

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

As Tecnologias da Informação e Comunicação como vetores catalisadores de participação cidadã na construção de políticas públicas: o caso dos conselhos de saúde brasileiros

Daniela Favaro Garrossini

Tese apresentada ao PPG/FAC para
obtenção do grau de Doutor em
Comunicação. Linha de Pesquisa: Políticas
de Comunicação e Cultura. Orientador:
Prof. Dr. Murilo César Ramos.

–BRASÍLIA, FEVEREIRO de 2010 –

**As Tecnologias da Informação e Comunicação
como vetores catalisadores de participação cidadã
na construção de políticas públicas: o caso dos
conselhos de saúde brasileiros**

Daniela Favaro Garrossini

Tese apresentada ao PPG/FAC para
obtenção do grau de Doutor em
Comunicação. Linha de Pesquisa: Políticas
de Comunicação e Cultura. Orientador:
Prof. Dr. Murilo César Ramos.

–BRASÍLIA, FEVEREIRO de 2010 –

A tese “*As Tecnologias da Informação e Comunicação como vetores catalisadores de participação cidadã na construção de políticas públicas: o caso dos conselhos de saúde brasileiros*” realizada pela doutoranda Daniela Favaro Garrossini, aluna do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Comunicação da Universidade de Brasília, foi aprovada na data 26 de fevereiro de 2010, pela banca composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Murilo Cesar Ramos (orientador)

Prof. Dr. Luis Fernando Ramos Molinaro (co-orientador)

Prof. Dr. Francisco Sierra Caballero

Prof. Dr. Annibal Affonso Neto

Prof^a. Dr^a. Nelia Del Bianco

*Aos meus pais, Ezilda e Amadeu, exemplos de fé, determinação e ética.
Vocês formaram os alicerces da minha história.*

Agradecimentos

Aos meus queridos orientadores, Prof. Dr. Murilo Cesar Ramos e Prof. Dr. Luis Fernando Ramos Molinaro por se arriscarem nesta dupla orientação. Agradeço pela disposição a oferecerem estímulos e, principalmente, a percorrerem novos caminhos, ouvindo e me apoiando nas inúmeras dúvidas que surgiam durante o processo de reflexão. Saibam que minha admiração por vocês é imensa!

Ao Prof. Dr. Humberto Abdalla Junior a quem tenho admiração pela sua dedicação ao ensino e pesquisa, por me aconselhar nos momentos de dúvidas.

Aos professores, Prof. Dr. João Melo, por me apresentar a metodologia escolhida para este trabalho; Prof. Dr. Annibal Affonso Neto, por estar sempre disponível a trocas de ideias; Prof. Dr. Paulo Calmon, por me receber como aluna em sua disciplina no Departamento de Ciência Política e me esclarecer os processos que envolvem a formulação das políticas públicas; Prof. Dr. Carlos Batista, também professor do Departamento de Ciência Política, por incentivar minhas idéias sobre novas formas de participação cidadã; Prof. Dr. Francisco Sierra Caballero por me receber na Universidade de Sevilla para o meu estágio de doutorado.

A CAPES/MEC, por proporcionar meu estágio de doutoramento na Universidade de Sevilla durante o ano de 2008.

Ao Conselho Nacional de Saúde e DATASUS, por fornecerem os dados sobre os conselhos de saúde brasileiros, sem os quais seria impossível compreender a realidade destas organizações.

Ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde, especialmente ao Sr. Armando Raggio, que me proporcionou a participação no curso de Gestão Participativa realizado pelo Conass e esteve sempre pronto a contribuir com este trabalho.

Ao Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento e Secretaria de Gestão Participativa, ambas pertencentes ao Ministério da Saúde, pela disponibilidade em esclarecer pontos fundamentais sobre a estruturação do Sistema Único de Saúde.

À minha família que sempre me apoiou em todos os momentos da minha vida, pelo carinho e amor, especialmente à minha mãe, por suportar pacientemente os meus momentos de angústia.

Aos amigos inesquecíveis e vitais Karen Nawa, Cris Arakaki, Tereza Pires, Suzana e Zé Guerra, Matheus, Carol Kalume, Karoll Hausller, Maria do Carmo, Raquel Sacheto, Paco Sierra, Fabrício Braz, Rafaela Asmar, Fabíola, Marcelo Castro, Luciana Lobato, Bruno Barreto, Dione e Dani Lobato, Evandro Perotto pelo carinho e companheirismo.

Aos meus queridos do Núcleo de Multimídia e Internet, Gui, Marvin, Nailton, Luis, Mariana, Nathalia, Alê, Rosângela, Marcelo Moreira, Andrezinho e Marcinha por estarem sempre dispostos a ajudar.

Ao corpo administrativo do programa de Pós-Graduação UnB/FAC Regina e Luciano.

Resumo

A descentralização do Estado brasileiro trouxe como centro das atenções o municipalismo, que passou a ser uma estratégia para o desenvolvimento social. No caso dos movimentos sociais e a esquerda brasileira, a descentralização retratou a possibilidade da divisão territorial, com abertura de espaços de gestão local carregar consigo uma visão multiplicadora de espaços de participação. Este trabalho de pesquisa trata sobre a questão do exercício da cidadania nos espaços de participação dos conselhos de saúde brasileiros. Buscou-se investigar se as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) poderiam ser vetores catalisadores da ampliação dos espaços de participação cidadã no âmbito dos conselhos. Para tanto, como suporte metodológico utilizou-se a heurística sistêmica crítica para delinear a rede de políticas, associado à Análise de Redes Sociais, com o objetivo de verificar como é construída a rede, quais os atores envolvidos neste processo e se as TICs podem contribuir com a ampliação do processo de participação cidadã na formulação de políticas públicas para o setor da saúde. A partir dos resultados encontrados, foi possível comprovar afirmativamente que as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) são vetores catalisadores para o aumento das possibilidades da participação do cidadão no processo decisório no momento em que são utilizadas como apoio a construção de novos espaços participativos.

Palavras-chaves: Tecnologias da Informação e Comunicação; participação cidadã; redes de políticas públicas; conselhos de saúde brasileiros

Abstract

The decentralization of the Brazilian state became a strategy for social development that brought the municipality process to the main focus. In the case of the social movements, decentralization represented the possibility of territorial division, with open spaces for local government. It brings a multiplier vision of participation areas. This research discusses the practice of citizenship in the participation areas of Brazilian health councils. It was investigated how the Information and Communication Technologies (ICTs) could be potential vectors to increase the citizen participation areas in the councils. As methodological support was used the Critical Systems Heuristics that delineates the network of policies, associated with the Social Networks Analysis, in order to verify how the network was built, which actors were involved in this process and if the ICTs could contribute to the increase of the citizen participation process in the formulation of public policies for the health sector. From the results it was possible to affirmatively prove that the Information and Communication Technologies (ICTs) are potential vectors for the increasing of the citizen participation opportunities in decision process, when used to support the construction of new participatory areas.

Keywords: Information and Communication Technologies, citizen participation, public policy networks, Brazilian health councils

Lista de Ilustrações

Figura 1: Triângulo eterno, para a crítica de fronteira, observação e avaliação (retirado de Ulrich, 2002).....	28
Figura 2: Grau de centralidade 100%	43
Figura 3: Grau de centralidade 0%	43
Figura 4: Exemplifica a rede que é controlada pelo ator “A”. Aqui o ator “A” teria grau de intermediação “10”, enquanto os outros atores teriam grau de intermediação “0”... 44	
Figura 5: Exemplifica a rede onde cada ator faz referencia a seus companheiros. Aqui cada nó tem grau de intermediação “10”. Sendo que para os atores os atores se ligarem de outra forma, teriam que utilizar como ponte seu antecessor ou sucessor.....	44
Figura 6: Distância entre os atores	45
Figura 7: Porcentagem de domicílios com telefones fixos, por região.....	54
Figura 8: Acesso de móveis por 100 habitantes por região.....	55
Figura 9: Percentual de domicílios com à Internet por localidades brasileiras - 2005... 55	
Figura 10: Proporção de domicílios com acesso à internet (%)	56
Figura 11: Tipo de conexão para acesso à internet no domicílio (%)	57
Figura 12: Índice de Acesso Digital dos estados brasileiros	58
Figura 13: Proporção de domicílios que possuem equipamentos de TIC (%)	60
Figura 14: Motivos para a falta de acesso à Internet no domicílio (%).....	61
Figura 15: Motivos para a falta de computador no domicílio (%)	62
Figura 16: Proporção de indivíduos que acessaram a internet nos últimos 3 meses, por faixa etária e renda familiar (%).....	63
Figura 17: Proporção de domicílios com computador, por renda familiar (%).....	66
Figura 18: Universo convergente em telecomunicações	71
Figura 19: Usuários de PCs e Usuários de Internet	72
Figura 20: Grupos populacionais segmentados segundo a geografia em grupos urbanos e rurais	72
Figura 21: Modelo de universalização da banda larga	74
Figura 22: Processos cíclicos de formulação de políticas públicas	99
Figura 23: Processo de formulação da Agenda	99
Figura 24: Quadro explicativo sobre a atual estrutura de formação do Sistema Único de Saúde	133
Figura 25: Passos para a elaboração dos planos de saúde	136
Figura 26: Demonstrativo das relações entre os entes da federação e como se dá o processo de regionalização	141
Figura 27: Níveis de decisão para a construção da Agenda de Saúde.....	143
Figura 28: Estrutura básica de funcionamento do Planejatus	147
Figura 29: Fluxos processuais ocorridos durante a elaboração do planejamento em saúde	152
Figura 30: Estrutura básica do documento do Plano de Saúde	155
Figura 31: Construção das Programações Anuais de Saúde nas esferas de governo ... 158	
Figura 32: Fluxo que se estabelece entre as Programações Anuais de Saúde e os relatórios de gestão	160
Figura 33: Visão dos relacionamentos entre os atores, 2008	175
Figura 34: Segmentos do presidente dos conselhos - Acre	189
Figura 35: Segmentos do presidente dos conselhos - Amazonas	190
Figura 36: Segmentos do presidente dos conselhos - Ceará.....	190
Figura 37: Segmentos do presidente dos conselhos - Espírito Santo	191
Figura 38: Segmentos do presidente dos conselhos - Maranhão.....	191

Figura 39: Segmentos do presidente dos conselhos - Rio Grande do Sul	192
Figura 40: Segmentos do presidente dos conselhos - Rio de Janeiro	193
Figura 41: Mapa de relacionamento	195
Figura 42: Mapa dos fluxos comunicacionais	196
Figura 43: Matriz de relacionamento.....	199
Figura 44: Rede formada por todos os atores e seu relacionamento	199
Figura 45: Grau de centralidade da rede.....	202
Figura 46: Relações que mantém a Comissão Intergestora Tripartite.....	203
Figura 47: Relações que mantém o Conselho Municipal de Saúde	203
Figura 48: Rede formada pelos atores participantes da rede correspondente a Situação 1	210
Figura 49: Grau de centralidade da rede.....	211
Figura 50: Rede formada pelos atores da situação 2	213
Figura 51: A rede apresentando o gestor e equipe de planejamento como pontos centrais	214
Figura 52: Gráfico gerado a partir do cálculo da centralidade	221

Lista de Quadros

Quadro 1: Conceitos delimitados por Ulrich para explicar os conceitos de crítica, sistêmico e heurística.....	27
Quadro 2: Os quatro aspectos e as três categorias de análise (Ulrich,2002).....	29
Quadro 3: As doze categorias críticas que compõem a heurística (Ulrich 2002).....	30
Quadro 4: Referências Normativa – Instituição e organização do conselhos de saúde .	32
Quadro 5: Referências Normativa – Conferência Nacional de Saúde.....	32
Quadro 6: Referências Normativa – Regionalização	33
Quadro 7: Referências Normativa – Plano de Saúde	34
Quadro 8: Referências Normativa – Relatórios de Gestão.....	35
Quadro 9: Referências Normativa – Agenda de Saúde	35
Quadro 10: Referências Normativa – Plano Plurianual de Saúde.....	36
Quadro 11: Informações sobre os conselhos de saúde do Brasil – Constituição e Participação Fonte: Documento fornecido pelo Datasus.....	37
Quadro 12: Informações sobre os conselhos de saúde do Brasil – Uso das TICs.....	38
Quadro 13: Indicadores de Redes Sociais	41
Quadro 14: Proporção de domicílios que possuem equipamentos de TIC.....	64
Quadro 15: Proporção de domicílios que possuem equipamentos de TIC.....	65
Quadro 16: Redes políticas: comunidades políticas	106
Quadro 17: Tipologia de rede proposta por Van Waarden.....	109
Quadro 18: Quadro explicativo sobre realização, período e presidente responsável por cada Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil	122
Quadro 19: Temas debatidos pelas primeiras conferências.....	126
Quadro 20: Responsabilidades no âmbito Federal	148
Quadro 21: Responsabilidades no âmbito Estadual	149
Quadro 22: Responsabilidades no âmbito Municipal.....	150
Quadro 23: Análise do processo de planejamento do Plano Nacional de Saúde referente aos anos de 2004 a 2007	163
Quadro 24: Classificação dos atores no âmbito da formulação de políticas públicas..	187

Quadro 25: Interações entre os atores da rede	198
Quadro 26: Quadro dos atores que participam da situação 1	209
Quadro 27: Atores participantes da rede formada na situação 2	212
Quadro 28: Atores participantes do novo modelo	219

Lista de Tabelas

Tabela 1: Grau de proximidade	45
Tabela 2: Distribuição de renda da população brasileira – 2003.....	59
Tabela 3: Custo do pacote de serviços residenciais de telefonia.....	62
Tabela 4: resultado do grau de centralidade	200
Tabela 5: Resultado do Grau de intermediação.....	204
Tabela 6: Matriz construída para o cálculo da distância	205
Tabela 7: Resultado do cálculo do Grau de proximidade.....	206
Tabela 8: Resultado do cálculo de centralidade da rede.....	210
Tabela 9: Grau de centralidade da rede formada pela situação 2	214
Tabela 10: Resultado do cálculo do grau de centralidade da nova rede.....	220

Lista de Siglas

ANATEL	Agencia Nacional de Telecomunicações
ARS	Análise de Redes Sociais
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CETIC	Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
FUST	Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações
GESAC	Governo Eletrônico Serviço de Atendimento ao Cidadão
GPAB-A	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IP	Internet Protocol
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NTN	Número Total de Nós
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programações Anuais de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PHP	Hypertext Preprocessor
PNQ	Prêmio Nacional de Qualidade
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PS	Plano de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
RG	Relatório de Gestão
RP	Relações Possíveis
SCM	Serviço de Comunicação Multimídia
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SPO/SE/MS	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva
SQL	<i>Structured Query Language</i>
STFC	Serviço Telefônico Fixo Comutado
SUITE	Sistema Unificado de Informações sobre Telecomunicações
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UIT	União Internaciona de Telecomunicações
VoIP	Voice Over Internet Protocol

Sumário

Parte I – Introdução e procedimentos metodológicos	14
Capítulo 1 - Introdução.....	15
1.1 Contextualização	17
1.2 Objeto de investigação e objetivos da pesquisa	19
1.3 Estrutura do trabalho	21
1.4 Metodologia.....	24
1.4.1 Descrição geral da pesquisa.....	24
1.4.2 Sistema de análise: Heurística Crítica Sistêmica.....	25
Parte II – O uso das Tecnologias de Informação e Comunicação para a ampliação da prática democrática.....	47
Capítulo 2 – Tecnologias da Informação e da Comunicação: possibilidades de abertura à democracia eletrônica	48
2.1 As TICs no Brasil	52
2.2 Aspectos sociais e a infraestrutura das TICs no Brasil.....	53
2.2.1 Desigualdades de acesso.....	57
2.2.2 Quanto custa o acesso às TICs	58
2.3 A utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação pelos conselhos de saúde brasileiros.....	67
2.3.1 Telefonia fixa.....	68
2.3.2 Acesso a e-mail.....	68
2.3.3 Acesso à internet banda larga ou à linha discada	69
2.4 A convergência tecnológica e o setor de telecomunicações no Brasil	70
2.5 Governo eletrônico: uma possibilidade de ampliação do espaço democrático	76
Capítulo 3 – A participação como processo para a construção da cidadania.....	82
3.1 Participação cidadã no contexto da democracia representativa.....	83
3.2 Em busca de uma democracia mista.....	86
3.3 A construção do processo participativo: conceitos e perspectivas	91
3.4 O processo participativo na formulação de políticas públicas	95
3.4.1 O processo de formulação de políticas públicas.....	97
3.5 Redes políticas e fóruns de participação	101
3.5.1 Tipologias das redes políticas.....	104
Capítulo 4 – Conselhos Participativos e sua inserção no processo decisório: o espaço do cidadão na construção de políticas públicas de saúde no Brasil.....	111
4.1 Estrutura e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde.....	112
4.2 O Histórico do Conselho Nacional de Saúde e do Sistema Único de Saúde .	115
4.3 O controle social e a formação do SUS	118
4.4 As Conferências de Saúde	121
4.4.1 Breve histórico.....	122
4.4.1.1 A 8.ª Conferência e o período pós-democratização.....	126
4.5 Participação social nos conselhos.....	127
4.6 O processo de descentralização e os reflexos na estrutura do SUS.....	128
4.7 A estrutura de gestão do SUS e seu funcionamento entre as esferas nacional, estadual e municipal	131

Capítulo 5 – O planejamento das políticas de saúde no Brasil.....	137
5.1 A criação da Agenda de Saúde	142
4.2 O funcionamento do planejamento da saúde atual	144
5.3 Organização e funcionamento do PlanejaSUS	151
5.3.1 Plano de Saúde	153
5.3.2 Programação Anual de Saúde.....	157
5.3.3 Relatório Anual de Gestão e avaliações	159
5.3.4 Avaliação das ações do PlanejaSUS (2004 a 2007)	161
5.4 Disputas de poder	167
5.5 Princípios teóricos do controle público	171

Parte III – Análise dos dados e discussão dos resultados..... 173

Capítulo 6 – Análise dos dados e discussão dos resultados.....	174
6.1 Primeira Etapa: Identificação do sistema	174
6.1.1 Respondendo às heurísticas	175
6.1.2 Os atores	177
6.1.2.1 Ministério da Saúde	178
6.1.2.2 Conselho Nacional de Saúde (CNS).....	179
6.1.2.3 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)	179
6.1.2.4 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)	
.....	181
6.1.2.5 Conselhos Estaduais de Saúde.....	182
6.1.2.6 Conselho Municipal de Saúde	183
6.1.2.7 Secretarias Estaduais de Saúde.....	183
6.1.2.8 Secretarias Municipais de Saúde	184
6.1.2.9 Comissão Intergestora Tripartite (CIT)	184
6.1.2.10 Comissão Intergestora Bipartite (CIB)	185
6.1.2.11 Colegiado de Gestão Regional (CGR)	185
6.1.2 Segundo ato: Classificação dos atores.....	185
6.1.3 Terceiro ato: O papel do cidadão.....	188
6.1.3.1 O comando está em que mãos?.....	189
6.2 Segunda Etapa	193
6.2.1 Quarto ato: Relacionamento entre os atores	193
6.2.1.1 Mapa de Relacionamento	194
6.2.1.2 Indicadores da Rede	197
6.2.2 Quinto ato: Os fluxos comunicacionais e a participação cidadã	207
6.3 – Terceira Etapa.....	215
6.3.1 Sexto ato: abrindo espaços	215
6.3.1.1 Uma nova possibilidade à participação cidadã apoiada pelas TICs .	218

Conclusão 223

Referência..... 226

Anexo A – Planilhas fornecidas pelo datasus e conselho nacional de saúde 234

Anexo B – Gráficos construídos a partir dos dados das planilhas fornecidas pelo datasus e conselho nacional de saúde (Acesso à Internet) 261

PARTE I – INTRODUÇÃO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

O mundo mudou a passos largos. Para se ter uma visão abrangente da Sociedade da Informação¹ basta olhar em volta. As formas de entretenimento, a organização da vida familiar, o esporte, a política, o trabalho, a administração pública, a pesquisa, a medicina e acima de tudo, a produção e difusão de novos conhecimentos sofreram grandes transformações com o passar dos anos. A ciência se volta para entender esse fenômeno e seus impactos e busca dar respostas à sociedade. Isso, sem dúvida, não é tarefa fácil.

Mais do que a existência da tecnologia, é sua crescente disponibilidade que transforma de forma irreversível nossa paisagem social. Nanotecnologia, redes, tecnologias sem fio, convergência digital. Termos que até pouco tempo não faziam parte de nosso vocabulário, hoje transformaram radicalmente a economia e a sociedade. Sob a forma de produtos e serviços, estas verdadeiras alavancas mudam continuamente a vida e a existência humana.

Em sua origem, a Sociedade da Informação foi pavimentada com um minúsculo instrumento, o chip ou microprocessador. Foi o chip, um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento de tecnologias, produtos e serviços tão presentes em nosso cotidiano. Sem qualquer deslumbramento pela inclusão de novas tecnologias ou mesmo a capacidade transformadora do aparato tecnológico que nos cerca, o fato é que foi esse pequeno componente eletrônico que concretizou o que hoje se conhece por Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs). Pequena sigla composta por uma terminologia que abrange mais do que um denominador comum. As TICs são responsáveis por um crescente fluxo de informação digital e principalmente a convergência midiática, que é realidade, justifica e permite um estudo aprofundado dos novos meios e recursos de comunicação.

Por mais literal que pareça é necessário, no entanto, esclarecer não apenas o papel da tecnologia, mas também, e de forma intensa, o da comunicação como instrumento de transformação do mundo e da sociedade. No Brasil, os estudos sobre o

1 O termo Sociedade da Informação refere-se ao conceito cunhado por Emanuel Castells. A sociedade da informação neste trabalho de pesquisa é entendida como um conceito utilizado para descrever uma sociedade e uma economia que faz o melhor uso possível das Tecnologias da Informação e Comunicação, no sentido de lidar com a informação e que toma esta como elemento central de toda atividade humana. (CASTELLS, 2003).

tema ainda são incipientes e ainda não há a disseminação maciça de iniciativas e práticas que confirmem o potencial de uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) para a ampliação do espaço de debate democrático. Sobre este tema, o presente trabalho propõe-se a investigar a utilização de recursos baseados nas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) no processo de construção de políticas públicas a partir das experiências construídas nos conselhos de saúde brasileiros. Pretende-se, identificar as ligações entre os atores envolvidos, o processo de estruturação das redes de conhecimento e informação e os recursos utilizados com foco na ampliação do espaço de participação para a formulação de políticas públicas.

Para delimitar tal problema, nortear o trabalho e relacionar os aspectos acima descritos parte-se de algumas questões sobre esta discussão, tais como: em que medida os conselhos utilizam-se das TICs para a troca, formulação e construção de informações que possibilitem conhecimento e acesso a informação para a tomada de decisão? É possível construir novos modelos de participação, utilizando as TICs, para que se amplie o espaço e conseqüentemente a participação por meio de redes eletrônicas? Poderíamos, a partir da análise e mapeamento de modelos institucionalizados em conselhos propor novos sistemas baseados nas TICs, ampliando desta forma a sua utilização?

A fim de que haja uma mudança significativa e a quebra dos paradigmas das estruturas de organização e poder já há muito estabelecidas, novos caminhos para a melhor utilização e contribuição dos meios eletrônicos podem ser apresentados com o intuito de ampliar a participação democrática no país. Somado a isto, pode-se citar ainda a possibilidade de organização de redes políticas, apoiadas pela tecnologia. Para atingir tais metas, é necessário levar em consideração a ampliação do espaço de participação e a melhoria das condições, onde as transações de informações sejam eficientes. O foco central desta pesquisa se dará sob a perspectiva de ampliação da participação cidadã no debate acerca da construção de políticas públicas.

Utilizar-se-á como objeto de investigação e análise o Conselho Nacional de Saúde, os conselhos subnacionais interligados a ele, além das Conferências e outros canais que se fizerem necessários para o melhor entendimento do processo de construção de redes políticas, da formulação de políticas públicas e principalmente sobre o processo de participação do cidadão.

De acordo com a Constituição Brasileira (1988), os conselhos são instâncias onde existe um espaço institucionalizado que prevê a participação do cidadão, de forma

direta na construção de políticas públicas. De acordo com seu estatuto, o Conselho Nacional de Saúde foi criado como um órgão colegiado, contendo a representação de diferentes setores sociais.

O Conselho Nacional de Saúde é um órgão colegiado com representação de diversos setores da sociedade e também de entidades nacionais de trabalhadores que possuem papel relevante para a sociedade brasileira. Tem o caráter deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde (BRASIL, 2007).

A construção dos conselhos, de acordo com a Lei Federal 8.142/90, em seu § 2º, define ainda que a formação de tal instância deve ser composta por diferentes atores, que atuem no controle da execução da política de saúde. Os conselhos de saúde serão apresentados por meio de seu regimento e sob a possibilidade de efetiva participação da sociedade civil organizada, que representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

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 (BRASIL, 1990).

Tal afirmação é primordial para a escolha do tema e justifica a participação cidadã em tais instâncias de forma institucionalizada. Este trabalho tem como objetivo preencher uma lacuna nos estudos que propõe a ampliação e melhoria dos espaços de participação cidadã. A idéia é que o estudo possa contribuir com o estabelecimento de novos caminhos para a melhoria da participação cidadã nas tomadas de decisão no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e conselhos subnacionais.

1.1 Contextualização

Elencar motivos para a escolha de um caminho não é tarefa fácil, como inglória é a tarefa de colocar no papel quatro anos de uma trajetória vivida em uma área de estudos multidisciplinares. Ainda assim, acreditamos que o esforço é fundamental, não

apenas para tornar claro, mas também para trazer a tona caminhos que nos conduziram a escolha do presente tema de pesquisa e a conseqüente realização desta tese.

A idéia inicial para projeto de pesquisa foi estudar a utilização dos recursos das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) como plataforma para o exercício da prática democrática. Partindo do princípio que as prospecções sobre as possibilidades da convergência digital eram positivas e poderiam promover o acesso do cidadão à informação, esta tese pretende contribuir de forma a ampliar as condições para que o cidadão possa participar da construção de políticas públicas, por meio do governo eletrônico.

Para que isto aconteça, a participação e os meios devem ser utilizados em sua melhor condição. Partimos do princípio que a construção do conteúdo, a estruturação de informações governamentais e sua disponibilidade deveriam estar de acordo com as necessidades do cidadão. Promovendo desta forma o acesso à informação e a possibilidade de que os cidadãos mesmo pouco ou nada familiarizados com os processos governamentais e estruturas de governo pudessem ampliar sua participação.

À medida que o trabalho foi amadurecendo, algumas discussões tornaram-se primordiais. Como estudar as possibilidades tecnológicas, sem o conhecimento efetivo das condições encontradas no Brasil no que diz respeito à participação? Por tal motivo, fizemos uma pequena alteração no projeto, onde o foco principal foi dado não às possibilidades tecnológicas, que já eram fato, mas sim ao fomento da participação cidadã, estreitando as relações diretas entre governo e cidadão. Partimos então para o estudo de tais relações vislumbrando não estudar os canais tradicionais ditos de participação, como, por exemplo, fale conosco, e-mail, consulta pública entre outros, mas um objeto de estudo onde encontrássemos a possibilidade da relação direta acontecer.

E assim se dá o início do atual projeto de pesquisa. Como as TICs poderiam contribuir para a ampliação dos canais de participação? Elas podem ser vetores catalisadores para a ampliação desta participação? Neste contexto, o Conselho Nacional de Saúde era a instituição que permitia a ligação direta entre o que era buscado e o que poderia ser ofertado. Era a instituição que previa a participação institucionalizada por meio de leis e de seu regimento interno. Tal fato justifica a escolha do Conselho Nacional de Saúde como objeto de estudo desta realidade social.

Os conselhos de saúde são uma realidade nos estados e municípios. O processo de participação cidadã na gestão, incluindo a formulação, planejamento, gerenciamento

financeiro, monitoramento e avaliação das diversas políticas públicas e das instâncias estatais e governamentais poderiam ser verificados em sua estrutura. Em caráter permanente e deliberativo, foi possível analisar o órgão enquanto um colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e cidadãos. Sua atuação se dá na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. A estrutura garante por lei a participação efetiva do cidadão. Mas isto deixa de ocorrer. Durante as Conferências de Saúde há o registro da voz do cidadão nestas instâncias. Em uma série de passagens registradas existem reclamações dos representantes usuários de que, dentro da esfera de deliberação do conselho, há a falta de informação e de meios de comunicação para que a participação se dê de forma efetiva. Ele identifica tal lacuna na abertura de espaços e considera-se que o acesso à informação é fundamental para a participação cidadã dentro de tais instâncias.

Tínhamos desta forma, o quadro de análise quase ideal. Uma estrutura que prevê a participação cidadã, mas não consegue exercê-la integralmente. Como as TICs poderiam ser ferramentas de abertura de tais canais? Seria a comunicação um saber próprio para tratar de tais questões? Sim, se pensarmos na perspectiva de um campo comunicacional aberto para o debate multidisciplinar, principalmente no que tange ao estudo das Tecnologias da Informação e da Comunicação.

Nesse sentido, acreditamos que ousar em determinado campo, com a união de saberes que em muitas visões podem ser incongruentes, poderia trazer a tona respostas procuradas por este estudo. A lista de motivos exposta ainda carece, e talvez, sempre permaneça em aberto, dado as reais possibilidades de construção do pensamento. Esperamos contribuir para a construção das diretrizes de comunicação, de forma a ampliar o leque de análise constitutivo de tal realidade social.

1.2 Objeto de investigação e objetivos da pesquisa

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o ambiente que envolve o Conselho Nacional de Saúde e conselhos subnacionais como forma de investigar se as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) podem ser vetores catalisadores, que ampliem os espaços de participação e facilitem a inserção do cidadão na construção de

políticas públicas no contexto da democracia representativa. É visto que os conselhos de saúde são instâncias institucionalizadas, que possibilitam a inserção de diversos atores sociais, garantindo por lei sua participação no processo de tomada de decisão das políticas públicas e controle social. Mas será que apenas é necessária a existência dos conselhos para que tenhamos uma participação efetiva?

Quando se fala em participação do cidadão no processo decisório, no âmbito dos conselhos de saúde, é fato que encontramos diversos fatores e barreiras que determinam em maior ou menor grau seu envolvimento no âmbito da tomada de decisão ou ainda no acesso às informações. Alguns fatores necessários para que haja a condição de participação podem ser elencados, tais como: a aberturas de canais possíveis para a comunicação, o acesso e transparência das informações e o desenvolvimento da educação continua. No caso dos conselhos de saúde, as barreiras encontradas estão, em geral, relacionadas ao desequilíbrio de forças entre os atores que participam deste processo, no acesso às informações e ainda nas atribuições definidas para cada ator envolvido.

No momento atual, encontra-se um crescente movimento no sentido de contar com possibilidades tecnológicas que ampliem as possibilidades comunicativas e de acesso à informação. As Tecnologias da Informação e Comunicação são entendidas como um conjunto de tecnologias utilizadas na produção, no processamento, no compartilhamento, na distribuição e no armazenamento da informação e podem contribuir com a ampliação de canais de comunicação. As TICs também possibilitam a disponibilização de informações tanto para a tomada de decisão quanto à transparência na prestação de contas pela administração pública inserindo o cidadão no âmbito das decisões políticas, buscando cada vez mais a relação direta entre cidadão e governo.

Para que o objetivo proposto seja cumprido, é necessário investigar não apenas se as TICs estão presentes nas instituições, ou formular modelos para que elas estejam presentes. É necessário, acima de tudo, conhecer como as relações são mantidas nos conselhos de saúde, verificar se o cidadão é um ator ativo neste processo de tomada de decisão em âmbito local, se ele tem acesso à informação, se possui acesso às TICs, e por fim, se a TICs podem contribuir para que a comunicação entre os atores, governo e sociedade ocorra de forma mais equilibrada.

Acredita-se que seja necessária uma visão global sobre a rede formada pelos conselhos de saúde brasileiros, sobre sua atuação no processo de formulação de políticas e o inter-relacionamento entre os atores, para que se possa chegar a propostas

ou considerações que possam contribuir na melhoria da comunicação por meio das TICs.

Para que este caminho seja cumprido, adotam-se quatro objetivos específicos. São eles: i) o mapeamento da estrutura organizacional em rede existente nos conselhos de saúde brasileiros, como forma de verificar o funcionamento atual de tais unidades; ii) a identificação e análise da rede política formada em torno dos conselhos, buscando identificar o papel do cidadão durante o processo de construção de políticas públicas setoriais e os fluxos de comunicação que a compõe; iii) a verificação do grau de utilização das TICs no processo de construção de políticas públicas inerentes a essa rede, vislumbrando identificar as possibilidades do uso a favor da ampliação da participação do cidadão, e por fim, iv) propor um modelo conceitual de participação cidadã baseado em TICs que possibilite a ampliação dos espaços participativos no âmbito dos conselhos.

Tomamos como ponto de partida duas hipóteses decorrentes da seguinte questão central: as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) são vetores catalisadores para o aumento das possibilidades da participação do cidadão no processo decisório?

Hipótese 1: O processo de descentralização do Estado brasileiro após a constituição federal de 1988 trouxe uma importante contribuição no sentido da participação cidadã; ao propor que as políticas públicas sejam feitas no sentido ascendente, envolvendo maior interação entre usuário e governante, cidadão e gestor proponente de políticas públicas.

Hipótese 2: A disseminação das TICs, por meio das instituições governamentais e movimentos sociais, resulta em real possibilidade de participação cidadã nas esferas dos conselhos de saúde brasileiros.

1.3 Estrutura do trabalho

Essa tese está dividida em três partes. A primeira parte aborda o Capítulo 1, que inclui introdução, descrição dos objetivos geral e específico da pesquisa, contextualização e metodologia. A segunda parte engloba os capítulos 2, 3, 4 e 5 como forma de definir alguns conceitos e explicar o contexto da presente pesquisa.

O segundo capítulo aborda o panorama brasileiro das Tecnologias da Informação e Comunicação no Brasil. Mostraremos os dados pertinentes sobre a atual situação das TICs no Brasil, com vistas a utilizar tais informações para a verificação de sua utilização atual e possibilidades de usos futuros pelos conselhos de saúde.

O terceiro capítulo será um espaço para discutir e organizar conceitos relativos à democracia participativa, aos princípios teóricos do controle social, à democracia digital e às redes políticas. Tais conceitos são importantes para situar o leitor sobre a construção do ponto de vista adotado na presente pesquisa.

O quarto capítulo aborda o histórico e a formação dos conselhos de saúde no Brasil. Discutiremos em qual contexto se deu a origem do Conselho Nacional de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Abordaremos ainda dentro deste capítulo questões relativas às conferências nacionais de saúde, e sua relação com o controle social e a participação cidadã. Este capítulo destina-se a traçar um histórico de formação de tais instâncias, bem como situar o leitor acerca da criação e conseqüente formulação de políticas públicas. Faz parte do quarto capítulo a necessidade de esclarecer processos de descentralização ocorridos no Brasil pós-promulgação da constituição federativa brasileira de 1988. A tentativa é verificar os reflexos na estrutura organizacional dos conselhos, o planejamento do atual sistema de saúde e a conseqüente construção de políticas públicas. O quinto capítulo, por sua vez, demonstra como funcionam os planos de saúde e esboça toda a estrutura que compõe o planejamento da saúde no Brasil.

Por fim, a terceira parte engloba o sexto capítulo, a conclusão e as referências bibliográficas. O sexto e último capítulo traz uma análise sistêmica dos dados coletados incluindo a atuação não apenas dos conselhos de saúde, mas também relativos a todas as partes envolvidas no processo. O presente capítulo tem como meta a análise sistêmica do ambiente que envolve os conselhos de saúde, buscando identificar o seu papel como ator no processo decisório e a partir das lacunas encontradas, verificar se as TICs estão presentes neste ambiente e, por fim, sugerir algumas diretrizes no sentido de melhoria dos fluxos comunicacionais.

Este último capítulo que compõe a tese à primeira vista facilmente manejável se tornou um complexo processo de busca e acesso a dados que não estão à fácil alcance. Ao todo, oito meses (fevereiro a setembro de 2009) transcorreram para obtenção dos dados que compõe o quadro de análise do quinto capítulo. Ao contrário do que é divulgado em sua página na *web* ou mesmo descrito nas páginas de seu estatuto, os conselhos de saúde não divulgam, ou mesmo, disponibilizam publicamente informações

acerca da formação, composição ou funcionamento dos conselhos de saúde existentes no Brasil. Dados, como por exemplo, quem participa do poder decisório? Quem são as pessoas por trás da presente estrutura? Quais decisões são levadas a cabo nas reuniões de conselheiros? Estas e uma infinidade de outras respostas encontram-se longe do acesso da população. Este talvez fosse o primeiro passo para a participação cidadã.

Somado a isto, encontrou-se dificuldades com relação à compressão da estrutura de formação e composição dos conselhos de saúde no Brasil. Organogramas e gráficos encontrados na bibliografia existente, primordialmente advindos de fontes históricas e documentais, pouco atendem a uma estrutura que hoje não obedece mais fielmente ao que demonstra a bibliografia. Somado a isto, a bibliografia oficial sobre o assunto é extremamente ufanista no que diz respeito ao funcionamento, composição e formação dos conselhos. É necessário um olhar mais apurado e com vistas à participação cidadã para entender como ocorrem tais falhas e como a realidade é marcada pela ausência de quem mais deveria ser beneficiado com o processo decisório dos conselhos de saúde no Brasil: o cidadão.

Foram necessários o desenho de mais de 700 gráficos e tabelas que de alguma forma colocassem de maneira visual o funcionamento de uma estrutura tentacular e pouco funcional. Para que os gráficos e ilustrações ficassem prontas foram necessárias entrevistas com pessoas que trabalham nos conselhos, conhecedoras de maneira muito própria do funcionamento de tais gigantes. O termo “gigante” tem correto emprego quando levamos em conta sub-divisões, como por exemplo, comissões bipartite e tripartite de saúde. Sem levar em conta as organizações que participam do planejamento em saúde, é quase impossível compreender o funcionamento e estrutura dos conselhos de saúde no Brasil.

Esta pesquisa visa não só resgatar a importância da participação social na formulação de políticas públicas, bem como contribuir com o estudo e análise de instrumentos de participação, conselhos e conferências, com vistas ao estabelecimento de diretrizes e políticas digitais que possam aglutinar, divulgar, ampliar e melhorar os espaços e graus de participação no processo de tomada de decisão dentro dos conselhos de saúde no Brasil.

Como já foi dito, isto é manifesto, especialmente, no Brasil onde é reduzido o número de pesquisas sobre o assunto. É fundamental que o universo comunicacional passe a contar com acervo reflexivo e crítico no que diz respeito a participação cidadã e a construção do espaço democrático. Esperamos contribuir para a difusão das pesquisas

sobre participação cidadã e a evolução das pesquisas sobre as Tecnologias da Informação e Comunicação realizadas no país.

1.4 Metodologia

1.4.1 Descrição geral da pesquisa

A estratégia para abordar o objeto consiste na analisar o ambiente que envolve o Conselho Nacional de Saúde e conselhos subnacionais como forma de investigar se as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) podem ser vetores catalisadores, que ampliem os espaços de participação e facilitem a inserção do cidadão na construção de políticas públicas no contexto da democracia representativa.

A metodologia utilizada neste trabalho tomou como ponto de partida a análise transversal sobre a participação do cidadão no processo decisório de definição de políticas públicas e levou em conta dois pontos principais: o primeiro deles diz respeito a busca por uma metodologia que pudesse compreender e dar conta da complexidade e diversidade de atores envolvidos no processo de formulação de políticas públicas para a saúde no Brasil. O segundo ponto consistiu na análise e verificação da inserção das Tecnologias da Informação e Comunicação nos conselhos e se realmente tal fator auxilia as relações entre os diversos atores.

Nesse sentido, o trabalho procurou dividir, organizar e compreender a existência de condições necessárias à participação, tais como: a aberturas de canais possíveis para a comunicação, o acesso e transparência às informações, o desenvolvimento e a educação contínua. No caso dos conselhos de saúde, as barreiras encontradas estão, em geral, relacionadas ao desequilíbrio de forças entre os atores que participam deste processo, no acesso às informações e ainda nas atribuições definidas para cada ator envolvido.

Como forma de encontrar os resultados almejados ao longo da pesquisa, utilizou-se as teorias sistêmicas, ao contrario dos tradicionais métodos do pensamento analítico. O teor do pensamento sistêmico leva em consideração questões que envolvem diversos fatores ou variáveis a partir de padrões organizados de interações. Isto significa dizer que concepções teóricas e princípios que procuram explicar entidades, fenômenos

e situações, cujo entendimento não pode ser compreendido em sua totalidade pelo pensamento analítico.

Em organizações, o pensamento sistêmico, ao fornecer os conceitos para entender a importância do gerenciamento das interconexões, permite romper as barreiras funcionais e visões compartimentadas. Oferece assim uma moldura conceptual para visualizar como cada decisão no negócio é uma decisão que afeta a empresa como um todo (KASPER, 2000).

A opção foi feita com base na amplitude do pensamento sistêmico, pelo fato de lidarem com um universo complexo. Capra (1997) apresenta resumidamente as noções que englobam esse tipo de pensamento. Segundo o autor, o conteúdo do termo sistema passou a significar um todo cujas propriedades advêm da organização das relações entre as partes que o constituem. Além disso, a definição de pensamento sistêmico é visto como a compreensão de um fenômeno dentro de um contexto, estabelecendo-se a totalidade das interações envolvidas, em oposição à busca das relações causais simples entre partes isoladas (CAPRA *apud* KASPER, 2000).

Observa-se que a teoria sistêmica é um importante instrumento para a análise de temas que abarcam a atividade humana dentro de sistemas sociais, onde existem múltiplos fatores que influenciam seu funcionamento. A partir da definição metodológica pelo ponto de vista sistêmico optou-se por uma teoria específica que se adequasse aos objetivos propostos neste trabalho: a heurística crítica sistêmica. Combinado a esta teoria utilizou-se outros métodos que complementassem a análise como, por exemplo, a análise de redes sociais.

1.4.2 Sistema de análise: Heurística Crítica Sistêmica

As abordagens sistêmicas críticas incorporam fundamentos teóricos críticos que buscam compreender situações que envolvem desigualdades, interesses distintos, conflitos e contradições. Tal fato se deve a busca da ampliação para o conhecimento e de intervenção em organizações sociais. De acordo com Michael C. Jackson, os elementos teóricos presentes na perspectiva crítica são compostos por algumas características básicas. De forma geral esta perspectiva aplicada em contextos organizacionais requerem a consideração das interações técnicas, como a natureza das

interações entre as pessoas e busca diversas visões, interesses e objetivos que estão imersos em relações de poder, desigualdades e conflitos. Servem-nos para a composição da complexidade de uma organização (JACKSON *apud* KASPER, 2000).

Para a perspectiva sistêmica crítica, o conhecimento é sistematicamente distorcido por diversos interesses. Estes se manifestam sob diversos aspectos, como, por exemplo, poder, informação e desigualdades materiais. Os modelos sistêmicos que carregam consigo tal perspectiva, são responsáveis por descrever visões de pessoas e grupos, sobre determinada situação ou problema. A perspectiva pode ser alterada, caso, as formas como as interações sejam alteradas. Os atores são considerados parte ativa de um determinado contexto e poderão alterar sua percepção em razão das condições materiais, acesso a informação e conhecimentos.

