da Autarquia”, referindo-se à participação do Superintendente nas reuniões. Não tinha o entendimento de que esse segmento tinha como funções também a fiscalização da Autarquia. Compreendia que

seu papel era o de esclarecer aos demais segmentos sobre as ações desenvolvidas pela Autarquia, para o que julgava que o superintendente tinha mais conhecimento e competência. Alegou, em relação aos Conselhos, que “eventualmente, tiveram utilidade nos momentos de crise (...) transformaram-se em órgãos de prestação de contas e não de construção de um projeto”. E concluiu que foi um equívoco outorgar-lhe a função deliberativa da forma como consta em Lei, por julgar que o segmento usuários não era representativo da população e que a postura do segmento servidores era, a seu ver, corporativista.

6.4 Interpretação

Conforme foi explicado, neste momento procedeu-se à síntese das idéias e interpretações dos sentidos das falas por meio da triangulação dos dados obtidos das diferentes fontes.

1. Deliberação

Os Conselheiros do Conselho A apresentaram propostas e deliberaram a implementação de novos projetos. Apesar das resistências encontradas pela equipe técnica da Autarquia, esses projetos foram implementados pelo respeito que esse fórum gozava de SA, para quem a participação social representava um grande valor.

A apreciação e aprovação do plano de metas anual, apresentado pelas Autarquias, foi uma atividade formal que ocorreu por exigência regimental. Os planos de metas representavam um conjunto de intenções, sem bases objetivas de planejamento, que não foram submetidas à apreciação do Secretário de Saúde. Os resultados alcançados pela gestão dos Superintendentes não foram apresentados de forma objetiva nem mensurados, o que dificultou a responsabilização desses executivos.

As falas dos Presidentes e Superintendentes sobre a ausência de deliberação de políticas públicas de saúde por esses Conselhos revelam uma crítica ao desempenho desses fóruns que contrasta com a preocupação dos conselheiros,

registradas nas atas das reuniões, de cobrar dos gestores integração entre as Unidades Básicas de Saúde e os Prontos-Socorros e Hospitais.

Os registros sobre a deliberação e aprovação dos orçamentos anuais, apresentados pelos Superintendentes, evidenciam que os Conselhos não tiveram acesso à discussão prévia sobre a política de investimentos das Autarquias. Mesmo tendo à frente da administração municipal um governo popular e democrático que tinha como bandeira a participação popular, os gestores da Secretaria Municipal de Saúde demonstraram dificuldade de incorporar a perspectiva do usuário no processo de tomada de decisões. Em casos pontuais, por influência de alguns conselheiros junto à Câmara Municipal de Vereadores, houve liberação de emendas parlamentares para reformas, ampliações ou compras de equipamentos.

A explicação dada pelos Superintendentes B e C para a falta de deliberação da política de investimentos junto aos Conselhos denota mais sua dificuldade pessoal de compartilhar o espaço de tomada de decisão do que a falta de autonomia, alegada por eles, devido à insuficiência de recursos financeiros.

A crença de PA na possível incompetência, por falta de capacitação dos conselheiros, de deliberarem os assuntos pertinentes ao Conselho justifica as constantes e detalhadas explicações sobre a legislação pública e o tempo investido em várias reuniões para estudar o Regimento Interno.

A participação dos conselheiros do segmento funcionários foi proporcionalmente a mais significativa nos três Conselhos. Os registros nas atas de reuniões evidenciam sua preocupação com as condições de trabalho e o controle dos serviços terceirizados, tendo influenciado na desterceirização do resgate de pacientes graves na Autarquia A e no desenvolvimento de parceria com ONG para reforma de um hospital na Autarquia C. As demandas corporativas que foram apresentadas nas primeiras reuniões foram canalizadas para a Mesa de Negociação Permanente de cada Autarquia, criadas em 2004, após a implantação do SINP – Sistema de Negociação Permanente da Prefeitura Municipal de São Paulo.

A incipiente participação dos membros do segmento administração nos três Conselhos revelou a falta de motivação e interesse desses conselheiros. A falta de direção política da Secretaria de Saúde e o fato de não haver integração das políticas de saúde entre Autarquias e Coordenadorias de Saúde contribuiu para sustentar essa situação. A participação dos membros desse segmento dependeu de motivação pessoal de cada um individualmente. Os que participaram contribuíram com os debates.

2. Fiscalização

Nos três Conselhos estudados, observou-se a preocupação com a qualidade e o custo dos serviços terceirizados de atividades de apoio, nutrição e dietética; processamento de roupas e remoção de pacientes. Os principais demandantes dessas

questões foram os funcionários, com o apoio dos usuários. Houve questionamentos quanto ao custo e controle adequado pelo gestor de cada serviço.

O exercício das funções do Conselho e o interesse em aprender a lidar com a burocracia pública contribuíram para que os conselheiros, tanto os representantes dos usuários, quanto dos servidores, pudessem superar sua falta de preparo técnico e se familiarizassem com a linguagem da administração. Essas práticas, associadas ao seu empenho em entender o papel dos Conselhos, protagonizado pelos respectivos presidentes, contribuiu para o amadurecimento desse fórum.

As transcrições das falas dos conselheiros corroboram as afirmações dos entrevistados sobre a falta de preparo técnico para avaliar o orçamento, balancetes e balanços anuais e a dificuldade de compreensão da burocracia pública nos três segmentos. Seus questionamentos evidenciaram o interesse e rigor que tiveram em fiscalizar se a aplicação dos recursos efetivamente recebidos foi adequada às necessidades de custeio e investimentos de cada Autarquia, considerando a prestação de contas que a Superintendência apresentou periodicamente como uma tarefa regimental e obrigatória.

As afirmações dos Superintendentes sobre o acesso dado aos Conselhos para a análise das informações financeiras são confirmadas nas declarações dos conselheiros registradas nas atas das reuniões. Foram criadas comissões de conselheiros que deram vistas aos contratos e processos de compras, assessoradas por técnicos dos Departamentos Administrativos e Financeiros das Autarquias.

O rigor do processo de análise e aprovação dos convênios com instituições de ensino desenvolvido pelo Conselho B explicita sua desconfiança em relação à atitude do Superintendente. Esse conflito se exacerba pelo fato de a superintendência não acatar as solicitações de esclarecimentos da gestão financeira, o que dá a entender que a administração se valia da dificuldade de compreensão da burocracia contábil como barreira à fiscalização da prestação de contas.

