

Democracia na Gestão da Saúde Pública

Resumo

Este artigo apresenta e discute os resultados da pesquisa sobre o desempenho do modelo de governança implantado nas Autarquias Hospitalares Regionais do município de São Paulo, a partir da análise das premissas centrais de seus Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores: deliberação sobre as políticas de saúde adotadas e a fiscalização do poder executivo dessas organizações públicas. Esses conselhos representam a instância máxima da gestão desses entes públicos. O objetivo da pesquisa foi analisar a atuação desses Conselhos e seu papel como fóruns de participação direta da sociedade na gestão pública. Para tanto foi realizada uma pesquisa qualitativa de um estudo de caso. Aplicou-se uma matriz de estruturas de análise empíricas e teóricas sobre o material coletado. Feita análise por triangulação de fontes e interpretação hermenêutico-dialética. Os resultados evidenciaram que esses Conselhos fiscalizaram o executivo dessas Autarquias e deliberaram sobre ações de saúde de seu interesse, apesar da resistência do governo em garantir a transparência na prestação de contas. Concluiu-se que representam fóruns de participação direta institucionalizados e independentes do poder executivo.

Introdução

O modelo de governança criado nas Autarquias Hospitalares Regionais do Município de São Paulo, a partir de um Conselho de Representantes dos três segmentos de interessados em sua gestão – o governo municipal, os funcionários de cada Autarquia e os usuários dessas unidades de saúde – com independência e autoridade sobre o executivo, é coerente com os princípios de controle e de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde.

As Autarquias são organizações públicas que administram subsistemas de saúde com independência administrativa e financeira em relação à Secretaria Municipal de Saúde. Criadas em 2002, seu arcabouço legal e normativo previu a implantação desses Conselhos Gestores, tripartites e paritários, independentes do executivo e com poder regulatório sobre ele.

A questão que se coloca de pronto é sobre a capacidade desses Conselhos de atuarem como interlocutores entre a comunidade e o gestor público, contribuindo para que este conheça as necessidades de saúde dos usuários que representa e sua capacidade de controlar a eficácia e lisura de suas ações.

O modelo de análise compreendeu a triangulação de dados de diferentes fontes, sob a ótica do método de interpretação dos sentidos. Consiste num desenho metodológico hermenêutico-dialético que tem como foco o fenômeno cultural e busca compreender as estruturas de significados estabelecidos no contexto social em que se produz o objeto analisado.

Justifica-se esta pesquisa por entender que esse modelo de gestão, tendo os Conselhos como órgãos independentes e soberanos à gestão pública, representa um espaço de superação dos limites da democracia representativa e se constitui em instância institucionalizada de participação social de modo a dar voz aos cidadãos para que possam expressar suas necessidades de saúde e exercer o controle público do exercício do poder.

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.

O Estado passa por redefinições de seu papel, *pari passu* à necessidade de adequar-se às mudanças e à globalização da economia. 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.

São espaços políticos de participação direta dos cidadãos na deliberação sobre seus problemas, capazes de influenciar as decisões do executivo, aumentando a publicização e a vigilância da sociedade sobre as ações desse setor, além de representar um espaço pedagógico em que se dá a construção coletiva do conhecimento e o amadurecimento de atitudes individuais e de grupo na construção da cidadania.

No Brasil o processo de descentralização da gestão pública de saúde, associado ao controle social tem forte peso político determinado por sua origem no auge do processo de redemocratização da política nacional e concomitante à elaboração da carta constitucional de 1988, conhecida como Constituição Cidadã. Pretendeu-se consolidar a democracia mediante o empoderamento das comunidades envolvidas e ativas no processo de discussão e controle da implantação de políticas sociais.

Por fim, este modelo de análise permitiu a compreensão crítica desses Conselhos, expõe seus benefícios à gestão e os limites à própria eficácia e finalidade, contribuindo para seu aprimoramento e reprodução em outras organizações públicas como um canal de mobilização e comprometimento da sociedade na gestão.

Referencial Teórico

Do controle social à governança democrática: a consolidação da cidadania

A literatura descreve dois conceitos de controle social antagônicos. O primeiro representa a ação direta do Estado sobre a sociedade mesmo que à sua revelia. O outro, contrariamente, significa o controle exercido pela sociedade sobre o Estado.

O Estado controlador tem origem no Estado Moderno num contexto em que se encontram associados o monarquismo absolutista ao modelo econômico mercantilista, que em nome do triunfo de um bem comum exerceu forte intervenção sobre a economia e a sociedade, reprimindo as vontades individuais como forma de alavancar seu desenvolvimento.

O controle social como ação de fiscalização exercida pela sociedade é um conceito que se desenvolve e institucionaliza no mundo a partir da democratização dos estados contemporâneos, principalmente na segunda metade do século XX, com a expansão da política do Bem Estar Social, o conhecido Welfare State.

Bento (2003), 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. 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. 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 (...) 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.

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. Esta 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.

Como justificar que o mesmo Estado que se assumiu provedor, que centralizou em sua estrutura a responsabilidade de suprir as necessidades da sociedade, para o que cobrava impostos, como explicar que este mesmo Estado não mais conseguia desempenhar a tarefa que se propôs?