Para a realização da análise do sistema complexo onde se inserem os conselhos de saúde foi utilizada a teoria sistêmica crítica, especificamente a Heurística Sistêmica Crítica concebida por Ulrich (1987). Este sistema de análise nos permite compreender as relações entre os atores envolvidos, abrindo as fronteiras para que se busque o entendimento das relações entre atores.

No artigo “Critical Systems Heuristics” (2002), Ulrich coloca que, na ciência da administração e outras disciplinas aplicadas, os procedimentos heurísticos servem para identificar e explorar aspectos de problema complexos, inter-relacionados sob diversos aspectos, ou, para gerar soluções estratégicas. É diferente da forma dedutiva de solução, onde os procedimentos resolvem problemas lógicos e bem definidos.

Para Ulrich, a Heurística Sistêmica Crítica,

(...) é uma nova filosofia tanto para o pensamento sistêmico como para a filosofia prática, uma abordagem que almeja ajudar o cientista aplicado quanto a esta tarefa. Não busca provar porque e como a razão prática é possível (...) mas, ao invés disso concentra-se em prover os planejadores bem como os cidadãos afetados com um suporte heurístico necessário para praticar a razão prática, isto é, estar aberto e refletir sobre a definição de problemas ou avaliação de programas sociais (Kasper, 2000, p.174).

Para melhor compreensão, o quadro (Quadro 1) abaixo apresenta sucintamente o que significa cada um dos conceitos tratados por Ulrich:

- 'Crítica': Uma abordagem crítica requer que os planejadores de sistemas sejam transparentes para com eles próprios e para com os outros quanto ao conteúdo normativo dos pressupostos adotados para a confecção de um plano. Qualquer plano ou projeto de plano deve ser exposto à crítica e não ser apresentado como a única possibilidade científica objetiva (Jackson, 1991 apud Kasper,2000).

- 'Sistêmico', para Ulrich, significa a totalidade das condições relevantes interrelacionadas, das quais dependem os julgamentos teóricos e práticos (essa concepção é derivada da filosofia de Kant). Totalidades, nessa perspectiva, envolvem aspectos metafísicos, éticos, políticos e ideológicos. Qualquer tentativa de compreensão de um 'sistema total' é sempre altamente seletiva em termos dos pressupostos adotados. Dessa forma, as idéias sistêmicas servem para refletir criticamente acerca da falta de compreensão e parcialidade de todos os planos, projetos ou no desenho de modelos de sistemas sociais (Jackson, 1991 apud Kasper,2000).

- 'heurística' é a denominação do processo pelo qual planejadores e cidadãos preocupados podem revelar os problemas que derivam dos pressupostos e verificar sua inevitável parcialidade (Jackson, 1991 apud Kasper,2000).

Quadro 1: Conceitos delimitados por Ulrich para explicar os conceitos de crítica, sistêmico e heurística

Para Ulrich, as ciências sistêmicas proporcionam um conceito fundamental para o entendimento do significado do conteúdo normativo do conhecimento prático, como no caso da proposição de um plano ou projeto de um sistema social. Para o autor, certas hipóteses podem ser feitas na forma de “julgamentos de fronteira”, presentes em qualquer plano ou projeto de um sistema social. Em tais delimitações devem estar os “pressupostos dos projetistas acerca do que pertence à parte do mundo real a ser estudada e melhorada e aquilo que é externo ao alcance desse esforço” (BAKER, 2000).

Para delimitar as fronteiras do problema (Figura 1) a ser resolvido, Ulrich (2002) explica o conceito de “julgamentos de fronteira”. Eles revelam o escopo de responsabilidades aceita pelos projetistas e planejadores na justificativa dos seus planos ou projetos perante aqueles que são afetados, levam em consideração os valores (Quais valores deveriam ser considerados pelo plano/projeto? Quais não?) e os fatos (Quais fatos deveriam ser considerados pelo plano/projeto? Quais não?).



Figura 1: Triângulo eterno, para a crítica de fronteira, observação e avaliação
 Fonte: Ulrich, 2000

O julgamento de fronteira é uma das partes mais importantes e complexas para o planejamento ou análise de um sistema. São estas definições que demonstrarão as dimensões que serão analisadas em busca de possíveis soluções. Diferente de outras teorias sistêmicas, a Heurística Sistêmica Crítica, trabalha não só no sentido de compreender o sistema fechado, mas também as consequências envolvendo os atores “afetados” e os “envolvidos” no processo de construção de uma realidade social e como eles se inter relacionam. Aos envolvidos no processo é dado o poder de participar. Participar significa ter a entrada, ou seja, ter a palavra no processo de formação de vontade de cada ator. No espectro que envolve a participação isto diz respeito à dar oportunidade de voz a uma competência de decisão imediata.

Por outro lado, o termo “afetados” é entendido aqui, num sentido estrito. São os atores que devem conviver na realidade social em questão e, portanto, suportar pelo menos algumas das consequências do resultado do planejamento feito pelos envolvidos. A heurística parte da distinção entre aqueles que estão envolvidos em uma decisão de planejamento (participantes, responsáveis pelas decisões, planejadores, gestores) e aqueles afetados pelas decisões, mas não envolvidos com o planejamento (testemunhas). O limite entre os dois termos existentes “envolvidos” e “afetados” e suas inter-relações é imprescindível para a compreensão do sistema que se pretende analisar e suas condições de comunicação.

Além de compreender a situação entre envolvidos e afetados pelo problema, existem pontos-chave para realizar de forma sistemática o julgamento de fronteira. É basicamente, “identificar”, “discutir” e “desafiar” e “avaliar”. Segundo o autor, i) identificar as fontes de seletividade (o que faz parte do sistema); ii) examinar os julgamentos de fronteira e suas implicações práticas e éticas (determinar o sistema); iii) encontrar alternativas para o sistema de referência (à luz de novas opções); iv) procurar

compreensão mútua entre os envolvidos, sobre os sistemas de referência e por último, v) questionar as demandas por meio do uso irrestrito da crítica de fronteira.

O quadro 2 (Quadro 2) apresenta quatro aspectos a serem avaliados, cada um implica na análise de três categorias sobre os atores envolvidos no processo.

- Primeiro aspecto: motivação: De onde vem a noção de propósito e valor? Quais propósitos são servidos, de quem são esses propósitos?
- Segundo aspecto: poder: Quem controla os meios e os recursos? Quem controla a situação e quem é necessário para o sucesso?
- Terceiro aspecto: Conhecimento: Quais experiências e conhecimentos apóiam a hipótese? Qual é a fonte de expertise que contribui com a informação necessária?
- Quarto aspecto: Legitimação: O que provê a legitimação?

A primeira categoria representa os atores sociais relacionados à situação, por estarem envolvidos ou não. Podem ser efetivamente ou potencialmente afetados. A segunda categoria apresenta os interesses principais, associados com os atores sociais em questão. E a terceira e última categoria apresenta as principais dificuldades.

CATEGORIAS DE FRONTEIRA	ASPECTOS		
1. Cliente 2. Propósito 3. Medida de melhoria	Motivação	Envolvidos	É o sistema de referência que determina quais observações (fatos) e avaliações (valores) são considerados relevantes quando avaliamos os méritos e deficiências de uma proposição.
4. Responsável pela tomada de decisão 5. Recursos 6. Ambiente de decisão	Poder		
7. Profissional 8. Expertise 9. Garantia	Conhecimento		
10. Testemunha 11. Emancipação 12. Visão de mundo (global?)	Legitimação	Afetados	

Quadro 2: Os quatro aspectos e as três categorias de análise (Ulrich,2002)

O modelo de referência apresenta ainda doze categorias críticas que compõem a heurística. Segundo Ulrich (2002), o sistema deve ser visto de duas formas: o modo “como é” (fonte de seletividade empírica) e o modo “como deve ser” (fonte de seletividade normativa). Elas são demonstradas no abaixo:

1. Quem é o beneficiário (cliente) atual do sistema a ser projetado ou melhorado? (Quem deveria ser?)
2. Qual é o **propósito** do sistema ou quais as metas que o sistema deve ser capaz de realizar de modo a servir ao beneficiário (cliente)? (Qual deveria ser?)
3. Qual é a **medida de sucesso** (ou melhoria) do sistema?
4. Quem são os **responsáveis pelas decisões**, isto é, quem tem o poder de mudar as medidas de performance ou melhorar o sistema?
5. Quais os **componentes** (recursos e restrições) do sistema que são realmente controladas pelos responsáveis pelas decisões?
6. Quais recursos e condições que são parte do **ambiente** do sistema, ou seja, não são controlados pelos responsáveis pelas decisões?
7. Quem está realmente envolvido como **planejador**?
8. Quem está envolvido como especialista e de que tipo é a sua perícia e qual é o seu papel?
9. Como os envolvidos **garantem** que o seu planejamento terá sucesso?
10. Quem são as **testemunhas** que representam as preocupações dos cidadãos que serão afetados pelo planejamento do sistema? Quem é ou pode ser afetado sem estar envolvido?
11. Aos cidadãos afetados é dada a oportunidade para **emancipar-se** dos ‘*experts*’ e tomar o seu destino em suas próprias mãos?
12. Que **visão de mundo** está atualmente suportando o desenho do sistema? É a visão de (alguns dos) envolvidos ou de (alguns dos) afetados?

Quadro 3: As doze categorias críticas que compõem a heurística (Ulrich 2002)

Na Heurística Sistêmica Crítica não são determinados os instrumentos que se fazem necessários para o desenho do sistema. Podem ser utilizados diversos métodos e ferramentas para que o sistema seja representado. Para que seja claro o caminho tomado na análise, há necessidade da delimitação de ferramentas e métodos aplicados para a compreensão do sistema estudado.

Seguindo as principais etapas propostas na Heurística Sistêmica Crítica, dividiu-se a análise em quatro etapas principais, buscando métodos específicos que fossem adequados a cada uma. As três primeiras compõem a análise da situação dos conselhos de saúde do Brasil. No primeiro momento (etapas 1, 2 e 3) analisa-se a sua atuação na construção de políticas públicas, nestas etapas busca-se compreender as relações mantidas entre os atores e os fluxos comunicacionais envolvidos no processo de tomada de decisão de forma a compreender se de fato, o que lhe é garantido por lei, sua

participação no processo de tomada de decisão das políticas públicas e controle social, são efetivos. E num segundo momento, investigar se as TICs estão presentes nas instituições de forma a facilitar o acesso à informação e se esta ocorrência pode contribuir para que a comunicação entre governo e sociedade se dê forma mais equilibrada. A última etapa do trabalho prevê as considerações sobre as hipóteses formuladas anteriormente. Abaixo segue a delimitação de cada etapa com a explicação de seus métodos específicos.

1ª Etapa: Identificação das fontes de seletividade: as partes que compõem o sistema

A primeira etapa procurou dividir, organizar o quadro que compõe o corpus de análise deste trabalho de pesquisa, para isto foram classificados diversos documentos que se fizeram imprescindíveis para compreender a formação dos conselhos de saúde brasileiros, suas atribuições, a rede de inter-relacionamentos formada entre os diversos atores. Este trabalho permitiu a identificação dos principais atores que compõem o sistema, a inter relação entre eles e desta forma determinar o que compõe o quadro de análise. Esta operação de classificação de elementos constitutivos foi definida segundo critérios previamente estabelecidos, tais como pertinência, relevância para a compreensão do tema tratado e sua relação direta com a participação dos conselhos de saúde brasileiros. Isto também possibilitou alcançar um nível de sistematização necessário para a formulação das etapas que seguem. Pode-se dizer que foi realizado um trabalho de mapeamento da rede política formada em torno das políticas de saúde no Brasil. Nos quadros 4, 5, 6, 7, 8,9 e 10 estão esboçados os documentos classificados por assuntos aos quais se referem.

REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS	
ASSUNTO: INSTITUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS	
ESPECIFICAÇÃO	EMENTA
Constituição Federal – Art. 198/88	Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.
Lei 8.142	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.
Lei 8080	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Resolução CNS 333	Aprovar as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

Quadro 4: Referências Normativa – Instituição e organização do conselhos de saúde

REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS	
ASSUNTO: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	
ESPECIFICAÇÃO	EMENTA
Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde/ 2007	Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde

Quadro 5: Referências Normativa – Conferência Nacional de Saúde

REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS	
ASSUNTO: REGIONALIZAÇÃO	
ESPECIFICAÇÃO	EMENTA
Constituição Federal – Art. 198/88	As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (Brasil, 1998).
Lei N° 8.080/1990 – Art. 7°	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 art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: (...) a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; (...) . (BRASIL, 1990).
NOB SUS 01/93 – Item g, Introdução, Anexo da Portaria GM/MS n° 545/1993	g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. (BRASIL, 1993).
NOB SUS 01/96 – Item 4 Anexo da Portaria GM/MS n° 2203/1996	A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. (BRASIL, 1996).
NOAS SUS 01/2001 E NOAS SUS 01/2002	(...) para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES.(...) . (BRASIL, 2001). 1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. (...) 2. Instituir o Plano Diretor de Regionalização – PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado (...) . (BRASIL, 2001).
Pacto pela Saúde 2006 – Item 2, Diretrizes para a Gestão do SUS, Pacto de Gestão, Portaria GM/MS n° 399/2006	A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI (...) . (BRASIL, 2006b).

Quadro 6: Referências Normativa – Regionalização

REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS	
ASSUNTO: PLANOS DE SAÚDE	
ESPECIFICAÇÃO	EMENTA
Lei 8080; art. 15	Estabelece, como atribuição comum à União, estados e municípios a elaboração e a atualização periódica do plano de saúde, de conformidade com o qual deve ser elaborada a proposta orçamentária
Lei 8080; art. 36; parágrafos 1º. e 2º.	Define o processo de planejamento do SUS como ascendente, ouvidos os órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades com as disponibilidades de recursos em Planos de Saúde das três esferas de governo; os Planos serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS; vedadas transferência de recursos para ações não previstas em Planos de Saúde.
Lei 8142; art. 4º.	Estabelece a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão para recebimento de recursos transferidos.
Decreto 1232/94	Estabelece como conteúdo dos Planos de Saúde a definição de percentuais orçamentários para financiamento das atividades e programas de saúde em cada esfera de governo
Decreto 1651/95 (S. N. Auditoria)	Define que a análise de Planos de Saúde, programações e Relatório de Gestão permitirá o cumprimento das atividades do SNA.
NOB SUS 01/96	Define que PS e RG, devidamente aprovados nos Conselhos de Saúde, integram o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão previstas na NOB. Define como conteúdos para PS: «estratégias, prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo da integração das programações dos sistemas municipais», em um processo de planejamento articulado e interdependente.

Quadro 7: Referências Normativa – Plano de Saúde

REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS	
ASSUNTO: RELATÓRIOS DE GESTÃO	
ESPECIFICAÇÃO	EMENTA
Lei 8080; art. 33, parágrafo 4º.	Estabelece a necessidade de acompanhamento, da conformidade à programação aprovada, dos recursos repassados a estados e municípios.
Lei 8142; art. 4º.	Estabelece a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão para recebimento de recursos transferidos.
Decreto 1651/95 (Sistema Nacional Auditoria).	<p>Define que a análise de Planos de Saúde, programações e Relatório de Gestão permitirá o cumprimento das atividades do SNA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicita que o RG é o instrumento de acompanhamento financeiro, do funcionamento dos serviços e da eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS. • Define o conteúdo dos RG: (a) programação e execução física e financeira de atividades; (b) comprovação de resultados alcançados referentes aos Planos de Saúde; (c) demonstração quantitativa da aplicação de recursos financeiros próprios e transferidos.
NOB SUS 01/96	Define que RG, devidamente aprovados nos Conselhos de Saúde, integram o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão previstas na NOB.

Quadro 8: Referências Normativa – Relatórios de Gestão

REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS	
ASSUNTO: AGENDA DE SAÚDE	
ESPECIFICAÇÃO	EMENTA
Portaria MS 393/2001	As Agendas de Saúde – Nacional, estaduais e municipais – deverão destacar e justificar os eixos prioritários, objetivos, e indicadores da Política de Saúde em cada esfera de governo e em cada exercício anual e são resultantes de negociação e consenso entre Órgãos Gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores

Quadro 9: Referências Normativa – Agenda de Saúde

REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS	
ASSUNTO: PLANO PLURIANUAL (PPA)	
ESPECIFICAÇÃO	EMENTA
Lei 9989/2000	Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2000/2003, elaborado a partir das diretrizes estratégicas do Governo Federal: (a) consolidar a estabilidade econômica; (b) promover o desenvolvimento e o crescimento sustentado; (c) consolidar a democracia e a defesa dos direitos humanos; (d) reduzir as desigualdades inter-regionais.

Quadro 10: Referências Normativa – Plano Plurianual de Saúde

Tendo em vista a facilitação da leitura, foi efetuada a análise documental para a organização e utilização dos documentos a serem analisados ao longo do corpo da tese.

Além da documentação classificada, foi necessário efetuar um levantamento dos dados relativos aos conselhos brasileiros para a verificação da situação que se encontram. Para isto foi solicitado ao Conselho Nacional de Saúde os dados do Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde do Brasil, disponível para consulta no site do Conselho Nacional de Saúde. Apesar de disponíveis no site do conselho, os dados não foram conseguidos por este meio. O sistema apresentou diversos problemas técnicos quanto à recuperação dos dados no momento em que se fazia a consulta. Foi necessária uma espera de cerca de oito meses para que o Conselho Nacional de Saúde solicitasse os dados brutos ao DATASUS e os disponibilizasse para a realização desta pesquisa.

Os dados solicitados e fornecidos são relativos a duas etapas da pesquisa realizada pelo CNS, a primeira diz respeito aos anos de 2005-2006 e a segunda aos anos de 2007-2008. De posse dos dados brutos, fez-se uma seleção prévia dos dados mais significativos que poderiam se converter em informações relevantes para este trabalho.

Com objetivo de facilitar o uso dos dados fornecidos, os mesmos foram incorporados em bases de dados SQL (Structured Query Language). Foi utilizado o sistema MySQL para tabulação dos dados e para realização dos cálculos a linguagem de programação orientada a objeto chamada PHP. Foram criadas ao todo cinquenta e quatro tabelas onde foram inseridas as informações de cada estado.

As primeiras vinte e sete tabelas, uma para cada estado, continham os dados referentes ao período 2005 a 2006 e a seguintes vinte e sete tabelas os dados do período de 2007 a 2008. Estas tabelas continham os dados dos municípios do estado a partir

destas informações municipais ocorreram os cálculos estatísticos presentes no decorrer do trabalho. Os métodos para a obtenção dos dados variou dependendo da informação desejada, mas se constituíram basicamente de somatório dos valores apresentados e cálculos de porcentagens. As informações encontradas que poderiam dar suporte à análise documental foram divididas por categorias de acordo com duas vertentes, as que poderiam ser utilizadas na compreensão da constituição e participação dos conselhos e a segunda vertente no que diz respeito a utilização das tecnologias de informação e comunicação utilizadas pelos conselhos de saúde.

CONSTITUIÇÃO E PARTICIPAÇÃO	
DADOS	TIPO DE RESPOSTA
Conselhos adequados a resolução 333/2003	(%sim, %não, sem resposta)
Existem comissões	(%sim, %não)
Realiza eleições para presidente	(%sim, %não)
Realiza eleições para mesa diretora	(%sim, %não, vazio)
Conselho possui sede própria	(%sim, %não)
Conselho realiza a capacitação de conselheiros	(%sim, %não)
Quantidade de conselheiros	(% de usuários do total)
Quantidade de conselheiros	(% de trabalhadores do total)
Quantidade de conselheiros	(% de gestor)
Instrumento de Criação	(%lei, %decreto, %portaria, %outros)
Segmento do presidente	(% usuário, gestor, trabalhador, prestador de serviço)
Periodicidade das Reuniões	(%trimestral, bimestral, mensal, quinzenal, outros)

Quadro 11: Informações sobre os conselhos de saúde do Brasil – Constituição e Participação

Fonte: Documento fornecido pelo Datasus

USO DAS TICS	
DADOS	TIPO DE RESPOSTA
Posse de telefone fixo	(%sim, % não, % sem resposta)
Preenchido pela Internet	(%sim, % não, % sem resposta)
Posse de e-mail	(%sim, % não, % sem resposta)
Acesso à internet	(%sim, % não, % sem resposta)

Quadro 12: Informações sobre os conselhos de saúde do Brasil – Uso das TICS

Fonte: Documento fornecido pelo Datasus

Por conterem muitos dados, não se anexou por completo as tabelas fornecidas pelo CNS. Alguns exemplos podem ser encontrados anexados ao final do trabalho (ANEXO A).

Além dos estudos relativos à documentação e à preparação dos dados sobre os conselhos de saúde brasileiros, foi possível contar com especialistas que contribuíram para esta pesquisa por meio de entrevistas abertas, não estruturadas, para que se ajustassem algumas questões para a compreensão do todo que envolve a construção das políticas públicas brasileiras. As entrevistas foram efetuadas à medida que se necessitava de esclarecimentos. As primeiras foram realizadas em abril de 2009, durante o Curso de Gestão Participativa promovido pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, as entrevistas foram feitas com alguns representantes das secretarias de saúde dos estados brasileiros e com um dos ex-presidentes do Conass, onde pudemos participar e observar. Em um outro momento, foi solicitado o auxílio da Coordenação Geral de Programas e Projetos em Economia da Saúde do Ministério da Saúde (setembro de 2009).

As entrevistas foram feitas no sentido de esclarecer algumas dúvidas pontuais no sobre o papel dos participantes do processo de formulação das políticas. O que se buscou nesta etapa foi apresentar os caminhos para concluir a primeira etapa da pesquisa, que incluíram a definição dos atores envolvidos em todos os níveis de participação, em relação à construção de políticas públicas como forma de organizar esta informação, descrevendo os atores e suas atribuições e responsabilidades, segundo o quadro 2 proposto por Ulrich. Com isto, pode-se dar procedimento a segunda etapa.

2ª Etapa: Determinação do sistema: examinar os julgamentos de fronteira e suas implicações práticas e éticas

Na segunda etapa desta pesquisa, foi efetuado o mapeamento das instâncias existentes nos sistema que se esta desenhando. O mapeamento pôde ser efetuado a partir de diversas técnicas. Optou-se por utilizar o mapa de relacionamento para construir as relações possíveis entre os atores participantes. O mapa tem como propósito descrever os relacionamentos entre os atores do processo. Além disso, fornece uma visão sobre as entradas e saídas por onde fluem as “funções” de cada ator, permitindo que encontremos os “espaços em branco”, ou, no caso deste trabalho, as falhas no processo de comunicação entre os atores. Ou ainda a falta de atribuições claras no sentido de participar da construção das políticas.

Selznick (1972 *apud* Cury 2000) entende que a simples criação de uma estrutura formal não determinara a criação e a sobrevivência de uma organização. É indispensável que a organização tenha sido originada pelas necessidades da coletividade. Assim como as pessoas as organizações devem ter caráter próprio, que as distingue das demais. Isto significa dizer que elas desenvolvem uma identidade própria. Esse caráter desenvolve-se da mesma maneira pela qual evolui o caráter dos indivíduos, quanto maior o número de interações pessoais ou de grupos, mais acentuado o caráter da organização.

Deste ponto de vista as organizações podem ser consideradas como unidades sociais (agrupamentos humanos) intencionalmente construídas e reconstruídas, a fim de atingir objetivos específicos (PARSONS *apud* CURY,2000). Cury (2000) complementa com algumas características de organização: desenvolvem em virtude de: mudanças tecnológicas; leis econômicas; procura de padrões mais elevados de vida. O mapa de relacionamentos nos permitirá encontrar entradas ou saídas inexistentes, desnecessárias, mal direcionadas, confusas. Desenvolver relacionamentos que permitam a eliminação dos espaços em brancos, ou das falhas, especialmente aqueles que sejam obstáculos para a organização atingir sua estratégia. A partir de um mapa de relacionamento tem-se a oportunidade de compreender não apenas a estrutura hierárquica, mas verificar também as relações horizontais e/ou verticais contidas nessa estrutura. A opção pela utilização do mapa de relacionamentos é a de facilitar a visualização das relações, sejam elas verticais ou horizontais.

De acordo com o objetivo geral da pesquisa, lembra-se que o intuito é o analisar o ambiente que envolve o Conselho Nacional de Saúde e conselhos subnacionais com vistas a investigar se as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) podem ser vetores catalisadores, que ampliem os espaços de participação e facilitem a inserção do cidadão na construção de políticas públicas no contexto da democracia representativa. Para isto, após o desenho do mapa de relacionamento, é necessário analisar as questões colocadas por Ulrich (2002), que dizem respeito aos atores “envolvidos” e os “afetados” e a relação e os fluxos de comunicação intrínsecos ao processo participativo no âmbito do processo decisório. É neste momento que se identificará as atribuições e fluxos comunicacionais existentes e os canais que são utilizados.

Para esta etapa, foi utilizada Análise de Redes Sociais (ARS). A opção por este tipo de análise foi feita com base na possibilidade de apresentar graficamente, de forma clara, como se dá a interação dos atores e seu inter-relacionamento. Isto trouxe a possibilidade de visualizar as lacunas e falhas, para que posteriormente pudéssemos encontrar possíveis soluções para o problema.

Existem diversas possibilidades de se demonstrar de forma tangível os processos de interação, mas para esta pesquisa compreendemos como uma alternativa viável, uma vez que a informação pôde ser vista como elemento principal da relação social e o seu fluxo pôde ser observado sob o enfoque de uma estrutura em rede. Além disso, ARS disponibiliza uma série de medidas exatas e imagens gráficas, que possibilitaram melhor visualização no momento da discussão dos resultados. Além disso, trouxe consigo a inclusão do enfoque relacional, isto é, considera os elementos que surgem a partir da relação entre dois ou mais sujeitos, surgindo como uma nova possibilidade para os estudos dos fenômenos sociais. Tal forma de análise se baseou nos fundamentos de correlação entre conceitos sociológicos e matemáticos para criar grafos² que possibilitaram a análise dos dados. Foram geradas diversas medidas tais como estrutura (coesão, densidade, centralidade, clusters e outros) utilizada para confirmar as suposições desta pesquisa. Geralmente se utiliza um *software* para o auxílio da construção das relações, para o caso deste trabalho foi utilizado o *software* livre UCINET v.6³, para Windows. O *software* é disponibilizado pela empresa americana Analytic Technologies. Utilizou-se o *software* na sua versão gratuita. E, além do

² O grafo é uma figura que representa as relações sociais simétricas; quando as relações são assimétricas, podem levar a denominação de dígrafo ou grafo direcionados, em que são consideradas as direções dos fluxos dos recursos nas relações. (Wasserman e Faust, 1999, p.94 e 122)

³ <http://www.analytictech.com/>

software utilizado para a análise dos dados, foi necessária uma ferramenta que integrada a este sistema, gerou as imagens das redes formadas, o NetDraw v. 2.0.

Os elementos básicos de uma rede são constituídos por: nós ou atores, vínculos e fluxos. A saber, nós ou atores as representações de pessoas ou grupos de pessoas que se agrupam nas redes ou por um objetivo comum. Normalmente os nós ou atores representam-se por círculos. A soma de todos os nós indica a dimensão da rede. Os vínculos são os laços que existem entre dois ou mais nós. A forma de marcar o vínculo é por meio de linhas. E por fim os fluxos, que indicam a direção do vínculo e se representa com uma seta mostrando o sentido (unidirecionais e bidirecionais) entre os atores. Estas características podem ser analisadas para verificarmos a estrutura da rede formada. Mas para nos aprofundarmos na análise, foi necessário realizar a análise dos indicadores da rede. Os indicadores puderam ser calculados de forma individual, por ator, ou para toda a rede. A seguir se encontra o quadro 13 com alguns tipos de indicadores e sua utilização individual ou coletiva.

Tipo de indicador	Ator	Rede Completa	Descrição
Densidade	Sim	Sim	Mostra-nos o valor em percentagem da Densidade da Rede, isto é, mostra-nos a alta ou baixa conectividade da Rede. A Densidade é uma medida expressa em percentagem do quociente entre o número de relações existentes com as relações possíveis.
Centralidade	Sim	Não	O Grau de Centralidade consiste no número de atores com os quais um ator está diretamente relacionado.
Centralização	Não	Sim	Trata-se de uma condição especial na qual um ator exerce um papel claramente central ao estar altamente conectado à Rede.
Intermediação	Sim	Sim	Trata-se da possibilidade que um ator tem para intermediar as comunicações entre pares de nós. Estes nós são também conhecidos como "atores-ponte".
Proximidade	Sim	Sim	Trata-se da capacidade de um ator para alcançar todos os nós da Rede.

Fonte: Manual Introdutório à Análise de Redes Sociais - Pág 16 (Velázquez & Aguiar, 2006)

Quadro 13: Indicadores de Redes Sociais

Índices de densidade

O cálculo da densidade de uma rede é feito a partir da divisão do número de relações existentes entre as possíveis e multiplicando por 100 [$D = RE / RP \times 100$]. O cálculo do total das relações possíveis faz-se multiplicando o número total de nós pelo número total de nós menos 1 [$RP = NTN \times (NTN - 1)$]. O calculado da densidade da rede nos dá informações sobre a rede ser de alta ou baixa conectividade (Velázquez e Aguilar, 2006). A densidade pode ser utilizada para medir os níveis de intercooperação organizacional descentralizada. Turk (1977) usa o termo "coordenação" para se referir ao aumento dos níveis de liderança centralizada. No entanto, ele admite que órgãos públicos podem coordenar as suas atividades sem direção externa, descrevendo uma forma de coordenação que não envolva liderança ou direção centralizada, mas baseado na cooperação descentralizada. Com base nisso, é útil examinar também o nível global de integração de redes entre as organizações. Integração e coesão da rede geralmente são medidos usando a medida de densidade (Scott, 1991).

Índices de centralidade e centralização

Os graus de centralidade e centralização⁴ dizem respeito a duas questões distintas. O primeiro se refere às condições de um ator estar diretamente ligado a outros atores. Divide-se em duas possibilidades, em graus de entrada e graus de saída dependendo da direção dos fluxos. O grau de saída é a soma das interações que os atores tem com os outros. O grau de entrada é a soma das interações que os outros atores tem com um ator. O grau de centralidade nos apresenta o papel de cada ator na rede, suas relações com os outros atores. Apresenta de forma clara o número de interações entre as partes.

Já o índice de centralização é uma condição especial em que um ator exerce um papel claramente central. O índice é comumente usado para identificar líderes de rede. Altas centralidades de rede são associadas com reputações de poder e influência sobre os atores da rede ou de setores de grande influência (HAGEN et al, 1997).

As figuras 2 e 3 apresentam os tipos de graus de centralidade de uma rede. Onde a figura 2 representa um alto grau de centralização e a figura 3 nenhum grau de centralização.

⁴ FREEMAN, Linton C. Centered graphs and the structure of ego networks. *Mathematical Social Sciences*, Amsterdam, v. 3, n. 3, p. 291-304, 1982.

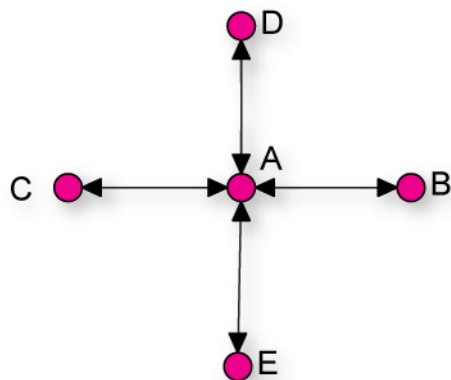


Figura 2: Grau de centralidade 100%

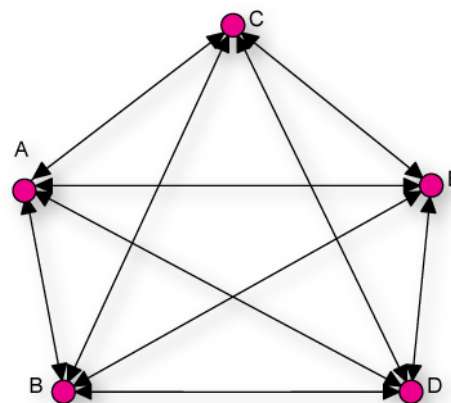


Figura 3: Grau de centralidade 0%

Grau de Intermediação

A importância de um ator recai sobre sua intermediação (Betweenness), este termo expressa o “controle da comunicação” e interpreta-se como a possibilidade que um nó tem para intermediar a comunicação entre pares de nós. A medida de intermediação de um nó obtém-se contando as vezes que este aparece nos caminhos (geodésicos) que ligam todos os pares de nós da rede, a estes atores chamam-se atores ponte. Para os estudos de comunicação, ou de acesso e controle, foram identificados como sendo os mais úteis para indicar os níveis de coordenação da rede (Hagen et al, 1997). Para que um nó tenha um grau de intermediação numa rede, deve ter pelo menos um grau de entrada e de saída e estar nos caminhos geodésicos entre os pares de nós que se querem ligar (Velázquez e Aguilar, 2006). Abaixo, nas figuras 4 e 5 exemplifica-se como pode ser identificada a intermediação.

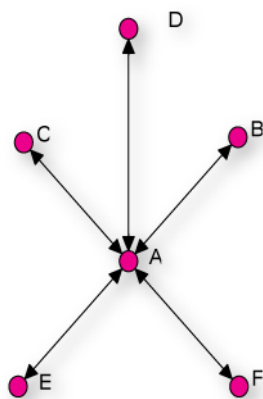


Figura 4: Exemplifica a rede que é controlada pelo ator “A”. Aqui o ator “A” teria grau de intermediação “10”, enquanto os outros atores teriam grau de intermediação “0”.

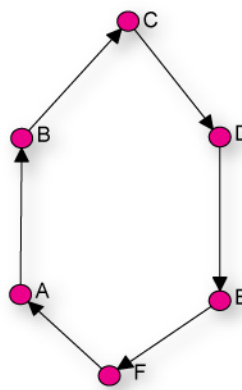


Figura 5: Exemplifica a rede onde cada ator faz referência a seus companheiros. Aqui cada nó tem grau de intermediação “10”. Sendo que para os atores os atores se ligarem de outra forma, teriam que utilizar como ponte seu antecessor ou sucessor.

Grau de proximidade

O Grau de Proximidade⁵ é a capacidade de um nó se ligar a todos os atores de uma rede. Calcula-se contando todas as distâncias geodésicas de um ator para se ligar aos restantes. Convém referir que este método (“cálculo manual”) só resulta com matrizes simétricas, onde as relações entre os atores se dão de maneira bidirecional (Velázquez e Aguilar, 2006). Pode-se ilustrar o grau de proximidade da seguinte forma: na tabela 1, estão representados os graus de proximidade dos atores A, B, C, D, E, F, G, H, I e J, K. Cada ator possui um valor para cada um dos outros atores, os valores expressados são as distâncias geodésicas para ligar um ator a outros atores.

⁵ FREEMAN, Linton C.; WINCH, Robert F. Societal Complexity: An Empirical Test of a Typology of Societies. *American Journal of Sociology*, Chicago, v. 62, n. 5, p. 461, mar. 1957.

Tabela 1: Grau de proximidade

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Distância	Proximidade
A		3	2	1	1	2	2	2	2	1	3	19	52.6
B	3		2	4	4	3	4	4	1	2	1	24	41.7
C	2	2		2	3	1	1	2	1	1	1	16	62.5
D	1	4	2		2	1	2	3	3	2	3	23	43.5
E	1	4	3	2		3	3	3	3	2	4	28	35.7
F	2	3	1	1	3		1	3	2	2	2	20	50.0
G	2	2	1	2	3	1		2	1	1	1	16	62.5
H	2	2	2	3	3	3	2		2	1	1	21	47.6
I	2	1	1	3	3	2	1	2		1	1	17	58.8
J	1	2	1	2	2	2	1	1	1		2	15	66.7
K	3	1	1	3	4	2	1	1	1	2		19	52.6

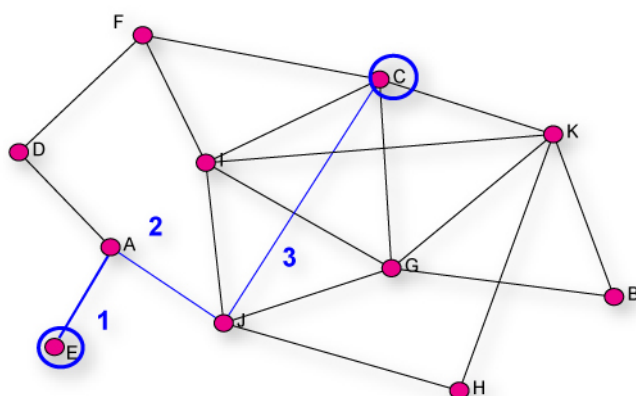


Figura 6: Distância entre os atores

Caso se queira conhecer a distância⁶ de “E” em relação a “C”, seria necessário contar os caminhos que os separam, no caso a figura 6 apresenta o gráfico simetrizado da rede. Aqui a distancia entre “E” e “C” é de “3”.

Já o grau de proximidade é calculado dividindo o valor de “1” pela soma das distâncias e multiplicando isto por mil. Assim, a proximidade, por exemplo, do ator “A” é de $(1/19) \times 1000 = 52,6$. Os valores altos de proximidade indicam uma melhor capacidade dos nós se ligarem com os restantes atores da rede. Desta forma, “J” possui o maior grau de proximidade (66.7). A situação contrária, ou seja, um grau de proximidade baixo indica que o ator não se encontra bem posicionado dentro da sua rede. É o que acontece com “E”, que tem um Grau de Proximidade de 35.7.

Os resultados gerados pela análise de rede, podem ser de diversos tipos, a depender do resultado que se espera. Nem sempre são utilizados os cálculos para todos

⁶ FREEMAN, Linton C.; ATÄOV, Türröz. Invalidation of indirect and direct measures of attitude toward cheating. *Journal of Personality*, Syracuse, v. 28, n 4, p. 443-447, 2006.

os tipos de redes, a opção é por mostrar o melhor resultado a ser apresentado, com clareza e consistência.

Após a realização da análise das redes, ficaram claras as lacunas encontradas em relação aos conselhos e seus pares, em relação à comunicação e funções exercidas dentro do sistema delimitado. Desta forma abriu-se a possibilidade para análise em relação ao uso e inserção das TICs neste âmbito. A partir da situação encontrada, passa-se para a terceira etapa, a realização das considerações em relação ao que o sistema apresenta e o que ele deveria apresentar para a minimização dos problemas encontrados.

3ª Etapa: Encontrar alternativas para o sistema de referência: buscar a compreensão sobre os processos determinantes da situação-problema, vislumbrando novas opções a serem consideradas

Nesta etapa, analisamos o sistema traçado anteriormente, com vistas a encontrar as possíveis soluções para as falhas ou lacunas encontradas na etapa 2 no que diz respeito à comunicação.

4ª Etapa: Discussão dos resultados encontrados: questionar as demandas por meio do uso irrestrito da crítica de fronteira.

Na etapa 4, o intuito foi o de compreender que o sistema pode ser alterado caso haja inserção de novos atores, métodos, legislação, e que cada resultado poderá ser alterado, pois a cada mudança o sistema todo se modifica.

**PARTE II – O USO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO PARA A AMPLIAÇÃO DA PRÁTICA
DEMOCRÁTICA**

CAPÍTULO 2 – TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO: POSSIBILIDADES DE ABERTURA À DEMOCRACIA ELETRÔNICA

O mundo enfrenta hoje um processo de profunda transformação estrutural, que há mais de duas décadas remodelou nossa maneira de relacionamento, de interatividade ou mesmo de vivenciar a paisagem social. Vimos o surgimento de um novo paradigma tecnológico fundado nas tecnologias da informação e da comunicação, que começaram a tomar forma nos anos 1960 e estão presentes em toda parte. No contexto brasileiro, ganha corpo um intenso debate sobre rumos e limites da política social. As discussões destacam o formato e as potencialidades da ação social, não apenas no âmbito governamental, mas no que diz respeito a todo um complexo sistema que envolve as formas de organização da sociedade brasileira. É nesse intrincado sistema de novas ideias e proposições que surgem caminhos de atuação antes inéditos para o cidadão.

A sociedade passa a contar com o auxílio das chamadas Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) para solucionar problemas ou estabelecer canal de comunicação entre as diferentes instâncias de poder. Entre as TICs pode ser incluído, de maneira bastante abrangente, um conjunto convergente de tecnologias, como microeletrônica, computação (*hardware* e *software*), telecomunicações e outras. Ao redor desta atmosfera gira uma constelação de imensos avanços tecnológicos, com aplicações em diferentes áreas do conhecimento, como por exemplo, medicina, técnicas de produção, tecnologia de transporte.

As TICs são aqui vistas como um conjunto de tecnologias utilizadas na produção, no processamento, no compartilhamento, na distribuição e no armazenamento da informação. Pensamos as TICs com vistas ao desenvolvimento, o que significa se referir à maneira como podem ser mobilizadas no apoio a metas de desenvolvimento, particularmente as relacionadas ao desenvolvimento social, político e econômico.

Para o desenvolvimento, há tanto entusiasmo quanto controvérsia em relação às TICs. Para muitos, é evidente que o desenvolvimento socioeconômico pode ser acelerado e reforçado pelo acesso a recursos de informação e à habilidade para melhor comunicar diferentes tipos de informação. Outros autores argumentam que necessidades mais urgentes, como oportunidades de educação, condições justas de trabalho e democratização precisam ser resolvidas antes que as sociedades possam efetivamente prover a disseminação dessas tecnologias.

Não damos crédito ao ingênuo determinismo tecnológico, pelo qual a tecnologia, acima de tudo, remodelaria nossa forma de viver, mas apoiamos o fato de que a inserção tecnológica pode auxiliar ou garantir novas formas de se relacionar e interagir num ambiente relativamente novo para o ser humano: o ambiente virtual. Uma grande corrente teórica acredita que a sociedade não é apenas um produto ou parte da tecnologia. Ela representa, exponencialmente, o poder transformador embutido na construção de redes sociais, no bate-papo pela *web*, no acesso às tecnologias da telefonia móvel, na procura por canais de informações na internet, ou mesmo nas possibilidades da tv digital. – Mas o que representa todo o aparato tecnológico atual?

A prosaica busca por um serviço on-line ou as formas de agilizar um atendimento médico via computador fazem parte desta nova realidade. A medicina, a engenharia, ou mesmo o campo político, são largamente dependentes dessa capacidade de organização do conhecimento por meio virtual, eletrônico. As redes tecnológicas fornecem novas capacidades a uma velha forma de organização social: as redes (CASTELLS, 2006, p. 17). Caracterizam-se por formas de organização mais flexíveis e adaptáveis, seguindo um caminho crescente de evolução dos esquemas e formas de organização sociais.

Em termos históricos, as redes eram algo do domínio da vida privada, enquanto os mundos da produção, do poder e da guerra estavam ocupados por organizações grandes e verticais, como os estados, as igrejas e os exércitos e as empresas que conseguiam dominar vastos pólos de recursos com um objetivo definido por uma autoridade central. As redes de tecnologias digitais permitem a existência de redes que ultrapassam os seus limites históricos. (CASTELLS, 2006, p. 18).

A gênese de pensamento do autor versa sobre uma comunicação em rede que transcende fronteiras. Para Castells, a sociedade em rede é global e se baseia em redes globais. Ou seja, somente com um caráter global pode ter forma tentacular e chegar ao alcance de bens, serviços, comunicação, informação, ciência e tecnologia, de maneira geral. O autor diz que, “no final do século XX estamos vivendo um desses raros intervalos na história, um intervalo cuja característica é a transformação de nossa “cultura material” pelos mecanismos de um novo paradigma tecnológico que se organiza em torno da tecnologia da informação”.