Nos três Conselhos, os conselheiros do segmento usuários tiveram preocupação em conhecer a estrutura organizacional das Autarquias; a distribuição dos cargos nos diferentes níveis de mando e a composição dos salários dos funcionários. Isso denotava uma desconfiança quanto ao uso do recurso financeiro e à possibilidade de diferenciação dos níveis salariais dos funcionários das Autarquias em detrimento daqueles da administração direta.

O foco da preocupação do Conselho, independente do segmento, concentrou-se nas condições de trabalho e de assistência à população, contrariamente à visão do executivo das Autarquias de uma postura corporativista dos funcionários e clientelista dos usuários. Os questionamentos que colocaram à administração da Autarquia revelam sua preocupação, tanto com a suficiência de recursos humanos, tecnológicos, de insumos e estrutura física, quanto com a da qualidade da assistência.

A constante preocupação e fiscalização dos serviços terceirizados de lavanderia, nutrição e transporte de pacientes, aponta para a responsabilidade que os conselheiros assumiram para si sobre a gestão do recurso público.

3. Transparência

As referências ao fato de a linguagem hermética dos documentos oficiais, que tornava difícil sua compreensão, e de o tempo insuficiente destinado à avaliação financeira terem sido considerados com fatores limitantes ao desempenho da função de fiscalização desses Conselhos, denota o reconhecimento de suas limitações e da necessidade de exercer de forma adequada essa função.

Os Superintendentes enfrentaram, de forma distinta, o desafio da apresentação dos resultados de sua gestão aos conselheiros. Provavelmente, a maior disponibilidade em garantir o acesso a essas informações tinha a ver com a valorização que cada um dava à participação social, às próprias motivações políticas e a questões relativas ao caráter e personalidade de cada executivo.

A preocupação do Superintendente com a transparência de seus atos administrativos ficou evidente, não apenas por disponibilizar estrutura física para o Conselho desenvolver suas funções; orientar a equipe para fornecer informações e esclarecer dúvidas; quanto por sua postura ética e honesta ao responder às demandas com argumentos técnicos, assumindo sua posição política, porém sem subterfúgios.

4. Independência do Conselho

Os Conselhos dispunham de estrutura própria: sala; secretária; arquivo e documentação própria, disponibilizados pela Superintendência das Autarquias. A participação dos conselheiros não foi remunerada e nem tiveram ajuda de custo. Nessas condições, e apesar de cada um ter seu emprego, tarefas domésticas e/ou compromissos particulares, os servidores e os usuários participaram ativamente das reuniões desses Conselhos, fato esse que demonstra a importância que essa atividade tinha para essas pessoas.

A organização desses fóruns foi decidida por seus membros, bem como as pautas das reuniões, sem qualquer influência externa. Os Presidentes, tiveram uma postura ética e consciente em relação a esses Conselhos, desenvolvendo seu papel com lisura, organizando os trabalhos e garantindo as funções regimentais, apesar de que seu papel não esteja explicitado no Regimento Interno do Conselho. A falta de conhecimentos sobre a burocracia e a legislação, bem como a dificuldade de compreensão dos instrumentos formais de avaliação da execução orçamentária, deixam o Conselho vulnerável e passível de ser influenciado pelo discurso do Superintendente.

O Conselho é o órgão máximo de deliberação e fiscalização, segundo consta no Caput do Regimento Interno. Caso tenha argumentos plausíveis poderá propor a destituição do Superintendente. Apesar dessa garantia legal, esses fóruns demonstraram, no período analisado, pouca capacidade de influenciar os executivos

das Autarquias e, mesmo quando tiveram o entendimento de que o Superintendente descumpriu suas determinações, não lhe impuseram sanções.

5. Legitimidade

Os conselheiros dos segmentos usuários e servidores foram eleitos por seus pares por voto secreto dentre os servidores das unidades que compunham as Autarquias e pelos membros dos movimentos de saúde das regiões das respectivas áreas de abrangência das Autarquias. Os usuários representavam seus bairros e os servidores representavam as unidades da Autarquia. Esse processo foi referendado respectivamente, pelo Sindicato dos Servidores Municipais e Autárquicos da Prefeitura Municipal de São Paulo e pelo Conselho Municipal de Saúde dessa cidade. O mandato teve duração de dois anos. Todos os Conselheiros foram nomeados por meio de Portarias do Secretário Municipal de Saúde e publicadas no Diário Oficial do Município de São Paulo.

Os conselheiros representantes dos usuários apresentavam demandas locais e informações de seus bairros, pelo fato de que muitos eram lideranças da comunidade e participavam de outros Conselhos e fóruns como o Orçamento Participativo, além da experiência acumulada como membros de movimentos populares de saúde. Houve interlocução entre membros de diferentes conselhos, que checavam as providências que a Autarquia dava às suas demandas e confrontavam as informações das unidades de saúde.

Apesar de que todos os entrevistados em suas falas ressaltassem a importância do controle social, apenas nos Conselhos A e C tanto os Superintendentes quanto os presidentes tiveram uma atitude de respeito em relação aos Conselhos e obtiveram reciprocidade de seus membros. Isso se evidencia no apoio que as Autarquias tiveram de seus Conselhos quando da aprovação de seus orçamentos pela Câmara de Vereadores; o apoio à ruptura de contratos como medida de melhoria da qualidade e redução de custos, como prova de confiança no trabalho do gestor.

Em relação à Autarquia B, o Superintendente manteve, durante sua gestão, uma postura defensiva em relação ao Conselho, que foi reconhecida e explicitada nas falas do Presidente. O Conselho assumiu uma postura de desconfiança e criou instrumentos de fiscalização mais rigorosos, provavelmente motivado pela desconfiança no gestor, uma vez que flagrou a manipulação de informações tanto ao Secretário de Saúde quanto ao próprio Conselho.

7 DISCUSSÃO

Esta tese buscou conhecer a maneira pela qual os CONDEFS atuaram e analisar sua contribuição para a gestão das Autarquias Hospitalares de São Paulo, como uma instância democrática de participação da sociedade na gestão pública.