Somou-se à crise fiscal a crise do modelo de democracia representativa que comprometeu sua legitimidade e acentuou o colapso do Estado de Bem Estar Social. As demandas da sociedade exigiram cada vez mais investimentos e aumento de gastos públicos. A busca de recursos financeiros para suprir essas demandas leva os Estados a tomar empréstimos, aumentando seu endividamento.

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.

Colorindo a tela da crise do Estado e tecendo propostas também antagônicas ganha destaque no cenário o conceito político de governança. Refere-se à capacidade de combinar os meios técnicos científicos, financeiros e humanos de modo a assegurar o pleno desenvolvimento individual e coletivo. Trata-se de legitimar o espaço público, negociar a repartição do poder entre os que governam e aqueles que são governados e pactuar a descentralização da autoridade e as funções ligadas ao ato de governar. (Milani e Solinis)

Palma (2003) propõe a participação da sociedade em fóruns de participação social direta para a superação da chamada democracia delegativa que limita o exercício da cidadania à escolha daqueles a quem a sociedade delegará o poder de decidir sobre seus interesses e direitos. Afirma que esse processo governança democrática requer um grau elevado de participação e organização como via de negociação, enfrentamento de conflitos e crises institucionais.

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.

Para Cohn e Elias (2002), os conselhos de saúde são espaços políticos privilegiados de participação social, porém afirmam que é imperativo que a informação seja compreensível para permitir a interlocução Estado e cidadão; que sejam fóruns institucionalizados, porém independentes do poder público e destacam a importância de que os governos reconheçam e atendam os direitos dos cidadãos a que representam. Jacobi (2002), ressalta que instâncias institucionalizadas de participação social tem importante função inclusiva possibilitando o desenvolvimento de políticas sociais equânimes e que denomina de cidadanização da política.

Administração Pública Indireta

As Autarquias, juntamente com as empresas públicas e sociedades de economia mista, integram a administração pública indireta. Têm as seguintes características: são criadas por lei; têm personalidade jurídica de direito público; possuem capacidade de autodeterminação; especialização dos fins ou atividades e estão sujeitas ao controle ou tutela pelo ente público que as instituiu. Surgem a partir da idéia de descentralização dos serviços públicos do Estado.

As Autarquias Hospitalares Regionais 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 neste município, sancionada pelo Vice-Prefeito, em exercício no cargo de Prefeito - Hélio Bicudo - em 19 de dezembro de 2001.

Ao todo somaram cinco 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, que tem impedimento formal para ser membro desses Conselhos, deverá prestar contas e subordinar-se às suas deliberações, conforme conferidas pela Lei, estando sujeito, ainda, a sanções, podendo chegar à sua exoneração:

Seleção de casos

A pesquisa foi realizada nos Conselhos das Autarquias Hospitalares Regionais de Ermelino Matarazzo, do Jabaquara e do Tatuapé. Foram excluídos da pesquisa os Conselhos das Autarquias Central e do Campo Limpo. O primeiro pelo fato de ter havido mudanças no quadro de conselheiros e do Superintendente da Autarquia, no período estudado, diferente do que ocorreu com os demais. O segundo para evitar viés na análise pelo relacionamento entre a pesquisadora e membros do Conselho. Considerou-se que esses Conselhos são singulares na área da saúde por serem a instância máxima de deliberação e controle desses entes públicos, com

autonomia administrativa e financeira, em que seu principal executivo, o Superintendente, não tem assento e está formalmente subordinado a eles.

Metodologia

Optou-se por realizar pesquisa qualitativa de estudo de caso por triangulação de fontes. 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. (Minayo, 1992)

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.

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.

A pesquisa analisou dados obtidos de fontes primárias e secundárias. As fontes primárias corresponderam a documentos oficiais – Leis Federais e Municipais; Decretos; Regimentos dos Conselhos estudados; Portarias de nomeação dos membros dos Conselhos; Anais da Conferência Municipal de Saúde de São Paulo de 2001; Atas das reuniões mensais dos Conselhos, Documentos analisados pelos Conselhos nas reuniões ordinárias e extraordinárias. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais que representaram as fontes secundárias da pesquisa. Foram entrevistados membros do segmento administração e os presidentes dos Conselhos analisados, além dos superintendentes das Autarquias correspondentes e o secretário municipal de saúde da época. 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 e que asseguram a validade do constructo e a confiabilidade nos resultados. (Yin, 2001)

A entrevista semi-estruturada é um potente instrumento de pesquisa qualitativa que permite enumerar da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, a partir da definição do objeto de investigação e permite alcançar vários objetivos: a descrição do caso individual; a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos; a comparabilidade de diversos casos. (Minayo, 1992)

Para garantir o sigilo das informações apresentadas e o anonimato dos entrevistados, os Conselhos das Autarquias foram classificadas em “CA”, “CB” e “CC”. Assim, os entrevistados

passaram a ser nomeados por: “SA”; “SB”; “SC”, os Superintendentes das respectivas Autarquias e, igualmente, e “PA”; “PB” e “PC” os respectivos Presidentes desses Conselhos.