Para entendermos como esta “cultura material” e a tecnologia se relacionam é importante explicitarmos o que se entende por tecnologia. Nesta pesquisa se adotou a

definição encontrada em Bueno (1999), que considera tecnologia como sendo um processo contínuo através do qual a humanidade molda, modifica e gera sua qualidade de vida. Assim, entende-se que o homem faz uso da tecnologia desde os tempos mais remotos, com a invenção da roda ou instrumentos de caça, até chegar aos instrumentos mais sofisticados com os quais convivemos, como computador, celular, etc. Entretanto, por se tratar de um processo, a tecnologia não pode ser reduzida aos artefatos em si.

Ainda na visão de Castells, tomadas as devidas proporções, este é no mínimo um evento histórico, que pode ser comparado à Revolução Industrial não apenas pelo teor transformador social, mas por sua abrangência e sua continuidade.

A tecnologia da informação é para esta revolução o que as novas fontes de energia foram para as Revoluções Industriais sucessivas, do motor a vapor à eletricidade, aos combustíveis fósseis e até mesmo à energia nuclear, visto que a geração e distribuição de energia foi o elemento principal na base da sociedade industrial (CASTELLS, 1999, p. 50).

Na prática, o que o autor diz é que o fator característico da atual revolução tecnológica é a aplicação de conhecimentos e informações específicas para a geração de dispositivos que atuem dentro de um ciclo de alimentação entre a inovação e o seu uso. O contexto da investigação que se propõe neste trabalho considera inovação como a:

(...) implantação de uma idéia nova, não necessariamente original, dentro de uma dada realidade (individual, grupal ou institucional), produzida intencionalmente e que provoca impacto, resultando numa melhoria concreta do sistema (FONSECA, 2007, p.18).

Dentro deste panorama podem ser destacadas três fases distintas na gênese do uso das tecnologias de telecomunicações: uma primeira referente à automação de tarefas; uma segunda relativa às experiências de usos; e uma terceira formada pela reconfiguração das aplicações.

Nos dois primeiros estágios, o progresso da inovação tecnológica baseou-se em aprender usando, de acordo com a terminologia de Resenberg. No terceiro estágio, os usuários aprenderam a tecnologia fazendo, o que acabou resultando na reconfiguração das redes e na descoberta de novas aplicações (CASTELLS, 1999, p. 51).

Isso corresponde a dizer que as tecnologias da informação não são simplesmente ferramentas a serem aplicadas, mas processos a serem desenvolvidos. Pela primeira vez, e desde que os primeiros teóricos abordaram o tema, pode-se afirmar que a mente humana é uma força direta de produção, atuando como um elemento decisivo dentro do sistema produtivo.

As tecnologias da informação e da comunicação difundiram-se pelo globo em menos de duas décadas. A lógica de disseminação dessas novas ferramentas e aplicações obedeceu a uma ordem de utilização imediata da tecnologia usada no próprio desenvolvimento. Caráter autorreprodutivo, em que a tecnologia aplicada é ao mesmo tempo utilizada em sua própria disseminação. No entanto, um entrave ou um ponto importantíssimo de discussão recai sobre o acesso a essas tecnologias, que por si não é tão democrático quanto sua disseminação, ou não segue a lógica de seu desenvolvimento.

A velocidade da difusão tecnológica é seletiva tanto social quanto funcionalmente. O fato de países e regiões apresentarem diferenças quanto ao momento oportuno de dotarem seu povo do acesso ao poder da tecnologia representa fonte crucial de desigualdade em nossa sociedade (CASTELLS, 1999, p. 51).

É inegável a constatação da importância do desenvolvimento tecnológico, bem como a disseminação do uso de TIC para o desenvolvimento econômico de qualquer país. Aqueles que tiverem a economia fundamentada nas TICs terão melhores condições de gerar recursos de forma sustentável, garantindo sua inserção e/ou permanência, com competitividade, no mercado mundial.

O uso de TICs para o desenvolvimento se refere à maneira pelas quais as tecnologias de informação e da comunicação podem ser mobilizadas no apoio a metas de desenvolvimento, particularmente àquelas relacionadas ao desenvolvimento social, político e econômico.

Lemos e Costa (2005, p.13), por exemplo, consideram que “incluir é ter capacidade de livre apropriação dos meios. Trata-se de criar condições para o desenvolvimento de um pensamento crítico, autônomo e criativo em relação às novas tecnologias de comunicação e informação”. As desigualdades digitais precisam ser diminuídas não só garantindo as possibilidades de acesso, mas também proporcionando uma formação para a qualidade do acesso, no sentido de usá-lo com uma visão crítica e reflexiva, selecionando as informações relevantes que construirão o conhecimento. Se as TICs são, como afirma Lévy (1999), tecnologias da inteligência, que ampliam a

capacidade e a qualidade do processamento de informações e de sua transformação em conhecimento, então podem ser colocadas a serviço de melhores oportunidades de educação, gerando condições justas de trabalho e democratização.

2.1 As TICs no Brasil

Não há no Brasil a disseminação de muitas iniciativas e práticas que atuam como facilitadoras no envolvimento democrático e na participação do cidadão no governo por intermédio dos recursos tecnológicos, mas algumas experiências confirmam, ainda que timidamente, o potencial de uso das TICs para ampliar a prática democrática. Apresentaremos uma perspectiva das possibilidades do uso dessas tecnologias atualmente existentes no Brasil.

Esta contextualização tem por finalidade mostrar o panorama da situação das TICs na sociedade brasileira, como forma de apoiar a análise sobre a participação cidadã no Conselho Nacional de Saúde e nos Conselhos Subnacionais. Para isto iniciaremos mostrando de que forma a disseminação da internet e seu efeito no sistema econômico e social pode ser considerado o melhor exemplo da revolução que vive a sociedade atual. Revolução que ganha corpo nas palavras de Átila Augusto Souto, quando trata dos subsídios à formulação de políticas públicas de telecomunicações:

Nos últimos 15 anos, os avanços tecnológicos decorrentes da digitalização dos sinais e das redes, do barateamento dos equipamentos e infraestrutura, da convergência tecnológica, que permite a prestação de múltiplos serviços sobre a mesma plataforma, conduziram-nos a um novo tipo de sociedade, a sociedade em rede (SOUTO et al., 2009, p. 13).

Souto explica a ocorrência de tais avanços em um contexto que conta com o uso eficiente das Tecnologias da Comunicação e da Informação, que vão permitir compartilhar conhecimento, aumentando a eficiência das atividades econômicas e “acelerando a inclusão social de parcelas até então excluídas da Sociedade da Informação”. Um dos exemplos do crescimento da sociedade da informação no Brasil é o fato de que o brasileiro é um dos indivíduos que mais usa a internet no mundo. Dados

do governo federal mostram que gastamos aproximadamente 26 horas mensais utilizando a internet⁷.

É uma perspectiva positiva, se considerarmos o potencial que a sociedade em rede tem a oferecer ao desenvolvimento de nosso país. No entanto, isto apenas se tornará realidade se uma infraestrutura de banda larga for colocada à disposição da grande maioria do povo brasileiro. – Como isso poderia ser feito? Átila Augusto Souto afirma que uma resposta poderia ser “através de pontos públicos de acesso, como as escolas e as bibliotecas públicas, as unidades de acesso coletivo à internet (telecentros e infocentros), as unidades de saúde e os centros de atendimento às micro e pequenas empresas” (SOUTO *et al.*, 2009, p. 14). Poderíamos incluir nesta discussão um importante aspecto que diz respeito à vontade política, não apenas numa visão simplista, pela qual instalar tais pontos de acesso resolveria a questão, mas acima de tudo tentar resolver a superação das desigualdades numa sociedade.

Neste cenário, destaca-se cada vez mais a importância de a política brasileira de telecomunicações estar em perfeita sintonia com o objetivo de transformar o país em protagonista na sociedade da informação, no que concerne à importância de disponibilidade de uma infraestrutura de serviços de telecomunicações e políticas que atendam às demandas da sociedade. Dentro de tal exigência, como se encontra o contexto das TICs, hoje, no Brasil? – Esta resposta será dada do item 2.2 em diante, quando trataremos do panorama geral das TICs, considerando os aspectos sociais, econômicos e de infraestrutura necessários ao desenvolvimento do país.

2.2 Aspectos sociais e a infraestrutura das TICs no Brasil

O Brasil passou por um gigantesco desenvolvimento do setor de telecomunicações nos últimos anos. O modelo apresentado em 1996 resultou na privatização do Sistema Telebrás. Dados do Ministério das Comunicações⁸ mostram que o serviço de telefonia fixa está presente em todas as localidades com mais de 300 habitantes; e naquelas com mais de 100 habitantes, os moradores podem contar com um

³ COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil: TIC domicílios e TIC empresas. 2. ed. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2008. 355 p.

⁴ SOUTO, Átila Augusto. *et al.* Subsídios à formulação de políticas públicas de telecomunicações. Brasília, DF: Ministério das Comunicações, 2009. 119 p.

telefone público instalado. No entanto, apesar da presença do sistema de telefonia fixa, a penetração do serviço ainda é baixa. São registradas 20,6 linhas para cada 100 habitantes, ou 47,4% dos domicílios⁹. Tais números podem ser explicados por problemas relacionados à distribuição de renda, fator que claramente demanda a construção de políticas públicas capazes de unir diferentes realidades dentro de um mesmo Brasil. Quando analisamos os números da telefonia móvel, a realidade se mostra de mais democrática.

Presente em 3.738 municípios, com uma base de mais de 150 milhões de usuários, o sistema prevê o atendimento a todos os municípios brasileiros até o fim de 2010¹⁰.

Esta realidade é tema de uma discussão mais aprofundada que nos leva a tratar das desigualdades regionais, que inspiram preocupação no Brasil pela falta de oportunidades. “É possível identificar a existência de um apartheid digital entre as regiões geográficas brasileiras, bem como entre os estratos sociais da população”, (NAZARENO *et al.*, 2006). Exemplos são a região Sudeste e a região Norte. Em 2004, 61,9% dos domicílios do Sudeste possuíam linhas de telefonia fixa instaladas. A região Norte, por sua vez, contava com apenas 34,9% dos domicílios com linhas de telefonia fixa instaladas. Com relação à telefonia móvel, o cenário é bastante parecido. Em 2002, o Sudeste tinha 22,6 milhões de linhas, e o Norte apenas 10,5 milhões.

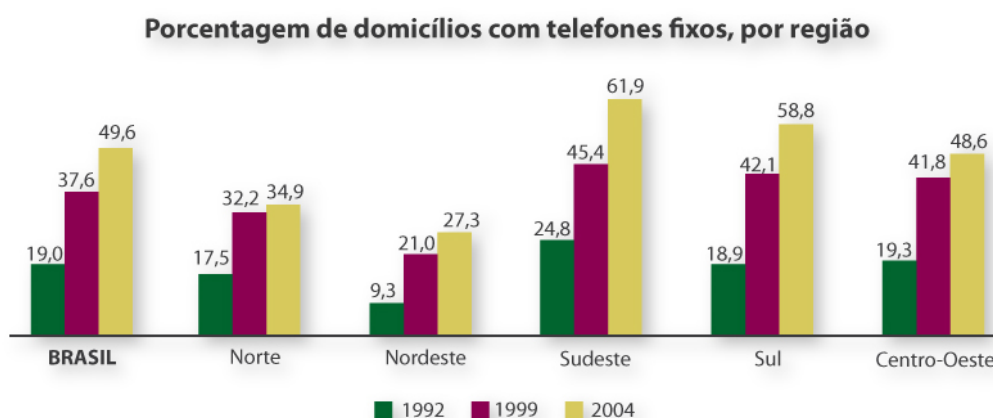
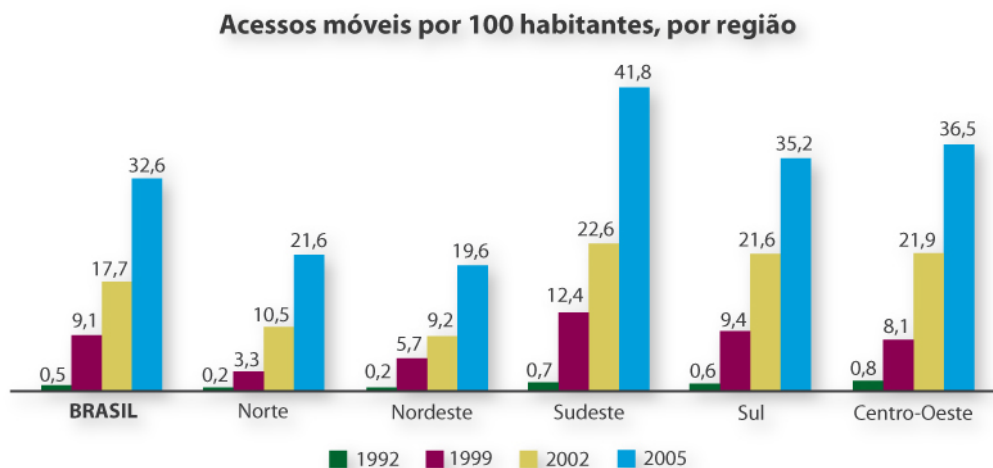


Figura 7: Porcentagem de domicílios com telefones fixos, por região

⁹ Ibid, p. 16.

¹⁰ Ibid, p. 16.



Fonte de Dados: A Sociedade da Informação no Brasil: Presente e Perspectivas – pag. 94

Figura 8: Acesso de móveis por 100 habitantes por região

Outro exemplo pode ser dado quanto ao número de domicílios conectados à internet. Enquanto no Distrito Federal, quase 40% dos domicílios estão conectados à internet, apenas 11% de domicílios na região Norte dispõem deste dito de benefício.

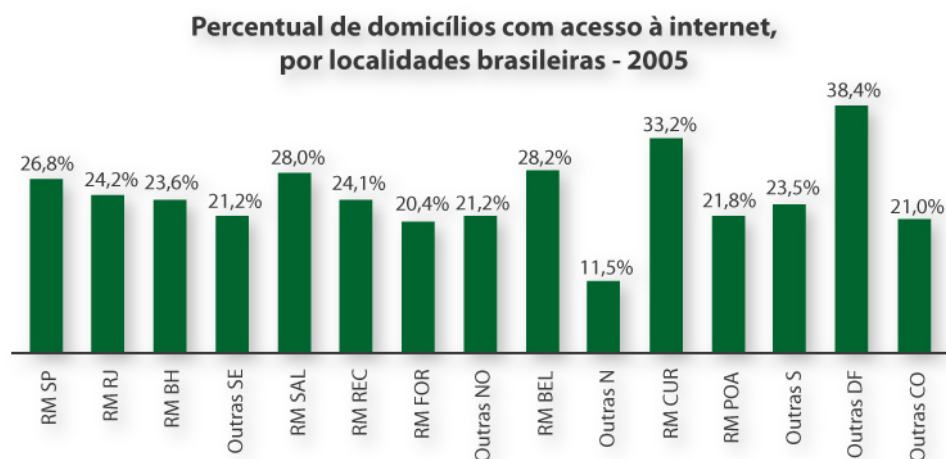


Figura 9: Percentual de domicílios com à Internet por localidades brasileiras - 2005

Um amplo estudo realizado em 2007 pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil pesquisou sobre o Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil:

TIC Domicílios e TIC Empresas 2007¹¹. O estudo mostrou que, em 2007, a internet atingiu 17% do total de domicílios brasileiros, o que representa um crescimento três pontos percentuais em relação ao ano anterior. O acesso à internet continua extremamente ligado a fatores socioeconômicos e regionais: quanto maior a renda, a penetração nos domicílios. As regiões Nordeste e Norte continuam apresentando os menores percentuais de acesso.

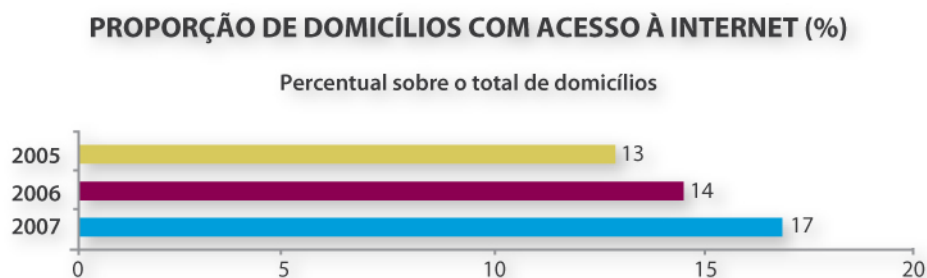


Figura 10: Proporção de domicílios com acesso à internet (%)

Podemos notar, por meio dos resultados da pesquisa comentada, que houve um acréscimo significativo na proporção de domicílios com acesso à internet. – Mas qual o tipo de acesso que os brasileiros utilizam? Conexões em banda larga já estão presentes em 50% dos domicílios brasileiros que possuem acesso à internet, mas 42% ainda acessam a rede principalmente por *modem* tradicional via acesso discado. O levantamento aponta para o fato de que, em 2006, o acesso discado era predominante, com 49%, enquanto as conexões em banda larga representavam 40% dos tipos de acesso domiciliar. O crescimento da banda larga no período foi, portanto, de 10 pontos percentuais.

A conexão discada é mais associada à renda familiar do domicílio, sendo que quanto mais baixa a renda, maior o uso deste tipo de tecnologia. O desconhecimento do tipo de conexão à Internet também está relacionada com a renda do domicílio, sendo que quanto mais baixa a classe social, maior o grau de desconhecimento do tipo de conexão (BALBONI, 2008, p. 79).

¹¹ COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil: TIC domicílios e TIC empresas**. 2. ed. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2008. 355 p.

Sob esse aspecto, podemos perceber a diminuição da proporção de domicílios usando o *modem* tradicional e o aumento da proporção dos domicílios que utilizam a banda larga. Este fato, segundo a pesquisa sugere um recente processo de substituição de uma tecnologia de conexão pela outra, como mostra o gráfico abaixo.

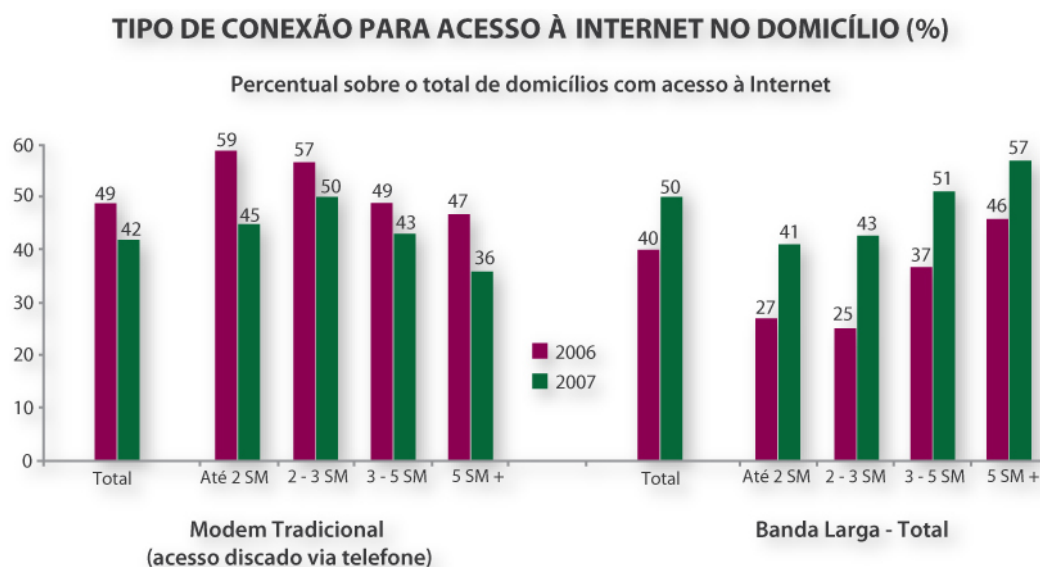


Figura 11: Tipo de conexão para acesso à internet no domicílio (%)

Quando levamos em conta as diferentes tecnologias de acesso em banda larga, a pesquisa comprova que o uso de *modem* digital via linha telefônica (xDSL) é a principal forma de conexão à rede em alta velocidade em todo o país. Em 2007, entretanto, sua penetração apresentou ligeira queda, caindo de 29% no ano anterior para os atuais 25%. Em seguida, mantém-se a conexão via cabo (TV a cabo), que cresceu de 6% para 16% no período, as conexões via rádio, com pequeno crescimento de 5% para 8%, e as conexões via satélite, que são quase inexistentes.

2.2.1 Desigualdades de acesso

Uma segunda pesquisa calculou o índice de acesso digital para os estados brasileiros, por meio de dados relativos ao ano de 2002¹². Caio Bonilha, responsável pela pesquisa, confirmou a existência de imensas desigualdades no segmento das TICs.

⁹ NAZARENO, Claudio. et al. **Tecnologias da informação e sociedade: o panorama brasileiro**. Câmara dos Deputados, Brasília: Plenarium, 2007. 187 p.

Segundo o levantamento, apenas o Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro e os estados do Sul apresentaram desempenho superior à média nacional. O Distrito Federal, com o melhor desempenho entre as unidades da Federação, ocuparia a 38.^a posição mundial, de acordo com critérios estabelecidos pela União Internacional de Telecomunicações (UIT) para classificação e países, de acordo com o Índice de Acesso Digital, à frente de nações como Espanha e Portugal. No extremo oposto, encontramos estados como Maranhão e Piauí, na 116.^a colocação em nível global.

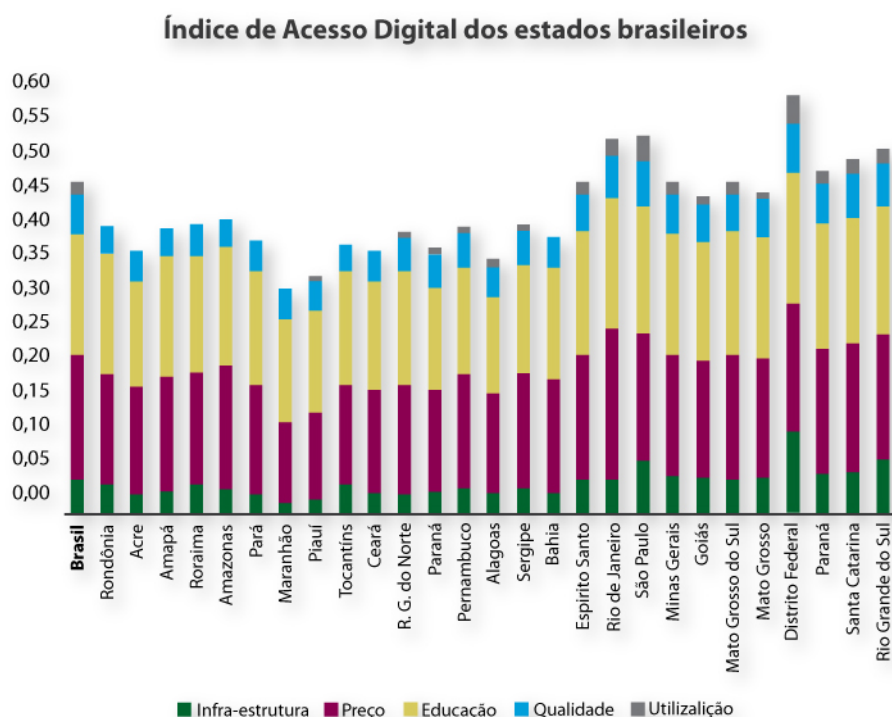


Figura 12: Índice de Acesso Digital dos estados brasileiros

2.2.2 Quanto custa o acesso às TICs

De acordo com estudos sobre o tema, o maior entrave ao acesso às TICs no Brasil está na baixa renda média do brasileiro. A tabela abaixo nos mostra que em 2003 apenas 4,1% da população possuía rendimento mensal superior a 10 salários mínimos, fator que colocava as classes mais abastadas em patamar de igualdade com padrões de consumo dos países desenvolvidos.

Tabela 2: Distribuição de renda da população brasileira – 2003

Distribuição de renda da população brasileira - 2003		
Faixa salarial	Nº de indivíduos	%
Acima de 10 SM	3.285.279	4,1
De 2 a 10 SM	23.177.960	29,2
Até 2 SM	42.590.727	53,7
Sem rendimento	9.125.969	11,5
Sem declaração	1.070.692	1,4
Total	79.250.627	100,0

Fonte: Comitê Gestor da Internet no Brasil

O estudo realizado, em 2007, pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil, pesquisou questões relacionadas ao uso e à posse das TICs no Brasil. Aponta para um intenso aumento de equipamentos nos domicílios brasileiros, no entanto, o acesso continua determinado por fatores socioeconômicos e por desigualdades regionais. Foi notado que quanto maior a renda do domicílio e mais rica a região onde ele se encontra, maior o acesso. Fato que justifica a penetração relativamente pequena de equipamentos como o computador de mesa, presente em apenas 24% das residências pesquisadas; a antena parabólica, em 18%; e a televisão a cabo, em módicos 7% dos domicílios investigados.

A televisão ainda mantém sua presença hegemônica, permanecendo na quase totalidade dos domicílios brasileiros (98%), seguida pelo rádio (89%) e pelo telefone celular (74%), equipamento que vem gradativamente substituindo o telefone fixo (45%) nas comunicações domésticas.

PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS QUE POSSUEM EQUIPAMENTOS DE TIC (%)

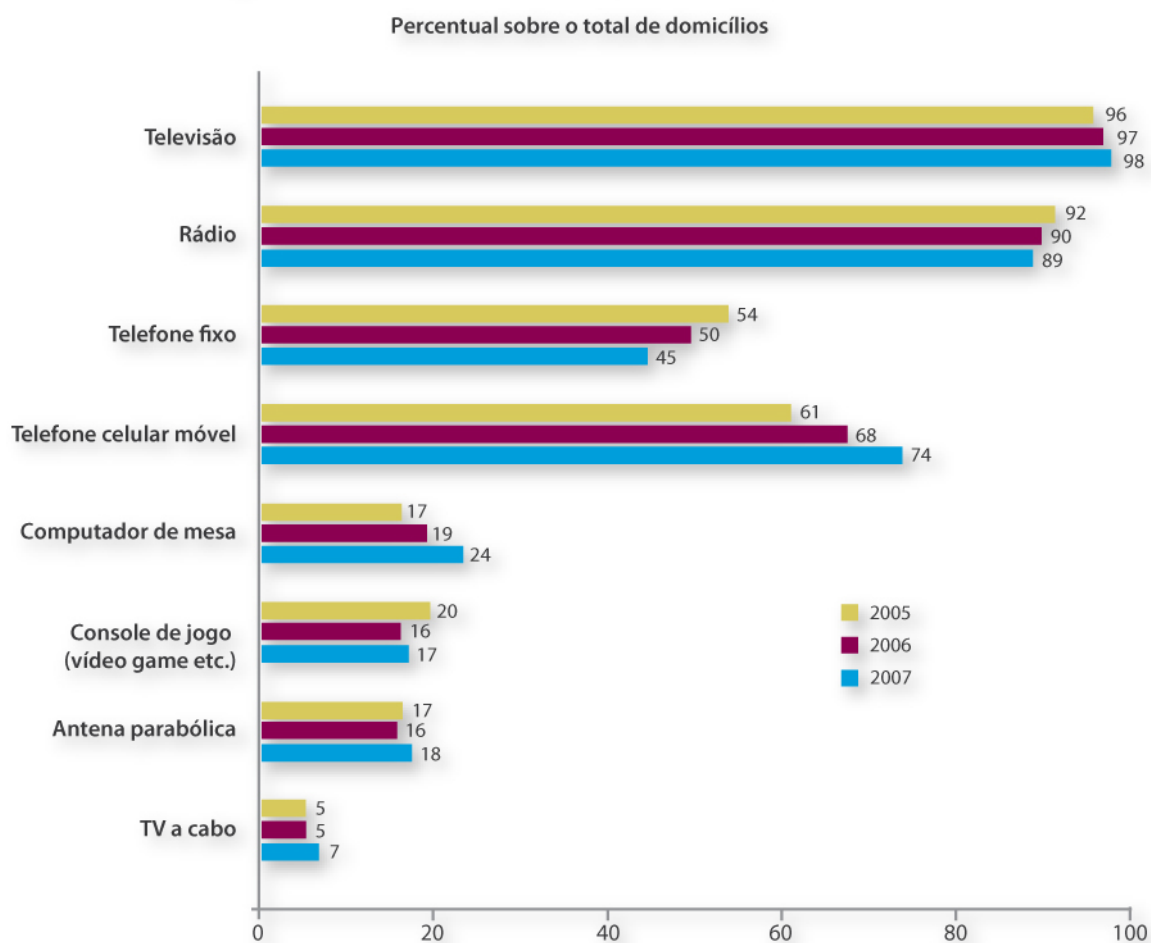


Figura 13: Proporção de domicílios que possuem equipamentos de TIC (%)

Fonte: Comitê Gestor da Internet no Brasil

Dois caminhos, todavia, podem ser apontados. O primeiro diz respeito ao crescimento contínuo no preço dos aparelhos. Um exemplo são os microcomputadores, que vêm se mantendo há anos com um valor na ordem do equivalente a mil dólares, preços elevado que impede o acesso da grande maioria da população brasileira. Isso se confirma na pesquisa realizada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil. Segundo o estudo, o principal motivo para a falta do computador nos domicílios brasileiros é o preço do equipamento, com 78% das menções. Nota-se que mesmo entre as categorias mais abastadas da população (domicílios com renda de 5 salários mínimos ou mais), o custo elevado do computador é a barreira mais citada, com 51% das menções. A falta de necessidade/interesse foi apontada por 30% dos entrevistados, acompanhada pela falta de habilidade no uso do computador, por 28%.

MOTIVOS PARA A FALTA DE ACESSO À INTERNET NO DOMICÍLIO (%)

Percentual sobre o total de domicílios que têm computador mas não tem acesso à Internet



Figura 14: Motivos para a falta de acesso à Internet no domicílio (%)

Fonte: Comitê Gestor da Internet no Brasil

Aliadas à falta de acesso à internet no domicílio, a pesquisa do Comitê Gestor da Internet do Brasil expôs as razões para a falta do computador nos domicílios brasileiros. Segundo o levantamento, o preço do equipamento é a principal barreira para seu uso em casa, com 78% das menções. Nota-se que até entre as categorias mais abastadas da população (domicílios com renda de 5 salários mínimos ou mais), o custo elevado do computador é a barreira mais citada, com 51% das menções. A falta de necessidade/interesse foi apontada por 30% dos entrevistados, acompanhada pela falta de habilidade no uso do computador, por 28%.

MOTIVOS PARA A FALTA DE COMPUTADOR NO DOMICÍLIO (%)

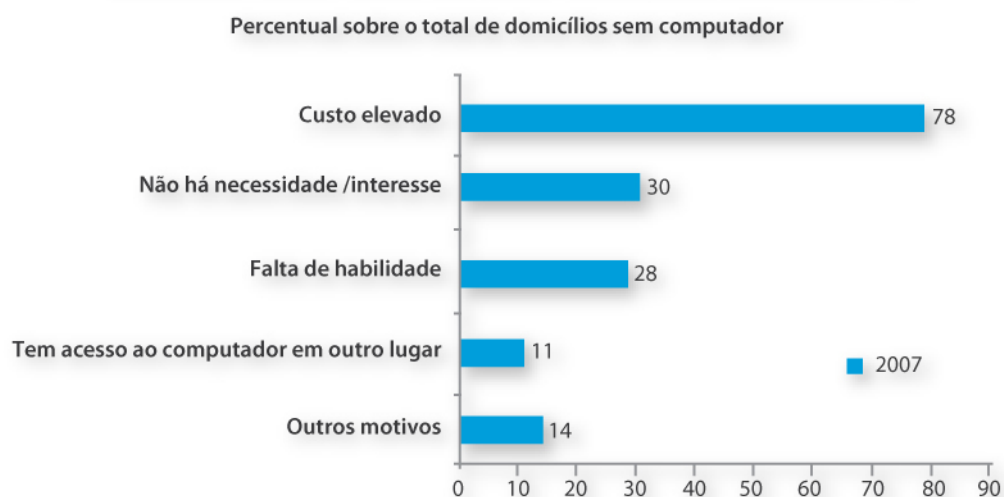


Figura 15: Motivos para a falta de computador no domicílio (%)

Fonte: Comitê Gestor da Internet no Brasil

Na contramão do alto custo dos modelos novos vem a contínua sofisticação e a inclusão de novos modelos no mercado, que passam a ter capacidade superior às necessidades do usuário médio. Este fator gera o barateamento de modelos antigos. Pensando assim, é possível que haja uma reversão do quadro de renovação do parque instalado.

O preço do acesso à internet também é um forte limitador à sua disseminação e à universalização das TICs. Embora no Brasil o custo médio seja considerado baixo com relação a outros países, como demonstra a tabela 3, o baixo poder aquisitivo não permite a popularização do acesso à telefonia e à internet. Mesmo com imensos investimentos em recursos de parques industriais mais modernos e infraestruturas que atendam a um constante aprimoramento tecnológico do setor, essa preocupação não faz parte da vida de milhões de brasileiros, cujo maior interesse é que as TICs sejam economicamente viáveis.

Tabela 3: Custo do pacote de serviços residenciais de telefonia

Custo do pacote de serviço residenciais de telefonia			
	1994	1998	2001
Custo (em reais)	59,80	40,60	35,30

Fonte: Tecnologias da informação e sociedade: o panorama brasileiro. Câmara dos deputados, 2006

Ainda na pesquisa do Comitê Gestor, em 2007, a justificativa mais citada para a falta de internet nos domicílios entre aqueles que possuem computador é o custo elevado do acesso, com 58% das menções. Em seguida vem a possibilidade de acesso à internet em outro local (23%), a falta de interesse/necessidade (16%) e a falta de habilidade (13%). Percebe-se que, até entre os domicílios com maiores faixas de renda, o custo constitui-se em barreira para o acesso à internet.(CGI,2007)

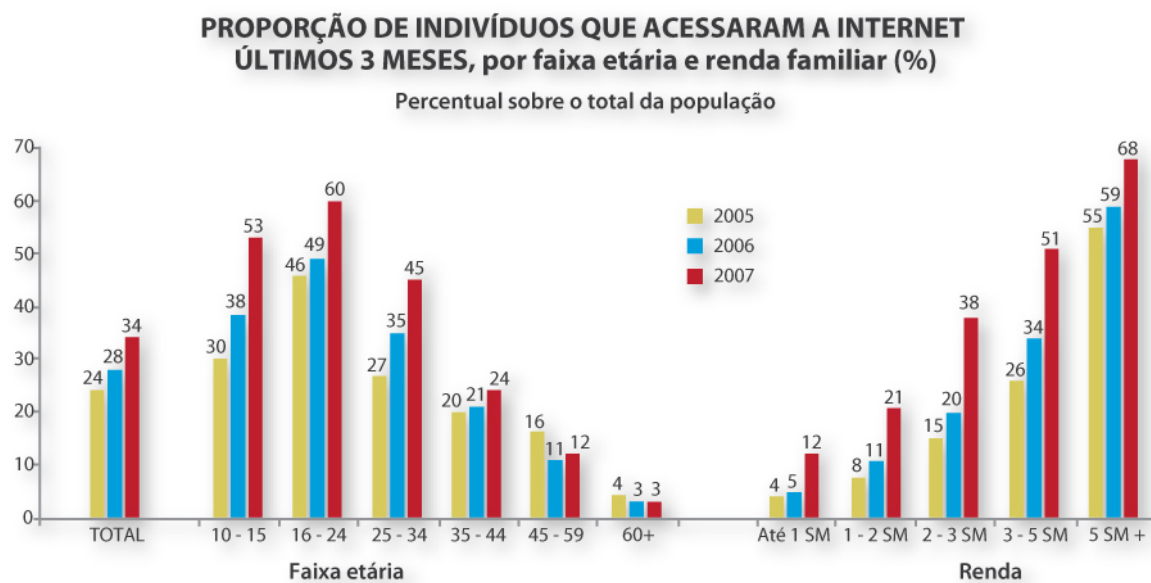


Figura 16: Proporção de indivíduos que acessaram a internet nos últimos 3 meses, por faixa etária e renda familiar (%)

Fonte: CGI

Segundo a última pesquisa Tecnologias da Informação e da Comunicação – Domicílios e Usuários 2008 (CETIC, 2009), a principal barreira de acesso é a econômica (75% dos entrevistados consideram elevado o custo dos equipamentos/uma barreira). Porém, um dado interessante foi a declaração de 61% dos entrevistados, que informaram não usar a internet por falta de habilidade, que certamente se relaciona ao baixo nível de instrução formal, porque aponta 32% sem instrução formal ou que cursaram somente até o ensino infantil. Os dados reforçam a necessidade de definição de políticas públicas que garantam a expansão da inclusão digital, mas que devem ser precedidas de políticas de inclusão desse universo de pessoas que se encontra à margem da educação formal.

Apesar de os resultados obtidos pela pesquisa de 2008 (CETIC, 2009) confirmarem a tendência de crescimento de posse das tecnologias de informação e de

comunicação no Brasil, observa-se a existência de um Brasil de excluídos. Os fatores determinantes para a presença dessas tecnologias nos domicílios continuam sendo a renda familiar e a região. O quadro 14 demonstra que os domicílios com maior renda familiar e localizados nas regiões economicamente privilegiadas são aqueles nos quais se tem mais penetração das TICs.

PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS QUE POSSUEM EQUIPAMENTOS TIC

Percentual sobre o total de domicílios¹

Percentual (%)	Televisão	Antena parabólica	TV por assinatura	Rádio	Telefone fixo	Telefone celular móvel ²
TOTAL	97	20	6	86	36	72
Área urbana	98	19	7	87	40	76
Área rural	91	28	1	84	15	52
REGIÕES DO PAÍS						
Sudeste	98	18	11	89	49	77
Nordeste	96	22	1	83	17	60
Sul	97	20	5	94	38	77
Norte	93	26	1	70	22	67
Centro-Oeste	96	28	6	82	37	87
RENDA FAMILIAR						
< R\$ 415,00	90	16	1	76	8	39
R\$ 416,00 - R\$ 830,00	97	20	2	85	21	65
R\$ 831,00 - R\$ 1.245,00	99	22	5	89	42	81
R\$ 1.246,00 - R\$ 2.075,00	99	22	10	91	56	91
R\$ 2.076,00 - R\$ 4.150,00	99	24	20	92	75	95
R\$ 4.151,00 +	97	26	37	94	83	98
CLASSE SOCIAL						
A	100	33	53	98	90	97
B	100	27	19	96	75	94
C	99	20	5	90	40	81
DE	92	18	1	76	13	51

¹ Base: 20.020 domicílios entrevistados. Respostas múltiplas e estimuladas.

² Considerando que ao menos um membro do domicílio possuía telefone celular.

Fonte: NIC.br - set/nov 2008

Quadro 14: Proporção de domicílios que possuem equipamentos de TIC

PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS QUE POSSUEM EQUIPAMENTOS TIC
 Percentual sobre o total de domicílios¹

Percentual (%)	Telefone celular com acesso à Internet (Base: Possui aparelho celular) ²	Console de jogo (videogame etc.)	Computador de mesa	Computador portátil (laptop etc.)	Computador de mão (palmtop etc.)
TOTAL	21	13	23	3	-
Área urbana	23	15	27	3	-
Área rural	9	5	7	1	-
REGIÕES DO PAÍS					
Sudeste	25	19	31	3	-
Nordeste	12	4	10	1	-
Sul	24	14	28	3	-
Norte	17	7	13	2	-
Centro-Oeste	26	15	28	5	-
RENDA FAMILIAR					
< R\$ 415,00	6	2	2	-	-
R\$ 416,00 - R\$ 830,00	14	6	9	-	-
R\$ 831,00 - R\$ 1.245,00	21	15	24	1	-
R\$ 1.246,00 - R\$ 2.075,00	34	22	43	3	-
R\$ 2.076,00 - R\$ 4.150,00	41	31	64	12	1
R\$ 4.151,00 +	56	47	79	26	-
CLASSE SOCIAL					
A	58	58	89	31	-
B	41	32	66	11	-
C	23	14	24	1	-
DE	8	3	3	-	-

¹ Base: 20.020 domicílios entrevistados. Respostas múltiplas e estimuladas.

² A base para cálculo deste indicador é a coluna "Telefone celular", desta mesma tabela.

Fonte: NIC.br - set/nov 2008

Quadro 15: Proporção de domicílios que possuem equipamentos de TIC

Diante deste quadro demonstra-se que o processo de democratização da informação, da inclusão digital, da ampliação do acesso à telefonia e à internet apenas podem ser efetivos criando-se pontos comunitários de acesso à internet, como telecentros, bibliotecas e escolas, por exemplo, acima de tudo em países com baixa renda *per capita*, como é o caso do Brasil. Os centros de uso comunitário são um caminho considerado viável para atenuar a questão do acesso às TICs e podem ser vistos como potencializadores do uso da tecnologia para a busca dos benefícios citados. Dessa maneira, é possível que a democratização das tecnologias possa proporcionar a geração de empregos, a distribuição de renda e a criação de mecanismos que assegurem o acesso a direitos básicos em áreas como saúde, educação e outras.

A citada pesquisa do Comitê Gestor da Internet no Brasil demonstra que os programas de inclusão digital que facilitam a compra de microcomputadores pela população, por meio do aumento do financiamento e da isenção de impostos, estão surtindo efeito. Em 2007, os microcomputadores estavam presentes em 24% dos domicílios brasileiros, um crescimento de quatro pontos percentuais em relação a 2006, mostrando um aumento do ritmo das aquisições domiciliares.

PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS COM COMPUTADOR, por renda familiar (%)

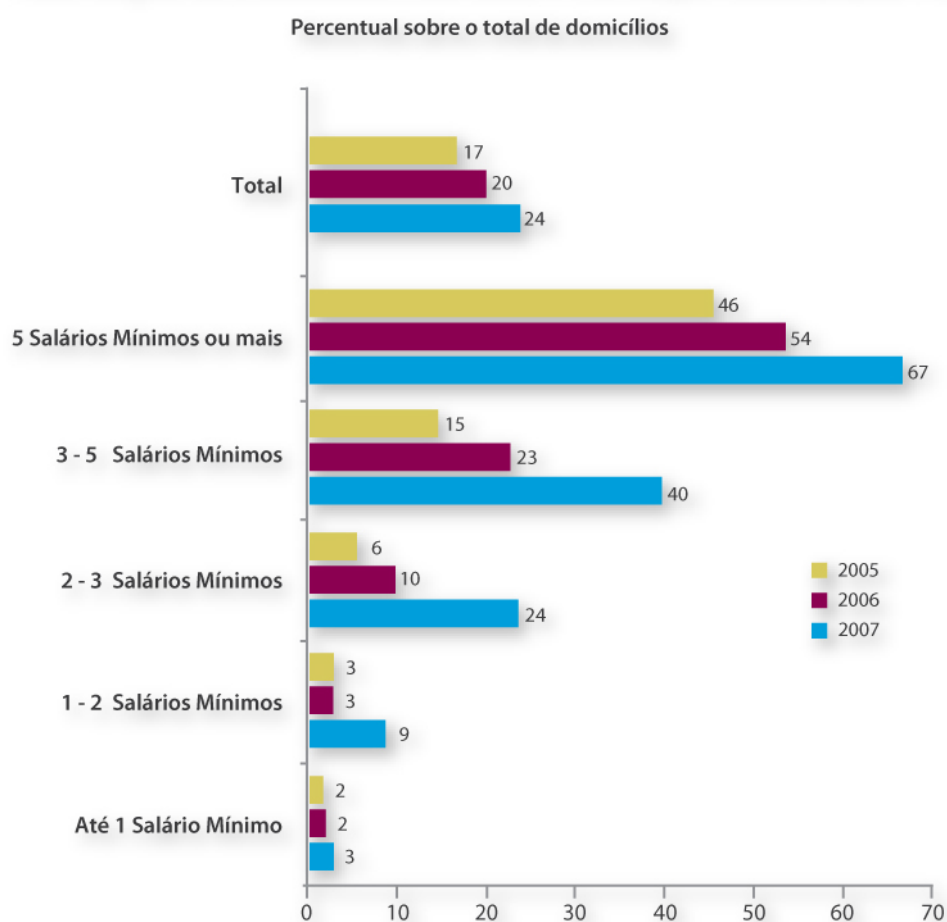


Figura 17: Proporção de domicílios com computador, por renda familiar (%)

Fonte: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2007

A pesquisa comprovou que o crescimento mais expressivo na utilização e na posse de computadores se deu em domicílios cuja renda está entre três e cinco salários mínimos, nos quais a penetração passou de 23% para 40% no período. Essas famílias são justamente o alvo dos programas de incentivo fiscal do governo federal. A

proporção de domicílios com computador continua menor nas regiões Norte (13%) e Nordeste (11%), onde se concentram os maiores problemas sociais e a menor renda do país, enquanto nas demais regiões ela é quase três vezes maior: 26% na Centro-Oeste, 31% na Sul e 30% na Sudeste.

2.3 A utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação pelos conselhos de saúde brasileiros

Confirmando o que vimos no item anterior, as pesquisas demonstram que a posse e o acesso às TICs no Brasil estão relacionados a fatores socioeconômicos, ligados principalmente à renda familiar, ao preço de acesso à internet e à inserção em programas de inclusão social. O quadro apresentado demonstrou intenso aumento do uso e posse das TICs nos domicílios brasileiros, mas a barreira ainda existe quando se trata de fatores socioeconômicos e de desigualdades regionais. O problema se repete quando analisamos a realidade brasileira no âmbito dos conselhos de saúde. Para que o cidadão-conselheiro possa ter acesso a informações relevantes que o apoiem na tomada de decisão, ou que os cidadãos de forma geral possam acompanhar o que é feito nas políticas de saúde locais, há que se prover tanto com acesso quanto com canais que deem possibilidade para que tal situação ocorra.

Para isto foram levantados os dados relativos à presença do acesso à internet nos conselhos de saúde e os canais de comunicação utilizados dentro de tais instâncias. Os dados apresentados têm como referência 2005-2006 e 2007-2008 e foram fornecidos pelos conselhos de saúde municipais brasileiros, no momento do preenchimento dos cadastros do Conselho Nacional de Saúde. O armazenamento desta informação foi feito pelo banco de dados do Sistema Único de Saúde (Datapus), responsável por armazenar informações que servem para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e na elaboração de programas de ações de saúde. A mensuração dos dados é uma importante ferramenta utilizada neste trabalho de pesquisa, para averiguar se encontramos as mínimas condições de acesso e canais abertos para que se dê a comunicação (troca de informações).

De acordo com os dados reunidos por estados, foi possível constatar alguns fatores primordiais sobre o uso das TICs e os canais de comunicação disponíveis nos conselhos de saúde no Brasil entre 2005-2006 e 2007-2008. Todos os dados foram

obtidos por meio de questionários respondidos pelos conselheiros de saúde e enviados ao Conselho Nacional de Saúde¹³. Versam sobre aspectos relacionados ao uso e à posse de telefonia fixa, e-mail e acesso a internet nos conselhos de saúde. O resultado é uma compilação estatística que pode dar origem a um relevante trabalho de categorização da informação relacionada às TICs nos conselhos de saúde.

2.3.1 Telefonia fixa

Em pesquisa relativa a 2005-2006 e a 2007-2008, no tocante aos aspectos da presença da telefonia fixa nos conselhos de saúde foi possível averiguar que 100% dos conselhos municipais possuem uma linha telefônica fixa para contato.

2.3.2 Acesso a e-mail

Ferramenta amplamente disseminada em órgãos e instâncias administrativas, o uso do *e-mail* aparece de forma minoritária nos estados de Alagoas (AL) e Amazonas (AM), compondo um conhecido quadro de exclusão formador de estados como Norte e Nordeste. Ambos possuíam, em 2005-2006, apenas 35% de conselhos com posse de um endereço eletrônico. Pará (PA), Alagoas (AL), Acre (AC), Rondônia (RO), Piauí (PI), Pernambuco (PE) e Roraima (RO) vêm logo acima da lista, na faixa de 40% a 70% de posse de um endereço eletrônico.

Os outros 17 estados e o Distrito Federal encabeçam a lista na faixa entre 71% e 100% da presença e do uso de endereços eletrônicos nas instâncias dos conselhos de saúde. A presença de tal canal de comunicação segue uma tendência nacional de uso e posse das TICs, com menos aparecimento no Norte e no Nordeste brasileiros.

Em 2007 e 2008 é possível entrever um crescimento no uso do e-mail pelos estados brasileiros, dentro dos conselhos de saúde. Estados como o Pará (PA) e Alagoas (AL) aumentaram sensivelmente seu uso. O Pará (PA) registrou utilização de 91% dos conselhos de saúde com e-mail, e Alagoas (AL) com 93% de uso no período. O

¹³ Toda a projeção descrita refere-se a dados fornecidos pelo DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Os dados compõem questionários respondidos pelos representantes dos conselhos de saúde nos estados brasileiros e no Distrito Federal. Tais representantes são os responsáveis por garantir credibilidade às respostas que deram origem ao banco de dados analisado neste trabalho de pesquisa.

Amazonas também apresentou aumento na faixa de posse de endereço eletrônico, com 66% das unidades do conselho de saúde apresentando tal canal de comunicação.

Todos os outros estados e o Distrito Federal se mantiveram estáveis, na faixa de entre 71% e 100% de presença e uso de endereços eletrônicos nas instâncias dos conselhos de saúde. O quadro demonstra uma evolução no uso dessa ferramenta eletrônica e um considerável avanço no que diz respeito a um canal de comunicação com o cidadão. É possível notar que a ferramenta possibilita maior interação entre o cidadão-usuário e o conselheiro, permitindo o aumento de um relevante canal de comunicação entre ambos.

Por fim, tais dados demonstram que o uso do e-mail teve crescimento considerável no Norte e no Nordeste dentro dos conselhos de saúde, no período compreendido entre os anos 2005-2006 e 2007-2008. Isto demonstra maior adesão e uso das TICs por parte dos conselhos em tais regiões.

2.3.3 Acesso à internet banda larga ou à linha discada

Entre 2005-2006, os dados mostram que menos de 0,5% dos questionários foram respondidos, com a confirmação do acesso à banda larga ou à linha discada nos conselhos de saúde brasileiros. O dado mostra discrepância com relação às respostas dadas pelos presidentes dos conselhos, que no item anterior (posse de um endereço eletrônico) confirmaram seu uso e acesso. – Como utilizar e-mail e não responder sobre o acesso à internet? Este dado mostra um claro conflito nas respostas que compõem a pesquisa sobre o acesso às TICs nos conselhos de saúde.

Os números relativos a 2007-2008 mostram um aumento no número de questionários respondidos. O Acre (AC) registrou 58% de respostas positivas com relação ao acesso à internet banda larga. O restante não se manifestou.

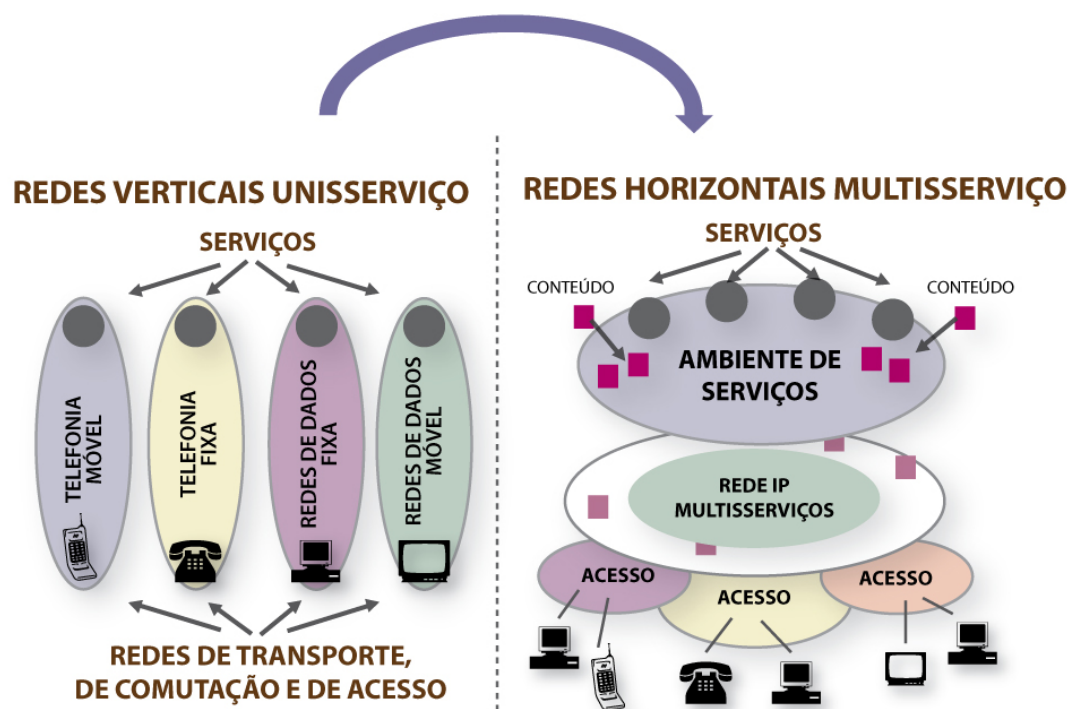
O estado de Alagoas (AL) ofereceu 61% de respostas positivas quanto ao uso de internet banda larga e linha discada. No Amazonas, apenas 30% dos conselhos responderam positivamente com relação ao acesso da internet em suas dependências. Quando deslocamos nossa análise para o Sul, o Rio Grande do Sul se equipara a Alagoas (AL), no Nordeste, com 61% de respostas positivas. Na região Sudeste, São Paulo encabeça a lista de conselhos com acesso à internet: 80% responderam afirmativamente ao acesso à internet banda larga ou discada, em suas dependências.

Os dados relativos ao acesso da internet pelos conselhos de saúde não são conclusivos pela lacuna de respostas não fornecidas. O que podemos inferir do resultado geral é que as respostas obtidas somam-se a pesquisas já realizadas com relação ao uso e à posse das TICs no Brasil. Os estados do Norte e do Nordeste são locais de menor uso e posse desses equipamentos pela população.

2.4 A convergência tecnológica e o setor de telecomunicações no Brasil

Embora o grande desafio continue sendo justamente a questão do acesso às Tecnologias da Informação e da Comunicação, observa-se hoje crescente discussão a respeito da utilização da convergência tecnológica para proporcionar o acesso universal à informação. Souto *et al.* (2009) leciona que o setor de telecomunicações brasileiro configura-se como indutor da democratização da estrutura de poder ao proporcionar o aumento da competitividade da economia e do desenvolvimento social do país. A Lei Geral de Telecomunicações, baseada nos pilares da universalização e da competição, expressa esta preocupação com a redução das desigualdades sociais entre regiões geográficas e entre classes de renda familiar, conforme demonstra a pesquisa Cetic (2009). As mudanças impostas pela evolução tecnológica intensificaram o fenômeno da convergência por meio da unificação das plataformas de transporte de voz, dados e vídeo.

O segmento de comunicação multimídia é a base para o processo de convergência tecnológica em comunicações. Destaque-se o Serviço de Comunicação Multimídia (SCM), que é um serviço fixo de telecomunicações prestado em âmbito nacional e internacional, em regime privado. É o SCM que possibilita a oferta da capacidade de transmissão, emissão e recepção de informações multimídia. Tal serviço utiliza-se de quaisquer meios para atender a uma ampla gama de serviços de telecomunicações, tanto por meio de fibras óticas, rádio ou satélite. Na figura 18 apresenta-se o universo convergente em telecomunicações e como ele se configura, como também a passagem de redes verticais de serviços únicos para redes horizontais multiserviço.



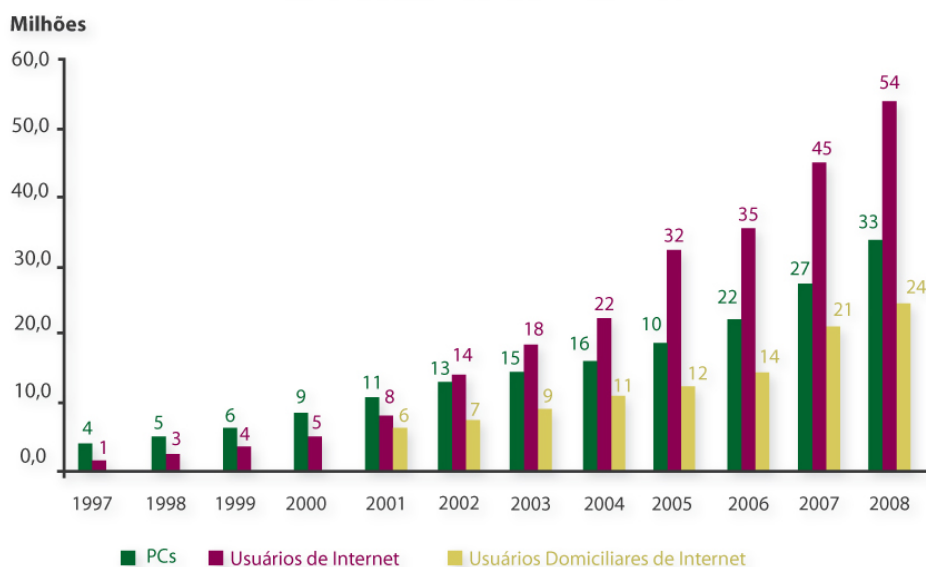
Fonte: UIT Workshop on Tomorrow's Network Today (2005).

Figura 18: Universo convergente em telecomunicações

Fonte: Ministério das Comunicações

A consulta pública do Ministério das Comunicações sobre a atualização das políticas públicas de telecomunicações evidenciou a crescente demanda pela oferta de serviços de forma convergente. Constatou-se que a maior necessidade, então, é o acesso em banda larga à internet. Este cenário convergente das telecomunicações possibilita a oferta de uma maior capacidade de transmissão, emissão e recepção de informações multimídia, por exemplo, voz sobre IP (VoIP), dados e vídeo, utilizando qualquer meio para tal. A evolução do uso da internet, demonstrada na figura 19, revela o crescimento da demanda de serviços de comunicação multimídia.

PCs e Usuários de Internet



Fonte: UIT, IBOPE Netratings e PNAD.

Figura 19: Usuários de PCs e Usuários de Internet

Se por um lado temos o aumento do uso da internet por milhares de usuários, por outro não podemos esquecer que a maior parte dos usuários pertence às maiores classes de renda (grupos A e B). Quando verificados os grupos populacionais segmentados segundo a geografia em grupos urbanos e rurais – e aliado a isso a faixa de renda – verificamos que grande parte da população brasileira está fora das possibilidades de acesso a quaisquer tipos de tecnologias. A figura abaixo 20 representa esta situação.

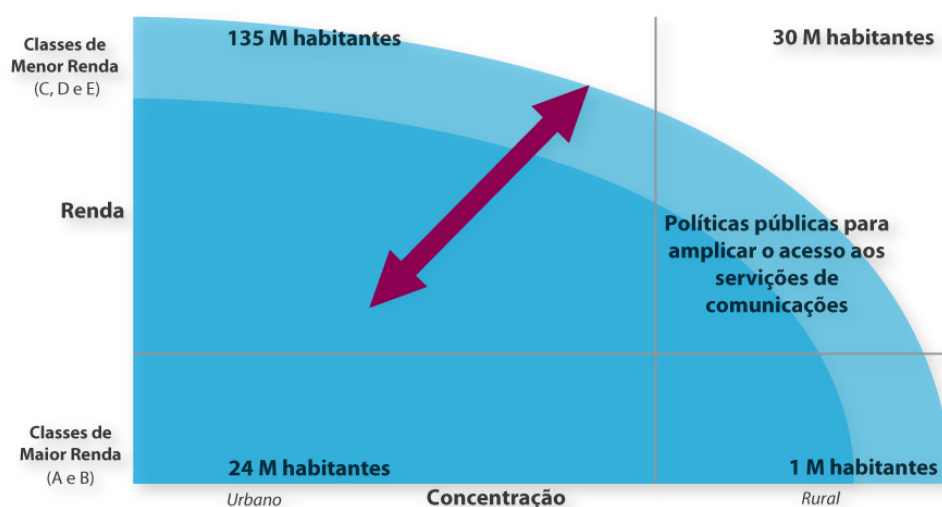


Figura 20: Grupos populacionais segmentados segundo a geografia em grupos urbanos e rurais

Fonte: Ministério das Comunicações

Após visualizar alguns dados que configuram o panorama brasileiro de acesso às TICs observa-se o crescimento pela demanda de serviços convergentes. Paralelamente vê-se também enorme assimetria de renda existente no Brasil, que contribui para o crescimento à falta de acesso às tecnologias e desta forma à informação. De acordo com o cenário apresentado, podemos afirmar que não há como assegurar um efetivo programa de inclusão digital, com base exclusivamente em soluções de mercado. As possibilidades de acesso às TICs dependem de uma efetiva ação governamental por meio da definição de políticas públicas que visem ao acesso a todos, a baixo custo.

Sabe-se que o Brasil arrecada no setor de telecomunicações, anualmente, uma quantidade expressiva de recursos para programas sociais, mas por limitações legais e regulatórias não ocorreu ainda a viabilização desses recursos em ações de políticas públicas prioritárias. A Lei nº 9.998, de 17 de agosto de 2000, conhecida como a Lei do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações - FUST¹⁴ é um dos exemplos que apresenta uma motivação no sentido de universalizar os recursos. Apesar de ter arrecadado, desde sua criação, um valor superior a R\$ 7 bilhões, os recursos estão praticamente sem uso. Até o final do ano de 2008, parte do recurso foi utilizada em apenas um projeto que atendia a instituições de apoio a pessoas com deficiência auditiva, envolvendo cerca de 800 instituições. Outros projetos que serão providos pelos recursos do FUST estão em andamento; por enquanto, todos limitados ao Serviço Telefônico Fixo Comutado (STFC), como a instalação de terminais de uso público em localidades com menos de 100 mil habitantes.

Outra iniciativa para a universalização promovida pelo Ministério das Comunicações se apresenta por meio de instrumentos regulatórios, com o objetivo de disponibilizar o acesso (individual ou coletivo) em banda larga a todos os municípios brasileiros, num horizonte de até três anos. Além destas iniciativas, outra que se faz destacar é o aumento da infraestrutura das redes digitais de banda larga, promovendo a

¹⁴ As receitas do FUST são constituídas basicamente por: i) dotações designadas na lei orçamentária anual da União e seus créditos adicionais, ii) cinquenta por cento dos recursos a que se referem ao art. 51 da Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997, até o limite máximo anual de setecentos milhões de reais (Fundo de Fiscalização das Telecomunicações), iii) preço público cobrado pela Agência Nacional de Telecomunicações, como condição para a transferência de concessão, de permissão ou de autorização de serviço de telecomunicações ou de uso de radiofrequência, iv) contribuição de um por cento sobre a receita operacional bruta, decorrente de prestação de serviços de telecomunicações nos regimes público e privado (Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transportes Interestadual e Intermunicipal e de Comunicações – ICMS, o Programa de Integração Social – PIS e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins e ainda doações.

implantação de enlaces de entroncamento (*backhaul*) em todos os municípios do país. Segundo o Ministério das Comunicações, as redes concessionárias já cobrem aproximadamente dois mil municípios, e até o final de 2010 a totalidade dos municípios brasileiros poderá estar coberta. Podemos citar ainda o Programa Banda Larga nas Escolas, que conforme o relatório do Ministério das Comunicações será implantado até o fim do ano de 2010. O programa prevê acesso a banda larga em 56 mil escolas públicas urbanas dos ensinos médio e fundamental. Não está prevista a inclusão de escolas rurais, constituindo-se então em mais um desafio a ser enfrentado.

A iniciativa fundamental necessária à ampliação do acesso às redes digitais de informação é fundamentalmente dotar os municípios brasileiros de infraestrutura para que tais ações aconteçam. A política de investimentos em infraestrutura de telecomunicações está estruturada em três vertentes, de acordo com as condições encontradas no país. Nos municípios maiores, onde há competição na infraestrutura de redes, o que valerá será a competição de preços, com menor investimento de recursos públicos. Os municípios médios e pequenos, nos quais a infraestrutura de redes de telecomunicações será implantada por meio do estabelecimento de obrigações de atendimento (como telefonia fixa e móvel 3G), serão, portanto, atendidos por meio das metas de universalização, incentivando a competição. E as áreas remotas e de fronteiras serão atendidas em infraestrutura de redes via programas públicos, como por exemplo o programa Governo Eletrônico Serviço de Atendimento ao Cidadão (GESAC), que conta com aproximadamente 9 mil pontos de acesso, distribuídos em quase 4 mil municípios brasileiros. O GESAC pretende alcançar o total de 12 mil pontos de acesso no país.

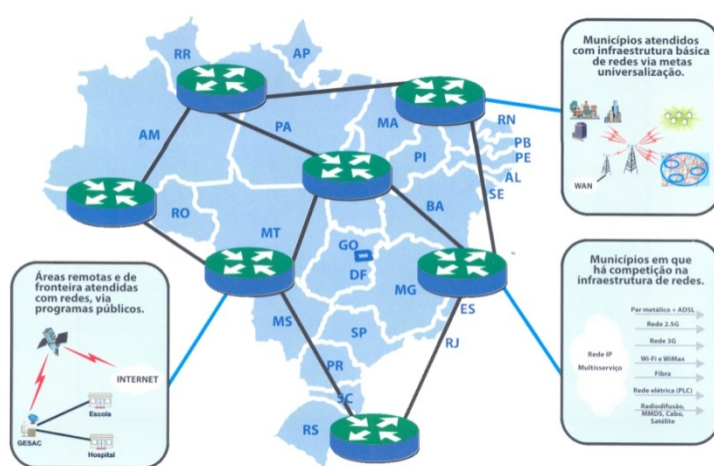


Figura 21: Modelo de universalização da banda larga

Fonte: Ministério das Comunicações

As iniciativas propostas para o planejamento das políticas de telecomunicações foram expressas em um conjunto de ações administrativas do Poder Executivo e por meio da ação normativa MC n.178, de 22 de abril de 2008, publicada pela Agência Nacional de Telecomunicações. Estabeleceu as principais diretrizes em políticas públicas de telecomunicações. Entre elas destacam-se: a) ampliar a oferta de serviços para o acesso à internet por meio de banda larga (urbana e rural); b) reduzir as barreiras ao acesso e ao uso dos serviços de telecomunicações para as classes de menor renda; c) assegurar a competição no setor e criar um ambiente favorável para novos prestadores de serviço.

O planejamento das políticas de telecomunicações requer informações intersetoriais (educação, saúde, segurança e outros) para que se organize e coordene a série de ações no sentido de elaborar e implementar tais políticas. Neste sentido, a Secretaria de Telecomunicações do Ministério das Comunicações desenvolveu o Sistema Unificado de Informações sobre Telecomunicações (SUITE). O sistema, que pode ser acessado no endereço <http://suite.mc.gov.br>, proporciona uma visão de dados integrada que possibilita vínculos entre os diversos setores da sociedade, para que se possa agir de acordo com determinadas realidades. Isto provavelmente auxiliará na construção de políticas públicas que fortaleçam o cumprimento das diretrizes propostas pelo governo federal. A necessidade que gerou a construção do sistema foi a falta de informações sistematizadas sobre políticas na área de telecomunicações, que era efetuada com base em dados históricos e experiências pessoais dos seus formuladores. Foi então que em 2007 se iniciou a modelagem de uma base que correlacionasse os dados em telecomunicações aos outros dados setoriais (educação, saúde e segurança). A base de dados que compõe o SUITE é formada por diversos órgãos, como ministérios, observatórios, ANATEL, concessionárias de telefonia, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) etc. O cruzamento dos dados é feito a partir da variável município, onde é possível o estudo detalhado das informações.

Compreende-se que o SUITE apoia o usuário na formulação de políticas públicas, projetos e no acompanhamento dos resultados, em que se poupa tempo na obtenção dos dados brutos, pois a visualização é estatisticamente tratada. O sistema em questão oferece a possibilidade de trabalhar com os dados em outros formatos, como a importação dos arquivos gerados para *softwares* específicos para estudos mais aprofundados. Ressalta-se que o sistema está atualmente em sua versão Beta e continua

em desenvolvimento. Para este trabalho não foi possível visualizar as informações prometidas pelo projeto SUITE. As diversas tentativas de acesso não se consolidaram, pois o sistema se encontrava indisponível, em manutenção¹⁵.

De qualquer forma, são válidas iniciativas como esta, com informações disponibilizadas para contribuir com o avanço nas políticas públicas de telecomunicações e promover estudos que permitam verificar a realidade brasileira em relação às TICs. Pode-se dizer que a partir do panorama apresentado sobre os problemas encontrados no Brasil e na abertura de novas formas que possibilitem o acesso a serviços e informações disponibilizados aos cidadãos via internet, inferimos a necessidade de se investir em políticas públicas que favoreçam o acesso a esse meio, sedimentando seu papel de "ágora eletrônica", onde pequenos e grandes, minorias e majorias, possam compartilhar o mesmo espaço.

2.5 Governo eletrônico: uma possibilidade de ampliação do espaço democrático

A necessidade de difusão ao acesso as novas TICs foi incorporada à noção de cidadania e participação social. Podemos dizer que a informação e a participação social poderiam ser cumpridas de várias formas, na reunião de grupos de pessoas, no uso educacional das tecnologias, no acompanhamento das políticas setoriais pela população brasileira, cumprindo o ponto máximo que seria o exercício do controle social. Mas é pelo governo eletrônico que podemos verificar a abertura de espaços definidos em que pode haver a participação da sociedade, que germinará no controle social.

O governo eletrônico deve ser tratado como instrumento de transformação profunda da sociedade brasileira, o que obriga a levar em conta os múltiplos papéis do governo federal no processo. O primeiro papel relaciona-se à promoção da cidadania e do desenvolvimento, o que significa dizer que o governo eletrônico deve estar orientado para as demandas dos cidadãos como indivíduos e também para a promoção do acesso e a consolidação dos direitos da cidadania no que diz respeito ao direito ao acesso aos serviços públicos, à informação, ao usufruto do próprio tempo pelo cidadão (economia de tempo e deslocamentos), o direito a ser ouvido pelo governo, o direito ao controle social das ações dos agentes públicos, o direito à participação política. "O governo

¹⁵ A última tentativa de acesso foi no dia 26 de janeiro de 2010 às 10h.

eletrônico terá nos cidadãos e nas suas organizações os parceiros mais importantes para definição do conteúdo de suas ações, de forma a implementar uma via de mão dupla nas relações Estado-cidadãos por meio de tecnologias de informação e comunicação” (BRASIL, 2004).

O governo eletrônico pode ser visto a partir de um conceito mais abrangente, o de “governo integrado ou conectado”. Para isso é necessário que a disponibilização dos serviços e das informações públicas esteja apoiada na integração, na consolidação e na inovação dos sistemas de suporte como forma de obter melhores resultados e economizar custos. O modelo deve basear-se na ação colaborativa do governo através dos esforços criativos de todos os segmentos da sociedade.

Por meio do governo eletrônico o cidadão terá a possibilidade de aproximação no acompanhamento das políticas públicas ou quaisquer assuntos relacionados a seus interesses como participante ativo do processo de decisão. E se o objetivo final do governo eletrônico é universalizar, disponibilizar informações e aumentar a participação do cidadão no processo democrático, temos de considerar que para isso é preciso que o acesso aos diversos sistemas de comunicação seja facilitado. Esta é uma das principais metas da inclusão digital, que não significa somente tornar computadores e redes acessíveis a todos, mas tornar os sítios governamentais fáceis de usar, de modo a derrubar barreiras causadas pela falta de conhecimento e de experiência. A construção do governo eletrônico envolve a ação conjunta de todos os setores e órgãos do Estado nos âmbitos, municipal, estadual e federal. É um governo unificado que se materializa na construção de informações integradas de interesse do Estado e dos cidadãos, de forma acessível e coerente.

Atender a essas questões não é tarefa simples, mas pode ser facilitada tendo em vista que a complexidade oculta do governo não precisa ser representada para o cidadão, que não precisa saber como um órgão governamental funciona internamente, mas sim ter acesso a conteúdo e estrutura organizados de tal forma que, mesmo pouco familiarizados com o governo, possam encontrar serviços e informações e participar das decisões que envolvem toda a sociedade.

A abertura de canais com o governo eletrônico leva-nos a refletir sobre as possibilidades do desenvolvimento de espaços onde se faça real a possibilidade de o cidadão exercer seu poder de decisão não somente no momento do processo eleitoral para a escolha de seu representante. O que se deseja é que a participação do cidadão possa chegar a processos mais sofisticados de interação, possibilitando-lhe colaborar

com o governo por meio de relacionamentos diretos, seja registrando opiniões, seja atuando mais diretamente nos processos decisórios do governo.

A democracia eletrônica (ou *e-democracia*) tem sido geralmente tratada como um estágio mais alto de governo eletrônico, por meio do qual as relações entre governo e sociedade se dariam de forma horizontal e transparente, permitindo ao cidadão a possibilidade efetiva de interação direta e frequente com as instituições governamentais. Em outras palavras, significa dizer que se trata de uma democracia mediada pelas TICs.

Para Batista (2006), o termo democracia digital não se refere apenas a um grande espectro de aplicações tecnológicas que vão desde a transmissão direta (via tv ou internet) de sessões plenárias nos congressos nacionais, regionais ou locais; de debates públicos; do acesso direto a parlamentares via correio eletrônico (e-mail) ou serviços 0800, mas também à criação e à difusão de redes de discussão coletiva até a operacionalização de quiosques públicos para a oferta e a demanda de informações de caráter político, econômico, jurídico e social. O autor expõe:

A democracia digital supõe a existência de tecnologias da informação e comunicação que permitam ao cidadão uma interação direta e freqüente com as instituições do governo. Este conjunto de ferramentas pode permitir aos cidadãos expressar suas opiniões, desejos, manifestações, orientando assim o governo na tomada de decisão.” E continua “(...) o acesso ao fluxo de informações sobre as questões de governo, sobre a participação social e política, sobre direitos e cidadania constitui o pilar fundamental da democracia digital (BATISTA, 2006,p.11).

Para Pereira (2005), a potencialidade comunicativa e de interação horizontal em massa oferecida pelas TICs estaria apta a interferir na relação cidadão-governo, mas alerta para o fato de que existem diferentes retóricas sobre o modelo da democracia digital. Citando Dalhberg (2001), Pereira procura demonstrar três segmentos considerados predominantes no contexto da democracia digital: a) individualista-liberal; b) comunitarista; c) deliberacionista:

Estes três segmentos de democracia eletrônica são distintos por seus respectivos entendimentos de legitimidade democrática. Para o individualismo liberal, um modelo democrático ganha legitimidade quando fornece expressão aos interesses individuais. Para o comunitarismo, um modelo democrático é legitimado por realçar o espírito e valores comunais. Para a democracia deliberativa, um modelo democrático é legitimado por sua facilitação do discurso racional na esfera pública. Todas as três posições podem ser identificadas dentro da prática e retórica na democracia-Internet (DAHLBERG *apud* PEREIRA, 2005, p. 453).

O termo democracia digital pode ser utilizado para definir experiências distintas, mas ainda sim, de alguma forma, democráticas. Para Pereira (2005), essa variação de sentido pode ser pensada a partir da percepção da existência de níveis de participação democrática no ambiente virtual, onde a escala máxima seria a democracia direta ou pura. Para exemplificar essas diferentes compreensões da democracia digital, o autor apresenta cinco graus de participação popular apresentados por Wilson Gomes (2004)¹⁶, a partir do emprego das TICs:

a) primeiro grau de democracia digital: é caracterizado pela ênfase na disponibilidade de informação e na prestação de serviços públicos; as TICs e o ciberespaço (incluiu-se a internet) seriam instrumentos democráticos na medida em que circulam informações governamentais genéricas e melhoram a prestação de serviços públicos; o pressuposto aqui está alicerçado no fluxo de interação predominantemente de mão única: o governo disponibiliza informações ou torna a prestação de serviços mais eficiente através do emprego dessas tecnologias de comunicação; falar em primeiro grau de democracia significa haver ênfase na eficiência instrumental da relação política;

b) segundo grau de democracia digital: consiste no emprego das TICs para colher a opinião pública e utilizar esta informação para a tomada de decisão política; consiste na configuração de “um Estado que consulta os cidadãos pela rede para averiguar a sua opinião a respeito de temas da agenda pública” (GOMES *apud* PEREIRA, 2004). O emprego das TICs terá papel próximo de um “canal de comunicação”, embora a emissão continue predominantemente de mão única: o governo não cria um diálogo efetivo com a esfera civil, mas emite sinais para o público a fim de receber algum tipo de retorno; a abertura governamental à participação popular se limita a criar tais canais de sondagem de opinião sobre determinados assuntos públicos, não significando precisamente que a opinião aferida será acatada de modo absoluto em todos os campos da produção da decisão política;

c) terceiro grau de democracia digital: é representado pelos princípios da transparência e da prestação de contas (*accountability*), gerando maior permeabilidade da esfera governamental para alguma intervenção da esfera civil; este princípio produzirá uma maior preocupação na responsabilidade política e, com isso, um maior controle popular sobre as ações governamentais; a publicidade de informações é

¹⁶ Os cinco graus de democracia digital definidos por Wilson Gomes foram apresentados de forma inédita no artigo de Sivaldo Pereira (2005).

significativamente diferente da publicidade de informações do primeiro grau: ela é voltada para fortalecer a cidadania, concentrando energias na configuração de uma esfera governamental disposta a “evitar” a prática do segredo; a permeabilidade política deste grau em relação à esfera civil ocorrerá mediante o controle público das ações governamentais propiciadas pela transparência de suas ações; apesar de esta porosidade ser mais efetiva do ponto de vista da participação da esfera civil, importa ressaltar que neste terceiro grau a produção da decisão ainda permanece, em última instância, restrita à esfera política;

d) quarto grau de democracia digital: é baseado na “democracia deliberativa”; consiste na criação de processos e mecanismos de discussão, visando ao convencimento mútuo para se chegar a uma decisão política tomada pelo próprio público, o que significa práticas mais sofisticadas de participação democrática; baseia-se no diálogo aberto e livre, em que participantes propõem e desafiam reivindicações e argumentos sobre problemas comuns; numa perspectiva de democracia representativa este grau pode ser considerado o mais intenso em termos de participação popular, porque mantém uma esfera política profissional em face da esfera civil. É preciso notar que a esfera política permanece como agente importante nos processos de tomada de decisão, mantendo seu papel de representação política; porém, diferentemente dos graus anteriores, este quarto grau tira a esfera civil do papel de consulta e a coloca, juntamente com a esfera política, como agente de produção da decisão política; a participação popular se torna mais real em termos práticos.

e) quinto grau de democracia digital: se o quarto grau de democracia digital é o mais intenso, do ponto de vista da participação civil nos negócios públicos mantendo o sistema de democracia representativa, o quinto grau é necessariamente o mais idealista na escala de participação civil, e a sua implementação acarretaria uma mudança significativa de modelo democrático; as TICs teriam uma função fundamental: retomar o antigo ideal da democracia direta; nesse caso, a tomada de decisão não passa por uma esfera política do tipo representativa: a esfera civil ocupa o lugar da esfera política na produção da decisão; a ênfase aqui está no fato de que só argumentar não seria suficiente: é preciso deixar que o povo decida; na democracia digital de quinto grau prevalece a ideia de que, com as possibilidades interativas em massa das tecnologias da comunicação, a decisão deveria estar assim transferida diretamente para a esfera civil.

Compete destacar que para Pereira (2005) esses graus não devem ser considerados excludentes entre si ou vistos de forma rígida como parâmetros estanques.

Assim, um projeto pode situar-se “entre os graus”, uma vez que os fenômenos não são rigorosamente homogêneos e as iniciativas nem sempre constituem um sistema unitário. “Sobretudo, eles são úteis para organizar o debate sobre o emprego das TICs nos sistemas democráticos contemporâneos, as variadas formas de se utilizar o rótulo da democracia digital, as concepções, os autores e o grande volume bibliográfico sobre o tema” (PEREIRA, 2005).

A abordagem apresentada por Pereira está diretamente ligada ao conceito formulado para definir os graus de evolução do governo eletrônico, levando em consideração principalmente as ações do governo em relação à participação. O modelo apresentado é uma possibilidade de método de análise para a realização de medidas e verificação da participação cidadã via TICs. Tal forma de avaliação contribui para que se identifique como está a inserção do cidadão neste processo. Os estudos iniciais possibilitam as medidas a partir de graus de participação, mas não resolvem o problema do ponto de vista da proposição de novos modelos que pensem efetivamente na ampliação do espaço e das formas de participação. Ou que nos apropriemos de recursos existentes e espaços abertos e institucionalizados para que se consolide a possibilidade da atuação efetiva do cidadão junto aos governos.

É importante pontuar que a *e*-democracia não é sinônimo de democracia participativa, tampouco considera que a internet ou outras tecnologias preencham o déficit de democracia encontrado atualmente no país. Os recursos tecnológicos de informação e comunicação, principalmente a internet, possibilitam que a comunicação se dê numa forma mais direta entre cidadãos e governos. Além disso, os recursos das TICs possibilitam a associação de grupos de interesse que podem participar em todos os estágios do processo de decisão e na correção das ações que se fizerem necessárias. O que se vislumbra é uma possibilidade tecnológica de comunicação que abra espaços numa democracia essencialmente de representação para o realce de uma democracia mista, aliando a representação à participação cidadã.

CAPÍTULO 3 – A PARTICIPAÇÃO COMO PROCESSO PARA A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

O Brasil viveu sob regime militar de 1964 a 1985. Anos de ferro que duraram mais de duas décadas e tiveram como nula a participação da sociedade na esfera pública. Mas uma classe dessa sociedade controlada nunca acreditou nos limites impostos pelos militares, e mesmo com espaços de participação fechados continuou lutando pelos movimentos sociais que culminaram com a promulgação da Constituição de 1988. Embasados pela Teologia da Libertação e pela Educação Popular, este um movimento pedagógico criado por Paulo Freire, os grupos sociais buscavam, por meio da educação, a conscientização e a emancipação política que dessem origem a uma profunda transformação social dos cidadãos.

Neste período foram gerados movimentos sociais, organizações não governamentais, sindicatos e uma série de experiências participativas. Mas foram os movimentos católicos progressistas, por meio das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), os mais atuantes nas décadas de 1970 e 1980. Houve grande força e unidade, principalmente por agregar milhares de paróquias no Brasil, constituindo assim os primeiros núcleos de organização de setores populares. A tentativa de criar vínculos e fortalecer a participação popular foi a estratégia adotada pelas CEBs, nas quais se destacavam a participação comunitária e os ideais igualitários. O movimento chegou a reunir cerca de 80 mil comunidades e aproximadamente dois milhões de pessoas em todo o país (VIOLA E MAINWARING, 1987).

As CEBs exerceram ainda grande influência na formação de sindicatos e partidos políticos como o Partido dos Trabalhadores (PT) e contribuíram para a constituição de diversas associações de defesa de direitos e associações comunitárias. Segundo Boschi (1987), tal movimento se baseava no associativismo comunitário, que naquele momento histórico podia ser percebido como veículo para o enfrentamento de problemas cotidianos, assim como local de convívio democrático e de constituição de identidades.

Verifica-se que, nesse período, grande parte das forças políticas e sociais que impulsionaram o processo de redemocratização acreditava em uma concepção democrática ampliada que não se limitava ao restabelecimento do sistema representativo eleitoral. O desejo popular ia além: mudar a estrutura do Estado, que era não

democrático, excludente e autoritário, e alterá-lo radicalmente. Não por meio de uma revolução ou de uma ruptura institucional, mas com a transformação gradual das estruturas de poder. O objetivo era alargar a participação de homens e mulheres nas decisões políticas que afetavam suas vidas. E isso incluiu um conjunto de direitos sociais como resultado do longo e conflituoso processo de mobilizações sociais e políticas que marcaram os anos 1970 e 1980.

As forças políticas de tal mudança desembocaram na possibilidade de consolidar novos canais de participação institucionalizados pela Constituição de 1988, tendo os conselhos como o principal canal de diálogo com a sociedade. O presente capítulo pretende apresentar parte do escopo formador da participação cidadã em tais esferas. Analisar o papel dos conselhos na formulação de políticas públicas e a participação cidadã no Brasil. Entender o processo de formulação de políticas públicas no âmbito da democracia representativa e o lócus do Conselho Nacional de Saúde e dos conselhos subnacionais dentro desse processo. Esta contextualização é importante para que possamos entender o papel da participação cidadã dentro de uma imbricada rede política.

3.1 Participação cidadã no contexto da democracia representativa

Cidadania, democracia e participação política, direitos civis, políticos e sociais são conceitos que se articulam para formar uma ideia de inclusão voltada à participação social no governo. Levando em conta que a essência da democracia está na participação, faz-se necessária a aquisição de direitos fundamentais, passando prioritariamente pelo debate de como a inserção de novos canais pode levar ao exercício da prática democrática, até mesmo na configuração do processo de elaboração de políticas públicas no Brasil hoje.

Começaremos por uma breve definição do significado do termo democracia, conceito que advém de uma forma de governo em que o poder político é exercido pelo povo de maneira direta ou indireta, como no caso da democracia representativa. Norberto Bobbio afirma que a democracia é a sociedade dos cidadãos, e os súditos se tornam cidadãos quando lhes são reconhecidos alguns direitos fundamentais que se encontram na possibilidade de participar das tomadas de decisão. A democracia moderna repousaria na soberania dos cidadãos, pois, se conquistado o direito à

participação política, o cidadão perceberia que toda decisão política se condiciona ou determina a realidade da sociedade civil. (BOBBIO, 2005, p. 156).

Robert Alan Dahl, responsável por introduzir, em 1953, o conceito de poliarquia, para se referir a uma democracia moderna, explica a democracia também com a inclusão de um conjunto de regras e princípios formadores da Constituição, que determinará como será a tomada de decisão dentro de um determinado espaço político. Somado a isto, os integrantes desta dada sociedade deverão ser tratados, sob a Constituição, como se estivessem igualmente qualificados para participar do processo de tomada de decisões sobre as políticas que estão sendo propostas. “Sejam quais forem as outras questões, no governo desta associação todos os membros serão considerados politicamente iguais” (DAHL, 2001, p. 49). – Entretanto, o que a democracia proporciona? Como podem ser definidos critérios de existência de uma real sociedade democrática? Como podemos identificar critérios para que todos os membros de uma sociedade estejam igualmente capacitados a participar das decisões sobre a política de certo espaço social?