Para o Conselho Científico do CLAD (Bresser-Prereira e Cunill Grau, 2006) os desafios para a reorganização do Estado nos países Latinoamericanos, além da profissionalização da gestão e a melhoria de seu desempenho na elaboração de políticas, não podem prescindir da recuperação de sua legitimidade. Para tanto se faz necessário, segundo esse Conselho, não só a “reinvenção do relacionamento do Estado com a sociedade [mas] do próprio papel desta”. Neste sentido, a eficácia do governo é um atributo que não se restringe à capacidade administrativa do governo mas se estende à da própria sociedade, ao exercer seu papel de controle sobre o Estado.

Os resultados alcançados, relatados no capítulo anterior, evidenciam a dificuldade dos gestores em lidar com esses Conselhos. O entendimento de que os conselheiros do segmento usuários teriam uma postura clientelista e que os do segmento servidores, por sua vez, teriam demandas corporativistas foi comum a dois dos três superintendentes entrevistados e ao gestor de SMS. Porém os relatos que constam nas atas de reuniões dos três conselhos não corroboram estas afirmações. As principais questões levantadas pelos conselheiros referiram-se às condições para a prestação da assistência, incluindo as instalações físicas e equipamentos médicos e

de diagnóstico, além dos questionamentos quanto à qualidade da administração dos recursos financeiros. Para identificar o segmento de origem dos interlocutores conselheiros foi necessário recorrer às portarias de nomeação, pois não foi possível evidenciar diferenças significativas da posição deste ou daquela personagem que evidenciassem o segmento do qual eram representantes. Chamou a atenção, por exemplo, que no Conselho C, uma conselheira tivesse defendido a necessidade de conhecer e discutir o sistema de regulação da Secretaria Municipal de Saúde. Durante a exposição de motivos, mostrou conhecimento a respeito do assunto e da relevância desse sistema. Ao buscar a informação sobre em qual dos segmentos tinha assento, constatou-se que representava o segmento usuários.

No segmento “usuários” dos três Conselhos houve membros eleitos pela comunidade que já tinha tradição na participação em movimentos de saúde. No Conselho C isso foi mais marcante. Faziam parte dele membros do Conselho Municipal de Saúde e militantes do movimento de saúde da região da área de abrangência da Autarquia, um dos mais fortes e tradicionais do Município de São Paulo. Dos três Conselhos, foi neste que se verificou melhor nível de conhecimento técnico e político sobre os temas tratados nas reuniões por parte dos conselheiros desse segmento.

Também no Conselho A encontram-se registros em ata, bem como declarações de SA e PA, sobre o engajamento de conselheiros do segmento usuário no movimento de saúde dessa região. À semelhança do Conselho B, também estes conselheiros tiveram participação mais qualificada. Estes achados corroboram a

afirmação de que houve amadurecimento dos Conselhos ao longo de sua gestão, pois a prática da participação contribuiu para o acúmulo de conhecimentos e experiência necessários ao seu desempenho.

Como lembra Prats I Catalã (2006), “o verdadeiro aprendizado social não consiste em encontrar a solução certa, mas em um processo contínuo de questionamento, interpretação e exploração de opções”. O autor enfatiza que o saber intelectual não é suficiente para que se inicie um processo de mudança nas instituições. Também não é suficiente o mero conhecimento técnico ou normativo. Ressalta que é preciso desaprender os antigos processos e valores e estar permeável a aprender os novos e desta forma continuar aprendendo.

Em que pesem as evidências da inserção social desses indivíduos, os gestores dos Conselhos B e C, PC e o Secretário de Saúde, afirmaram que o segmento usuários não era representativo da sociedade local. A justificativa que todos eles apresentaram converge para o fato de que o número de pessoas desse segmento é insuficiente para representar a população da área de abrangência de cada Autarquia. Nenhum deles considerou, como o fez SA, por exemplo, a capilaridade de cada um destes indivíduos em seu ambiente social e o conhecimento das condições de saúde e das expectativas dos grupos sociais por eles representados.

Urbinati (2005), em sua análise sobre as três teorias da representação, jurídica, institucional e política, afirma que apenas a terceira “faz da representação uma instituição consoante com a sociedade democrática e pluralista”. Justifica esta

afirmação pelo fato de que, para ambas as teorias em que está estruturada a democracia representativa, jurídica e institucional, a participação popular está limitada ao rito eleitoral. A premissa da representação para garantir a impessoalidade do Estado e a igualdade legal aos cidadãos é a necessária separação entre a esfera política e social. Esta dicotomia entre o político e o social é um fator que contribui com a alienação da sociedade.

A representação política, ao contrário, destaca a participação do cidadão no processo de deliberação das políticas públicas sem ficar subordinada às instituições governamentais. Para essa autora “variadas formas de comunicação e influência que os cidadãos ativam através da mídia, movimentos sociais e partidos políticos dão o tom da representação em uma sociedade democrática ao tornar o social político”.

Quanto ao comportamento dos entrevistados, foi possível observar que os Superintendentes SA e SC valorizaram, nas suas respostas, as ações que realizaram como gestores. Já o superintendente SB afirmou repetidamente e em momentos diferentes da entrevista a falta de autonomia que, a seu ver, as Autarquias tiveram. Justificou a falta de resultados, tanto de sua gestão quanto do CONDEF, por causa disso.

Ficou evidente a diferença de perfil político dos superintendentes e a influência que este fato teve no seu relacionamento com os respectivos Conselhos. Tanto SA quanto SC discorreram sobre seu próprio histórico de participação política em movimentos de saúde e como membros de partidos políticos. SC alegou ter

enfrentado um forte movimento de oposição política no segmento servidores de seu Conselho, o que foi confirmado pelas afirmações espontâneas de PC em sua entrevista. Este fato não transpareceu à leitura das atas. Nelas a postura de SC foi solícita aos questionamentos do Conselho, sempre apresentando argumentos objetivos ancorados em números para traduzir o desempenho de sua gestão. SA estabeleceu uma relação de evidente respeito por esse fórum, sendo o gestor que mais acatou as demandas de seu Conselho, apesar de debatê-las previamente com membros de sua equipe técnica.

Conforme apresentado no capítulo “Resultados” houve prestação de contas e apresentação de planos de trabalho por parte dos três superintendentes. À análise desses documentos, disponibilizados para a pesquisa, ficou evidente a falta de instrumentos administrativos de gestão destas Autarquias. A documentação que correspondia ao planejamento das Autarquias para o exercício seguinte, e que cada Conselho deveria aprovar, continha objetivos não quantificados; não estabelecia cronograma preciso para a implantação de projetos; não evidenciava a metodologia utilizada para fundamentar as propostas apresentadas; nem estudos de viabilidade financeira para os investimentos previstos.