Os dados coletados foram lidos na íntegra, comparados entre si, os consensos e dissensos foram identificados e classificados segundo as estruturas de análise teóricas, predefinidas a partir da base teórica, para minimizar o viés da classificação dos dados, tratou-se de definir os conceitos dessas estruturas:

Fiscalização: Segundo o Regimento Interno dos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores compreendem as seguintes funções: 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; ser instância recursal de sanções disciplinares aplicadas pela superintendência.

Deliberação: Segundo o Regimento Interno dos Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores consiste em 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: 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. (Souza e Almeida, 1997)

Legitimidade: refere-se à 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. Refere-se à garantia de que as normas, cláusulas e valores serão cumpridos mediante contratos observáveis e implícitos. (Levi, 2004)

Transparência na prestação de contas: 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. (Campos, 1999)

Foram consideradas ainda como estruturas de análise empíricas o valor da participação social, a atitude do superintendente junto a esse fórum, o compromisso e a inserção social dos

conselheiros que foram identificadas quando do tratamento do material de campo - entrevistas e atas dos conselhos.

Utilizou-se o método de interpretação dos sentidos para a análise dos dados coletados em campo que consiste num desenho hermenêutico-dialético cujo foco é o fenômeno cultural e que busca compreender as estruturas de significados socialmente estabelecidos dentro de sua base social e material. (Minayo, 2005)

A hermenêutica contribui como método científico para a compreensão dos fenômenos sociais na medida em que se constitui num método de interpretação que transcende o texto e busca alcançar todas as dimensões dos sentidos que incluem, segundo Gadamer (2005), as dimensões inconscientes da dimensão humana. Busca os sentidos no âmbito da comunicação subjetiva partir da heterogeneidade da linguagem e da compreensão de seus significados. A articulação hermenêutica-dialética fundamenta as avaliações qualitativas. Se por um lado a hermenêutica busca o aprofundamento dos sentidos, a dialética busca os contraditórios para realizar o que a Minayo (2005) chama de “crítica informada” sobre os conteúdos da própria linguagem.

A interpretação final dos dados 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.

Foi feita a desconstrução das falas e demais registros das diferentes fontes analisadas e classificadas segundo as estruturas de análise. 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”.

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.

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. 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, como propõe Minayo (2005) para alcançar o sentido das falas e das ações que possibilitem a compreensão ou explicação para além dos limites do discurso objetivo. 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.

Pressupostos

Por dar assento aos representantes da sociedade local, os Conselhos das Autarquias do município de São Paulo têm um importante papel na gestão desses entes públicos, não só por sua capacidade na identificação das demandas locais de saúde, como também de influenciar o processo de tomada de decisões de seu principal executivo.

O fato do Superintendente não ser membro nato desses fóruns, limita a influência desse executivo na dinâmica e no exercício da função, desses Conselhos, de monitoramento da gestão das Autarquias.

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.

Resultados e discussão

1. Organização dos Conselhos:

Todos os Conselhos definiram um cronograma de reuniões mensais a partir de julho de 2002. O Conselho “C” realizou todas as reuniões programadas exceto uma no ano de 2004 e não realizou nenhuma reunião extraordinária. 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`

Na análise das atas das reuniões desses Conselhos, observou-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. Estes temas predominaram nas discussões dos Conselhos B e C. No Conselho A observou-se que teve grande preocupação com a formação dos Conselheiros. Este tema ocupou cerca de um terço dos itens de pauta das reuniões realizadas, dedicando grande parte da reunião ao estudo do Regimento Interno e de temas relativos às suas funções como a legislação pública.

Quanto à participação dos conselheiros, os membros do segmento administração foram os mais ausentes em todos os Conselhos e os do segmento funcionários os que apresentaram a maior frequência de participação. Todos os superintendentes foram convidados a participar das reuniões. O Superintendente da Autarquia C, participou em 63% das reuniões e o da Autarquia B, apenas em 37%, já o da Autarquia A esteve presente em mais da metade das reuniões.

2. Triangulação de fontes

Procedeu-se à síntese das idéias e interpretações dos sentidos das falas por meio da triangulação dos dados obtidos das diferentes fontes e classificadas segundo as estruturas de análise pré definidas.

A análise dos dados mostrou 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 secretário municipal de saúde. 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.

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.

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.

Os Conselhos 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.

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.

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. 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 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.

Fatores limitantes

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.

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;

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 vontade do gestor para não enfrentar restrições a seu funcionamento. No período estudado este fator não limitou sua atuação.

Conclusão e considerações finais

A metodologia utilizada nesta pesquisa mostrou-se adequada para analisar o objeto estudado em profundidade permitindo conhecer as relações internas e externas desses Conselhos, sua organização e forma de atuação. Foi possível concluir que esses Conselhos exerceram as funções regimentais de deliberação e fiscalização de forma parcial. 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. 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 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.

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 da 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.

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.

Referências Bibliográficas

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;

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.

Brasil. Leis etc. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. 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.

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

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>

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.

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

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.

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

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.

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.

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 (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.

Sposati A. *Regulação social tardia: característica das políticas sociais latinoamericanas 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.