Ainda com base no pensamento de Dahl destacamos pelo menos cinco destes critérios, base para que a democracia aconteça: participação efetiva, igualdade de voto, entendimento esclarecido, controle do programa de planejamento e igualdade dos adultos.

Na participação efetiva, todos os membros devem ter oportunidades iguais e reais para fazer com que os outros membros conheçam suas opiniões sobre as políticas a serem adotadas.

Igualdade de voto é um critério decisório no momento na votação. Todos os membros devem ter oportunidades iguais e efetivas de voto e todos os votos devem ser contados como iguais.

No entendimento esclarecido, os membros devem ter oportunidades iguais e efetivas de aprender sobre alternativas políticas viáveis e suas prováveis consequências.

Controle do programa de planejamento é o quarto critério. Trata sobre a oportunidade exclusiva para decidir como – e se preferirem, quais as questões que devem ser colocadas no planejamento. Desta forma, o processo democrático exigido pelos critérios anteriores nunca é encerrado. As políticas se tornam um campo aberto de mudanças por cada um dos membros, se estes assim preferirem.

O quinto e último critério é a inclusão dos adultos. De acordo com a categorização proposta por Dahl, todos, ou ao menos os que residem no espaço social

em questão, deveriam ter o pleno direito de cidadãos. “Antes do século XX, esse critério era inaceitável para a maioria dos defensores da democracia. Justificá-lo exigiria que examinássemos por que devemos tratar os outros como nossos iguais políticos” (DAHL, 2001, p. 50).

De acordo com o autor, “quando qualquer das exigências é violada, os membros não serão politicamente iguais” (DAHL, 2001, p. 50). Um exemplo disto pode ser dado de maneira direta. Se um membro recebe mais atenção e oportunidades para expressar seus pontos de vista, é provável que suas políticas prevaleçam. O critério da participação efetiva visa evitar que isto aconteça.

A participação é um dos componentes indispensáveis para a construção da cidadania. O cidadão é, portanto, um dos agentes que atuam no processo decisório, que constroem e controlam as decisões. “Trata-se da interferência no processo de realização da função administrativa do Estado, implementada em favor de interesse da coletividade, por cidadão nacional ou representante de grupos sociais nacionais, estes últimos se/e enquanto legitimados a agir em nome coletivo” (MODESTO, 2002).

A dimensão decisória da participação está presente em todos os que tratam do tema democracia; logo, em toda a teoria democrática. Para ROUSSEAU (2007), a participação ocorre na tomada de decisão quando os cidadãos portadores de informações deliberam de acordo consigo mesmos. O governo, nesse caso, é apenas um intermediário que tem o papel de executar as leis e manter a liberdade em nome do povo. É nula toda lei que o povo não ratificar diretamente.

Segundo Carole Pateman, na obra “Participação e teoria democrática”, Rousseau pode ser considerado o teórico da participação, por excelência. A autora expõe que a compreensão da natureza do sistema político que Rousseau descreve em O Contrato Social é vital para a teoria da democracia participativa. Toda sua teoria política apoia-se na participação individual de cada cidadão no processo político de tomada de decisões, e, em sua teoria, a participação é bem mais do que um complemento protetor de uma série de arranjos institucionais: ela também provoca um efeito psicológico sobre os que participam, assegurando uma inter-relação contínua entre o funcionamento das instituições e as qualidades e as atitudes psicológicas dos indivíduos que interagem dentro delas (PATEMAN, 1992).

Rousseau desenvolveu uma teoria conhecida como “teoria da soberania popular”, que discorre sobre o exercício da democracia participativa ou direta. O pensador afirma que o poder soberano só poderia pertencer ao povo, e nenhum

legislador poderia representar essa massa de pessoas. Seria impossível que um legislador reproduzisse as vontades e as escolhas de um número tão grande de pessoas. Rousseau apoia sua teoria na premissa de que, pelos princípios acima estabelecidos, o Poder Executivo não pode pertencer à generalidade como legisladora soberana, porque esse poder consiste apenas em atos particulares que não são da alçada da lei nem, portanto, da do soberano, cujos atos, todos, só podem ser leis (ROUSSEAU, 2007).

Sem dúvida esses pressupostos não se encontram mais no mundo atual. Consta-se, ao contrário, que todas essas hipóteses podem ser contraditas: a maioria dos Estados modernos é consideravelmente grande e complexa, tanto do ponto de vista, econômico, social, político, quanto do administrativo; as populações cresceram a taxas inesperadas, provocando um deslocamento para que a democracia tomasse a forma da representação.

Apesar de utópicas, as ideias do pensador francês são fundamentais quando pensamos nos preceitos da participação cidadã, em que o cidadão participa do processo político de tomada de decisão não somente pelo voto, mas também da construção de sua própria realidade.

Como afirma Batista (2006), “isto significa que as decisões não são apenas tomadas pela administração, mas são compartilhadas com a sociedade que passa a influir no processo decisório e na responsabilidade do cidadão” (BATISTA, 2006, p. 7). Um projeto político participativo prevê que a contribuição do cidadão se dê no sentido de criar um empreendimento coletivo em que se configure o interesse geral, com valores coletivos, visando ao bem comum. No entanto, como isso ocorre numa realidade pautada apenas pela representação e não pela participação? Podemos conciliar ou ampliar a participação dentro de um contexto representativo? – Para chegar a estas respostas é necessário anteriormente explicar de que forma se estruturaram os preceitos que regem a democracia representativa.

3.2 Em busca de uma democracia mista

Em sua origem, a representação não foi formulada para que fosse uma teoria democrática; posteriormente foi incluída na teoria e na prática democrática. O governo representativo era um artifício pelo qual os governantes não democráticos (principalmente os monarcas) pudessem retirar rendimentos e outros recursos de que

necessitassem para as guerras (DAHL, 2009). Nos países onde já existia o costume de eleger representantes, os reformadores democráticos viram a enorme oportunidade para o fortalecimento do governo representativo. Apesar de sua duvidosa origem, a representação abria a possibilidade de ser “verdadeiramente” democrática. Ampliando a base de eleitores, o parlamento poderia transformar-se em uma instituição mais representativa, já que contava como o apoio da população. E ainda solucionaria os problemas de assembleia participativa em países de grandes extensões. A democracia representativa foi (e ainda é) considerada por muitos como uma das grandes descobertas da modernidade, influenciando a maioria dos governos.

James Stuart Mill, em 1820, descreve o sistema de representação como a grandiosa descoberta dos tempos modernos (MILL *apud* DAHL, 2009). Tais palavras descrevem um pouco o pensamento dos reformadores democráticos, ao compreender que era possível criar uma nova espécie de democracia. E, em essência, estavam corretos. O processo de ampliação da base eleitoral levava a um governo representativo baseado na inclusão do cidadão como eleitor, pelo voto. Tal conquista levou ao que conhecemos hoje como democracia representativa.

A democracia representativa possui algumas características próprias e pode ser classificada em duas grandes formas. Na primeira o “agente” é representante de uma determinada categoria; por exemplo, estudantes, bancários, proprietários de terra, entre outros, na qual é comum o representante agir de forma a atender interesses particulares, porque é a defesa desses interesses que garante a representação à sua pessoa. Na segunda forma o representante tem por função defender interesses gerais e não específicos de uma população (ou grupo); é a mais comum em Estados nacionais, onde prevalece o sistema representativo, como no Brasil (BATISTA, 2006).

No contexto desta forma de democracia, a representação política é a forma que os teóricos encontraram para inserir os cidadãos num contexto em que pudessem manifestar interesses, aspirações, escolhas, por meio da delegação de competências àqueles que mais se aproximam da vontade, do perfil e das características de seus representados. É o repasse de seu poder de decisão.

Segundo Dahl, a democracia representativa traz consigo a lei do tempo e dos números. Dentro desta lógica, o autor coloca que quanto mais cidadãos uma unidade democrática contém, menos esses cidadãos podem participar diretamente das decisões do governo, e maior será a delegação de poderes a seus representantes. Isto se faz claro quando exemplificamos em números e tempo o que foi dito acima. A cidade de São

Paulo¹⁷ tem 8.296.734 de eleitores . A Câmara Legislativa é composta por 55 vereadores. Hipoteticamente, se dividirmos por igual o número de cidadãos pelo número de representantes, no caso vereadores, o número encontrado seria de 150.000 cidadãos para cada vereador. Supondo que cada vereador ouvisse a opinião de cada um dos seus representados por aproximadamente cinco minutos, o que aconteceria? Provavelmente os vereadores não teriam tempo para mais nada. Cada vereador gastaria 750.000 horas consecutivas para ouvir seus representados. O valor das horas em dias seria de aproximadamente 520 dias de audição contínua, quase metade do seu mandato, o que seria inviável para qualquer parlamentar. A partir do exemplo posto, pode-se afirmar o ponto de vista dos teóricos da democracia representativa como a melhor opção para grandes nações e contextos da sociedade atual. Seria impossível que todos os cidadãos participassem de todas as decisões. Por outro lado, o representante se afasta do representado, tomando decisões muitas vezes arbitrárias.

Os números antes apresentados, e ainda a rapidez do crescimento das sociedades atuais, nos leva a vislumbrar a democracia representativa como a solução para a forma de governo. Esta forma de democracia é considerada como uma das únicas alternativas à democracia direta ou participativa, pois carrega consigo o argumento de não ser viável a participação da totalidade dos cidadãos. A não ser que uma unidade política se dividisse tanto que se formassem pequenas comunidades que conseguiriam dar voz a suas necessidades.

Os argumentos em relação à democracia representativa são bem convincentes, abrangem uma extensão política muito grande, embora não se possa deixar de avaliar também os problemas advindos dessa forma democrática. O cidadão delega imenso poder e autoridade arbitrária para decisões de muita importância. A delegação de poder não se resume somente aos governantes, é distribuída a todo o sistema de poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) que compõem o Estado. Aliado a isso, um problema encontrado com frequência é a influência exercida por alguns cidadãos pertencentes à elite burocrática sobre a conduta e as decisões do governo. Tal influência pode ser compreendida como o processo de negociação entre as elites políticas e as burocráticas. Dentro de uma democracia, os limites para as negociações são amplos, e esses atores são os que detêm o poder de decisão.

¹⁷ Dados disponíveis na página oficial do Tribunal Regional Eleitoral de São Paulo (TRE-SP). Dados relativos à posição do cadastro de eleitores no último dia do mês de dezembro de 2009. Disponível em: <www.tre-sp.gov.br>. Acesso em jan. 2010.

Para facilitar a compreensão dos tipos distintos de atores políticos, faz-se necessário esclarecer que são diversos e possuem diferentes características. Dividem-se inicialmente em públicos e privados. Os atores públicos exercem funções públicas e movimentam os recursos associados às suas funções. Este grupo se diferencia por duas categorias: os políticos e os burocratas. Os políticos são os que adquirem sua posição resultante de mandatos eletivos. Isso quer dizer que sua posição é condicionada ao cálculo eleitoral e ao pertencimento a partidos políticos. São os representantes eleitos pelo voto da população. No caso do Brasil, presidente, senadores, deputados, governadores, prefeitos e vereadores.

O segundo grupo é categorizado pelos burocratas. Sua posição não é eletiva e requer conhecimentos especializados. Ocupam cargos em um sistema de carreira pública e, apesar de não terem um mandato, possuem clientelas setoriais que podem ser representadas por projetos políticos, pessoais ou organizacionais, como por exemplo a fidelidade à instituição, o crescimento da organização à qual pertencem, entre outros. Tal motivo acaba por desenvolver comumente disputas entre políticos e burocratas e entre as burocracias de diferentes setores governamentais. O fundamental para a compreensão do papel dos burocratas é que estes controlam recursos de autoridade e informação (ALFORD e FRIEDLAND, 1986).

Como visto, burocratas e políticos são os atores que detêm um imenso controle sobre decisões e informações dos governos. Neste caso, a participação ou qualquer tipo de controle que possa ser exercido pela população para verificar as decisões e até gastos públicos nem sempre encontra espaços adequados ou possíveis, que possam acompanhar os processos de negociações políticas e lobbies internos.

Apesar da visão positiva em relação à democracia representativa e da adoção de sua forma para a maioria absoluta dos governos democráticos, vislumbram-se oportunidades para modificar o cenário representativo, no que concerne à abertura de espaços. A principal oportunidade para que isto ocorra é o desenvolvimento e o emprego efetivo dos meios de comunicação eletrônicos, advindos das telecomunicações. Esta situação amplia as possibilidades para que a participação do cidadão possa existir nos espaços deliberativos. A oportunidade é clara, mas é necessário primordialmente que exista a vontade dos atores políticos para que tal situação possa se tornar realidade e que haja o aprimoramento da democracia.

A articulação entre os mecanismos de representação, baseados no princípio da maioria, e os de participação, constitui-se no grande desafio da ciência política

contemporânea, no sentido de combinar a representação com a participação. É a necessidade de formar novas categorias para explicar as profundas transformações que se apresentam na arena política da Sociedade da Informação. A relação de poder entre os atores, nesta realidade, está vulnerável a drásticas mudanças (BOBBIO, 1996; GIDDENS 1994; KLIJN, 1998; PORRAS, 2003).

No caminho para a definição de novas classificações, Boaventura de Sousa Santos coloca que o aprimoramento da democracia deve ocorrer com o reconhecimento da diversidade e da variabilidade sociais, com a aceitação do pluralismo, com a atenção aos direitos das minorias, com a ampliação do espaço de discussão coletiva. A abertura das instituições do Estado para a participação da sociedade civil, incluindo pequenas organizações sociais, até chegar ao próprio indivíduo, ao próprio cidadão, será a marca da democratização das instituições, a garantia que se tem pela sua permeabilidade (SANTOS, 2003).

No livro “Democratizar a democracia”, o autor apresenta duas possíveis formas de combinação entre democracia participativa e representativa, onde são consideradas a coexistência e a complementaridade. Segundo o autor, a coexistência implica uma convivência em níveis diversos, das diferentes formas de procedimentalismo, organização administrativa e variação no desenho institucional. A complementaridade, por outro lado, implica uma articulação mais profunda entre democracia representativa e participativa, pois pressupõe o reconhecimento pelo governo de que o processo participativo, as formas públicas de monitoramento dos governos e a deliberação pública podem substituir parte do modelo hegemônico de democracia (SANTOS, 2003).

Não se deve conjecturar que a participação possa desarticular ou substituir a representação. Trata-se de um novo componente, a obtenção de poder pela população que deseja exercê-lo diretamente. É a utilização da democracia em sua forma mista, ampliando e melhorando os instrumentos da democracia direta, tentando suprir falhas e insuficiências dos poderes Executivo e Legislativo, apoiados no princípio da representação.

Podemos dizer que as duas correntes teóricas, tanto a da democracia participativa quanto a da democracia representativa têm problemas a serem solucionados e questões a serem analisadas. A possibilidade que se busca é que as formas convivam ou se complementem, não perdendo de vista a noção de participação. E a partir daí pensar-se em novas práticas que possibilitem uma transformação.

A transformação pode ter início com a presença dos meios de comunicação eletrônicos convergentes. Apesar de as populações terem se tornado muito complexas, os meios de comunicação (redes mundiais de TV, rádio) e, sobretudo, pela existência da internet, faz com que todos possam estar conectados, o que substitui o argumento de que uma população precisa ser pequena para garantir a possibilidade de reunião, já que todos podem estar reunidos por meio das redes de comunicação.

O cenário não é totalmente positivo no que diz respeito ao acesso às TICs, mas é crescente e percebe-se que iniciativas estão sendo formuladas ou pensadas para que isto aconteça. Para além deste problema, podemos citar outros, como a falta de informações qualificadas disponíveis ao cidadão. Por exemplo, os dados da prestação de contas de um governo existem, mas a questão preocupante está na baixa compreensão de tal informação. Um exemplo é o site www.transparencia.gov.br. Quando se buscam dados sobre gastos do governo e o direcionamento de verbas públicas, o que se encontra são informações extremamente técnicas e que pouco diz respeito à realidade do cidadão ou facilite de alguma forma seu entendimento. Para que os dados técnicos se transformem numa fonte de informações acessíveis é necessário que haja um tratamento, transformando a informação de maneira que o cidadão possa utilizá-la, exercendo a cidadania. Por isso, a maneira como a solução é pensada e implementada é que determinará quão efetiva será a mudança. Podemos dizer que as TICs, como solução tecnológica, contribuem para a abertura de mais espaços de comunicação e para a disponibilização de dados informativos. Contudo, para que seja efetiva a participação ou o controle social, é necessário o alinhamento com iniciativas que transformem dados em informações relevantes, que forneçam aos cidadãos a real possibilidade de compreender sua realidade para exercer seus direitos.

3.3 A construção do processo participativo: conceitos e perspectivas

O processo participativo significa a aquisição de informações prévias, suficientemente completas e compreensíveis para se formar opinião a respeito de algo. É preciso que haja comunicação para que as opiniões sejam trocadas e atinjam o público ao qual se destinam, produzindo, a partir daí, novas opiniões. Tal processo implica, ainda, na existência de espaços de deliberação para que as opiniões se confrontem e se

tornem opiniões verdadeiramente coletivas. Entende-se que a participação será efetiva se houver a negociação, o debate entre uma multiplicidade de atores.

De acordo com Bobbio (2004), “o termo participação, tomado em sentido estrito, poderia ser reservado, finalmente, para situações em que o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política”. Apesar de o autor considerar que essa forma se dá apenas em contextos políticos muito restritos, o presente trabalho pretende compreender como a participação pode acontecer em contextos mais abrangentes.

Para entender a especificidade e a complexidade do fenômeno da participação, deve-se considerá-lo nas diversas formas como se manifesta na atualidade, seja em termos das práticas em países democráticos, seja no debate teórico. Nele se discutem várias alternativas às formas de participação existentes. São formulações com pressupostos teóricos diferentes, porém com uma visão ampla e emancipatória da política. Dela se desprendem alguns elementos e valores comuns, presentes nas ações desenvolvidas em diversas partes do mundo, tais como a solidariedade, o respeito à pluralidade e às diferenças e à prática das relações democráticas.

Segundo Cotta (1979) *apud* Teixeira, a participação situa-se entre várias dicotomias: direta ou indireta, institucional ou movimentalista, orientada para a decisão ou para a expressão. Apesar da discussão teórica que se trava em torno dessas modalidades de participação, entendemos que as várias formas estão presentes no processo político de maneira mais ou menos intensa, conforme a conjuntura e os atores envolvidos.

Para este trabalho estabelecemos a verificação das formas e dos conceitos empregados, para chegarmos a um conceito que verse sobre a que tipo de participação nos estamos referindo. Para iniciar a discussão é necessário que se faça a distinção entre participação orientada à decisão e participação orientada à expressão. A primeira caracteriza-se pela intervenção do atores da sociedade civil, de forma organizada, não episódica, no processo decisório, e tem sido enfatizada como elemento fundamental e definidor do conceito. A segunda é voltada para a expressão, ainda que possa apresentar impacto ou influência no processo decisório, tem caráter simbólico, ou seja, especifica-se por marcar presença na cena política, apesar de sua importância na formação de opinião (TEIXEIRA, 2000).

Não se trata de valorizar uma ou outra dessas possibilidades, porém de considerá-las quanto à viabilidade de fortalecer e aprofundar a democracia e às

limitações para torná-la efetiva. Para que não se confunda o termo, e ainda sobre o conceito de participação, também é necessária a diferenciação da chamada “participação social ou comunitária”, na medida em que não estamos tratando da mera prestação de serviço à comunidade ou de uma organização isolada. É importante diferenciar a chamada participação popular da participação cidadã de que tratamos nesta pesquisa. A “participação popular” é utilizada para designar a ação realizada pelos movimentos sociais, visando ao atendimento de carências ou realizações de protestos relativos à marginalização. Tais elementos podem estar presentes no processo descrito, mas os objetivos da participação cidadã vão muito além.

O termo participação popular compreende um posicionamento antiestado, pois não considera as relações com os aspectos institucionais (CARDOSO, 1985 *apud* TEIXEIRA, 2003), (CORAGGIO, 1991 *apud* TEIXEIRA, 2000). A expressão foi cunhada com sentido ideológico, reduzindo os atores aos segmentos sociais mais explorados (trabalhadores, favelados, desempregados), sem contemplar setores sociais médios, intelectuais, profissionais, pequenos e médios empresários, considerados fora do campo popular. Não podemos deixar de compreender a importância destes setores no processo de transição democrática em vários países, assim como na ampliação de vários direitos e conquistas sociais. Ainda hoje dão suporte técnico, institucional e financeiro, por meio das ONGs, às diversas iniciativas cidadãs (DANIEL, 1994).

Já a participação cidadã busca requalificar a participação popular nos termos de participação cidadã que interfere, interage e influencia na construção de um senso de ordem pública regida pelos critérios da equidade e justiça. O conceito de participação apresenta múltiplos significados e pode alcançar conceitos muito amplos. No sentido de sintetizar as ideias colocadas, pode-se compreender a participação cidadã como uma relação social e política, um processo que se dá pela interação recorrente entre os diversos atores que são “parte”, como o Estado, as instituições políticas e a sociedade, que se articulam num espaço público de tomada de decisão.

Independentemente da forma que assume, a participação cidadã significa “fazer parte”, “tomar parte”, “ser parte” de um ato ou processo, de uma atividade pública ou de ações coletivas. A “parte” é entendida aqui como pensar o todo: sociedade, Estado e suas relações. Sabemos, no entanto, que o todo não é homogêneo; há diferentes interesses, necessidades, valores e recursos de poder diferenciados e hierarquizados.

Para que haja a participação cidadã não é necessário negar os sistemas já existentes de representação, mas sim aperfeiçoá-los, combinando outros mecanismos e

canais que se legitimam pelo processo social, exigindo a responsabilização política, o controle social, a transparência das decisões. Vislumbra-se com isto maior frequência e eficácia de certos instrumentos de participação já existentes, como referendos, plebiscitos, projetos de lei e outros, se combinados a espaços múltiplos de interlocução entre os diversos atores. Além disto, para que haja a participação, são necessárias condições mínimas, como a garantia dos direitos fundamentais de reunião, associação, liberdade de expressão, afora a existência de alguns canais de interlocução já institucionalizados, entre Estado e sociedade e entre os próprios atores.

Importa ressaltar que o conceito de participação cidadã contempla dois elementos contraditórios na atual dinâmica política. O primeiro deles é o de “fazer ou tomar parte” no processo político-social, por indivíduos ou grupos, organizações que expressam interesses, identidades e que poderiam situar-se no campo de interesses “particulares”, mas que atuam num campo de diversidade e pluralidade. O segundo, o elemento “cidadania” no sentido “cívico”, enfatiza as dimensões de pluralidade, generalidade, universalidade, igualdade de direitos, responsabilidades e deveres (REIS, 1988).

Em muitos países e, no Brasil, canais abertos à participação foram instituídos à medida que o processo de redemocratização se desenvolveu. À parte os tradicionais instrumentos disponíveis citados, e a inserção de novos instrumentos participativos sendo gradativamente abertos por meio da utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação, como a consulta pública, “o fale conosco”, entre outros. Podemos dizer, no entanto, que são os conselhos e as conferências nacionais brasileiras os melhores exemplos de espaços múltiplos de interlocução entre os diversos atores, onde há imensa possibilidade de articulação com caráter transformador, o que nos leva à redefinição da participação como exercício da cidadania ativa. Para o Brasil, o ganho desde sua instituição é imensurável, porque os conselhos são instâncias atuantes no processo de formulação de políticas. Como instrumentos de participação representam uma perspectiva positiva no sentido de estreitamento dos laços, combinando a representação com a possibilidade da participação direta do cidadão.

Para o presente trabalho, entendemos a participação do cidadão como ação concreta no processo de tomada de decisão. Tal participação inclui as expectativas e os argumentos do cidadão na elaboração de políticas públicas, estratégias e resoluções, ou seja, onde se exige o *input* máximo (a participação), onde o *output* é a resposta sobre suas iniciativas e por onde é possível exercer o controle social. Deve-se então buscar

formas de abrir novos espaços onde seja possível deliberar e contribuir com o processo de construção de políticas.

3.4 O processo participativo na formulação de políticas públicas

O Brasil democrático é conhecido por suas instituições participativas. Durante a elaboração da Constituição de 1988, foram criados espaços de participação em diversos âmbitos, como saúde, assistência social, educação, etc. São denominados conselhos de políticas públicas e conferências nacionais setoriais. Temos hoje no Brasil mais de 20 mil conselhos, nas mais diversas áreas de políticas públicas (PEDRINI *et al.*, 2007).

Nem todos os conselhos são institucionalizados. Os que são, em sua maioria, não mantêm um funcionamento adequado, levando-nos a problemas e desafios. O Estado, muitas vezes não aceita a participação da sociedade civil, tem participação excessiva na definição das políticas nos conselhos. A participação da sociedade civil nos conselhos é muito passiva, os representantes da sociedade não estão suficientemente capacitados para decidir sobre todas as questões. Esses e outros exemplos poderiam ser apresentados para demonstrar que não basta a abertura de espaços e uma legislação que apoie a participação; é necessário que o funcionamento de todo o sistema – atores, instituições e infraestrutura – seja melhor organizado, e que a sociedade tenha formas de controle público mais ativas.

A participação vai além da formulação e da deliberação; preocupa-se também com o controle social, entendido como:

O processo (conjunto de mecanismos e instrumentos) de participação popular na gestão (formulação, planejamento, gerenciamento financeiro, monitoramento e avaliação) das diversas políticas públicas e das instâncias estatais e governamentais. É, também, a responsabilização dos gestores públicos (CÁRITAS, 2005).

O princípio orientador da democracia participativa no que concerne a formulação, implementação e controle de políticas, é que os cidadãos devem participar da elaboração dessas políticas e decidir sobre quais alternativas lhes são mais favoráveis, ou mais lhes convêm, e ter a possibilidade de avaliá-las. A formulação de políticas públicas deve atender aos interesses dos cidadãos e devem ser elaboradas em

um processo consultivo em que eles possam expressar suas escolhas e em que seus interesses possam ser atendidos.

Nesses termos, a participação cidadã assume também uma parcela de decisão, uma vez que ao estabelecer suas escolhas determina e decide políticas e orientações sobre os “bens” ou “serviços” públicos que devem ser colocadas à sua disposição.

Faz-se necessário, além da delimitação de conceitos sobre o processo participativo, a compreensão do processo de formulação de políticas. Segundo o Relatório do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), realizado em 2006, sobre as políticas públicas da América Latina:

O processo mediante o qual as políticas são discutidas, aprovadas e executadas (o processo de formulação de políticas públicas) tem um impacto significativo na qualidade das políticas públicas, sobretudo na capacidade dos países de proporcionar um ambiente estável para essas políticas, modificá-las quando necessário, executá-las e fazê-las cumprir com eficácia, assegurando-se de que sejam adotadas em favor do interesse público (BID, 2006, p.19).

Tal afirmação corrobora com esta pesquisa, pois compreendemos que é no processo de formulação e no controle de políticas que podemos identificar os principais espaços a serem preenchidos pelo atores sociais, contribuindo para a ampliação do espaço democrático – propondo novo desenho do processo e controle social – encontrando índices de medida que possam garantir ampliação e melhoria da participação. Embora o Relatório do BID não faça referência à forma de participação em instituições específicas, como conselhos ou fóruns, onde há espaços de participação institucionalizados, podemos tomar o processo de formulação como apresentado, por tratar essencialmente do comportamento dos atores políticos. Em geral, a compreensão é de que a formulação de políticas públicas se dá a partir das preferências e dos incentivos dos atores, bem como das restrições às quais esses atores são submetidos e ao comportamento de outros atores.

Muito há que se trabalhar para que sejam atingidos os objetivos de uma sociedade com poder de voz mais igualitária, em que haja espaços para que o cidadão possa obter informações, exercendo o controle social e contribuindo na construção de sua realidade. Compreende-se que é no processo de formulação e controle de políticas que se identificam os principais espaços a serem preenchidos pelo atores sociais. Apesar de alguns mecanismos de participação estarem atualmente disponíveis nos portais

governamentais – como as *consultas públicas*, a ferramenta “*fale conosco*”, a disponibilização de *e-mails* de contato de diversos órgãos governamentais, entre outras – sabemos que são os fóruns de participação, organizados como comunidades políticas, os espaços mais frequentes e institucionalizados de trocas de informações no Brasil, configurando-se como mecanismos por meio dos quais se congregam as possibilidades mais efetivas para que os atores sociais possam exercer a participação.

3.4.1 O processo de formulação de políticas públicas

As políticas são respostas contingentes à situação de um país. O que pode funcionar num determinado momento da história de um país pode não corresponder aos mesmos resultados em outro lugar, ou num mesmo lugar em outro momento. Uma característica comum a toda política formulada, reconhecida amplamente em estudos recentes de macroeconomia, política comercial, regulação e outras áreas da economia, é sua credibilidade.

A formulação de políticas pode ser entendida como um processo de negociação e trocas entre os atores políticos. A troca pode ser de muitos tipos, por meio de transações imediatas ou transações intemporais. Por exemplo, trocam-se recursos correntes, como o voto, por promessas de ação futura. O tipo de transação na qual os atores políticos podem estar engajados dependerá das possibilidades proporcionadas pelo ambiente institucional (BID, 2006).

Os processos de formulação de políticas ocorrem de maneira diversa. Isso acontece devido à multiplicidade de atores que participam deste processo com diferentes graus de poder, horizontes temporais e incentivos, somado à variedade de cenários em que atuam. Se atentarmos apenas para algumas características institucionais (como por exemplo, se um governo é presidencial ou parlamentar, ou se as regras eleitorais são do tipo majoritário ou de representação proporcional) teremos um conhecimento bastante fragmentado e insatisfatório desses processos. Para compreendê-los melhor, o caminho ideal é examinarmos sua estrutura perante uma abordagem sistêmica ou outra que proporcione o equilíbrio geral. De qualquer forma, o que se deve buscar é uma abordagem em que todos os atores se relacionem.

Nos sistemas democráticos, os processos desenvolveram-se num cenário político em que atuam distintos atores políticos. Entre os atores (ou jogadores, como no jargão da teoria dos jogos) encontram-se atores estatais oficiais e políticos profissionais

(presidentes, líderes de partido), bem como grupos privados, sindicatos, meios de comunicação e outros membros da sociedade civil. Interagem em diversas arenas, que podem ser formais ou informais e podem ter distintos graus de transparência.

Os padrões de comportamento na formulação de políticas denominam-se equilíbrios. As características das políticas públicas dependerão do comportamento de equilíbrio entre os diversos atores ou “jogadores”. Entende-se que para obter esse equilíbrio os atores precisam ser parte de um sistema definido, em que as regras institucionais determinam o papel de cada ator e as regras de interação entre eles. A abordagem para o entendimento do processo de formulação de políticas públicas e a compreensão de como ele se dá deve levar em consideração o quadro geral, onde possamos enxergar todas as forças envolvidas e suas relações. Uma das formas de entendermos o processo de formulação de políticas é a Teoria Sistêmica. Tal abordagem sistêmica objetiva caracterizar o funcionamento dos processos de formulação de políticas em determinados ambientes.

O conteúdo do pensamento sistêmico pode ser visto como a formulação de concepções teóricas e os princípios que procuram explicar entidades, fenômenos e situações, cujo entendimento não pode ser obtido pelo pensamento analítico. Trata de questões que envolvem vários fatores ou variáveis, que geram as características e propriedades de entidades globais a partir de padrões organizados de interações. Ainda nos primeiros anos do movimento sistêmico, esse conteúdo foi denominado “complexidade organizada” (WEAVER; RAPOPORT; HOVARTH; *apud* KASPER, 2000, p.3).

É neste contexto que a expressão “processo de formulação de políticas” engloba toda a dinâmica de discussão, aprovação e implementação de políticas. Teoricamente, dentro de um sistema estabelecido, o processo de construção de políticas pode ser efetuado por dois caminhos distintos: o primeiro, pelos *processos cíclicos*; um segundo, pelos modelos que analisam os *atores envolvidos*.

De forma geral, os *processos cíclicos* se iniciam pela formulação da agenda, passando pela elaboração e a implementação das políticas, finalmente chegando ao processo de verificação. O esquema citado pode ser visto na figura abaixo.



Figura 22: Processos cíclicos de formulação de políticas públicas

A agenda é o estágio em que o governo decide dirigir sua atenção para determinado(s) problema(s). As principais atividades que ocorrem neste estágio são: i) percepção do problema; ii) definição do problema e por fim, iii) mobilização de apoio para incluir o problema na agenda. Cabe ressaltar que nesse estágio há competição (a) pela atenção do governo e (b) para que prevaleça uma definição determinada do problema, pois a solução proposta depende de como o problema é definido. A imagem que segue mostra como o processo ocorre.

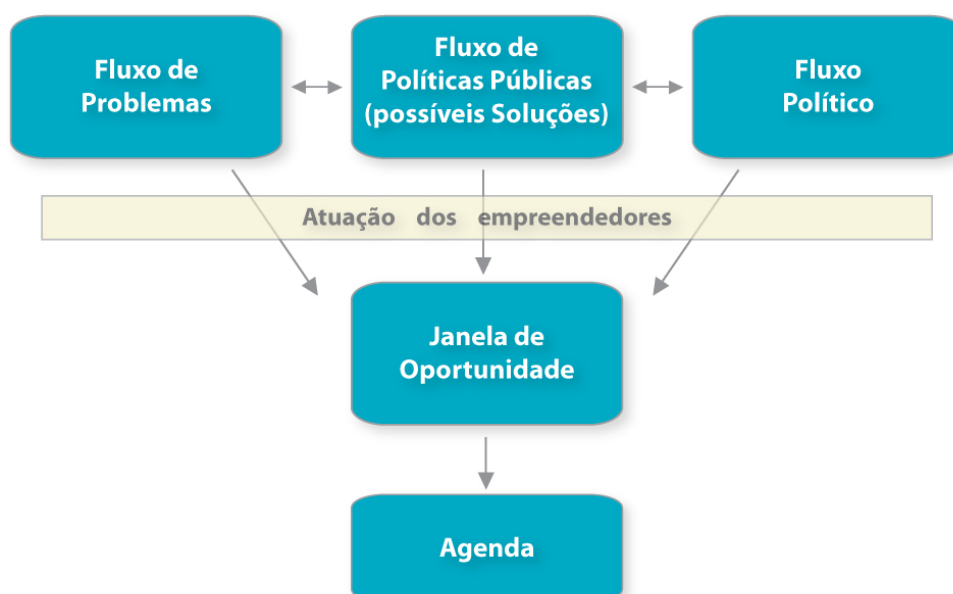


Figura 23: Processo de formulação da Agenda

Após pronta a agenda, inicia-se o processo de elaboração das políticas públicas, que se dá a partir destas etapas: a) coleta, análise e divulgação de informações; b) elaboração de alternativas de ação; c) formação de coalizões em defesa de alternativas específicas, com vistas a legitimar determinados programas; d) negociação, concessões e tomadas de decisão.

Como produto desse estágio têm-se os objetivos das políticas públicas a serem atingidos e os programas para atingi-los. Esta ação não é limitada a um ator. Pode haver propostas concorrentes ou complementares, assim como podem ocorrer sem definição clara do problema ou sem que os formuladores tenham grande contato com o problema. Outra questão é não haver necessariamente coincidência entre formulação e instituições particulares, embora seja uma atividade frequente da burocracia. A formulação e a reformulação são processos que podem durar longos períodos, sem sequer construir-se o apoio fundamental a uma proposta. Durante o processo de elaboração encontramos subsistemas que podem tomar parte da elaboração ou ser uma forma de organização para tal. São eles: a) subgovernos; b) *advocacy coalitions* (coalizões de defesa); c) redes de políticas públicas; d) comunidades de políticas públicas.

Os subgovernos trabalham como redes temáticas e funcionam como agrupamentos de atores ou instituições que influenciam de alguma forma nas políticas públicas. Geralmente seus participantes são esporádicos e não se sabe ao certo quem controla a política pública.

As coalizões de defesa (*advocacy coalitions*) são formadas por atores de instituições públicas e privadas em todos os níveis de governo, que compartilham um conjunto de crenças básicas (objetivos políticos, percepções causais e outras) e que procuram manipular as regras de orçamentos e pessoal de instituições, de forma a atingir seus objetivos ao longo do tempo (JENKINS-SMITH e SABATIER, 1993). Tem grande potencial de sucesso dependendo dos recursos da coalizão, como dinheiro, *expertise*, número de membros e autoridade legal.

As comunidades de políticas públicas referem-se a uma categoria mais ampla, envolvendo todos os atores em políticas públicas que públicas constituem o subconjunto dos membros que atuam regularmente. A rede constitui o vínculo dentro de uma comunidade ou entre duas ou mais comunidades.

Por último, as redes de políticas públicas são vínculos ligando Estado e sociedade no processo político. Variam quanto à integração, que é função da estabilidade dos membros, restrições dos membros, grau de insulamento de outras redes

e do público e da natureza dos recursos que controlam. Observa-se que as redes de políticas públicas formam o subsistema que comporta a atuação da sociedade na formulação de políticas setoriais. Os conselhos de políticas no Brasil podem ser classificados como uma rede política distribuída nos municípios brasileiros.

Assim como há importância em se definir o conceito de participação cidadã que se adequa aos termos deste trabalho, a definição de redes políticas é imprescindível para delimitar as relações mantidas por todos os atores presentes nos espaços de participação adequados ao processo decisório dos conselhos de saúde brasileiros, objeto deste estudo. Pretende-se ainda neste capítulo apresentar algumas definições para a compreensão de redes políticas, a fim de que possamos entender-lhes as características de funcionamento, a serem analisadas no capítulo a seguir.

3.5 Redes políticas e fóruns de participação

A participação dos movimentos sociais nos processos de democratização nos países do Sul da América Latina apresenta uma nova forma de relação entre Estado e sociedade. Podemos dizer que há uma possível articulação entre democracia representativa e participativa oferecendo respostas mais prósperas na defesa de interesses e identidades (SANTOS, 2003). No Brasil democrático encontramos mecanismos participativos como instâncias institucionais integradas ao processo de tomada de decisão; são os conselhos de políticas públicas. Tais fóruns participativos podem ser vistos como uma estrutura de rede política e têm papéis diferenciados nos contextos institucionais e políticos em que se inserem e potencialidades muito diversas em termos do impacto sobre a formulação ou a implementação de políticas.

Os estudos a respeito de *fóruns participativos* podem ser divididos em dois grandes grupos. O primeiro tem postura cética em relação às possibilidades de fóruns participativos, favorecendo a democratização da gestão pública ou contribuindo para a implementação de políticas eficientes (PINTO, 2004; SKOPCOL, 1999 *apud* CÔRTEZ, 2005).

O primeiro grupo defende relações de poder existentes na sociedade civil, como por exemplo a desigualdade de recursos, que afeta as possibilidades de processos deliberativos de forma igualitária. Demais disso, o desenho institucional dos fóruns não garante acesso à participação, restringindo a participação direta a alguns cidadãos que

representam grupos de interesse e ainda permite que o processo político seja dominado por gestores ou grupos políticos com maior poder. Há desta forma uma distribuição desigual do poder entre participantes governamentais e sociedade civil.

Já o segundo grupo destaca a democratização da gestão pública provocada por tais mecanismos de participação. Neste grupo, o processo de decisão onde existe possibilidade de mais participação é o ambiente favorável para que gestores de políticas públicas sejam induzidos pelo interesse dos cidadãos. Segundo os autores, os fóruns colaborariam para a boa governança, pois participam do processo diversos atores com diferentes interesses.

Entretanto, nem todos os autores do segundo grupo concordam em relação ao caráter dos espaços de participação e sobre os interesses sociais representados, podendo ser divididos de acordo com duas vertentes: os que apresentam uma visão mais otimista e os menos otimistas. O grupo menos otimista afirma que os fóruns podem apenas aperfeiçoar as formas de participação política, o que é típico das democracias representativas, na qual corporações defensoras de interesses privados controlam os recursos comunicativos disponíveis. Já o grupo mais otimista considera que os fóruns participativos são neocorporativos – e como tal de representação de interesses que incorporariam demandas de clientelas e trabalhadores, por meio de grupos de interesses que representam demandas particulares, específicas, e não gerais, como defendem os primeiros.

Independentemente de como seja a forma de organização dos fóruns, a principal reflexão recai sobre as possibilidades de os cidadãos participarem de redes de formulação de políticas públicas em que sejam parte do processo de tomada de decisão. A rede é provavelmente uma das formas mais antigas de organização social, dada a simplicidade de sua operação e a adaptabilidade para os ambientes diferentes (PORRAS, 2003). Na medida em que as sociedades ficaram mais complexas, a rede como estrutura organizacional foi superada pelas dificuldades de coordenação de funções e recursos e substituída por outros tipos de estruturas organizacionais mais adequadas à nova realidade. Tomou lugar a estrutura burocrática baseada na coordenação de seus diferentes processos e atores, a partir dos princípios de integração hierárquica e centralizada, da divisão mecanicista e ordenada e a partir da especialização funcional ou da fixação de regras (PORRAS, 2003). No desenho e na operação, todas as organizações públicas e privadas ajustaram-se às regras marcadas por este modelo.

Ao contrário do modelo burocrático, um modelo de organização em rede considera a flexibilidade, a horizontalidade e a autonomia das partes, caracterizando a estrutura organizacional como fluída e com alto nível de autonomia. A cultura organizacional é caracterizada, principalmente, pela suposição da vulnerabilidade da organização para a mudança, o que é traduzido em uma disposição para assumir riscos, dedicar esforços à aprendizagem constante e aceitar a incerteza das relações com atores externos ou internos à organização. Outra característica é a ausência de uma divisão rígida do trabalho baseado na especialização funcional, possibilitando a coordenação dos diversos componentes da organização, de maneira que eles atuem de forma global.

A partir da emergência das redes como novo paradigma organizacional, CASTELLS (2003) destaca três processos independentes. Por um lado, a necessidade da flexibilidade econômica na gestão e da globalização do capital, a produção e o comércio. Por outro, as demandas de uma sociedade nas quais os valores da liberdade individual e a comunicação aberta se tornaram um fundamento. E finalmente, os avanços tecnológicos que deram lugar às TICs. Castells destaca que a partir do uso dessas tecnologias, em especial a internet, a organização em rede pode expandir-se e possibilitar a tomada de decisões coordenadas e a execução descentralizada nas organizações.

As organizações políticas ficaram por muito tempo à margem das transformações que propõem o paradigma organizacional em rede. Apesar disso, a forma de organização em rede conseguiu permear a política, fundando novas tendências de governabilidade das sociedades, possibilitando a transformação do processo político e proporcionando diferentes relações entre os atores envolvidos. Isso não significa que os processos formais institucionais se alteraram completamente, mas que se abriram novos espaços para integrá-los a marcos conceituais mais flexíveis que permitem abarcar os mecanismos emergentes da coordenação política: as redes políticas. Vale destacar que o conceito de redes políticas não é novo. Desde os anos 1940 e 1950, na análise de políticas públicas há conceitos similares para identificar o mapa de relações interpessoais, interconexões e dependência entre atores e forças do governo (PARSONS, 1995).

A proliferação das redes políticas supõe uma mudança importante na forma de entender as políticas públicas e o papel do Estado, pois rompe com a ideia de Estado monolítico, capaz de definir de forma autônoma o desenvolvimento das políticas (BONAFONT, 2004).