A responsabilização do gestor pelos resultados de sua administração significa, segundo Quirós (2006), um direito que a sociedade tem de cobrar do governo e dos governantes a prestação de contas de sua gestão e o “cumprimento de suas promessas”. É o espaço por onde se consolida a democracia, ao dar acesso à sociedade à participação e ao controle sobre as ações do governo. Os obstáculos

apresentados por este autor para a efetiva responsabilização dos gestores pelos resultados corroboram os achados desta pesquisa. Quirós (2006) localiza os obstáculos em três situações: no modelo de gestão; na capacidade administrativa do governo e na capacidade cognitiva da própria sociedade. Sobre o modelo de gestão, alega que é um empecilho quando privilegia os processos administrativos e a burocracia pública em detrimento da satisfação do usuário, da eficiência e dos resultados de suas ações. Sobre a capacidade administrativa, afirma que faltam aos governos instrumentos que possibilitem o uso da “informação confiável e oportuna” num processo de prestação de contas “transparente e sistemático”. Justifica que a capacidade cognitiva da sociedade para avaliar o desempenho do gestor público e cobrar o cumprimento de suas promessas é incipiente, o que se constitui num ponto de fragilidade e que a torna submissa à “vontade dos governos”.

É fundamental, para que o gestor assuma a responsabilidade pelos seus atos à frente da administração, que o modelo de gestão permita colocar em cheque sua capacidade administrativa. Deve, para tanto, permitir a tomada local de decisões, tanto políticas quanto financeiras e administrativas. Neste sentido, o modelo autárquico estudado contemplou ao menos parcialmente estes requisitos. Os superintendentes contavam com autonomia administrativa e financeira. Tanto é verdade que seus planos de trabalho foram postos em prática sem a prévia avaliação do Secretário de Saúde. A principal e grande limitação foi a insuficiência de recursos financeiros, presente nas falas dos superintendentes, tanto em suas entrevistas individuais como nos registros das atas das reuniões de que participaram, como o fato que limitou o desempenho de suas gestões.

A prestação de contas formal restringiu-se à apresentação de documentos oficiais que correspondiam aos balancetes trimestrais das Autarquias, assim como a aprovação dos orçamentos anuais, quando os conselheiros passam pela provação de ter que analisar a peça orçamentária na linguagem hermética da burocracia pública.

Na avaliação do Fórum sobre participação Popular nas Administrações Populares (2001), apesar dos esforços realizados pelas administrações municipais com modelos de gestão democráticos que desenvolveram políticas de participação social, com vistas a tornar a gestão transparente, os resultados encontrados foram considerados insuficientes devido “à negação histórica à população do direito à informação por parte do Estado”. Sugere que para ocorrer uma mudança de postura é necessário investir simultaneamente na educação popular e na comunicação entre o Estado e a sociedade. Ressalta que as causas da limitação ao acesso de interferência da sociedade na gestão pública se justificam por um conjunto de variáveis que “ora estão dadas por dificuldades internas do governo; ora estão dadas pela fragmentação e estágio organizativo dos movimentos e da população de uma forma geral (...) e a partilha do poder representa abrir mão de um pedaço do poder do Estado e dos governos, daí surgindo dificuldades e resistências de variadas ordens”.

Apesar das restrições dos estudos desenvolvidos nos anos de 2000 e 2001 em vários municípios brasileiros chegou-se à conclusão de que as experiências de participação popular foram relevantes “como aprendizado necessário à população para aumentar sua capacidade de interferir nas ações dos governos e como condição

necessária para que estes possam ter na população os ‘parceiros’ importantes para a aplicação da política de inversão de prioridades”.

Os Conselhos mostraram ter capacidade para avaliar a gestão das Autarquias, mesmo que de forma parcial. Demonstraram, ainda, interesse em desempenhar de forma adequada essa função de controle, apesar de suas limitações pessoais e no manejo da burocracia pública. O principal obstáculo, contudo, foi a vontade política dos gestores das autarquias em reconhecer estes Conselhos como uma instância de gestão e a sua resistência em tornar sua administração mais transparente e permeável a críticas e sugestões. Considera-se, portanto que para que estes fóruns tenham um bom desempenho e contribuam com a governança das Autarquias é necessário superar não só os obstáculos inerentes ao próprio Conselho, como também aqueles relativos ao governo. É necessária a instrumentalização desses entes públicos para o aprimoramento de sua capacidade administrativa, de modo a que isto se reflita em mecanismos adequados de prestação de contas que permitam aos Conselhos avaliarem a gestão. É necessário também, que os gestores superem o preconceito e a resistência que ainda existe em relação à participação social para que possa haver uma interlocução efetiva e a construção de um processo conjunto e democrático de gestão pública que permita a elaboração de políticas locais. Pelos resultados alcançados, concordamos com Cunill Grau (2006), quando afirma que o controle social contribui para uma maior responsabilização da administração pública, ampliando seu níveis de democracia e eficiência.

8 CONCLUSÕES

A metodologia utilizada nesta tese mostrou-se adequada para analisar o objeto estudado em profundidade permitindo responder à questão que motivou a pesquisa, bem como alcançar os objetivos delineados. Possibilitou conhecer as relações internas e externas desses Conselhos, sua organização e forma de atuação.

Foi possível concluir, após a análise dos resultados encontrados pela pesquisa realizada junto aos CONDEFs, que esses Conselhos exerceram as funções regimentais de deliberação e fiscalização de forma parcial. Conforme exposto no capítulo “Resultados”, não houve, em nenhum dos três conselhos estudados, deliberação de políticas de saúde das respectivas Autarquias, porém todos deliberaram sobre ações consideradas importantes para a prestação de serviços das unidades administradas por esses entes públicos. Também demonstraram interesse em conhecer e discutir a estrutura organizacional das Autarquias e a alocação de profissionais da equipe de saúde, bem como a qualidade das condições e trabalho.

Quanto à capacidade de fiscalização, ficou evidente a preocupação dos conselheiros em conhecer e analisar a aplicação do recurso financeiro. Apesar da dificuldade de compreensão da linguagem contábil administrativa e da burocracia pública, os três Conselhos mostraram interesse em fiscalizar os balancetes e as propostas orçamentárias, não se satisfazendo apenas na análise dessa documentação, mas criando comissões para dar vistas aos documentos originais, como notas fiscais, processos de compras entre outros.