O conceito de rede política proposto por Porras (2003) baseia-se em três pressupostos:

uma estrutura configurada por vínculos, mais ou menos estáveis, que mantém entre si um determinado número de atores políticos, tanto da esfera pública como da privada; por meio dos quais há o intercâmbio de recursos materiais ou imateriais; em razão de serem mutuamente dependentes com relação a diferentes temas ou áreas da agenda política (PORRAS, 2003, p.4).

Numa ideia muito próxima, BONAFONT (2004) apresenta o conceito de redes políticas, termo que em inglês se conhece e populariza por *policy network*, “um conjunto de relações relativamente estáveis entre atores públicos e privados que interagem por meio de uma estrutura não hierárquica e interdependente para alcançarem objetivos comuns em relação à política.” Para a autora, a interdependência é um conceito básico que expressa a necessidade de se manter relações estáveis entre os diversos atores – membros do governo, funcionários, grupos de interesse, meios de comunicação, especialistas – com o fim de alcançar objetivos políticos (BONAFONT, 2004). Podemos dizer que essa comunidade de atores se transforma em um foro especializado onde há o intercâmbio de recursos e informações, elaboram-se e discutem-se propostas, negociam-se e realizam-se transações que por fim se materializam em políticas, contribuindo com a elaboração de políticas e conseqüentemente com a participação cidadã.

3.5.1 Tipologias das redes políticas

As redes políticas podem ser definidas segundo diversas tipologias. Podemos destacar: i) tipologias que utilizam a teoria do Estado tradicional para identificar seus modelos ideais, estando entre os mais influentes ATKINSON e COLEMAN (1989) e VAN WAARDEN (1992); ii) tipologias que utilizam conceitos novos, cuja análise mais influente foi realizada por RHODES e MARSH (1992), na Grã-Bretanha. Segundo os autores, as classificações em seu modelo são a comunidade política e a rede temática.

A comunidade política caracteriza-se por ser um tipo de rede com restrito número de participantes, que frequentemente trocam informações e recursos acerca de um interesse comum sobre o qual se tem um grande grau de consenso em torno das

normas que articulam a intermediação de interesses entre os atores envolvidos. Além disso, o consenso permite determinar os problemas que serão tratados, seu conteúdo, assim como a forma como devem ser resolvidos. Todos os participantes possuem recursos no processo de elaboração das políticas baseado na negociação. Em consequência, presume-se a capacidade dos grupos de assegurarem que seus membros se sujeitem à decisão. Existe um ajuste de poder, pois se um grupo pode dominar o tipo de relações que se desenvolve entre os membros não é de resultado nulo, mas de resultado positivo, pois todos ganham se a comunidade persiste.

Esta classificação é uma forma institucionalizada de relação que favorece alguns interesses e exclui outros. Uma comunidade política pode envolver instituições formais (conselhos setoriais, órgãos consultivos) ou informais (contato informal dia a dia), assim como um conjunto de crenças que abrigam um acordo das opções políticas disponíveis. Ela funciona com alto grau de autonomia a respeito de interesses que são considerados alheios à rede. Esse tipo de rede é próprio daqueles setores ou subsetores nos quais se combina a representação e uma ação centralizada e de amplo alcance do Estado.

A rede temática é definida como uma rede com amplo número de participantes que mantêm relações inconstantes (flutuantes) e com pouco valor. Baseia-se mais em consulta do que na negociação sobre a definição das políticas públicas. Os baixos níveis de coesão existentes entre os atores da rede favorecem a ausência de consenso e a presença de conflito. O Estado, por sua parte, fica reduzido ao papel de garantir as regras formais, abstratas e universais que cada qual deve respeitar enquanto persegue seus próprios objetivos.

Este tipo de rede se dá principalmente naqueles cenários em que os interesses privados privilegiam a ação individual sobre a coletiva em áreas onde o recurso em competência é, basicamente, algum tipo de regulamentação. Assim mesmo, se desenvolvem geralmente em áreas novas em que nenhum grupo tem domínio estabelecido ou onde não existem instituições estabelecidas que possibilitem a exclusão. A partir do quadro abaixo estão as principais características das duas tipologias apresentadas.

DIMENSÃO	COMUNIDADE POLÍTICA	REDE TEMÁTICA
MEMBROS		
Número de participantes	Restrito.	Muitos.
Tipo de interesses	Domínio de um número limitado de interesses.	Ampla gama de interesses afetados.
Integração		
Freqüência de interação	Freqüente, alta qualidade, interação de todos os grupos sobre todas as matérias vinculadas com as políticas de referência.	Os contatos flutuam em freqüência e intensidade.
Continuidade	Membros, valores básicos e resultados persistem ao longo do tempo.	Acesso flutuante (inconstante).
Consenso	Todos os participantes compartilham valores básicos e aceitam a legitimidade dos resultados.	Certo grau de consenso, mas o conflito é presente.
RECURSOS		
Distribuição de recursos dentro da rede	Todos os participantes possuem recursos. A relação básica é uma relação de troca.	Alguns participantes possuem recursos, mas são limitados. A relação básica é a consulta.
Distribuição de recursos dentro das organizações participantes	Hierarquia, os líderes podem deliberar com os membros.	Variada, distribuição variável e capacidade para regular os membros.
Poder	Equilíbrio de poder entre os membros. Ainda que um grupo possa dominar, deve tratar-se de um jogo de resultado positivo para que a comunidade persista.	Poderes desiguais que refletem recursos e acesso desiguais: jogo de resultado nulo.

Quadro 16: Redes políticas: comunidades políticas

Fonte: Adaptado de (MARSH Y RHODES,1992 APUD PORRAS,2003)

Já a tipologia proposta por ATKINSON E COLEMAN (1989), identifica seis tipos ideais de redes políticas a partir de três dimensões distintas: i) concentração do poder dentro do Estado; ii) autonomia do Estado com relação aos grupos sociais; iii) grau de mobilização dos grupos sociais.

A partir das três variáveis se identificam seis tipos de redes, que se configuram como estruturas políticas distintas. Por exemplo, uma rede de caráter pluralista se caracteriza pela competência continuada dos grupos de interesse, nenhum dos quais tem poder para monopolizar a representação dos interesses privados frente ao Estado. O grau de concentração de poder é baixo e existe competência entre as agências estatais, o que facilita o acesso à arena política pelos grupos de interesse. Uma rede corporativista, porém, caracteriza-se pelo caráter fechado das negociações entre Estado e poucos grupos de interesse que interagem entre si na formulação, na decisão e na gestão de políticas públicas (ATKINSON e COLEMAN *apud* BONAFONT, 2004).

A tipologia apresentada por Atkinson e Coleman enfatiza o caráter estrutural da relação de poder entre Estado e grupos sociais e vão um pouco além; apresentam hipóteses concretas sobre o tipo de rede e a dimensão de estilo das políticas públicas. Para os críticos a este modelo, a principal falha é a falta de diferenciação das dimensões utilizadas para definir as relações Estado-sociedade, bem como as consequências de um determinado tipo de relação.

Para Van Waarden, que propõe outro modelo, o objetivo é oferecer uma versão sistemática e organizada das dimensões a serem consideradas para definir uma rede política. Seu objetivo é incluir na análise das redes todas as variáveis que determinam o processo de elaboração de políticas públicas, superando o caráter conciso das tipologias anteriores. Seria um caminho alternativo às versões anteriores, em que se detalham de forma sistemática as dimensões e as propriedades de cada rede política, para que se possam explicar as relações e estabelecer as comparações entre si (VAN WAARDEN *apud* BONAFONT, 2004).

A tipologia proposta por Van Waarden apresenta sete dimensões que considera essenciais, embora quase impossíveis de aplicar aos estudos de rede, empiricamente. O quadro abaixo apresenta as dimensões e as características propostas pelo autor.

Das sete dimensões, o autor seleciona três que considera especialmente relevante para a compreensão do tipo de rede de que se trata. A primeira dimensão é a que trata do número e do tipo de participantes, sendo eles agências governamentais, grupo social dominante, grupos em conflito, partidos políticos, número ilimitado de participantes.

Tem-se aqui uma diferença importante comparada ao modelo de Rhodes, que propõe a análise de uma rede política como um grupo fechado com número de participantes limitados. A segunda dimensão de Waarden inclui as funções que a rede realiza a depender do acesso à formulação e também à implementação das políticas. E por último, a dimensão das relações de poder Estado-sociedade.

DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS
Atores	<p>Número: determina o tamanho da <i>policy network</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo: indivíduos ou organizações, públicas ou privadas; • Características: necessidades e interesses, recursos e tipo de atuação; grau de profissionalismo, formação.
Funções	<ul style="list-style-type: none"> • Canalizar o acesso ao processo decisório do processo; • Consulta e troca de informações; • Negociação e mobilização de recursos; • Coordenação da atuações independentes; • Cooperação na formulação, implementação e legitimação da política.
Estrutura	<p>Tipos de relações entre os atores definidos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tamanho; • Limites: abertos, fluidos, fechados ou monopólios; • Afiliação: voluntária ou obrigatória; • Tipo de relacionamento: caótico ou ordenado; duração, intensidade, simetria e reciprocidade da interligação; • Grau de centralização; • Tipo de coordenação: hierárquica, horizontal, consulta, negociação; • Natureza das relações: conflito, cooperativas, competitivas; • Estabilidade relativa aos participantes e as relações entre eles.
Institucionalização	<p>Caráter formal ou informal da estrutura e da estabilidade ao longo do tempo. É maior se o acesso é restrito, tem adesão obrigatória, relações hierárquicas e intensas.</p>
Normas de conduta	<p>Regras básicas que governam os intercâmbios da <i>policy network</i>. As percepções, atitudes, interesses, a formação intelectual e social, criam uma cultura específica. Deve se levar em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de relação que prevalece entre grupos rivais (oportunismo, a negociação entre interesses conflitantes ou busca de consenso e compromisso entre visões diferentes a problemas sociais); • O objetivo dos participantes centra-se na busca de interesse geral e bem-estar social, ou de interesse particular; • As decisões são tomadas em um ambiente de secretismo, opacidade ou transparência; • Grau de politização; • Segmentação de natureza pragmática ou ideológica.
Relações de poder	<p>A distribuição de poder depende dos recursos e necessidades dos participantes, e em caso de estrutura organizacional – tamanho, grau de centralização e fragmentação da representação. As relações de poder podem ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Captura ou colonização do Estado por parte dos grupos de interesse (clientelismo); • Autonomia do Estado frente aos grupos empresariais (Estatismo); • Instrumentação do grupos de interesse por parte do Estado (Corporativismo estatal); • <i>Simbiosis</i> ou o equilíbrio de poder (Pluralismo)
Estratégias dos atores	<p>A estratégia depende de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acesso dos grupos privados ao processo de elaboração de políticas públicas; • Vantagens comparativas para certos grupos de interesse, com acesso privilegiado frente ao resto. Inclusive pode se garantir o poder de monopólio na representação de

- determinados grupos;
- Dependência do Estado sobre os recursos de grupos privados;
- Vontade de criar estruturas estáveis que reduzam a incerteza do processo de elaboração de políticas públicas.

Quadro 17: Tipologia de rede proposta por Van Waarden

Fonte: Adaptado de BONAFONT, 2004

Um dos principais aspectos notados no modelo de Waarden é que elimina como variável de análise a autonomia do Estado e identifica o ator que domina a relação (Estado ou grupo sociais) em consequência do seu papel na rede. No contexto deste modelo, as funções de cada ator seriam uma variável explicativa, o que permitiria diferenciar entre um modelo de rede pluralista ou um modelo corporativista. No modelo de rede pluralista, a rede desempenha funções no início da formulação dos problemas e na tomada de decisão. Já o modelo de caráter corporativista não se resume à formulação do problema e à tomada de decisão; desempenha funções na gestão dos problemas.

As tipologias desenvolvidas e apresentadas para os estudos de redes políticas são instrumentos úteis e efetivos para descrever o processo de elaboração de políticas públicas. A partir da definição de variáveis específicas (de cada modelo) pode-se descrever a diversidade de processos de intermediação de interesses em áreas de atuação concretas. Servem para explicar um momento específico de formulação de políticas e pode-se utilizar o modelo base que foi construído para comparações entre setores e países no sentido de buscar melhor desenvolvimento e práticas que levem à melhoria do processo. De outro modo percebe-se que alguns modelos se limitam apenas a descrever o estilo da política sem expor as relações causais entre a rede e o resultado final.

Elas servem como um bom instrumento de partida para identificar o tipo de rede com o qual é necessário analisar. É por meio desta identificação que podemos classificar os atores e compreender “quem governa”, “por que governa” e em interesse de “quem governa”. Definem-se questões como: quais atores participam do processo? Qual tipo de relação se estabelece entre eles? Que fatores determinam o comportamento entre eles? Essas análises servem como embasamento para comprovar hipóteses sobre os fatores determinantes da continuidade e das mudanças no processo de políticas públicas, bem como para identificar a distribuição de poder existente nos sistemas políticos estudados.

Ressalte-se que o objetivo central de todas as tipologias é definir um conjunto de variáveis a partir das quais se descrevem as formas de interação entre organizações e atores

que dela fazem parte. Existem problemas que ainda se encontram na análise de redes, como por exemplo as diversas terminologias e variáveis que compõem a análise. Os conceitos que explicam as variáveis nem sempre estão de acordo. O resultado disto é uma enorme proliferação de novos conceitos que explicam as realidades estudadas. O conhecimento sobre as tipologias de redes políticas abre espaço para novas concepções e formatos no uso das redes políticas como instrumentos de formulação de políticas públicas.

Pensar os mecanismos participativos como instâncias integradas ao processo decisório demanda a escolha de um objeto que abarque uma análise aprofundada de tais questões. O Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Subnacionais serão analisados no capítulo que se segue. Abordaremos estrutura, formação, composição dos conselhos, o Sistema Único de Saúde e a criação das Conferências de Saúde, além do controle social, este último de fundamental entendimento sobre a real participação cidadã dentro do Conselho Nacional de Saúde. Todo este arcabouço historiográfico e explicativo será importante para analisarmos, ao cabo deste trabalho, se a participação do cidadão é exercida de forma efetiva (ou não) em tais instâncias.

CAPÍTULO 4 – CONSELHOS PARTICIPATIVOS E SUA INSERÇÃO NO PROCESSO DECISÓRIO: O ESPAÇO DO CIDADÃO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído em 1937, pela Lei nº 378, que criava um órgão consultivo cujos membros eram indicados pelo ministro de Estado. Formado por especialistas em saúde pública, o CNS iniciou suas atividades por meio de um colegiado responsável por emitir pareceres e determinar normas técnicas, sempre que convocado. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental. E contava dentro da estrutura governamental apenas com um órgão denominado Ministério da Educação e Saúde Pública. O Conselho inseria-se na estrutura para debater questões internas, tendo pouco ou absolutamente nada em comum com a estrutura formada hoje.

Anos depois, separados o Ministério da Saúde e o da Educação, o CNS foi regulamentado por meio de um decreto-lei que o colocava na função de assistir o então ministro de Estado, na determinação e na criação de bases gerais de programas de proteção à saúde. O ano era 1954, e o Conselho começaria a ganhar novos contornos. Uma das mudanças foi instituída com a convocação de mais sete conselheiros. Com 17 conselheiros instituídos desde sua formação inicial, esse número aumentou para 24, compondo as bases que formariam o modelo atual.

Nova mudança realizou na década de 1960 o Decreto 47.793/60, pelo qual passaram a fazer parte como membros do CNS ex-ministros de Estado da Saúde e o chefe de gabinete do ministro, este exercendo a função de secretário-geral. À época, o Conselho contava com 27 membros e tinha a finalidade de assistir o ministro de Estado da Saúde e cooperar em assuntos pertinentes à sua pasta. Outra mudança foi feita em sua estrutura: mais uma vez o CNS ganhou novos conselheiros.

Dez anos depois, em 1970, a atuação do Conselho foi ampliada pelo Decreto 67.300, de 30/9/1970. É nesse momento que a promoção, a proteção e a recuperação da saúde passam a ser foco de debates internos. Nessa fase coube ao Conselho examinar e emitir pareceres que seriam submetidos ao ministro sobre questões envolvendo a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como opinar sobre eventuais tópicos que por força de lei seriam submetidos à sua apreciação.

Ainda na década de 1970 surge com grande força o movimento de Reforma Sanitária, grupo responsável por discussões importantes como descentralização e universalização. O movimento conseguiu, como afirmam Fabíola Zioni e Eurivaldo Sampaio de Almeida no livro “Saúde Pública – Bases Conceituais”:

(...) a elaboração de um conceito ampliado, pelo qual o nível de saúde de uma população é definido por condicionantes culturais, sociais, econômicos e ambientais, e pelo acesso aos serviços de promoção, proteção e a recuperação da saúde; estabelecimento da saúde como direito universal do cidadão; responsabilidade do poder público pelo setor; criação do Sistema Único de Saúde - SUS (ROCHA, 2008, p. 117).

O período concentraria o conjunto de análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do país. Foi nessa época que começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil. Em 1987 foi publicado o Decreto 93.933, que tratava sobre a organização e as atribuições do CNS. Foi a ocasião em que representantes da sociedade civil passaram a integrar o Conselho. Eram escolhidas personalidades com comprovada experiência na área da saúde.

Mas foi em 1990 que a estrutura deu origem ao modelo que até hoje é adotado pelo CNS, uma unidade com base e princípios norteados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com modificações importantes em sua estrutura, o novo CNS passou a ter caráter deliberativo, podendo analisar assuntos de saúde pública e sobre eles deliberar.

4.1 Estrutura e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde

As linhas do regimento que compõe o Conselho definem o órgão como um “colegiado permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, conforme determinação do inciso III do art.198 da Constituição Federal, da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990”¹⁸.

De acordo com a lei 8.142, de dezembro de 1990, a estrutura do Conselho seria composta por “representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de

¹⁸ <<http://conselho.saude.gov.br/a.presentacao/regimento.pdf>>, acesso em agosto de 2009.

saúde e usuários, cujas decisões, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde”¹⁹.

O regimento interno do Conselho Nacional de Saúde descreve o órgão como um colegiado permanente e deliberativo integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde. Todas as decisões do órgão são tomadas por parte de seus membros colegiados e homologadas pelo ministro de Estado da Saúde. Sua atuação encontra-se na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive no que diz respeito aos aspectos financeiros e econômicos, estratégicos e de promoção ao controle social dos setores público e privado.

O regimento do Conselho Nacional explica ainda que seu quadro é composto por 48 membros, divididos da seguinte forma: 50% são representados por entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde, todos eleitos por meio de pleito direto. Os 50% restantes são pessoas cuja filiação inclui entidades profissionais de saúde, comunidade científica da área, prestadores de serviço, entidades empresariais eleitos de forma direta por meio de votações. Somado a isto, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) podem ser indicados por seus respectivos dirigentes. No que se refere aos membros representantes, a divisão se dá da seguinte forma:

- a) seis membros representantes do Governo Federal; b) um membro representante do Conass; c) um membro representante do Conasems; d) dois membros representantes de entidades de prestadores de serviços de saúde; e) dois membros representantes de entidades empresariais com atividades na área de saúde. (BRASIL, 2007).

De acordo com as normas previstas, entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS são aqueles cuja atuação e representação se dá em, pelo menos, um terço das Unidades da Federação e em três regiões geográficas do país, assim como as entidades nacionais de profissionais de saúde ou os membros da comunidade acadêmica. São considerados colaboradores do CNS as universidades e as demais entidades nacionais representadas por profissionais e usuários de serviços de saúde.

A estrutura do Conselho é composta por Plenário, Mesa Diretora e pelas Comissões, como será detalhado a seguir: o plenário do CNS é um local de decisões conclusivas periodicamente tomadas por meio de reuniões ordinárias e/ou

¹⁹ <<http://conselho.saude.gov.br/a.presentacao/regimento.pdf>>, acesso em agosto de 2009.

extraordinárias, de acordo com as normas estabelecidas pelo regimento interno da organização. A mesa diretora prevê o desenvolvimento dos trabalhos com base em princípios democráticos, transparentes e cooperativos, de acordo com as normas previstas no regimento.

Toda a estrutura montada obedece a princípios éticos e morais que visam ao respeito à diferença e ao acesso à informação e à saúde pública. A equidade descrita em uma série de trechos marca a necessidade de se olhar a saúde pública respeitando as diferenças. É necessário, no entanto, antes de prosseguirmos com tal discussão, esclarecermos o significado do vocábulo equidade.

Equidade é termo que carrega consigo grande polissemia. Muitas vezes confundido com a palavra igualdade, o significado de equidade encontra suas origens no pensamento aristotélico e entende que pessoas iguais deveriam ser tratadas igualmente e as desiguais deveriam ser tratadas desigualmente, seguindo o princípio da proporcionalidade natural.

Paulo Antônio de Carvalho Fortes lembra, no artigo “Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade”²⁰, que para Aristóteles e seguidores a diferenciação que toma como base o sentido de equidade seria orientada pelo merecimento da pessoa frente à sociedade. Na sociedade grega, cidadãos livres em seus direitos eram diferenciados dos artesãos, dos estrangeiros e dos escravos. “Homens eram hierarquicamente superiores, no merecimento, às mulheres. Equidade em saúde é atualmente mais entendida como aceitando, não a igualdade, mas sim a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo necessidades diferenciadas” (FORTES, 2008, p. 699).

Assim, determinado ato guiado pelos princípios norteadores da equidade deveria proporcionar a cada indivíduo a satisfação de suas necessidades, que são diferenciadas. A equidade pode ser considerada como “*a cada um conforme suas necessidades*” (FORTES, 2008, p. 699).

Outro ponto bastante explorado são as ações do Conselho Nacional de Saúde voltadas ao fortalecimento e à integração do controle social nas três instâncias de governo. O regimento interno da organização prega respeito e fortalecimento de princípios e diretrizes norteadores do SUS.

²⁰ FORTES, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/24.pdf> > Acesso em jan. 2010.

Grupos de trabalho podem fazer parte da estrutura do Conselho com o objetivo de fornecer subsídios políticos, técnicos, administrativos, econômico-financeiros e jurídicos sem, contudo, fazer parte da estrutura fixa. Já o papel da Secretaria Executiva foi instituído como forma de garantir suporte técnico-administrativo às atividades do Conselho.

4.2 O Histórico do Conselho Nacional de Saúde e do Sistema Único de Saúde

As primeiras medidas de saúde pública no Brasil visavam ao processo curativo e à manutenção da saúde do trabalhador, como forma de evitar que um choque econômico ocorresse por falta de mão-de-obra. Em 1941 foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde, que abriu as portas para o início de uma nova ótica nas políticas de saúde, com a criação de diversos programas de controle e prevenção de doenças. Quase quatro décadas depois, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) organiza no Cazaquistão, na antiga União Soviética, uma grande Conferência Internacional de Saúde, onde seria enunciada a conhecida Declaração de Alma-Ata, programa de atenção primária seletiva voltada à população menos favorecida, com tecnologia simples e barata.

Esta declaração estimulou o Brasil a dar início ao debate de uma verdadeira reforma sanitária e de futura construção do SUS. A ideia foi fundamentada em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde, que resultou na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária, mediante a apresentação do processo saúde como direito do cidadão, dever do Estado (KALUME et al., 2004, p.7).

Prova disto é que, como consequência, o movimento incorpora estes princípios ao texto da Constituição de 1988, bem como determina a responsabilidade do Estado na provisão de ações e serviços necessários à garantia do acesso à saúde e passa, como lembra a autora, a “garantir o acesso universal, a integralidade do atendimento e a equidade frente às escolhas, tendo como objetivo compensar ou superar desigualdades existentes consideradas socialmente injustas e evitáveis, buscando o equilíbrio das diferenças” (KALUME et al., 2004, p.7).

Na década de 1990, a lei 8.080 e a 8.142, denominadas “Lei Orgânica da Saúde”, regulamentaram o SUS garantindo uma base de sustentação para seu desenvolvimento e seu fortalecimento, especificando que ações e serviços de saúde que integram o SUS obedecem aos princípios da Constituição Federal, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Ao consagrar seus princípios e diretrizes com referência aos direitos da população à saúde, a Constituição de 1988 previu o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social em suas disposições transitórias, além dos orçamentos fiscais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O descumprimento deste eixo norteador, desde então, gerou, por um lado, o desfinanciamento desta política pública de cidadania e, por outro, a resistência do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na discussão e na aprovação, a cada ano, dos orçamentos da União. Este movimento participou das discussões do Projeto de Lei da Emenda Constitucional-29 (que determina a vinculação constitucional de recursos à saúde), cuja aprovação ainda hoje está em tramitação na Câmara Federal. O projeto garante o compromisso da União com a saúde em 10% da Receita Corrente Bruta.

Mas não foi apenas com a questão orçamentária que o SUS sofreu pressões e se desvirtuou de uma de suas diretrizes básicas: a participação dos cidadãos. A eleição do então presidente da República, Fernando Collor de Melo (1990-1992), significou a implantação de um governo não comprometido com políticas públicas de caráter universalista e, ainda, de um governo cuja prioridade dizia respeito à privatização do Estado e à liberalização da economia. Como descrevem os autores Fabíola Zioni e Eurivaldo Sampaio de Almeida:

Atores políticos pressionaram as lideranças partidárias, garantindo que a Lei nº 8.142, de 28/12/1990, recuperasse pontos principais da proposta, como a participação social por meio de Conselhos e Conferências com recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde), repasses automáticos e condições para que os municípios e estados pudessem receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários (ROCHA, 2008, p. 111).

Ao longo da crise do governo Fernando Collor, durante o processo de *impeachment*, as relações de poder são alteradas no campo das políticas sociais e de saúde. Prova disto foi a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, que tratou do tema da municipalização da saúde e contou com intensa participação social. Essa

conferência acabou por se constituir como um dos atores do movimento pela saída de Collor e a abertura para, no governo seguinte (Itamar Franco, 1992 -1993) permitir a retomada do processo de implantação do SUS. Fabíola Zioni e Eurivaldo Sampaio de Almeida explicam que, preocupada em garantir a implantação do SUS e do processo de descentralização, a norma NOB/SUS 01/93 cria um sistema de “diferentes níveis de responsabilidade por parte dos municípios e estados; estabelece, ainda, como fórum permanente de negociação e deliberação, as Comissões Tripartite e Bipartite” (ROCHA, 2008, p. 111).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) significou uma ruptura com o caráter das políticas sociais autofinanciadas de períodos anteriores, como foram o Sistema Financeiro de Habitação, o saneamento básico e a atenção médica. Essa ruptura só foi possível graças à intensa mobilização dos atores sociais na área da saúde, que souberam elaborar uma crítica e propor uma nova orientação sobre o setor para outras instâncias da sociedade, conseguindo um nível significativo de transformações de caráter legal, administrativo e de assistência (ROCHA, 2008, p. 111).

Num período de quatro anos essa NOB contribuiu para que os municípios habilitassem seu aparato institucional e assumissem suas responsabilidades em termos de saúde, o que acarretou a necessidade da edição de outras normas que acompanhassem essa evolução. Foi em 1996 que a NOB/SUS 01/96 estabeleceu duas novas condições de gestão municipal e de gestão estadual. Essa norma define também os papéis básicos do Ministério da Saúde com relação à gestão nacional e ao incentivo a estados e municípios que iniciem ações neste sentido.

Em 2001 se editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS/01/2001, que ampliou as responsabilidades do município quanto à atenção básica e definiu bases de execução deste processo. Um ano depois, a normalização da saúde passou a ser feita por meio do Pacto pela Saúde, definido como um conjunto de reformas necessárias ao SUS que deve ser pactuado por União, Estado e Município, como forma de promover inovações em processos e instrumentos de gestão. A realidade local de cada estado e município passou a ser definitiva no que diz respeito às responsabilidades de cada setor. O pacto se dá através da adesão do Município, Estado e União ao Termo de Compromisso e Gestão que substitui formas e funções definidas anteriormente pelas normas operacionais. Esse termo é fundamental na definição de papéis e responsabilidades de cada ente da União que são periodicamente renovados.

As prioridades que, atualmente, são reconhecidas através do pacto, em nível nacional, são: redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças emergentes e endemias, redução da mortalidade por câncer de colo, de útero e de mama. O repasse de recursos para o sistema se dá, desde então, pela transferência do nível federal para cinco blocos de financiamento: atenção básica, média e alta complexidade da atenção médica, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS (ROCHA, 2008, p. 112).

4.3 O controle social e a formação do SUS

De acordo com o entendimento de política pública proposto nesta tese, uma relação democrática e equilibrada entre Estado e sociedade civil está intimamente ligada ao maior ou menor grau de participação dos diferentes grupos sociais na definição de prioridades, elaboração e implementação de políticas. A esfera pública constitui-se num campo onde diferentes atores e movimentos disputam a orientação da sociedade. Os que conseguem estabelecer uma proposta alinhada ao conjunto social são os capazes de provocar transformações sociais (TOURAINÉ *apud* ROCHA, 2008, p. 112).

As distintas reflexões sobre a elaboração do SUS como política pública e o processo de ganhos e perdas políticas unem-se no sentido de reconhecer a participação popular como um dos principais elementos desta trama, ainda que existam divergências quanto à importância efetiva do processo. Os parlamentares entenderam como controle social as formas pelas quais a população poderia exercer papel decisório e de fiscalização na elaboração de políticas de saúde.

Na prática, o controle social é exercido por meio das Conferências de Saúde nacionais, municipais e estaduais e pelos Conselhos de Saúde, que também existem por níveis da Federação. De dois em dois anos são realizadas as conferências de saúde (nos níveis municipais e estaduais) e ao final desse processo ocorre a Conferência Nacional. Estas instâncias funcionam como controladoras das políticas existentes e palco de discussão para formulação de novas diretrizes. Quando aceitas, estas políticas passam a ter força de lei e devem ser imediatamente aplicadas. O espaço das conferências também se destina à eleição dos conselheiros nacionais, estaduais e municipais. Cada candidato deve ser membro de entidades inscritas nas conferências; essas entidades, por sua vez, devem ter existência legal. Cada Conselho deve ter um regimento interno, e o

município que não realizar essas conferências e que não tiver um conselho fica impedido de receber financiamento federal.

Após a exposição desta estrutura, podemos refletir sobre o processo de participação na esfera pública e o entendimento da democracia. Ou seja, a existência de canais de participação da população nessas instâncias passa pela discussão e pela compreensão das formas participativas da democracia. É justamente este espaço de participação que recebe o nome de “controle social”.

Segundo Barros (1992) *apud* Rocha (2008), o controle social pode ser entendido como a “capacidade que a sociedade tem de influir sobre a gestão pública com o objetivo de banir as práticas fisiológicas e clientelistas que conduziram à privatização da ação estatal no Brasil”. Pode-se deduzir que as relações entre Estado e sociedade obrigatoriamente passam, ou deveriam passar, pelo estabelecimento de canais democráticos de participação social. Quando levada para o campo da ciência política, a participação pode ser definida por instrumentos que vão desde o voto, dentro da democracia participativa, até a noção de participação como processo. Quando trazido para a área de saúde pública, inúmeras são as publicações que explicam e integram a participação na tomada de decisões dentro do setor. No entanto, inúmeros são também os problemas causados pela capacidade limitada do cidadão no processo de tomada de decisão, assim como de sua representatividade em relação à formulação de políticas públicas como um todo. Sobre isto, Fabíola Zioni e Eurivaldo Sampaio de Almeida, in “Políticas Públicas e Sistemas de Saúde: a Reforma Sanitária e o SUS” afirmam que “a participação política, real, entendida como acesso ao processo de tomada de decisões e de formulação de mudanças culturais, ainda se constitui como objeto a ser perseguido e problematizado” (ALMEIDA, 2008, p. 114).

Os autores citam uma pesquisa realizada²¹ junto a membros do Conselho Municipal de Saúde de um município de São Paulo, com cerca de 130 mil habitantes, que confirmam esta análise. A pesquisa identificou a análise dos conselheiros sobre a ação dos conselhos e entre representantes da população sobre como se dá a dinâmica dos movimentos sociais. Foram realizadas entrevistas individuais e em grupo durante todo o ano de 2005, que demonstraram: “Todas as falas foram unânimes em qualificar a participação social como um processo extremamente positivo para a gestão pública” (ZIONI *et al.*, 2008, p. 114). Entretanto, os Conselhos de Saúde apresentariam as

²¹ ROCHA, A. A.; CESAR, C.L.G. (Ed.), 2008, p. 114.

seguintes limitações: a baixa representatividade e o entendimento sobre o setor seriam marcados hegemonicamente por um modelo “médico” que ignoraria aspectos importantes de promoção da saúde, bem como a resolução e o atendimento de problemas.

Sobre o tema, os autores ressaltam que algumas hipóteses podem ser levantadas em função do nível de participação popular nos mecanismos de controle social. São elas:

- (...) de maneira geral, a população, além de desconhecer esses mecanismos de participação, tem sobre a vida associativa e política, uma visão extremamente negativa. Mesmo entre os conselheiros, a participação é apresentada como uma tarefa pesada, que exige perda de tempo e sacrifícios pessoais;
- o movimento pela Reforma Sanitária, apesar de sua importância para uma transição democrática nos anos 1980, não pode ser considerado como um movimento social, de acordo com a concepção de Touraine (2005) sobre o tema (ROCHA et al., 2008, p. 115).

A pesquisa mostra que a Reforma Sanitária significou um movimento reivindicatório e político que não teria contribuído para uma mudança significativa na orientação cultural da sociedade. Seus avanços são discutíveis do ponto de vista da mudança social, apenas apresentando resultados nos aspectos legais e administrativos da gestão federal. No entanto, podemos inferir uma série de tensões nas instâncias que compõem o Conselho Nacional de Saúde e que acabam sendo bastante evidenciadas na pesquisa citada. A tensão entre o sistema público e o privado é uma delas. Somado a isso, o CNS, espelhando a lastimável e escandalosa desigualdade da sociedade brasileira, coloca os diferentes segmentos – gestores, funcionários e usuários – em posições antagônicas. De acordo com estes últimos, a participação é entendida como forma de reivindicação e fiscalização de direitos, historicamente entendida como comprometimento ou recusa. Para os técnicos, a tomada de decisão compartilhada com os usuários é problemática. Mais do que um espaço de diálogo, tem-se um palco de desentendimentos e conflitos não assumidos.

Por fim, os pesquisadores puderam concluir que para todos os segmentos entrevistados, a participação colocou-se como um componente do sistema de saúde. Se para técnicos e gestores ela é um recurso da administração estatal ou um princípio ético e constitutivo do SUS, para os usuários aparece como um canal pouco acessível de

encaminhamento de problemas e tomada de soluções. – Mas como podemos caracterizar este espaço público?

No Brasil, a experiência dos conselhos e movimentos de saúde pode ser entendida dentro dessa interpretação. Nestas instâncias de discussão foram criadas propostas mais próximas do cotidiano e da vida do cidadão: humanização do atendimento, reprodução assistida, saúde de minorias, equidade. Na prática, a elaboração e a implantação do SUS significaram uma ruptura com o caráter das políticas sociais autofinanciadas de períodos anteriores, como foram os antigos programas de atenção médica, saneamento básico e Sistema Financeiro de Habitação.

Dentro deste contexto é possível destacar, no pensamento defendido nesta tese, que a Reforma Sanitária conseguiu uma nova orientação nos parâmetros de atendimento e assistência à saúde. Foi possível a criação do SUS, a responsabilização do poder público por atos e ações referentes à saúde pública, estabelecimento da saúde como direito universal do cidadão. Somada a todos esses fatores inclui-se a elaboração de um conceito ampliado pelo qual o entendimento das políticas públicas em saúde passa por condicionantes culturais, sociais, econômicas e ambientais. Além do mais, o acesso aos serviços de promoção, proteção e constituem acima de tudo um direito universal do cidadão.

4.4 As Conferências de Saúde

As Conferências de Saúde, criadas em 1937, no então governo Getúlio Vargas, apresentam uma longa história no que tange à democratização da saúde pública no Brasil. Primeiro surgiram as conferências nacionais de educação e de saúde, instituídas pela Lei n.º 378, de 13/1/1937, como forma de o governo federal articular-se e conhecer as ações desenvolvidas nos estados. À época eram espaços estritamente intergovernamentais de que participavam autoridades do Ministério da Educação e Saúde e autoridades de alguns setores estaduais. Com reuniões agendadas para ocorrerem de dois em dois anos, foram convocadas apenas quatro anos depois de sua criação, em 1941, ano de estreia da primeira reunião, que marcou a participação do ministro Gustavo Capanema.

Até sua 13.^a edição, ocorrida em 2007, com o ministro José Gomes Temporão, foram realizadas reuniões com 10 diferentes presidentes da República e 11 ministros de

Estado da Saúde. Abaixo um quadro explicativo sobre realização, período e presidente responsável por cada Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil até hoje.

CONFERÊNCIA	DATA	MINISTRO DA SAÚDE	PRESIDENTE DA REPÚBLICA
1ª	06/1941	Gustavo Capanema	Getúlio Vargas
2ª *	12/1950 **	Pedro Calmon M. de Bittencourt***1	Eurico Gaspar Dutra
3ª	06/1963	Wilson Fadul	João Belchior Goulart
4ª	08-09/1967	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Arthur da Costa e Silva
5ª	08/1975	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
6ª	08/1977	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
7ª	03/1980	Waldyr Mendes Arcoverde	João Batista Figueiredo
8ª	03/1986	Roberto Figueira Santos	José Sarney
9ª	08/1922	Adib Domingos Jatene	Fernando Collor de Mello
10ª	09/1996	Adib Domingos Jatene	Fernando Henrique Cardoso
11ª	12/2000	José Serra	Fernando Henrique Cardoso
12ª	12/2003	Humberto Sérgio Costa Lima	Luís Inácio Lula da Silva
13ª	11/2007	José Gomes Temporão	Luís Inácio Lula da Silva

Quadro 18: Quadro explicativo sobre realização, período e presidente responsável por cada Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil

Fonte: Segundo o Ministério da Saúde, não há registros formais da 2.ª CNS, não havendo relatório dela. Disponível em: [HTTP://portal.saude.gov.br/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1118](http://portal.saude.gov.br/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1118). (Acesso em: 14 jan. 2008)

** Fonte: Lima e Pinto (2003, p. 1049).

*** Fonte: Disponível em [HTTP://www.duplipensar.net/dossies/historia-das-eleicoes/presidente-gaspar-dutra.html](http://www.duplipensar.net/dossies/historia-das-eleicoes/presidente-gaspar-dutra.html).

4.4.1 Breve histórico

O decreto da convocação da 1.ª Conferência Nacional de Saúde foi realizado em novembro de 1941, por Gustavo Capanema, então ministro da Saúde. Propunha:

(...) ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para

desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1941, *apud* Conass Documenta, n.º18).

As conferências subsequentes refletiram também momentos históricos bastante distintos. Sob a administração do ministro Pedro Calmon foi realizada a 2ª Conferência, no período de 21/11 a 12/12 de 1950. Os conferencistas tinham em mente um grande objetivo: a análise dos pontos de vista dominantes entre os sanitaristas. Tal discussão pretendia construir uma melhor compreensão sobre os problemas sanitários que eram compartilhados na época entre os gestores estaduais e federais.

A 2ª Conferência tratou de temas como malária, segurança do trabalho e assistência médica a trabalhadores e gestantes. Infelizmente, não há relatório escrito sobre a 2ª Conferência, realizada em um período de grandes mudanças sociais. Neste contexto foi criado, em 1953, o Ministério da Saúde. A iniciativa pretendia separar dois assuntos que até então tinham tratamento conjunto: saúde e educação. Era um aspecto superior ao de tentar resolver os problemas sanitários que o país enfrentava, e que não eram poucos.

A aprovação da Lei n.º 2.312, de 3/9/1954, constitui também um ponto importante a ser discutido, já que ela é um dos responsáveis pela instituição do Código Nacional de Saúde. Com o nome de “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde”, a lei foi a primeira tentativa de organização de um sistema verdadeiramente nacional.

Em 1963, passados exatos 13 anos da realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde, o presidente João Goulart convoca a 3ª Conferência. Estabelece que os dirigentes dos estados poderiam “fazer-se acompanhar de assessores técnicos em todos os trabalhos” (SAÚDE, 1963, *apud* Conass, 2009, p. 13). Seu tema girava em torno de uma nova orientação sobre a questão da análise da situação sanitária e à reorganização de todo o sistema de saúde, com propostas de reorganização e redefinição dos papéis das esferas governamentais. O golpe militar de 1964, no entanto, inviabilizou a implementação de tais medidas. Seu tema viria a ser debatido apenas em meados dos anos 1970, pelos movimentos sociais que eclodiam na época.

A 4ª Conferência foi realizada em 1967 e retomou o caráter de espaço de debate técnico, com a participação de especialistas e autoridades do Ministério da Saúde e do

Ministério da Previdência Social e Assistência Social. A 4.^a Conferência debateu o tema “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”.

Sua sucessora, a 5.^a Conferência, aconteceu sete anos depois, durante o governo de Ernesto Geisel. Foi convocada por meio do Decreto n.º 52.301, de 27/07/63, e presidida pelo ministro da Saúde, Paulo Almeida Machado. Sua temática dedicou-se a discutir: a implementação da Lei n.º 6.229/75, que havia sido aprovada em julho do mesmo ano e criava o Sistema Nacional de Saúde e o sistema de assistência médica previdenciário; a implementação do programa de Saúde Materno-Infantil; o Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais; a implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

A 6.^a Conferência foi realizada dois anos depois da 5.^a Conferência. O ano era 1977 e houve discussões que giravam em torno da avaliação e da análise de estratégias de implantação de programas governamentais tais como a situação atual do controle de endemias, a operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal e o Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde, conhecida sob a sigla Piass.

A 7.^a Conferência foi convocada pelo Decreto n.º 84.106, datado de 2/9/79, mas apenas aconteceu em 1980, no governo de João Batista Figueiredo. A maioria dos representantes era de órgãos públicos, e o tema tratava sobre “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Os debates tentaram uma articulação que levasse à implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que iria propor a reestruturação e a ampliação dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos. O discurso do presidente Figueiredo na abertura da Conferência continha a afirmação seguinte e se apropriava do debate em curso:

Meu governo considera o direito à saúde um corolário do direito à vida. O dever do Estado de prover as populações como meios adequados à promoção da saúde e à prevenção da doença – antes que à reabilitação do doente – corresponde, com igual conspicuidade, àquele direito (BRASIL, 1980, p. 15, *apud* Conass Documenta, 2009, p. 18).

O relatório da conferência faz menção ainda ao fato de que:

(...) os participantes estiveram de acordo com que a população brasileira, destinatário das ações do programa (de extensão de cobertura) ainda não participa de seu processo decisório, devendo, porém fazê-lo na medida em que for levada a se incorporar à prática

das ações ao mesmo inerentes, desse modo podendo representar fator determinante para que alcance suas finalidades (BRASIL, 1980, p. 216, *apud* Conass Documenta, 2009, p. 18).

Todas essas passagens parecem convergir para o reconhecimento de que o movimento social estava se fortalecendo nesse período, em torno de mudanças mais profundas e estruturais. A 7.^a Conferência, realizada ainda durante o regime militar, a última deste período, ainda nos moldes das anteriores, anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde. Mudanças que viriam a se concretizar no início do processo de redemocratização do país, que ocorreria nos anos seguintes. O movimento social já antecipava as mudanças e se organizava em torno dos gestores e do sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente e com uma incrível descontinuidade administrativa. O quadro abaixo mostra os temas debatidos pelas primeiras conferências, bem como sua data de realização:

CONFERÊNCIA	ANO	TEMAS
1 ^a	1941	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2 ^a	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3 ^a	1963	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4 ^a	1967	Recursos humanos para atividades de saúde.
5 ^a	1975	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais
6 ^a	1977	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde.