Os Conselhos questionaram os superintendentes sobre o uso do recurso e mostraram maior interesse em conhecer os resultados alcançados pela gestão, do que em auditar os documentos oficiais contábeis. Verificou-se que a maior dificuldade encontrada para a fiscalização foi a falta de utilização de instrumentos administrativos por parte das Autarquias para definição dos objetivos e dimensionamento das metas a alcançar em sua gestão. Os planos de trabalho, quando apresentados aos conselhos, evidenciavam mais um conjunto de intenções não quantificáveis do que o resultado de um planejamento estratégico. Os conselheiros foram capazes de identificar problemas na gestão dos serviços terceirizados que resultavam no desperdício de recursos. Cobraram o gestor quanto ao encaminhamento das soluções, que em alguns casos forma propostas pelo próprio Conselho.

Cada um dos três superintendentes assumiu uma postura diferente em relação ao respectivo Conselho. Em síntese, ficou evidente que quando houve influência destes gestores na atuação dos Conselhos esta se deu, principalmente, através da apresentação da informação com menor transparência. Porém os conselheiros demonstraram perceber o jogo da administração e mostraram sua insatisfação. Mesmo assim não houve a aplicação de qualquer sanção.

A capacidade do Conselho de influenciar a tomada de decisão do superintendente foi maior na Autarquia em que para o gestor a participação social representava um grande valor pessoal e fez parte de sua trajetória política e profissional. Os outros dois superintendentes mostraram-se resistentes às sugestões

dos Conselheiros. Ambos classificaram como clientelistas suas demandas. Porém não constam dos registros das atas demandas clientelistas, não sendo possível afirmar se elas não existiram ou não foram registradas.

A percepção da ausência dos representantes da administração da Secretaria de Saúde foi destacada nas falas dos presidentes dos Conselhos e superintendentes das Autarquias. Ficou demonstrada a falta de integração destes fóruns à política dessa Secretaria. O fato do Secretário não reconhecer que este fosse um fórum competente ou necessário para a qualidade e legitimidade da gestão desses entes públicos contribuiu para que não houvesse participação dos conselheiros do segmento administração e a integração do CONDEF às políticas de saúde dessa Secretaria.

Quanto aos fatores limitantes estudados, foram identificados os seguintes resultados:

1. **De natureza política:** a baixa participação dos conselheiros do segmento administração contribuiu para limitar a deliberação sobre políticas locais de saúde na área de abrangência das Autarquias. O fato da Secretaria de Saúde não reconhecer esses Conselhos como um fórum competente para deliberação de políticas locais, contribuiu para consolidar a postura deste segmento.
2. **De natureza cognitiva:** desconhecimento da burocracia pública, falta de preparo técnico para analisarem a documentação contábil, pouco conhecimento sobre a organização do Sistema Único de Saúde, baixa capacidade administrativa das Autarquias para elaborar planos de gestão;

3. **Relativos à estrutura do Conselho:** obtiveram a estrutura necessária ao seu funcionamento, porém cedida pela administração das Autarquias. Não tendo estrutura própria, esses Conselhos dependeram da disposição do gestor para não enfrentar restrições a seu funcionamento. No período estudado este fator não limitou sua atuação.

A questão inicial que motivou esta tese, se esses Conselhos “são um fórum de participação e controle social que dá acesso aos grupos de interesse da sociedade local, nele representados, a discutir questões relevantes à saúde desses grupos, negociar com o governo e avaliar seu desempenho?” pode ser respondida de forma afirmativa. Apesar das limitações e percalços apontados, no que estes Conselhos foram capazes de deliberar e fiscalizar as Autarquias conseguiram evidenciar questões relevantes da gestão, suscitando estas administrações a apresentar justificativas e respostas a seus questionamentos e a zelar pela melhoria da qualidade de seus processos administrativos internos e assistenciais.

Portanto, considerando-se a governança como o compartilhamento entre Estado e sociedade das ações para alcançar os resultados almejados pela gestão e a solução aos problemas comuns, conclui-se, nesta tese, que os Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores estudados representam fóruns de participação direta da sociedade na gestão pública, que contribuíram para construir, ainda que numa etapa inicial, um modelo de governança democrática nas Autarquias Hospitalares do Município de São Paulo.

9 ANEXOS

Anexo A**Roteiro de entrevista ao Secretário Municipal de Saúde.**

A Secretaria Municipal de Saúde dava algum tipo de orientação a seus representantes no segmento administração dos CONDEFs?

Qual era sua opinião sobre o papel do segmento administração no CONDEF ?

Havia feed back desses conselheiros ao Secretário sobre as discussões que ocorriam nesses Conselhos?

Essas informações eram importantes para a Secretaria tomar alguma decisão?

Podia dar esclarecimentos sobre as reivindicações encaminhadas pelos Conselhos do Tatuapé, a respeito de uma liberação de emenda parlamentar que a Autarquia não teria executado?

E sobre a reivindicação de liberação de recursos para o projeto de reforma do H. Saboya?

Porque exceto o presidente do conselho os demais representantes da administração eram ausentes?

Anexo C

Roteiro de entrevista com presidentes de CONDEFs

Bloco 1. FUNÇÃO DOS CONDEFs

1. Os Condefs foram criados por Lei. Você foi presidente do CODEF de
Fale –me sobre o papel desse Conselho e as função que os conselheiros exerciam.
2. Em sua opinião, o Conselho tem alguma importância para a Autarquia? Qual e porque.
3. Em sua opinião, como os conselheiros exerciam as funções de fiscalização e deliberação que lhe são conferidas pelo regimento dos CONDEFs?
4. Discorra sobre a atividade de fiscalização exercida pelos conselheiros:
 - 4.1 Como era feita a análise dos balancetes e balanços; orçamento anual; outros documentos contábeis e contratos.
 - 4.2 Fale sobre as facilidades dificuldades encontradas pelos conselheiros.
 - 4.3 Havia preocupação por parte desses conselheiros em realizar esta função adequadamente? Como?
5. Além de documentos contábeis de que outra forma os conselheiros exerciam seu papel de fiscalização?
 - 5.1 Sobre a estrutura de pessoal;
 - 5.2 Sobre a estrutura física das unidades;
 - 5.3 Sobre a tecnologia;
 - 5.4 Sobre os insumos;
6. Como exerciam sua atividade deliberativa?
 - 6.1 Sobre políticas locais de saúde;
 - 6.2 sobre as ações desenvolvidas pelas unidades;
 - 6.3 sobre o trabalho de funcionários das unidades;
7. Em sua opinião os conselheiros estavam preparados para assumir suas funções? Porque?
8. Quais você avalia que tenham sido os principais entraves para que os conselheiro exercessem seu papel.
 - 8.1 Há diferenças individuais ou por segmento? Cite quais e explique-as.
9. Da mesma forma, identifica pontos fortes nos conselheiros para o exercício de seu papel? Fale a respeito.