7 ^a	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.
----------------	------	---

Quadro 19: Temas debatidos pelas primeiras conferências

Fonte: Relatórios da 1^a à 7^a conferência

4.4.1.1 A 8.^a Conferência e o período pós-democratização

A 8.^a Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1986, e o relatório final serviu como produto para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal, intitulado “Da Saúde”. Em 1990, a Lei n.º 8.142, publicada em 28 de dezembro, instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, estes com caráter permanente e deliberativo, para atuarem na formulação de estratégias e fiscalização das políticas de saúde nas esferas municipais, estaduais e federal. No mesmo ano o Decreto 99.438 regulamentou as novas atribuições do CNS, com as quais entidades e órgãos comporiam o novo Plenário, com 30 membros (legislação alterada pelos Decretos 1.448/95 e 1.974/96).

Essa legislação alterou quatro segmentos na composição do Conselho Nacional de Saúde, em quatro diferentes instâncias: usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% foram divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço. A formação inicial proposta para o CNS, de 1990, foi fruto de longa negociação do movimento social com o Ministério da Saúde. Neste ponto se iniciou a atuação do controle social nas ações do CNS e a participação popular na tomada de decisões do órgão.

Em 1998 foi aprovada uma recomposição, que ainda não atendia a todos os anseios dos membros do CNS, mas ampliava significativamente a participação dos trabalhadores de saúde. O plenário do Conselho Nacional de Saúde, na 136.^a reunião ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, aprovou uma resolução com diretrizes para a criação, a reformulação, a estruturação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde. Três anos depois, uma nova estrutura entraria em vigor quando foi publicado o Decreto Presidencial n.º 5.839/2006. Desde então, o CNS passou a contar com 48 conselheiros titulares (representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários).

4.5 Participação social nos conselhos

A participação social é formada principalmente por conferências e conselhos de saúde, responsáveis pela constituição do estabelecimento de um marco legal formador desta questão. Sua criação remonta a meados de 1930. No entanto, apenas a partir da Constituição Federal de 1988, essas instâncias assumem caráter de espaço público. No período anterior, as conferências eram espaços de articulação intergovernamental, com participação restrita a gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado.

O Conselho Nacional de Saúde, instituído pela Lei n.º 378, de 13/01/1937, se ocupava apenas de assuntos internos do Ministério da Saúde. A partir de 1962 passou a ser órgão consultivo, destinado a “assistir o ministro de Estado da saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta” (Decreto n.º 847, 05/04/1962 *apud* Conass Documenta, p. 30, 2009). Em 1970, o Conselho passa a:

(...) examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação (Decreto n.º 67.300, 30/09/1970 *apud* Conass Documenta, p. 30, 2009).

O número de membros também variou bastante ao longo do período (entre 13 e 27). Até 1990, os participantes eram livremente indicados pelo ministro. A regulamentação dos dispositivos constitucionais de 1988, com a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, mudou radicalmente a configuração dessas instâncias. A Lei n.º 8080/1990 estabelece em seu artigo 7.º, inciso VIII, a participação da comunidade como princípio estruturante do SUS. No artigo 12 determina a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao CNS, com o objetivo de articular políticas públicas relevantes para a saúde. “Mas é na Lei n.º 8142/1990, que dispõe sobre a participação social no SUS, que são definidas as instâncias colegiadas nas quais a participação se realizará em todas as esferas de gestão do sistema: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde” (Conass Documenta, p. 30, 2009).

Os Conselhos de Saúde passam a atuar como instâncias permanentes e de caráter deliberativo em todos os níveis de gestão do sistema. Além desta definição, fica estabelecido que as decisões do Conselho devem ser homologas pelo chefe de poder

legalmente constituído em cada esfera de governo. A composição dos Conselhos também é estabelecida por meio de lei.

Representantes do governo, e prestadores de serviço, de profissionais de saúde e de usuários, devendo estes últimos terem assegurada em lei a presença de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) entre os membros do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1990^a, art. 1º, § 3º *apud* Conass Documenta, p. 31, 2009).

A partir de 1992, o Conselho passou a orientar a constituição e a estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, recomendando que a escolha dos representantes fosse realizada pelos próprios segmentos; que a composição deveria ser de 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço. A partir disto, a realização de conferências nas instâncias subnacionais se expande rapidamente. Sobre isto Cortes, 2002, p. 36 *apud* Conass Documenta, p. 31, 2009 aponta um novo papel institucional de conselhos e conferências, além de uma limitação sobre sua influência entre as políticas de saúde.

Em primeiro lugar, nos conselhos e durante as conferências de saúde, articulavam-se as forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de reforma do sistema. Em segundo lugar, à medida que o processo de municipalização se consolidava, eles passaram a ser o locus onde os representantes dos usuários – marcadamente dos moradores das regiões mais pobres das cidades – apresentavam suas demandas aos gestores públicos. A mediação entre projetos conflitantes para o setor parece estar ocorrendo, preferencialmente, nos gabinetes dos gestores públicos de saúde (CORTES, 2002, p. 36 *apud* Conass Documenta, p. 31, 2009).

Cabe ressaltar alguns fatores. Apesar de constar na legislação e em documentos técnicos o termo “participação da comunidade”, a literatura sobre o tema costuma citar formas como “controle social” e “participação social”. Dentro desta problemática, nota-se que o próprio Conselho Nacional de Saúde utiliza o termo “controle social”. O órgão realiza seminários, congressos e documenta o termo em todas as suas instâncias.

4.6 O processo de descentralização e os reflexos na estrutura do SUS

O processo de democratização da sociedade brasileira, que culminou com a promulgação da Constituição de 1988, acarretou profundas mudanças na organização

estatal, como por exemplo a descentralização de recursos. A administração municipal ganhou autonomia para gerir e executar as políticas sociais desenhadas pelo governo federal. O rompimento com o modelo altamente centralizado de administração que caracterizou o período da ditadura militar no Brasil significou também a ruptura com o padrão de política social vigente até aquele momento histórico, quando a incorporação das demandas sociais se dava de forma estratificada e excludente. (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007, p. 111)

A descentralização, tal como se constitui atualmente, toma a forma de delegação de responsabilidades do governo central para estados e municípios. Pode-se compreender a nova forma de organização como uma reação à concentração de poderes do governo central. O ponto principal dessa mudança para a gestão pública foi a transferência de poderes a estados e municípios, incluindo a responsabilidade em todos os serviços sociais, exceto a seguridade social. Previa-se que com esse desenho de organização os serviços oferecidos pelos governos se tornariam mais adequados à população local, já que as instâncias subnacionais (estados e municípios) teriam o poder na administração de suas demandas (PEREIRA, 2009, pag. 244)

A descentralização pode ser vista como a estratégia clássica adotada pelas organizações que começam a crescer, especialmente quando se distribuem em um vasto território. Tendo em vista essa perspectiva, a reforma da gestão pública envolve uma mudança de atitudes, de forma global, para a administração do Estado. Resulta não apenas em retirar o poder decisório das mãos do governo federal, mas em delegar poderes para os municípios e estados, fator que representa claramente a dimensão política da descentralização e representa a adoção de uma perspectiva de governança descentralizada. Na prática, é mais do que simplesmente uma delegação temporária de poderes, é a transferência legal de receitas e responsabilidades aos níveis subnacionais, no caso do Brasil, a estados e municípios.

O processo de descentralização, quando democrático, envolve duas características que devem caminhar lado a lado: gestão pública e estratégia política. A formação desse contexto ocorre, tecnicamente, de forma vertical e em um sentido ascendente. A gestão pública nem sempre é executada de forma democrática e se destina a aumentar o controle do administrador sobre os resultados. Representa uma estratégia para a ampliação da capacidade dos governos centrais de atingir os objetivos propostos. Gary Miller *apud* Pereira (2009). A estratégia política, que é a delegação de poderes políticos a todos os entes envolvidos no processo, é uma resposta a demandas

por maior autonomia local ou regional, o que geralmente provoca conflitos entre os administradores do governo central, os regionais e os locais. A delegação de poderes é uma decisão política ligada diretamente a consequências gerenciais.

A lógica por trás da delegação de poderes é aquela que influencia a gestão pública em diversos setores, como nas atividades sociais, na educação básica, na saúde, na assistência social e na segurança. Essa gestão pode ser mais responsável perante os cidadãos se for realizada de modo descentralizado e em nível local; no máximo, regionalmente. A transparência tende a ser provável quando, no âmbito local, as informações são divulgadas.

Na contramão deste pensamento existe uma corrente em defesa da centralização. A argumentação em defesa da centralização afirma que os governos locais não estão preparados para gerir os recursos de forma adequada. Por isso, se dedicariam ao nepotismo e ao clientelismo. Esta visão não leva em conta o fato de que o controle social exista, e que o poder não é transferido apenas para as administrações locais, mas também para o cidadão.

Outra consequência desta corrente de pensamento é o fato de o poder local ser submetido ao exercício do poder oligárquico pela elite local. Isto ocorre quando as democracias têm sua origem no Estado e não na comunidade. Desta forma, o caminho em direção à consolidação da descentralização tende a ser longo e difícil. A elite esclarecida, que alega falar em nome da democracia, está tão distante do povo que ignora as necessidades e os direitos desse mesmo povo. Somente quando os cidadãos, localmente e nacionalmente, conseguem atingir um mínimo de igualdade em relação às elites, é que a democracia pode tornar-se real. A delegação política e a descentralização administrativa são sinais de que esse processo democrático está em andamento, reforçando, portanto, o controle social.

Assim, a descentralização devolve ao cidadão a confiança em seus governos por meio de atribuições de poderes que possibilitem o controle social e a participação nas decisões tomadas em âmbito local. Apesar da visão otimista, na descentralização é necessário levar em conta um aspecto importante: para que ela se faça legítima, não pode ser apenas uma estratégia administrativa, sem considerar a delegação de poderes. A delegação de poderes é um meio dos cidadãos menos favorecidos e com menor grau de instrução expressarem, dentro da esfera de atuação local, seus direitos como cidadão.

Podemos afirmar que a descentralização torna-se um importante instrumento para as instituições quando nos referimos a uma nova forma de organização, como por

exemplo uma organização em rede, onde o controle mais efetivo por parte dos cidadãos é um ganho a ser levado em conta. Na prática, as redes de gestão e as relações interorganizacionais tornam-se mais flexíveis e democráticas, permitindo maior interação entre usuário e governante, cidadão e gestor proponente de políticas públicas.

4.7 A estrutura de gestão do SUS e seu funcionamento entre as esferas nacional, estadual e municipal

As transformações ocorridas no sistema de saúde a partir da Constituição Federal de 1988 abriram novas possibilidades para a introdução de novos atores e instâncias no processo de gestão do SUS. No novo cenário inaugurado, algumas ações se destacaram. As relações interorganizacionais foram ampliadas no campo das políticas de saúde e outras políticas sociais, novas formas de articulação entre as instâncias governamentais e instrumentos de participação social foram criados para melhor atender ao usuário; os sistemas municipais e os estaduais de saúde foram reformulados; estabeleceram-se estruturas decisórias advindas do Estado, da sociedade civil e do mercado.

Para dar cabo a todas as transformações foi necessária a organização de três dimensões fundamentais: a institucional, a legal e a de gestão. A primeira baseou-se na formalização da estrutura de gestão e no funcionamento entre as esferas que fazem parte do SUS. A dimensão institucional pode ser compreendida como o modelo de gestão, que assumiu um formato descentralizado e integrado, compondo um arranjo diferenciado que possibilitou a combinação de esferas e atores, teoricamente, autônomos e independentes. Têm-se, então, como principais características apresentadas no projeto político setorial a formulação da política, os mecanismos de participação e de controle social e as formas de cogestão relacionadas diretamente às estratégias de descentralização. Tais características mantidas no projeto foram resultado de lutas sociais, o que se refletiu na principal preocupação para a formulação da estrutura atual.

A segunda fundamentou-se no critério legal e se referiu à criação de um conjunto de normas para regular a constituição dos sistemas dentro dos mais variados aspectos. Esta segunda dimensão definiu responsabilidades de cada esfera governamental (federal, estadual e municipal), definindo os níveis de recursos e valores de serviços prestados à população.

Dentro dos critérios legais, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), formada pelas leis n.º 8080/90 e n.º 8142/90, levou à criação de uma rede intergovernamental de gestão da política sanitária, ao definir critérios para transferências de recursos financeiros e pré-requisitos para o seu recebimento. Essas leis explicitam as funções de cada ente da Federação, definem a estrutura do sistema, apresentam as características gerais de funcionamento, descrevem os atores envolvidos, suas instâncias deliberativas e de controle social, formados pelas Conferências e pelos Conselhos.

Além das leis estruturantes citadas, houve a necessidade da criação de Normas Operacionais Básicas (NOBs), responsáveis pelo estabelecimento de diretrizes técnicas, durante um período, que apoiassem o processo da descentralização. Após algum tempo, as NOBs foram substituídas por outras normas e decretos. Mas de forma geral, as NOBs n.º 91, n.º 93 e n.º 96 contribuíram para o avanço da descentralização, criando novas instâncias de gestão e fixando normas de controle e avaliação.

A terceira compreende a dimensão da gestão da estrutura e formulação de políticas públicas para a saúde no Brasil. É necessário esclarecer que a estratégia de adoção de tal modelo foi gradual e flexível. Estados e municípios contaram com o apoio do governo federal, que seguiu captando recursos financeiros e repassando aos níveis subnacionais, desde que tais entes aderissem a tal condição e se responsabilizassem pela rede de profissionais, serviços e, principalmente, cumprissem as exigências necessárias à implantação do SUS, como demonstra o quadro abaixo.

Níveis de governo	Estabelecimento de consenso e instrumentos administrativos	Autoridade sanitária	Funções	Processo de descentralização	Mecanismos de controle social	Conselhos 50% governo 50% sociedade	Mecanismos de formulação de política
Federal (eleito)	Consórcios Comissão Intergestora Bipartite Comissão Intergestora Tripartite	Ministério	<ul style="list-style-type: none"> - Fundos federais - Políticas e programas Nacionais - Programas focalizados 	Recursos Humanos Centros de saúde e hospitais Recursos financeiros	Conselho Nacional de Saúde	Conferência Nacional de Saúde	
Estadual (eleito) 26 + 1 DF		Secretaria de Estado	<ul style="list-style-type: none"> - Fundos estaduais - Coordenação do sistema regional - Serviços de Referência 				Níveis de autonomia A - Administração do sistema local de saúde B - Administração do programa de atenção básica à saúde
Municipal (eleito) 5.507		Secretaria Municipal	<ul style="list-style-type: none"> - Fundos municipais - Coordenação do sistema municipal - Gestão da rede de provisão de serviços 	Conselho Municipal de Saúde	Conferência Municipal de Saúde		

Figura 24: Quadro explicativo sobre a atual estrutura de formação do Sistema Único de Saúde

Fonte: Adaptado de (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007)

Encontram-se na estrutura exemplificada na figura 24 algumas inovações em relação à cogestão em saúde, como a criação de instâncias de pactuação entre esferas governamentais quanto à distribuição de recursos, à definição e à execução de políticas. Para isso foram criadas as comissões bipartite (entre estados e municípios) e a Comissão Intergestora tripartite (entre União, estados e municípios). A composição dessas comissões também é paritária e delas participam integrantes dos Conselhos. Entre suas funções estão a fiscalização do funcionamento de planos e fundos de saúde, dos conselhos de saúde e a aprovação dos relatórios de gestão. Nessas instâncias também se negociam as prioridades das políticas a serem adotadas, o investimento e o quantitativo de recursos destinados às transferências para as políticas de saúde. Discutem-se ainda novas estratégias de descentralização e as possibilidades de instrumentos de planejamento e gestão compartilhada.

Nesse âmbito se precisa destacar que não é exatamente o Conselho Nacional de Saúde que determina e formula políticas públicas, tampouco a utilização de recursos e insumos. Existem diversos agentes atuando no processo, como o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Institucionalmente se pode afirmar

categoricamente que os Conselhos funcionam como instâncias deliberativas, responsáveis apenas pela tomada de algumas decisões. O funcionamento e a execução das políticas públicas, assim como a definição de prioridades e a aprovação do orçamento, ficam ao encargo do Ministério da Saúde.

Podem-se visualizar as competências dos três níveis de governo e como funcionam de maneira paritária, dentro do organograma da saúde pública no Brasil. Todas participam da definição de normas, estratégias, financiamento da gestão do sistema e da prestação dos serviços. Neste contexto, o governo federal é o responsável pelo desenvolvimento das políticas nacionais, pela regulação público/privado e pelas atividades do setor privado, além da provisão de assistência técnica e financeira a estados e municípios e a manutenção de serviços de alta complexidade que servem como referência para a rede nacional. Os estados, por sua vez, controlam a rede de serviços de cada região e prestam assistência técnica e financeira aos municípios. E os municípios são responsáveis pela prestação dos serviços e planejamento da rede local. Nesta estrutura, os Conselhos de Saúde participam das atribuições em seus respectivos níveis de governo e têm o importante papel de realizar o controle social no SUS.

Para legitimar este processo foi institucionalizado pela Lei n.º 8.142 um mecanismo de convocação, a cada quatro anos, da Conferência Nacional de Saúde. A formulação de políticas de saúde passa, portanto, a contar com a convocação periódica das conferências de saúde, nas quais serão debatidos temas selecionados como estratégicos para a política de saúde do país.

As conferências são tecnicamente subsidiadas pelo governo federal e realizadas em direção ascendente: → municípios → estados → nível federal. É no espaço de conferências estaduais e municipais que são definidos os temas e os representantes para a conferência nacional. O fechamento do processo é marcado pela produção de um relatório final para orientar as políticas de saúde no Brasil e servir como base de atuação governamental no que diz respeito à formulação de políticas públicas.

Apesar de amplamente discutido, o relatório final da Conferência Nacional de Saúde apresenta um parco vínculo com as políticas adotadas pelo governo federal, não garantindo o cumprimento de suas deliberações. O compromisso de se manterem os processos associados às conferências, na visão de muitos estudiosos, asseguraria a legitimidade para a continuidade da reforma na saúde pública no Brasil. Esta estrutura tende a produzir impactos no processo de tomada de decisão e nas demandas no setor. Isso acontece por proporcionar maior permeabilidade aos interesses populares e

possibilitar a realização do controle social, levando os governantes a prestarem contas das suas ações. (TEIXEIRA; OUVENEY, 2007)

A partir dessas transformações, tornou-se clara a necessidade de se planejar as ações no setor da saúde por meio de um sistema articulado em que as decisões, nas esferas subnacionais, fossem consideradas como parte da formulação das estratégias nacionais. A lei 8.080/1990 estabeleceu a lógica de movimento ascendente para a elaboração dos planos de saúde. O último nível, o federal, mostrou que o planejamento para o país deveria contemplar diferentes necessidades para as regiões brasileiras e determinar o orçamento para as ações no setor de saúde.

Como forma de orientar tal planejamento, o Ministério da Saúde, em 1992 propôs, por meio do documento chamado “Proposta para o processo de planejamento em nível nacional do Sistema Único de Saúde”²² processos que formulariam as estratégias para o desenvolvimento nacional do plano de saúde. O documento sugeria a formação do Sistema Nacional de Planejamento e tinha como principais propostas a articulação entre todas as esferas de governo, a melhoria no processo de orçamento e financiamento e a estruturação de práticas de avaliação, controle e acompanhamento das políticas traçadas.

Tal documento apresentava os eixos norteadores do processo de elaboração dos planos de saúde para estados e municípios, considerando a situação organizacional da rede de atenção à saúde, a situação político-gerencial e a situação epidemiológica. Confirma-se por meio de tal ato a necessidade de atendimento às demandas municipais, pois o Plano Nacional de Saúde realizar-se-ia a partir dessas necessidades.

A vigência do Plano Nacional acompanharia o tempo de execução dos governos em cada esfera. Além disso, apresentava um roteiro que serviria de fio condutor para todos os envolvidos. De maneira geral, apresentamos na figura 25 a estrutura simplificada para a formulação de planos de saúde.

²² Brasil. Ministério da Saúde. Proposta para o processo de planejamento em nível nacional Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1992. No prelo 2007.



Figura 25: Passos para a elaboração dos planos de saúde

CAPÍTULO 5 – O PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O planejamento em saúde tem seu início sob as condições estudadas, embora tenha sido a partir da Norma Operacional Básica de 1993²³ (NOB-SUS/1993) que se estabeleceu uma nova forma de pactuação federativa. A norma fortaleceu a presença dos conselhos de saúde durante o planejamento de políticas e financiamentos para o setor. Somente receberia recursos financeiros, por meio de transferências, o município que comprovasse a existência e o funcionamento do Conselho de Saúde.

O quarto capítulo da NOB-SUS/1993 denomina-se “Das condições de gestão”. Sugere, no item referente aos requisitos necessários à manutenção do recebimento de recursos, que o município deve “dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões”.

Apesar de os documentos anteriormente citados considerarem a presença dos conselhos, do estabelecimento da gestão integrada entre os três níveis de governo, e ainda, com um processo ascendente de formulação das políticas, fazia-se preciso estabelecer outras condições que pudessem contribuir na integração de todo o processo. Foi formulada, então, a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/1996), que agrega mais informações e atribuições ao planejamento das políticas setoriais em saúde.

A finalidade da NOB-SUS/1996 era estabelecer um maior relacionamento entre os entes da Federação, viabilizando a cooperação técnica e financeira dos poderes públicos, estadual e federal. A cooperação não levava em conta somente a prestação dos serviços de saúde, mas agregava a responsabilidade pela gestão de um sistema que atendesse à integralidade, à demanda dos indivíduos pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais. A medida foi uma tentativa de aperfeiçoamento na gestão do SUS, pois reordenou o modelo de atenção à saúde, redefinindo os papéis de cada esfera de governo, os instrumentos gerenciais para que municípios e estados assumissem seus respectivos papéis de gestores do SUS e estabeleceu “os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas” (BRASIL, 1993).

²³ A NOB-SUS/1993 foi estabelecida pela Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993, que estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.
http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf.

Além dos pontos citados acima, a norma redefiniu os vínculos com a sociedade, estabelecendo condições para a melhoria da participação e do controle social, instituindo ainda a Programação Pactuada e Integrada (PPI). As PPIs são diretrizes que delimitam uma nova forma de relacionamento entre os atores da Federação. A programação pactuada se refere às ações entre gestores e é integrada porque envolve todas as esferas de governo, respeitando assim a autonomia de cada um dos agentes participativos. Nesse contexto, o município elabora sua própria programação, deve aprová-la no conselho municipal de saúde e enviar seus planos para o estado. O estado deve compatibilizar e uniformizar os planos municipais, agrupando as ações e se responsabilizando pelas negociações na Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Criada em 1993, pela Portaria SES 012/93, de 12 de junho de 1993, a Comissão Intergestora Bipartite tem como função principal a implantação e a operacionalização do SUS entre o estado e os municípios. A comissão é composta paritariamente por nove representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por nove representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde. A importância da criação das PPIs funciona como uma possibilidade de trocas entre os entes federados. Ainda que os municípios não pudessem oferecer integralmente os serviços de saúde, a pactuação serviria como instrumento de organização entre os entes, podendo haver trocas entre os serviços de saúde oferecidos.

Mesmo com a criação e os processos utilizados nas PPIs, muitos problemas persistiam. Houve a necessidade de se criarem novos mecanismos, em que os estados se destacassem como organizadores de tal processo. Os problemas encontrados eram de várias origens e tipos. Uma das principais características do sistema de pactuação até então era o baixo consenso e a pouca maturidade nos debates realizados entre o Ministério da Saúde (MS), o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização.

Aliado à falta de experiência na realização de pactuações existe o fator agravante da alta complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988. Com a descentralização, os três níveis de governo passaram a atuar como autônomos, sem vinculação hierárquica. Havia também a necessidade de se organizarem e manterem o atendimento à população levando em consideração questões território-populacionais e a área de abrangência político-administrativa, sendo papel do

município ir além de suas fronteiras, estabelecendo uma rede regionalizada e resolutive de serviços com todos os níveis de complexidade.

Na tentativa de solucionar tais problemas, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001)²⁴, que definiu o processo de regionalização da assistência à saúde. A partir da NOAS 01/2001 definiu-se que o SUS, em suas ações e serviços, deve ser integrado, participando de uma rede regionalizada e hierarquizada, na qual os entes federativos fazem parte de um mesmo sistema.

Na prática, os estados assumiram maior controle na gestão da rede, por passarem a realizar o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento organizador do processo de regionalização nos estados e no Distrito Federal. O PDR deveria ser executado de acordo com as prioridades de intervenção nas regiões e estar em consonância com os Planos Estaduais, que de certa forma consolidavam os Planos Municipais de Saúde. Dentro do PDR, os planos regionais, juntamente com os planos estaduais, deveriam ser apresentados para aprovação na Comissão Intergestora Bipartite e nos Conselhos Estaduais de Saúde. Após as aprovações, deveriam ser encaminhados ao Ministério da Saúde.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde foi aperfeiçoada em 2002, com a publicação da NOAS 01/2002, documento cujo objetivo é a organização de uma estrutura para garantir o acesso e a integralidade da população a serviços e ações de saúde. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) se consolidou e constituiu um instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões, microrregiões e módulos assistenciais. Representa, ainda, um instrumento de conformação de redes hierarquizadas de serviço e estabelece os mecanismos de fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais. Define-se, então, que é a partir do PDR que serão elaboradas as PPIs.

De acordo com essa estrutura, modifica-se o papel dos municípios, que passam a atender não só à sua localidade, mas a atuar de forma mais ampla. Os planos deverão ser elaborados para além de seu território e de sua autonomia política, perdendo de certa forma a governabilidade que rege a questão. Pode-se verificar a complexidade da estrutura do SUS não apenas pelos processos de gestão envolvidos, mas também pela própria estrutura desenhada.

²⁴ Brasil. Portaria GM no 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de Gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Para a compreensão da estrutura de regionalização cabe compreender as partes que a compõem. De acordo com uma das principais definições da NOAS 01/2002, uma região de saúde é a base territorial do planejamento da atenção à saúde. Isto não necessariamente coincide com a divisão territorial administrativa mapeada em cada estado. Define-se pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e as estratégias de regionalização em cada estado. Os aspectos definidos para este desenho deverão levar em conta características como situação demográfica, socioeconômica, geográfica, sanitária, epidemiológica, assim como a oferta de serviços e as relações entre municípios. Em alguns casos, esta caracterização pode extrapolar as fronteiras territoriais estabelecidas em cada estado, de acordo com as linhas de seu mapa.

O arranjo organizacional proposto divide as regiões de saúde em macrorregiões, regiões ou microrregiões de saúde. A macrorregião é a maior base territorial de planejamento; a microrregião, a mais importante, é a menor base territorial de planejamento regionalizado, compreendendo um ou mais módulos assistenciais.

O módulo assistencial é constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, estabelecido em regulamentação específica e com algumas características definidas. A primeira delas diz respeito ao conjunto de municípios entre os quais existe um município-sede habilitado para realizar a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), que tenha capacidade de ofertar todos os serviços para sua população e a outros municípios a ele vinculados. A segunda característica trata dos municípios que se encaixam na Gestão Plena do Sistema Municipal ou se encaixam na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitarem desempenhar o papel de referência para outros municípios.

Há ainda, na estrutura, o município-pólo (GPSM ou GPAB-A). De acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, este município deve servir de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção. Deve ser uma referência para atenção em procedimentos especializados de maior complexidade, atendendo à população pertencente a um conjunto de municípios que conformam micro e macrorregiões ou a população de todo o estado.

No que concerne à mobilidade e à divisão de espaços entre os municípios-sede e os municípios-pólo, devem ser considerados os aspectos relacionados às condições geográficas facilitadoras, não podendo haver barreiras de acesso à população, como o tempo de acesso aos municípios. A ordem é que haja vias de acesso e locomoção facilitada entre eles e, principalmente, que estejam próximos. A figura 26 apresenta o desenho da regionalização em saúde e os fluxos correspondentes, um exemplo gráfico de como se estabelecem as relações de trocas e prestações de serviço dentro de um plano de regionalização.

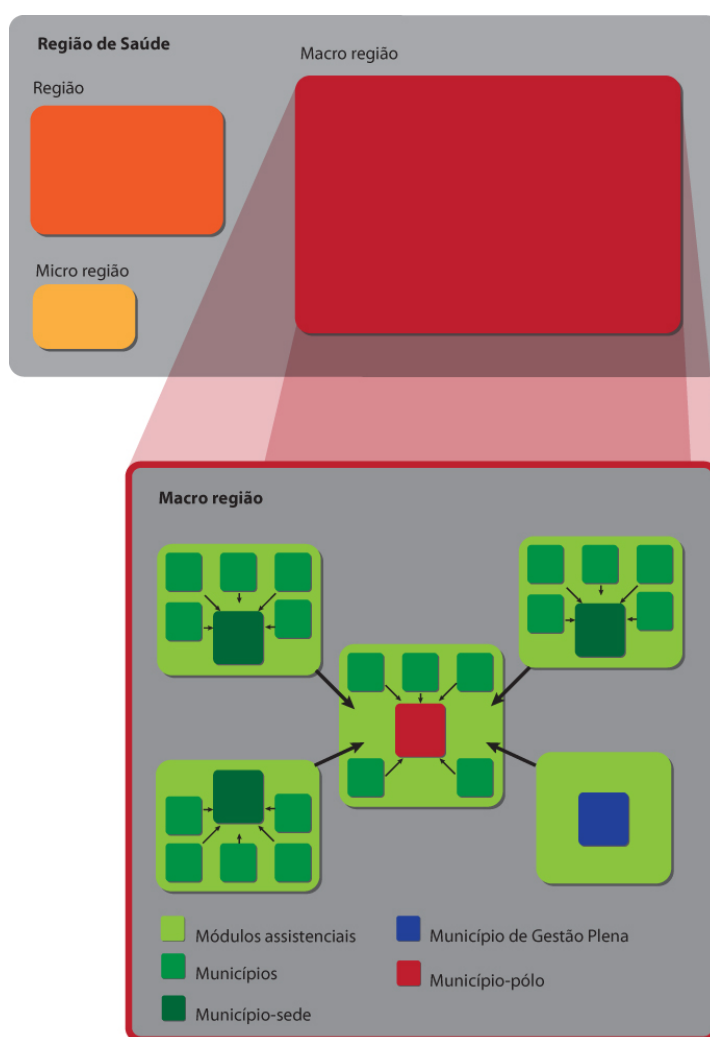


Figura 26: Demonstrativo das relações entre os entes da federação e como se dá o processo de regionalização

5.1 A criação da Agenda de Saúde

Em 2001 se criou um importante instrumento de orientação dos eixos que compõem o planejamento das políticas de saúde pública no Brasil. Sua formulação foi fundamental para o plano de regionalização e teve como função primordial realizar uma interlocução com os conselhos nos âmbitos estadual e municipal, referindo-se à Lei n.º 8142/90, que estabelece que os conselhos tenham prerrogativas na construção das estratégias das políticas de saúde.

A Agenda de Saúde foi criada por meio da Portaria GM n.º 393, de 29 de março de 2001²⁵, e regulamentada pela Portaria GM n.º 548, de 12 de abril de 2001²⁶. De acordo com as normas previstas para sua elaboração, alguns eixos prioritários podem ser destacados. Dentre se eles encontram: i) redução da mortalidade infantil e materna; ii) controle de doenças e agravos prioritários; iii) reorientação do modelo assistencial e descentralização; iv) a melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; v) o desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde e vi) a qualificação do controle social.

Desta forma, o sistema de formulação da agenda seria executado por meio de planos regionais elaborados em cada um dos 26 estados e o Distrito Federal, seguindo as diretrizes da Agenda Nacional. Depois da aprovação, que ocorreria dentro das reuniões do Conselho de Saúde, ela seria encaminhada para que os municípios elaborassem seus respectivos calendários. Tomada esta ação, os municípios teriam 30 dias para publicar suas agendas, que também deveriam ser apreciadas por seus respectivos conselhos.

Segundo a Portaria GM n.º 393, de 29 de março de 2001, no Anexo I, o processo de definição de “prioridades do nível nacional para os níveis estadual e municipal visa ao estabelecimento de um entendimento entre os gestores em torno de objetivos fundamentais para a melhoria da situação de saúde e da qualidade da atenção oferecida à população brasileira”. O documento reforça que assim seria possível compatibilizar

²⁵ Brasil. Portaria GM n.º 393, de 29 de março de 2001. Aprova a Agenda Nacional de Saúde para o ano 2001. *Diário Oficial da União*, 2001; 30 mar.

²⁶ Brasil. Portaria GM n.º 548, de 12 de abril de 2001. Aprova o documento "Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS". *Diário Oficial da União*, 2001; 16 abr.

duas questões relevantes: a direcionalidade comum da política de saúde e a flexibilidade para incorporar as especificidades dos diversos entes da Federação.

A Agenda de Saúde foi criada ainda com o intuito de repassar decisões que ocorreriam no âmbito federal aos estados e municípios. Este processo, no entanto, deveria ser anteriormente homologado pela Comissão Intergestora Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde. Além disso, as agendas federal, estaduais e municipais orientariam a elaboração dos planos de saúde nos respectivos níveis de governo. Tais planos correspondem a metas e intenções para o período de quatro anos de gestão. Isso resultaria em uma orientação estratégica para a melhoria das condições de saúde da população.

Teoricamente, os planos seriam elaborados de forma ascendente, seguindo o fluxo do municipal para o federal, e seriam estabelecidos quadros de metas de cada ente da Federação. O quadro configura-se em passos e níveis de ação de atuação para as políticas de saúde. Dessa forma, os planos poderiam ser quantificáveis e passíveis de acompanhamento e controle. Os resultados obtidos poderiam servir como base para a elaboração dos futuros planos de gestão, ligando desta maneira os resultados obtidos com os recursos aplicados.

No mesmo período é instituído o Relatório de Gestão, instrumento que serve para o acompanhamento de metas, aplicação de recursos e resultados obtidos em todas as esferas. Isso se dá de forma a sistematizar e organizar os resultados obtidos, além de facilitar a prestação de contas pelos gestores. Podemos compreender melhor a estrutura e o funcionamento de execução da agenda conforme demonstra a figura a seguir:

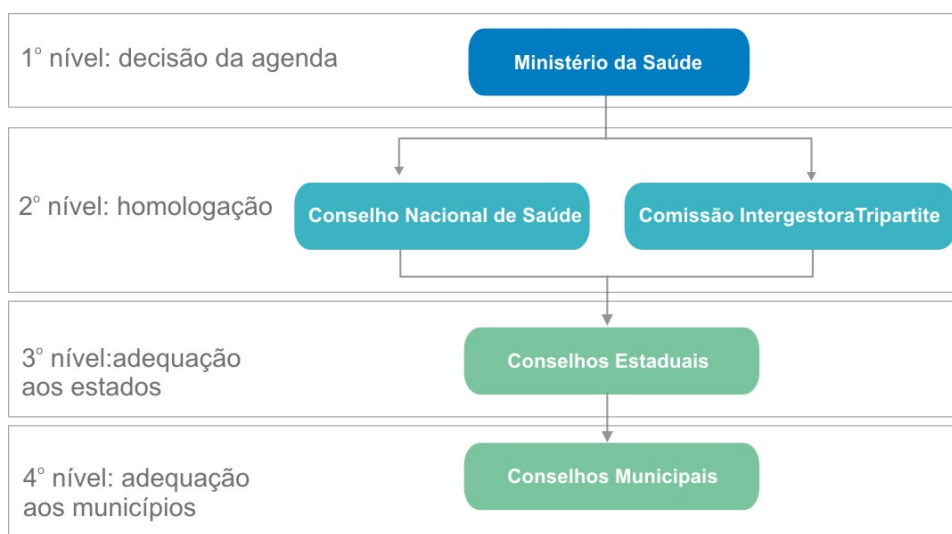


Figura 27: Níveis de decisão para a construção da Agenda de Saúde

É possível visualizar que o Ministério da Saúde dirige toda sua estratégia para a aplicação dos recursos e define as prioridades de atuação. As agendas, apesar de serem instrumentos que tentavam definir melhor as estratégias para a construção de políticas, nos permitem uma análise: eram instrumentos equivocados de ação. O fluxo de informação contido em seu interior se chocava com o movimento de descentralização e a tomada de decisão pelo poder municipal.

Na prática, isto significa que o município se torna a última instância a opinar no processo de formulação de políticas públicas em saúde no Brasil e o último no processo de construção da agenda. Assim, perdem-se algumas conquistas próprias da descentralização, como a delegação de poder a todos os entes da federação e o papel de cumprimento da gestão administrativa.

4.2 O funcionamento do planejamento da saúde atual

Contemporaneamente, a situação das agendas de saúde permanece quase a mesma. Algumas mudanças em suas características são alteradas a partir de janeiro de 2006, com a criação da Portaria GM n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006, quando o Ministério da Saúde reorganizou os instrumentos que fazem parte da gestão do Sistema Único de Saúde e criou o PlanejaSUS.

O PlanejaSUS elencou responsabilidades de cada esfera (federal, estadual e municipal) que faz parte da gestão do SUS, considerando que o desenvolvimento do processo deve inserir a necessidade da participação social e a intensificação das articulações intrassetorial e intersectorial. O PlanejaSUS apresentou ainda a necessidade da formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, que englobavam o monitoramento e a avaliação. O sistema previa a disseminação de uma cultura de planejamento que subsidiasse a tomada de decisão por parte de seus gestores e considerava o estabelecimento do controle social a partir de seus instrumentos de avaliação e monitoramento.

De acordo com a Portaria GM n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006, define-se como,

(...) Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS – a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o PlanejaSUS deve ser entendido como estratégia relevante à efetivação do SUS. Para o seu funcionamento, são claramente definidos os objetivos e as responsabilidades das áreas de planejamento de cada uma das esferas de gestão, de modo a conferir efetiva direcionalidade ao processo de planejamento que, vale reiterar, compreende o monitoramento e a avaliação. (BRASIL, 2009)

Os instrumentos básicos que fazem parte do PlanejaSUS²⁷ são: o Plano de Saúde (PS) e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Tais instrumentos devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por consequência, tanto a resolução de sua gestão quanto ações e serviços prestados à população brasileira.

Os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, levando em conta os períodos estabelecidos à sua formulação em cada esfera de gestão.

O Plano de Saúde é o instrumento escolhido para nortear em cada esfera a gestão de uma programação anual das ações em saúde, não somente para a execução dos serviços, mas também para a manutenção da sua gestão. Ele apresenta as metas e os resultados esperados no período de quatro anos. Para isso se utiliza de objetivos, diretrizes e metas como os principais pontos a serem tratados.

A elaboração do Plano de Saúde pode ser dividida em duas partes: a primeira compreende a análise situacional, e a seguinte define objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos. A análise situacional e a formulação dos objetivos e metas devem ser formuladas segundo três eixos principais: i) as condições de saúde da população; ii) determinantes e condicionantes de saúde em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (a intersectorialidade); iii) a gestão em saúde (planejamento, participação social, descentralização, informação em saúde, infraestrutura, entre outros). As Programações Anuais de Saúde (PAS) são os

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

instrumentos que irão operacionalizar metas e objetivos definidos no PS, e por fim o Relatório Anual de Gestão apresentará os resultados alcançados por meio do PAS.

Segundo o PlanejaSUS, a Programação Anual de Saúde deve conter algumas informações. São elas: i) a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; ii) o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; iii) a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; iv) a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

As PAS deverão conter, de forma sistematizada, as demais programações existentes em cada uma das esferas, e considerar o período definido para o exercício orçamentário a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. Já o Relatório Anual de Gestão (RAG) apresentava os resultados alcançados na realização das PAS e deveria orientar, a partir dos resultados, os redirecionamentos necessários. O Relatório Anual de Gestão deveria conter: i) o resultado da apuração dos indicadores; ii) a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); iii) as recomendações necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação). Ao fim de cada exercício, o Relatório Anual de Gestão deveria ser apresentado ao Conselho de Saúde para sua consequente aprovação em cada uma de suas respectivas esferas, até o final do primeiro semestre subsequente. Poderíamos ajudar a melhor entender o funcionamento deste sistema tomando como exemplo o município de São Paulo (SP), dentro dos quatro anos de gestão do último governo.

Os governadores e prefeitos que concorreram às eleições em outubro de 2006 iniciam seus respectivos mandatos em janeiro de 2007. Ao cabo de cada ano (2007 a 2010), o gestor deve apresentar o relatório de gestão para comprovar os resultados alcançados em cada período, com documentos que podem ser apresentados até seis meses após o término do período anterior. O relatório que encerra suas atividades no mês de dezembro de 2007 pode ser apresentado até julho de 2008.

Juntamente com a Agenda de Saúde, com o Plano de Saúde, com as Programações Anuais de Saúde e com o Relatório de Gestão continuam em vigor o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) como forma de planejar e organizar as ações em saúde pública no Brasil. A figura 28 apresenta a sequência de ações a serem executadas no PlanejaSUS.



Figura 28: Estrutura básica de funcionamento do Planejasus

Como mostra a figura acima, o PlanejaSUS é pautado pelas programações de trabalho anualmente formuladas. É feito a partir da avaliação de desempenho e desenvolvimento deste sistema e leva em conta a regulamentação que o orienta. O planejamento da programação de saúde é feito por uma equipe de gestores e técnicos da área de planejamento entre as Secretarias de Saúde e Ministério, e os assuntos são tratados como pontos específicos de cada instituição. Quando o assunto é o planejamento de saúde, o que é visto é o pouco envolvimento dos profissionais da saúde, fator que dificulta a tomada de decisões pelo próprio gestor, que em muitos casos desconhece a realidade vivida por quem está na ponta do processo. Dessa forma, o plano de saúde é apenas um instrumento formal que não servirá como um indicador para as aplicações das políticas de saúde e muito menos para a alocação dos recursos financeiros.

Quando tratamos da relação entre os entes federados, o problema é ainda mais crítico, pois a principal questão a ser enfrentada é a articulação entre os mais de cinco

mil municípios, além dos 26 estados e do DF, porque o Plano Diretor de Regionalização e as Programações Pactuadas e Integradas devem trabalhar em conjunto.

É importante ressaltar também o papel que cada ente federado exerce no PlanejaSUS e como funcionam suas atribuições e responsabilidades. Os quadros que seguem (20, 21 e 22) apresentam as principais responsabilidades de cada ente em suas respectivas esferas: federal, estadual e municipal.

ÂMBITO FEDERAL	Coordenação do processo nacional de planejamento do SUS, em cooperação com os estados e municípios;
	Organização, implantação e implementação do PlanejaSUS em âmbito nacional;
	Cooperação técnica e financeira na implantação e implementação do Planejasus em cada esfera de governo, bem como para a formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos definidos para este Sistema;
	Implementação de rede, no âmbito do planejamento, voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS e à divulgação de informações e experiências de interesse do PlanejaSUS, bem como à disseminação do conhecimento técnico-científico na área;
	Promoção da educação permanente em planejamento para os profissionais
	Formulação e apresentação, para análise e deliberação da CIT, de propostas relativas ao funcionamento e aperfeiçoamento do PlanejaSUS e dos seus instrumentos básicos;
	Organização de sistema informatizado que agregue informações gerenciais em saúde de interesse do planejamento, valendo-se dos sistemas já existentes;
	Utilização dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde como subsídio prioritário na formulação do Plano Nacional de Saúde, observada a Política Nacional de Saúde;
	Assessoria aos estados na definição de estratégias voltadas ao fortalecimento e à organização do processo de planejamento estadual.