10. Houve impacto da atuação do Conselho na gestão da Autarquia? Cite quais, em que ocasião e explique como ocorreu.

Bloco 2. PAPEL DOS CONSELHEIROS

1. Os Conselheiros eram lideranças de algum grupo? Cite quais conselheiros e descreva sua atuação.
2. Conhecia a atuação dos conselheiros dos segmentos funcionários e usuários junto a seus representados. Descreva-a.
3. Essa atividade era tida como relevante pelo grupo que o conselheiro representava?
4. Fale-me como você via essa atuação dos conselheiros junto à comunidade. Era eficaz? Tinha importância? Para quem?
5. Descreva as reuniões; participação dos conselheiros; demandas apresentadas pelos conselheiros.
6. Cite as demandas que usualmente os conselheiros apresentavam nesse fórum.
7. Era possível reconhecer interesses distintos em cada segmento ou grupo de conselheiros ou eventualmente individuais? Fale a respeito.
8. Percebia maior interesse de algum segmento ou conselheiro? A que motivo atribui esse interesse?
9. Percebia maior desinteresse de algum segmento ou conselheiro? A que motivo atribui esse desinteresse?
10. As demandas dos conselheiros referiam-se aos interesses dos grupos que representavam ou individuais dos próprios conselheiros?

Bloco 3 SEGMENTO ADMINISTRAÇÃO

1. Qual o seu papel nesse conselho.
2. Fale sobre sua participação nessas reuniões
3. Qual o papel do segmento administração?

4. Como se dava a participação dos conselheiros da administração?
5. Havia reuniões prévias ou acordos tácitos entre este segmento e a superintendência? Se sim, cite quais e porque.

BLOCO 4. SUPERINTENDENTE

1. A Autarquia submeteu-se a obrigações e sanções para atender a outras instituições ou órgãos do governo municipal? O conselho teve conhecimento? Qual foi a atitude do Conselho relação a isto?
2. O superintendente conhecia a urgência ao atendimento às solicitações dos conselheiros? Era atendida?
 - 2.1.1. Quais os entraves?
 - 2.1.2. Quais os resultados reais?
3. Houve alguma decisão que tenha sido tomada, alterada, ou suprimida em função do Conselho? Se sim, por ação do CONDEF ou de algum segmento ou de um conselheiro em particular?
4. (Em caso positivo) Percebeu resistência do superintendente ou de sua equipe na implementação das ações comentadas na questão anterior. De quem e porque.
5. Como avalia o fato do superintendente ter acatado, ou não, as demandas do Condef, mesmo contrárias à sua decisão anterior?

Gostaria de acrescentar algo ou fazer qualquer tipo de comentário?

Anexo D

Roteiro de entrevistas com superintendentes de Autarquias

Bloco 1. FUNÇÃO DOS CONDEFs

11. Os Condefs foram criados por Lei. Você foi superintendente da Autarquia
Fale –me sobre o papel desse Conselho e as funções que os conselheiros exerciam.
12. Em sua opinião, o Conselho tem alguma importância para a Autarquia? Qual e porque.
13. Em sua opinião, como os conselheiros exerciam as funções de fiscalização e deliberação que lhe são conferidas pelo regimento dos CONDEFs?
14. Discorra sobre a atividade de fiscalização exercida pelos conselheiros:
 - 4.4 Como era feita a análise dos balancetes e balanços; orçamento anual; outros documentos contábeis e contratos.
 - 4.5 Fale sobre as facilidades dificuldades encontradas pelos conselheiros.
 - 4.6 Havia preocupação por parte desses conselheiros em realizar esta função adequadamente? Como?
15. Além de documentos contábeis de que outra forma os conselheiros exerciam seu papel de fiscalização?
 - 5.5 Sobre a estrutura de pessoal;
 - 5.6 Sobre a estrutura física das unidades;
 - 5.7 Sobre a tecnologia;
 - 5.8 Sobre os insumos;
16. Como exerciam sua atividade deliberativa?
 - 6.1 Sobre políticas locais de saúde;
 - 6.2 sobre as ações desenvolvidas pelas unidades;
 - 6.3 sobre o trabalho de funcionários das unidades;
17. Em sua opinião os conselheiros estavam preparados para assumir suas funções? Porque?
18. Quais você avalia que tenham sido os principais entraves para que os conselheiro exercessem seu papel.
 - 8.2 Há diferenças individuais ou por segmento? Cite quais e explique-as.
19. Da mesma forma, identifica pontos fortes nos conselheiros para o exercício de seu papel? Fale a respeito.

20. Houve impacto da atuação do Conselho na gestão da Autarquia? Cite quais, em que ocasião e explique como ocorreu.

Bloco 2. PAPEL DOS CONSELHEIROS

1. Os Conselheiros eram lideranças de algum grupo? Cite quais conselheiros e descreva sua atuação.
2. Conhecia a atuação dos conselheiros dos segmentos funcionários e usuários junto a seus representados. Descreva-a.
3. Essa atividade era tida como relevante pelo grupo que o conselheiro representava?
4. Fale-me como você via essa atuação dos conselheiros junto à comunidade. Era eficaz? Tinha importância? Para quem?
5. Descreva as reuniões; participação dos conselheiros; demandas apresentadas pelos conselheiros.
6. Cite as demandas que usualmente os conselheiros apresentavam nesse fórum.
7. Era possível reconhecer interesses distintos em cada segmento ou grupo de conselheiros ou eventualmente individuais? Fale a respeito.
8. Percebia maior interesse de algum segmento ou conselheiro? A que motivo atribui esse interesse?
9. Percebia maior desinteresse de algum segmento ou conselheiro? A que motivo atribui esse desinteresse?
10. As demandas dos conselheiros referiam-se aos interesses dos grupos que representavam ou individuais dos próprios conselheiros?

Bloco 3 SEGMENTO ADMINISTRAÇÃO

1. Qual o papel do segmento administração?
2. Como se dava a participação dos conselheiros da administração?
3. Havia reuniões prévias ou acordos tácitos entre este segmento e a superintendência? Se sim, cite quais e porque.

BLOCO 4. SUPERINTENDENTE

1. Participava das reuniões com que frequência?
2. Explique como era sua participação nessas reuniões
3. Porque participava, ou não das reuniões desse Conselho?
4. Como era seu relacionamento com os demais conselheiros?
5. A Autarquia submeteu-se a obrigações e sanções para atender a outras instituições ou órgãos do governo municipal? O conselho teve conhecimento? Qual foi a atitude do Conselho relação a isto?
6. O superintendente conhecia a urgência ao atendimento às solicitações dos conselheiros? Era atendida?
 - 6.1.1. Quais os entraves?
 - 6.1.2. Quais os resultados reais?
7. Houve alguma decisão que tenha sido tomada, alterada, ou suprimida em função do Conselho? Se sim, por ação do CONDEF ou de algum segmento ou de um conselheiro em particular?
8. (Em caso positivo) Percebeu resistência do superintendente ou de sua equipe na implementação das ações comentadas na questão anterior. De quem e porque.
9. Como avalia o fato do superintendente ter acatado, ou não, as demandas do Condef, mesmo contrárias à sua decisão anterior?

Gostaria de acrescentar algo ou fazer qualquer tipo de comentário?

10 REFERÊNCIAS

Alves Sobrinho, EJM, Capucci, PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. São Paulo: Estudos avançados. 2003; 17(48).

Azevedo S, Anastasia F. Governança, “*Accountability*” e Responsividade. São Paulo: *Revista de Economia Política*. 2002; 22(85).

Bava SC, Paulics V, Spink P, organizadores. Novos contornos da gestão local: conceitos em construção. São Paulo: *Polis*; 2002

Bava SC. Participação, representação e novas formas de diálogo público. In: Bava SC, Paulics V, Spink P, organizadores. *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo: Pólis; 2002. p.75-100.

Bava SC. Apresentação. In: Calame P. *Repensar a gestão de nossas sociedades, 10 princípios para a governança, do local ao global*. São Paulo: Instituto Polis; 2004. p.13-17.

Bento L. Governança e Governabilidade na reforma do estado: entre eficiência e democratização. Barueri: Manole; 2003.

Bleicher L. *Participação popular e controle social em saúde*. Módulo VI. Mobilização, Controle Social e Bioética. 2000 [acesso em 2006 Set 07] Disponível em: http://www.unb.br/fs/sbc/documentos/sociedade/part_popula.pdf.

Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de Política*. 5ª.ed. São Paulo: UNB; 2004.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII: Da ordem social. Capítulo II: Da seguridade social. Seção II: Da saúde. Brasília, Senado Federal, 1988.

Brasil. Leis etc. LEI Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília (DF), 28 de dezembro de 1990.© www.senado.gov.br.

Brasil. Leis etc. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1990, 19 de set.

Bresser Pereira LC, Cunill Grau N, coordenadores. *Responsabilização na administração pública*. São Paulo: Fundap; 2006.

Bresser Pereira LC, Spink P, organizadores. *Reforma do estado e administração pública gerencial*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2006.

Calame P. organizador, *Por uma governança mundial eficaz, legítima e democrática*. São Paulo: Instituto Polis; 2004.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Public health and collective health: field and core area for knowledge and practice. *Ciênc. saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2000 [acesso em 2006 Nov 03]; 5(2):219-230. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Cohn A, Elias PEM. Equity and health reforms in the 1990s. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 2006 Nov 03]; 18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Cohn A, Elias PEM, coordenadores. *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez; 1999.

Cohn A. Para além da justiça distributiva. *Observatório da Cidadania*; São Paulo: Polis; 2005.

Cohn A. State and society and the new configurations of the right to health. *Ciênc. saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2006 Nov 03]; 8(1): 09-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Cohn A, Westphal, MF Elias PE. Informação e decisão política em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):14-21.

Conselho Científico do CLAD. In: Bresser Pereira LC, Cunill Grau N, coordenadores. *Responsabilização na administração pública*. São Paulo: Fundap; 2006. p.13-70.

Cunill G. Responsabilização pelo controle social. In: Bresser Pereira LC, Cunill Grau N, coordenadores. *Responsabilização na administração pública*. São Paulo: Fundap; 2006. p.263-322.

Demo P. *Metodologia científica em ciências sociais*. 3ª. ed. São Paulo: Atlas; 1995.

Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1997.

Elias PEM. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo Perspec*. doi: 10.1590/S0102-88392004000300005. São Paulo. 2004; 18(3). 2006 [acesso em 03 Nov 2006]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Elias PEM. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. *Estud. av.*, São Paulo. 1999; 13(35). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Fórum sobre participação popular nas administrações populares;1991; São Paulo, SP. Participação popular um sonho possível. São Paulo; 1991.

Gadamer HG. *Verdade e Método*. 7ª. ed. Petrópolis: Vozes; 2005. 2v.

Gavronski, AA. A Participação da Comunidade como Diretriz do SUS. [Monografia]. Brasília: UNB; 2003.

Gil MH. Descentralização do sistema de saúde no município de São Paulo [dissertação].São Paulo: UNESP; 2006.

Gozzi G. Estado Contemporâneo. In: Dicionário de política. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2004. v.1, p. 401-9.

Jacobi PR. Local social policies and the challenges of citizens participation. *Ciênc. saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 2006 Nov 03]; 7(3):443-454. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Jouve B. La democracia local: entre el espejismo neotocquevillista y la globalización. *Rev. cienc. polít.* Santiago. 2004; 24 (2):116-132.

Junqueira V. *Saúde na cidade de São Paulo(1989 a 2000*. 2ª. Ed. São Paulo: Polis/PUC; 2002.

Kissler L, Heidewann FG. Governança Pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade. *Revista de Administração Pública*. São Paulo. 2006; 40(3):479-499.

Milani C, Arturi C, Solinis G. Organizadores. *Democracia e Governança Mundial: que regulações para o século XXI?* 2002; ISBN 85-7025-614-0. Versão francesa; Editora da Universidade/UFRGS. (no prelo).

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por Triangulação de Métodos, abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Minayo MCS, Deslandes FS, organizadoras. *Caminhos do pensamento epistemológico e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1992.

Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: VOZES; 1994.

Misoczky MCA. O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde: uma análise multiparadigmática. *RAP*. 2003; 37(1): 75-97.

Navigandi J. *Participação popular na administração pública. Mecanismos de operacionalização*. Disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=258>.

Núñez O E, López A A. *Gobernanza y participación social en México a partir de la reforma del sistema de salud*. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México. 2002. (mimeo)

Palma G. *Governo, governabilidade e governança*. In: Calame P. *Por uma governança mundial eficaz, legítima e democrática*. São Paulo: Instituto Polis; 2003. p. 21-25.

Pasquino G. *Governabilidade*. In: *Dicionário de política*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2004. v.1, p. 547-53.

Prats I Catalã J. *Governabilidade democrática na América Latina no final do século XX*. In: Bresser-Pereira LC, Spink P, organizadores. *Reforma do estado e administração pública gerencial*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p. 271-314.

Quirós MM. *Responsabilização pelo controle de resultados*. In: Bresser Pereira LC, Cunill Grau N, coordenadores. *Responsabilização na administração pública*. 1ª. ed. São Paulo: Fundap; 2006. p. 165-216.

Ribeiro José Mendes. *Health councils, intergovernmental commissions, and interest groups in the Unified Health System (SUS)*. *Cad. Saúde Pública*. [periódico en la Internet]. 1997 Ene [citado 2006 Nov 03]; 13(1): 81-92. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Santos WG. *Governabilidade e democracia natural*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: FGV editora; 2007.

Santos, MHC. *Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte*. Dados., Rio de Janeiro. 1997; 40, (3). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

São Paulo. Lei Municipal nº 13.325, 08/02/2002, MARTA SUPPLY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 28 de dezembro de 2001.

São Paulo. Lei Municipal nº 13.716, de 07/01/2004, MARTA SUPPLY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 16 de dezembro de 2003.

São Paulo (Município). *Leis etc*. Lei Nº 13.271, 04 De Janeiro De 2002 Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial. Diário Oficial do Município, São Paulo (SP) 06 jan.

Silva I F. O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS e o controle social no estado do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate (Rio de Janeiro)*.2004;28(67):130-139.

Silva ZP. *A Política Municipal de Saúde 2001 - 2002*. São Paulo: Polis; 2004.

Souza A F, Almeida, R.J., Planejamento de controle financeiro na perspectiva da teoria dos stakeholders. *Rev. Administração*. 2003; .38(2):144-152.

Souza C. Governos Locais E Gestão De Políticas Sociais Universais. *São Paulo Em Perspectiva*. 2004;18(2): 27-41.

Souza MSL. *Guia Para Redação e Apresentação de Teses*. 2ª. Ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2002.

Sposati A. *Regulação social tardia: característica das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio*. In:VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 2002; Lisboa. Lisboa;. 2002; p.8-11.

UNESCO and World Social Forum 2001 - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Management of Social Transformations – MOST; “*Democratising Global Governance: The Challenges of the World Social Forum by Francesca Beausang*”; 2001; Porto Alegre, Brazil. Discussion Paper 59.

Urbinati N. *O que torna a representação democrática?* In: Encontro Anual da American Political Science Association (Apsa); 2005; Washington; São Paulo: Lua Nova. 2006; 67: 191-228. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>.

Yin RK. *Estudo de Caso, planejamento e métodos*. 2ª. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

11.BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Assis MMA, Villa TCS, Nascimento Maria AA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. saúde coletiva*. [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2006 Nov 03]; 8 (3): 815-823. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Balsemão A, Branco MAF. Competências e Rotinas de Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil. *Health information systems at the local level*. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 1996 Jun [citado 2006 Nov 03]; 12(2): 267-270. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Branco MAF. Health information systems at the local level. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 1996 Jun [acesso em 2006 Nov 03]; 12 (2): 267-270. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Campos GWS. An anti-Taylorist approach for establishing a co-governance model for health care institutions in order to produce freedom and commitment. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 1998 Oct [acesso em 2006 Nov 03]; 14(4): 863-870. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Chizotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2ª. ed. São Paulo: Cortez; 1988.

Cohn A, Elias PEM, Jacobi PR, Participação Popular e Gestão de Serviços de Saúde: um olhar sobre a experiência do Município de São Paulo. *Saúde em Debate*. 1993; (38): p.90-93.

Eco H. *Como se faz uma tese*. 10ª.ed. São Paulo: Perspectiva; 1977.

Eisenhardt KM. Agency Theory: Na Assessment and Review. *Academy of Management Review*. 1989; 14(1):57-74.

Fontes Filho JR. Governança organizacional aplicada ao setor público. In: VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 2003; Panamá. Panamá; 2003. p. 28-31

Gil AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4ª. ed. São Paulo: Atlas;1994.

Mendes RJ. Health councils, intergovernmental commissions, and interest groups in the Unified Health System (SUS). *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 1997 Ene [acesso em 2006 Nov 03]; 13(1): 81-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2004 Jun [acesso em 2006 Nov 03]; 20(3): 753-760. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Ribeiro NVM, Pires DE. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2004 Jun [acesso em 2006 Nov 03]; 20(3): 753-760. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Savage G T, Taylor R L, Rotarius T M, Buesseler J A. Governance of Delivery systems/networks : A stakeholder approach. *HealthSCare Management Review*. 1997; 22(1). p.7-20.

Seminário UNESCO en el ámbito del Foro Social Mundial en colaboración con la UFRGS y la FAPERGS; 2001; Porto Alegre, RGS. *Democracia y Gobernabilidad Global : que desafíos para el siglo XXI ?* 2001.

Severino AJS. *Metodologia de Trabalho Científico*. 20ª. Ed. São Paulo: Cortez; 1996.

Spink MJP. O autor responde. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2001 Dez [acesso em 2006 Nov 03]; 17(6): 1309-1311. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Spink MJP. O Lugar do Lugar na Análise Organizacional. *RAC*.2001, Ed. Especial. p.11-34.

Valla VV, coordenador. *Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício de cidadania*. Rio de Janeiro: Fiocruz;1993.