Quadro 20: Responsabilidades no âmbito Federal

ÂMBITO ESTADUAL	Organização e coordenação do PlanejaSUS no âmbito estadual e apoio a este processo nos municípios;
	Apoio ao MS na implementação e aperfeiçoamento do PlanejaSUS em âmbito nacional;
	Implementação das diretrizes, metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
	Assessoria aos municípios na definição de estratégias voltadas ao fortalecimento e organização do processo de planejamento local e regional; e apoio às câmaras e grupos de trabalho da CIB em questões relativas ao planejamento no âmbito do SUS;
	Utilização de Planos Regionais/Municipais de Saúde como subsídio prioritário na formulação do Plano Estadual de Saúde, observada a Política de Saúde respectiva;
	Coordenação do processo de planejamento regional de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
	Monitoramento e avaliação das ações de planejamento no âmbito estadual e apoio aos municípios para o desenvolvimento deste processo;
	Desenvolvimento da cooperação técnica e financeira aos municípios no âmbito do PlanejaSUS;
	Promoção e apoio à educação permanente em planejamento para os profissionais
	Participação na implementação de rede, no âmbito do planejamento, voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS
Apresentação, para análise e deliberação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB –, de propostas relativas ao funcionamento e aperfeiçoamento do PlanejaSUS no respectivo âmbito.	

Quadro 21: Responsabilidades no âmbito Estadual

ÂMBITO MUNICIPAL	Coordenação, execução e avaliação do processo de planejamento do SUS no âmbito municipal, consoante aos pactos estabelecidos no âmbito do PlanejaSUS;
	Apoio ao estado e ao MS na implementação e aperfeiçoamento do PlanejaSUS;
	Implementação das diretrizes, metodologias, processos e instrumentos definidos de forma pactuada no âmbito do PlanejaSUS;
	Elaboração dos instrumentos básicos de planejamento de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
	Participação na implementação de rede, no âmbito do planejamento, voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS. Além da participação e promoção de capacitação em planejamento, monitoramento e avaliação, na perspectiva da política da educação permanente.
	Promoção de mecanismos de articulação entre as diversas áreas da SMS e com outros setores do município;
	Estímulo ao estabelecimento de políticas públicas de saúde de forma articulada e intersetorial;
	Implementação do planejamento local com monitoramento e avaliação das ações propostas, bem como divulgação dos resultados alcançados;
	Coordenação de ações participativas visando a identificação de necessidades da população, tendo em vista a melhoria das ações e serviços de saúde;
	Operacionalização, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão do SUS e retroalimentação de informações necessárias às três esferas;
Participação no processo de planejamento regional de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;	

Quadro 22: Responsabilidades no âmbito Municipal

5.3 Organização e funcionamento do PlanejaSUS

A organização e o funcionamento do PlanejaSUS ocorre em conjunto com a participação de vários atores. Um dos principais é a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) integrada por gestores do SUS das três esferas de governo, União, estados e municípios, e responsável pela decisão das principais diretrizes na formulação das políticas públicas em saúde.

Sua composição é paritária, formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). No caso dos municípios e dos estados existe um representante para cada uma das cinco regiões do país.

As decisões são tomadas por consenso, não por votação. A Comissão Intergestora Tripartite está vinculada à direção nacional do SUS. Todas as propostas de organização relacionadas ao PlanejaSUS são pactuadas no âmbito da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e foi a partir de tal comissão que foi criado o Grupo de Planejamento da Câmara Técnica da CIT. Seu corpo é integrado por representantes da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva (SPO/SE/MS) do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Ao grupo cabe a análise das propostas que serão encaminhadas à Comissão Intergestora Tripartite.

Para esclarecer o complexo processo do planejamento em saúde no Brasil, evidenciar o papel dos Conselhos e a participação do cidadão, é necessário o mapeamento dos processos do planejamento em saúde e seus instrumentos de construção. A importância em se mostrar o processo é evidenciar os espaços em que se posicionam os atores envolvidos e com isto demonstrar os pontos críticos em relação ao envolvimento dos Conselhos na construção das políticas na área de saúde no Brasil.

Para o melhor entendimento no que se refere ao atual planejamento em saúde no Brasil, e para que se compreenda a construção das ações para todos os entes da Federação, busca-se delinear os principais processos e seus instrumentos correspondentes utilizados no planejamento das políticas setoriais na área de saúde. O planejamento governamental, em todos os âmbitos, conta atualmente com uma variedade enorme de modelos e métodos que abordam o tema da gestão. Pode-se dizer

que cada setor do governo conta com métodos específicos de atuação e que tal comportamento não é diferente para a saúde.

Dentro do PlanejaSUS podemos destacar sua construção, feita por diversos órgãos do governo e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). As propostas efetuadas para o planejamento foram consolidadas e pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). O PlanejaSUS não conta com um método teórico e conceitual claro sobre as questões de planejamento, tendo como justificativa que as propostas devem ser formuladas por meio de uma construção coletiva, envolvendo uma visão multifacetada. Com base no exposto, a figura 29 demonstra de forma geral como são os fluxos processuais ocorridos durante a elaboração do planejamento em saúde.

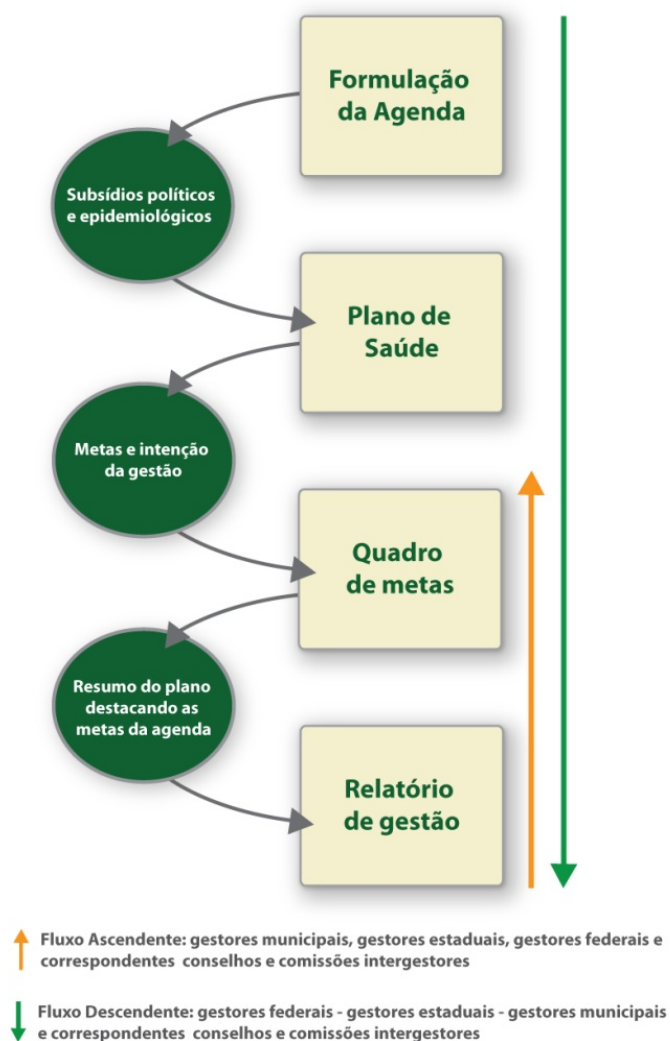


Figura 29: Fluxos processuais ocorridos durante a elaboração do planejamento em saúde

Como podemos verificar a partir da figura 29, o sistema simplificado de fluxos caracteriza-se por iniciar-se de forma descendente, com início no nível federal, onde são definidas as prioridades para a área da saúde. Após este caminho, pode-se acompanhar uma linha ascendente, que passa por instâncias municipais e estaduais até chegar às comissões intergestoras, onde todos os planos irão alcançar um patamar comum. Os planos são inspirados na Agenda Nacional de Saúde. A agenda é o instrumento que delimita as prioridades e os recursos orçamentários a serem direcionados em cada esfera.

No mesmo processo verifica-se que comissões e conselhos de cada esfera têm o papel de executar o controle social em seus respectivos níveis de atuação. Essas comissões, como se explicou ao longo do capítulo, priorizam sua atuação no cumprimento do plano de metas e nos resultados apontados dentro dos relatórios de gestão, em cada uma das instâncias.

Este quadro demonstra que por um lado apresenta-se a perspectiva de uma gestão compartilhada, com fundamentos na cultura participativa, e do outro a prática do processo da construção de políticas, com suas idas e vindas. De forma descendente a situação é negativa, não abre espaço para muitas discussões nem para o desenvolvimento de planos calcados na realidade de cada esfera e de cada localidade.

Para pontuar e esclarecer como funcionam atualmente as estruturas básicas de cada etapa do planejamento em saúde buscou-se apresentar os instrumentos e as principais aplicações aos quais se referem: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e os Relatórios de Gestão, complementando com a Avaliação do Sistema Proposto.

5.3.1 Plano de Saúde

O Plano de Saúde é um requisito legal definido pelo Art. 2.º da Portaria n.º 3.332/2006²⁸ do Ministério da Saúde. É o principal instrumento a assegurar a unicidade do SUS e a participação social.

Art. 2º - Definir como Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das

²⁸ Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Diário Oficial da República Federativa no Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de dez. 2006.

ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS. (...) § 2º O Plano de Saúde, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde (Brasil, 2006).

O Plano deve ser traçado de acordo com uma análise situacional, apresentando as intenções de cada ente federativo no período de quatro anos. Tal análise deve ser expressa em forma de objetivos, diretrizes e metas e baseada em diversas fontes de informação, priorizando as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde e, por fim, a gestão em saúde. Além disso, é necessário o planejamento dos recursos financeiros aplicados em cada proposta do Plano.

Em resumo, o Plano de Saúde deve expressar as políticas e os compromissos que deverão ser cumpridos por cada ente federado. Servirá como subsídio para a avaliação do cumprimento das propostas efetuadas. A estrutura básica do documento do Plano de Saúde está apresentada na figura 30.



Figura 30: Estrutura básica do documento do Plano de Saúde

Os objetivos definidos no Plano devem ser apresentados de forma a esclarecer como serão superados os problemas encontrados na análise situacional. Juntamente com os objetivos, deverão ser apresentados os resultados a serem alcançados. Leva-se em consideração a viabilidade política, a econômica e a técnico-organizacional, buscando equivalência e coerência com as políticas de governo.

A partir da formulação dos objetivos, as diretrizes são traçadas a fim de delimitar as estratégias, entendidas como forma adotada para se operacionalizar cada diretriz, e responsáveis por colocar o plano em prática. Após a definição de objetivos, diretrizes e estratégias, passa-se a definir as prioridades, aqui entendidas como as medidas que serão privilegiadas ou as de caráter essencial para sua realização. Logo após são definidas as metas, que devem ser expressas em termos quantitativos relacionados aos objetivos. Ainda no documento que apresenta o planejamento da saúde verifica-se que a meta é traçada a partir de três perguntas básicas que serviriam para nortear o desenvolvimento dos objetivos: “o quê?”, “para quem?” e “quando?”. A partir de tais metas é que se desenvolverá o relatório de gestão.

À parte esses instrumentos se obtém, não obrigatoriamente, a definição de indicadores. Segundo o documento, um indicador é um índice que pode determinar o grau de cumprimento das metas. Apesar do equívoco do documento em que se apresenta um indicador²⁹ como um índice³⁰, o que se espera são resultados estatísticos para que se possa medir o planejamento ano a ano e identificar se municípios, estados e Distrito Federal cumprem seus objetivos e metas traçados para os períodos planejados.

É mister o entendimento de como se configura a atuação dos atores na formulação do Plano de Saúde. Feito isto, compete-nos identificar a inserção do conselho neste quadro de análise e a real dimensão da participação do cidadão nesta instância decisória.

Na prática, o Plano de Saúde deve ser formalizado por uma portaria ou um instrumento próprio da esfera de gestão, por meio do gestor (esse processo não se modifica e sua participação é fundamental para que isso ocorra). Outra possibilidade que se apresenta é a demonstração das diretrizes do Plano ao Conselho de Saúde. – Mas como isto se dá? Caso isto ocorra, o Conselho se manifesta por meio de uma resolução, também a ser aprovada pelo gestor. Para tal planejamento, o gestor deve designar uma equipe que realizará o Plano de Saúde e analisará os documentos dos Planos Plurianuais de Saúde, os relatórios das conferências realizadas, os relatórios de gestão existentes e outros documentos que se fizerem necessários.

²⁹ Segundo a definição do Plano Nacional de Qualidade, um indicador representa “dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo. Os indicadores são utilizados para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo.” (PNQ)

³⁰ Medida estatística destinada a mostrar as mudanças de uma ou mais variáveis relacionadas através do tempo.

Após essa análise, a equipe formula uma proposta inicial e discute com as áreas técnicas as possíveis correções e aperfeiçoamentos a serem realizados. É indicado no documento que a equipe deve participar de reuniões com a comunidade local, representações sociais e no próprio Conselho, para que se faça a discussão de uma dada proposta. A mesma postura deve ser adotada em relação a outros setores que atuem juntamente à saúde.

Por fim, o Plano deve ser aprovado em duas instâncias: na primeira pelo gestor, que envia o documento ao Conselho de Saúde. Este, por sua vez, tem o papel de aprovar tal decisão e devolvê-la para que o gestor a publique em ato formal.

O Plano de Saúde é um instrumento estratégico da gestão da saúde e deve servir para a definição dos próximos passos a serem executados, no que diz respeito ao planejamento em saúde. Estas compõe-se pelas programações anuais de saúde, onde será expressa a operacionalização do Plano.

5.3.2 Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde (PAS) é formulada a partir dos objetivos e das metas do Plano de Saúde e tem por base legal a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. É o documento que detalha as ações a serem realizadas para alcançar os objetivos definidos na etapa anterior, a de planejamento. Deve ser realizado anualmente, para um período de quatro anos. Isso porque cada ano deve coincidir com o exercício orçamentário anual de cada uma das instâncias governamentais. As programações anuais devem apresentar os recursos financeiros a serem aplicados a cada ação, além de identificar as parcerias acordadas.

Realizada para todo o período de governo, a Programação Anual de Saúde é pensada e executada para os quatro anos de governo, ao mesmo tempo. É efetuada pela equipe designada pelo gestor, que possui papel determinante como coordenador das políticas de saúde. A equipe definida irá sistematizar e reunir as definições do Plano de Saúde e organizá-las de acordo com áreas específicas.

O grande objetivo da Programação Anual é integrar o processo do planejamento nas três esferas de governo. Podemos dizer que é realizada de acordo com as normas e legislações que a determinam. Tem o papel de promover o diálogo entre pequenos

municípios, que podem fazer acordos sobre a implantação das programações e desta forma melhorar o atendimento à sua população.

É importante salientar que as Programações Anuais de Saúde são formuladas a partir da agenda nacional e, em seguida, discutidas e desenvolvidas para cada esfera. Cada instância realiza sua programação, envolvendo ou não acordos entre os municípios e isto deve ser posteriormente acordado para o estado e para a Federação. O caminho, neste caso, tem forma ascendente: parte do município para o governo federal e apenas se chega a uma determinação final quando se alcança a última e maior esfera, o governo federal. Para facilitar o entendimento deste processo, a figura 31 mostra como funciona a construção das Programações Anuais de Saúde nas esferas de governo.

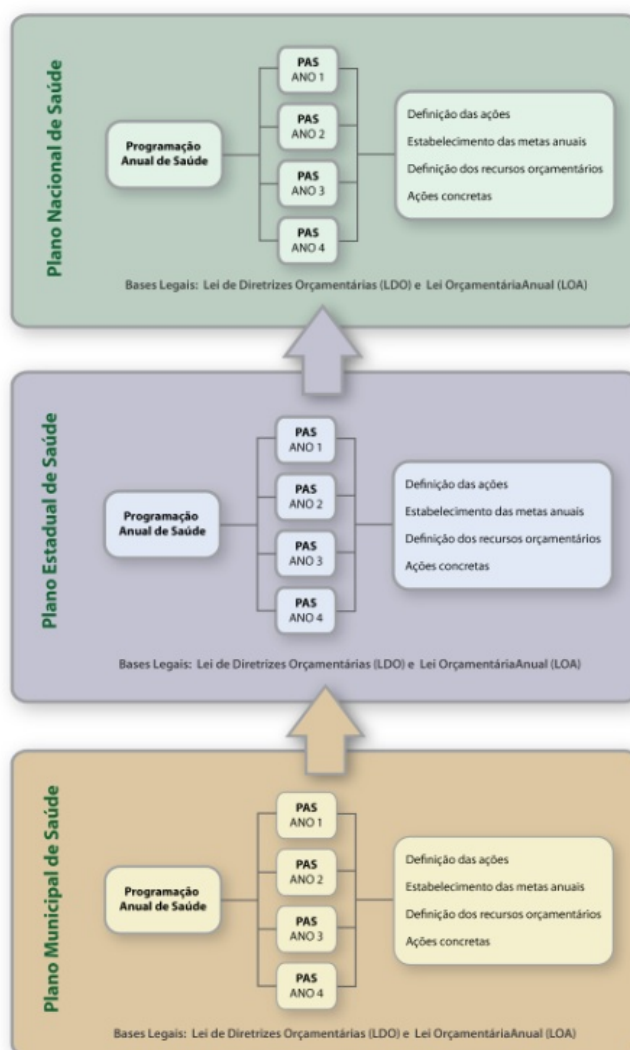


Figura 31: Construção das Programações Anuais de Saúde nas esferas de governo

As Programações Anuais de Saúde, se bem formuladas e de acordo com o Plano de Saúde, dão continuidade e põem as ações traçadas na Programação Anual de Saúde em andamento, oferecendo subsídios concretos para os relatórios de gestão. Pode-se afirmar que a Programação Anual de Saúde é o grande instrumento que possibilita tanto a execução quanto os ajustes anuais para as metas traçadas. Se tal ação não for efetuada desta forma, a PAS não for alterada e verificada, quebra-se neste ponto a lógica do processo, distanciando os resultados do seu planejamento anterior. Por isto, cabe ressaltar a importância dos relatórios anuais de gestão.

5.3.3 Relatório Anual de Gestão e avaliações

Mecanismos de controle, fiscalização e aperfeiçoamento são instrumentos utilizados na verificação da execução de políticas de saúde. No caso da Programação Anual de Saúde, a checagem é feita por meio dos relatórios anuais de gestão e das avaliações contínuas. Esse mecanismo deve ser efetuado ao final do ano da vigência de cada programação de saúde, e a partir dele devem ser efetuadas as correções que se fizerem necessárias para os anos consecutivos. Tal documento deve apresentar os resultados alcançados, tendo por base os objetivos traçados anteriormente nas Programações Anuais de Saúde. É o instrumento que apresentará todos os resultados que podem e devem ser analisados pelos Conselhos de Saúde.

O estabelecimento de programações mais adequadas à realidade de cada ente da Federação também é feito por meio dos resultados obtidos com essas análises. Este documento guarda o histórico de todo o processo de gestão que foi realizado, tais como os aspectos quantitativos e qualitativos.

A figura 32 apresenta o fluxo que se estabelece entre as Programações Anuais de Saúde e os relatórios de gestão. A cada ano é gerado um novo relatório, que servirá de guia para a correção de ações estabelecidas e não cumpridas e/ou o estabelecimento de novas ações. O fluxo contínuo de tais reformulações apoia o gestor na definição das medidas necessárias para se alcançar as metas estabelecidas. Além disso, é um importante instrumento para se estabelecer o controle social.

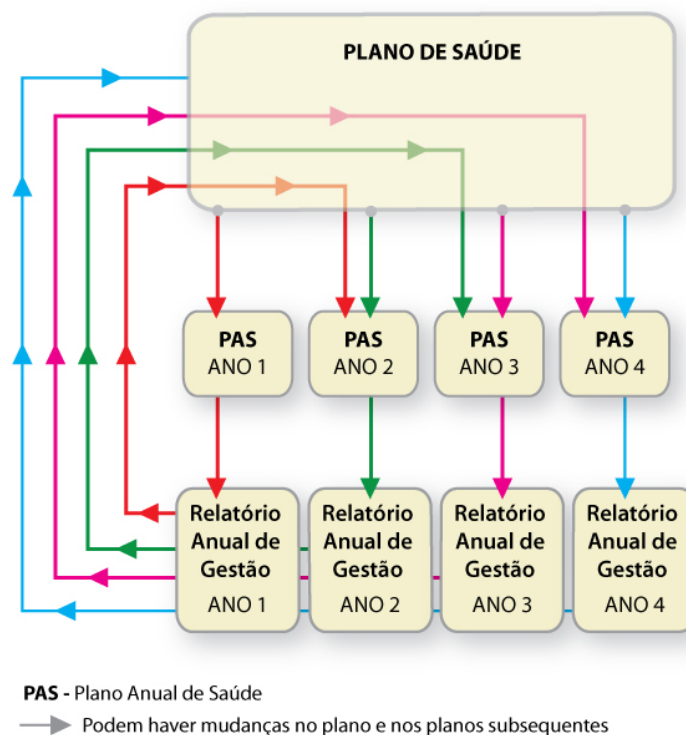


Figura 32: Fluxo que se estabelece entre as Programações Anuais de Saúde e os relatórios de gestão

A saúde conta ainda com um segundo instrumento de avaliação do cumprimento do planejamento em saúde. A avaliação é indicada para ser executada como um processo contínuo, que mantém sob controle a execução do Plano de Saúde. É uma atividade principalmente de cunho gerencial, pois tem importância estratégica para a melhoria da gestão e para a avaliação das programações anuais de saúde.

O modelo de planejamento apresentado pelo Ministério da Saúde indica que a avaliação deve ser entregue ao final de cada Plano de Saúde executado, portanto, de quatro em quatro anos; e deve ser expresso em um documento específico para tal. Cabe refletir se a avaliação é um instrumento que traz contribuições relevantes para a execução do atual Plano de Saúde. – Uma avaliação que é efetuada de quatro em quatro anos, realmente possibilita mudanças no que concerne à melhoria do planejamento em saúde?

Para a esfera federal, sim, pois consolidaria um histórico das ações, mas para as esferas municipais, tal instrumento talvez não seja a melhor opção. O processo poderia ser melhorado se a avaliação fosse cotidianamente executada pela equipe de gestão das programações anuais, o que produziria informações relevantes aos Conselhos para que

estes, de forma efetiva, participassem da gestão, controlando as ações propostas e o que foi de fato executado.

Concluimos as explicações sobre os instrumentos que compõem o planejamento da saúde no Brasil: o Plano de Saúde, as Programações Anuais, o Relatório de Gestão e consequentes avaliações, como forma de refletir sobre alguns aspectos relacionados ao planejamento e à tomada de decisão.

De acordo com as informações citadas anteriormente, documentos, decretos e leis, o cidadão conselheiro deveria ser parte atuante do processo de planejamento e no de acompanhamento, garantindo sua participação na tomada de decisão num movimento ascendente. Infelizmente, nem tudo que é previsto no modelo de planejamento da saúde torna-se realidade, restando esclarecer a quem pertence o papel estratégico na construção do planejamento.

5.3.4 Avaliação das ações do PlanejaSUS (2004 a 2007)

De acordo com um relatório publicado pelo Ministério da Saúde em 2009, referente à primeira experiência de aplicação do PlanejaSUS durante os anos de 2004 a 2007, um dos agravantes é a pouca cultura em gestão, fator que provocaria inúmeras falhas durante o processo, desde a definição das prioridades do município, passando pela realização dos relatórios de gestão, até a avaliação e o controle pelos Conselhos.

Para chegar a esses resultados, o Ministério da Saúde adotou como estratégia, um ano antes da realização do estudo (2008), a realização de encontros de dirigentes e técnicos em saúde das três esferas de governo, para realizarem uma avaliação e um encaminhamento de propostas voltadas à implementação do PlanejaSUS. Os encontros foram realizados entre abril e maio de 2008 e deles participaram dois profissionais das áreas de planejamento de todas as Secretarias Estaduais (o dirigente e um técnico), três profissionais das áreas de planejamento de Secretarias Municipais (dois participantes de todas as capitais e um participante de todos os municípios com até 50 mil habitantes – indicado pelo respectivo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e representantes da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento e dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde.

Algumas dificuldades e desafios enfrentados no processo de planejamento com o Plano Nacional de Saúde (PNS) foram apresentados na avaliação efetuada pelo próprio

Ministério da Saúde, publicada em 2009 no documento “Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização” (Brasil, 2009).

O planejamento anteriormente efetuado para a formulação do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) foi avaliado, para que se fizessem claros os maiores problemas enfrentados no planejamento nacional em relação à saúde no Brasil. A partir da avaliação realizada foram publicados os resultados de acordo com os principais problemas encontrados.

No quadro 23, tentou-se organizar os problemas por tipo, para facilitar o entendimento, pois a publicação em questão não ordena os resultados de acordo com uma classificação. Buscando o melhor entendimento para este trabalho, classificaram-se as informações de acordo com sua relevância: problemas relativos à gestão, à descentralização, à participação social e à qualificação da mão-de-obra, como mostra o quadro 23.

TIPO DE PROBLEMA ENCONTRADO	DESCRIÇÃO	
Gestão	1	Disponibilização de infra-estrutura adequada e utilização de métodos e técnicas de planejamento. Principalmente de monitoramento e avaliação.
	2	Domínio das características do SUS e as peculiaridades de cada região de atuação.
	3	Definição de papéis específicos entre os entes governamentais.
	4	Maior eficiência e efetividade no cumprimento das funções.
	5	Desafio no processo de construção ascendente do planejamento, como observado na Lei Orgânica da Saúde.
	6	Integração inter e intrasetorial
	7	Formulação de instrumentos básicos para o planejamento.
	8	Pactuação tripartite
	9	Difundir a cultura do planejamento
	10	Formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos.
Descentralização	1	Falta de subordinação entre as áreas de planejamento das três esferas do estado.
	2	90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes, 48% possuem menos de 10 mil habitantes. Tal quadro define uma organização incipiente na gestão do SUS.
Qualificação da mão de obra	1	Necessidade de maior quantidade de pessoas preparadas para gerir o processo nas três esferas.
Participação social	1	Promoção da participação social

Quadro 23: Análise do processo de planejamento do Plano Nacional de Saúde referente aos anos de 2004 a 2007

Como mostrado no quadro acima, os maiores problemas encontrados dizem respeito aos instrumentos que poderiam oferecer garantias da qualidade à gestão. Outro ponto é a falta de definição clara dos papéis e funções de cada ente da Federação. Dentro desta análise, visualiza-se a falta de conhecimento técnico para desenvolver o planejamento.

Aliados à prática da gestão, existem problemas graves em relação ao preparo das pessoas envolvidas no processo de planejamento. O documento PlanejaSUS deixa claro que a enorme quantidade de pequenos municípios, geralmente com menos de 50 mil habitantes, não estaria capacitada para planejar suas ações e participar do processo de construção do Plano Nacional de Saúde. A preocupação é legítima para ambos os casos, nos processos de gestão e no preparo das pessoas envolvidas em realizar o processo. No que concerne ao documento é caminhar no sentido de encontrar as melhores práticas em relação à gestão e com a capacidade de fazer o sistema funcionar de forma eficiente.

Outro aspecto importante a ser evidenciado é o papel assumido pelo cidadão durante o planejamento das ações em saúde. Sabe-se que a participação do cidadão no âmbito local é das mais importantes. Afinal, a construção de Conselhos e a institucionalização de tal estrutura se deu para que houvesse tal possibilidade. – Mas até que ponto a distância colocada entre a estrutura que se apresenta e a voz do cidadão contribui para que haja real participação e controle social?

Diante da análise do quadro 4, pouco ou nada se vê sobre a participação social. Apenas se afirma, no documento, que é necessário ampliá-la. Em nenhum momento é exposto que tipo de ação deve ser planejada, ou como a realidade pode ser alterada neste sentido.

Salienta-se que a participação se dá pela inserção do cidadão nos Conselhos, mas o poder de decisão sobre as definições dos Planos de Saúde não está diretamente ligado a eles. O papel fundamental que se estabelece para os Conselhos, em quaisquer âmbitos, é o de acompanhamento e controle. Avaliando, monitorando, exercendo o controle social, direito adquirido na Constituição de 1988.

Como se percebe, o papel do Ministério da Saúde é central e apesar das tentativas de organização e planejamento falta algo muito importante, que trata sobre a reversão de tal instrumento para que a construção da política se dê de forma ascendente, como prevê a descentralização.

O que se apresenta no momento é a possibilidade do município receber as indicações dos Planos a serem seguidos, que não foram definidos de acordo com suas

necessidades locais, porém de acordo com as regiões administrativas. O questionamento é como dar voz ao cidadão que se encontra nas mais diversas localidades, dividido entre o espaço territorial de mais de cinco mil municípios brasileiros, levando em conta toda sua diversidade socioeconômica e cultural?

Até o momento de finalização deste trabalho, não foi pactuada nenhuma norma que regulamentasse o funcionamento efetivamente ascendente desde os municípios ao nível federal. Os Planos não estão baseados nos objetivos e nas metas dos municípios e de suas reais necessidades, e ainda não se observa a participação efetiva do cidadão ou o envolvimento da sociedade.

Mas, que pode ser dito sobre a delegação de poderes entre as instâncias decisórias das políticas em saúde no Brasil? Teoricamente, o Conselho tem um papel estratégico na formulação das diretrizes brasileiras para a política de saúde. Inicia sua atuação participando de conferências municipais, estaduais e por fim na nacional, contribuindo para a formulação das diretrizes nacionais de saúde. Deve atuar também de forma sistemática na construção e na verificação dos planos de saúde, bem como de suas programações anuais.

Mesmo com tais atribuições previstas em lei, ainda há confusões sobre a delegação de poderes entre gestores e Conselhos, segundo a assessoria do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems³¹). Não é incomum que o Conselho, cujo papel está localizado na deliberação das políticas e da fiscalização e da aprovação de gastos pretenda atuar na esfera administrativa e gerencial, gerando conflitos de competências com os gestores. Se por um lado temos Conselhos que não conhecem seu local de atuação, por outro há gestores que nem sempre se responsabilizam pelo fortalecimento da participação social.

Ainda segundo a avaliação do Conasems³², a ampliação da participação social através de Conselhos e Conferências Municipais de Saúde deve ser acompanhada de avanços nas áreas gerencial e assistencial. No entanto, isto nem sempre ocorre. As informações que deveriam ser compartilhadas entre gestores e conselho não o são, e a falta de tal ação se deve a fatores complexos relacionados à falta de governabilidade e governança da gestão local.

³¹ Documento publicado em <http://www.conasems.org.br/files/T%20Tema%206.doc> Acessado em ago. 2009

³² Id. 2009.

Como o processo nem sempre é compreendido pelos conselheiros, é frequente que atribuam responsabilidades excessivas aos gestores locais, pelas dificuldades do sistema de saúde, favorecendo um clima de conflito e disputa política no qual não são suficientemente valorizados os obstáculos conjunturais e estruturais da construção do SUS, despolitizando, desta maneira, os debates em questão.

A partir disto pode-se afirmar que a maioria dos Conselhos não assume uma posição estratégica no que concerne à formulação e ao controle da execução das políticas. Além das questões estabelecidas pelos meios institucionais, os cidadãos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são os mais prejudicados. Mesmo sendo os mais numerosos, têm uma ínfima ou quase nula representação direta nos fóruns de participação, quase sempre são excluídos durante a elaboração de planos e alocação de recursos. Tal situação leva à redução dos verdadeiros impactos positivos que o planejamento pode causar, contribuindo para que não se exerça o controle social, a equidade seja um fator esquecido e os princípios que norteiam o SUS sejam totalmente ignorados. Pode-se, portanto, questionar quão participativo é o processo de planejamento da saúde no Brasil e se o modelo que se apresenta dos Conselhos de Saúde atendem verdadeiramente ao seu propósito.

Muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os Conselhos, pois estão previstos institucionalmente. Na prática são contra ou não apoiam essa suposta forma de controle, por acreditarem em seu papel centralizador e ao mesmo tempo cerceador. Agem como forma de reduzir o papel fiscalizador do governo e tornam-se meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas. Argumentam que os Conselhos funcionam de maneira inócua e não melhoram o funcionamento do sistema de saúde.

O argumento para isso é que os Conselhos foram transformados em instâncias de conflitos e impasses político-partidários ou mesmo servem como rampa política para muitos membros que almejam cargos maiores na administração pública. Essa vertente acredita na ideia de que o Conselho deixa as reais necessidades da população em um plano secundário, assim como as questões que realmente importam à saúde da população.

A consequência para este tipo de pensamento está na avaliação final, onde o Conselho se encaixaria apenas como instância homologatória das decisões do gestor ou, no máximo, como uma instância corretiva das ações por ele desencadeadas. Desta maneira, esta corrente de pensamento acredita que os Conselhos atenderiam muito mais

às formalidades legais do sistema do que como real proponente nas formas de interação entre poder, governo e sociedade.

5.4 Disputas de poder

Diversos estudos apontam para a problemática que envolve o cumprimento das funções destinadas aos Conselhos. Espaços que, na teoria, devem desempenhar o papel decisório na construção de políticas públicas de saúde, porém na prática, em muitos casos, não passam de meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores. Essa posição reitera a verticalidade do poder na área de saúde, em contradição com os princípios democráticos. Gilson Carvalho (1997, p. 94 *apud* OLIVEIRA, 2007, p. 30) observa que a prática dos Conselhos de Saúde tem sido usada “apenas como pró-forma e como vitrine de decisões democráticas. Uma ilusão de transparência, participação e democracia!”. A partir dessa constatação, o autor faz três perguntas:

- a) Até que ponto as pautas, as resoluções, os encaminhamentos dentro dos conselhos estão cuidando das coisas essenciais ou não, simulacros a cuidar da periferia das coisas, das migalhas concedidas pelos dirigentes; b) quais os conselhos que realmente trabalham em cima das suas duas únicas sessões constitucionais: cuidar do plano (o que deve ser feito) e do acompanhamento e fiscalização, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (se foi feito o que devia ser feito e c) até que ponto, o não mexer no essencial, é muito bom para os governantes? A aparência é de democracia, participação. A prática pode ser de simulacro disto mesmo (CARVALHO *apud* OLIVEIRA, 2007, p. 30).

Tais indagações não são isoladas. À opinião de Gilson Carvalho somam-se as de pesquisadores e estudiosos que têm como principal foco a ideia de um Conselho com outro tipo de funcionamento, padrão hierárquico e formação. Essas pessoas acreditam nos princípios que nortearam a criação dos Conselhos, que avaliam criticamente seu funcionamento, tais como o autor Antônio Ivo de Carvalho. De acordo com seu pensamento:

A efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos conselhos de saúde por todo o país são lembradas positivamente em todos os inventários sobre realizações do SUS, como inovações que “pegaram”. Entretanto, não é claro que seu papel nos futuros desdobramentos dos SUS e da Reforma Sanitária oscilando entre dois

extremos em que, por um lado, são tratados como heróicos guardiões do SUS e, de outro lado, como construções frágeis de escassa potência política (CARVALHO, 1997, p. 24 *apud* OLIVEIRA, 2007, p. 30).

Com base nisso, pode-se afirmar que os Conselhos vivem hoje em meio a um conjunto de ambiguidades e dilemas recorrentes dos marcos conceituais e das contingências políticas de seus locais de origem. Pertencem a quem? Devem fiscalizar ou governar? Devem aumentar responsabilidades enquanto gestores e gerentes da saúde ou melhorar seus mecanismos de acompanhamento? – A resposta para essas questões parece não ser tão fácil. De acordo com Valdir de Castro Oliveira, professor do Departamento de Comunicação Social da Universidade Federal de Minas Gerais e autor do texto: “Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde”³³, existem algumas hipóteses que podem ser levantadas quando a questão é a resposta às dificuldades de ação dos conselhos. São elas:

a) As profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior dos conselhos reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por consequência, a prática do controle público; (b) sem um melhor entendimento sobre as questões inerentes à hipótese “a” e, sem entender claramente o impacto que elas têm na dimensão cognitiva e comunicacional no cotidiano dos conselhos e respectivos conselheiros, dificilmente conseguiremos entender as razões que trava, o funcionamento dos conselhos (OLIVEIRA, 2007, p. 31).

Não são poucos os embates causados por brigas de poder dentro de determinadas instâncias dos Conselhos. Não é raro que eles se tornem objeto de disputas político-partidárias, ou mesmo ocupados por militantes de determinados partidos, que acabam por transformar o Conselho em arena de embate entre diferentes forças. É comum militantes partidários realizarem discursos políticos num ambiente em que deveriam estar debatendo questões relativas à saúde da população.

Os militantes partidários, por serem melhores preparados discursivamente, dominam o ambiente e fazem calar vozes dos não-militantes ou dos representantes populares não tão bem preparados discursivamente, principalmente nas cidades do interior onde se situa a maioria dos conselhos: “Viramos o salame do sanduíche”, expressão de um conselheiro-usuário, não-militante partidário, para se referir a feroz disputa dos partidos travada no conselho ao qual pertence (OLIVEIRA, 2007, p. 34).

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Outro ponto comum é a guerra partidária. Se o partido é de oposição, disputas e posições contrárias ao gestor inviabilizam a tomada de decisões dentro do Conselho. Sobre isso Valdir de Castro Oliveira pontua: “É uma verdadeira guerra de posições, bem ao estilo gramsciano, com graves consequências para a idéia de controle público. A experiência nos mostra que, quanto mais um conselho é partidarizado, menos ele atua na dimensão do controle público” (OLIVEIRA, 2007, p. 34).

Mas os problemas de gestão não param por aí. Ainda existem as conhecidas trocas de favores, principalmente quando representantes dos usuários são cooptados pelo gestor em troca de pequenos favores, fichas médicas, exames para amigos, vizinhos ou parentes, fazendo alterar a votação que recebe dentro do Conselho e sua relação com seus pares e seu eleitorado. Também não é incomum cidadãos buscarem ser eleitos conselheiros com o claro objetivo de utilizar sua posição dentro do Conselho como trampolim para a disputa de cargos eletivos. Quem sofre são os interesses da saúde e do cidadão, sempre colocados em segundo plano.

A linha que divide os interesses políticos dos interesses do cidadão no atendimento à saúde é tênue e com frequência cede para o lado mais fraco. Sem assistência e sem quem o ampare, o usuário do sistema de saúde se vê às voltas com problemas que ele não tem condições de resolver, como falta de medicamentos, assistência médica ou mesmo insumos de saúde necessários ao atendimento.

Sobre esse aspecto, Valdir de Castro Oliveira reflete com o seguinte argumento:

A dificuldade mais grave que encontramos para o funcionamento dos conselhos está relacionada com a assimetria das lógicas simbólicas presentes nos fluxos comunicacionais e informacionais, o que nos faz retomar aqui a hipótese “a” (“As profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior nos conselhos reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por consequência, a prática do controle público”) (Oliveira, 2007, p. 35).

Com isso, podemos inferir que as diferenças e as assimetrias sociais apresentam forte impacto sobre os processos comunicacionais dentro da estrutura do Conselho. Levamos em conta que nenhum princípio ou prática social pode ser entendida ou mesmo exercida sem os respectivos processos comunicacionais e a disponibilidade de informações. Por exemplo, a própria idéia de controle público integra uma lógica interpretada de maneira diferente por indivíduos dentro dos Conselhos, demandando

deles uma familiaridade com a ideia de ética e de política pública. Aqueles com mais competência e conhecimento cognitivo e simbólico entendem com mais clareza este conceito. Isto se dá também com o termo *accountability*, não pelo significado da palavra em si, mas pelo tipo de ação política que representa em nossa experiência coletiva.

Uma consequência prática deste processo de entendimento, ou mesmo da falta dele, são negligenciadas questões macro ou essenciais das políticas públicas, como carências de saúde, debate sobre planos, programas e prioridades na área. Igualmente, ricos relatórios produzidos ao longo das conferências são negligenciados e nem sempre adequadamente analisados como fonte de estabelecimento de prioridades para a própria pauta do Conselho.

O destino destes relatórios costuma ser as gavetas da administração e, na conferência seguinte, discute-se quase que as mesmas coisas detectando os mesmos problemas em um ciclo de inércia que pouco afeta a política de saúde verticalmente definida pelo gestor (OLIVEIRA, 2007, p. 35).

E o que ocorre com o usuário? Como se dá a comunicação entre os representantes populares e a população? Obviamente, torna-se cada vez mais atrofiada. A população, quando quer reclamar ou sugerir alguma coisa para a saúde, vai direto ao prefeito, ao secretário, ou mesmo à polícia. Muito raramente vai ao Conselho. A interação Conselho-sociedade é demasiadamente fraca ou inexistente, devido aos poucos canais de comunicação existentes para este fim.

A idéia do controle público é mais concreta, para muitos conselheiros, quando se trata da vigilância de casos de doença, tais como da obra paralisada no bairro, da falta ou precariedade de insumos. Mas quando se trata, por exemplo, de discutir, debater e aprovar o Plano Municipal de Saúde, definir prioridades na agenda de saúde pública, ou aplicação dos recursos financeiros, a palavra é a do gestor e a maioria do conselho permanece sem se manifestar. Desta forma, fica evidente a assimetria simbólica que penetra em todos os segmentos do conselho e permeia seus atos discursivos (Oliveira, 2007, p. 36).

De acordo com Hannah Arendt (1993), o pressuposto que sustenta tais crenças toma como base o fato de que assimetrias cognitivas e simbólicas impedem que a convergência da comunicação e da informação seja adequadamente direcionada aos princípios éticos e democráticos do controle público. A comunicação e a informação são responsáveis por dar visibilidade à práxis dos atores sociais e, simultaneamente,

produzir o compartilhamento de sentidos, fazendo com que tudo o que vem a público possa ser visto, ouvido e comentado por todos (ARENDRT, 1993).

Voltando à ideia de controle público, os Conselhos nada mais são do que associações voltadas à ética pública, onde seus integrantes dedicam parte de seu tempo pessoal a uma causa comum. Todos de maneira voluntária e voltados a investir na melhoria de seu funcionamento. Isso obrigatoriamente deveria trazer reflexos positivos à práxis de controle público de cada conselheiro e dos segmentos ali por eles representados.

5.5 Princípios teóricos do controle público

Pensar a construção e a criação dos Conselhos no Brasil é pensar o controle público nele embutido desde 1990. De maneira bastante ufanista, atribuiu-se a eles o poder de regenerar o sistema de saúde, democratizá-lo, torná-lo transparente aos olhos públicos e acima de tudo interferir de forma positiva no controle exercido pela sociedade sobre o Estado, através de mecanismos de participação cidadã.

Este tom não era por acaso. Recém-saído do período pós-ditadura militar, o país estava às voltas com a abertura democrática e os ideais contidos na Constituição de 1988. Era um espaço efervescente, palco para novas ideias e abertura aos movimentos sociais que surgiam por todos os lados, lutando por direitos, igualdade social e de alguma forma tentando influenciar o cenário sociopolítico que se configurava naquele período. Nesse aspecto, a criação dos Conselhos veio como esforço e avanço extraordinários em relação à participação e ao controle público no Brasil. Nesse contexto, a tentativa era se inverter a subordinação da sociedade ao Estado, e este elemento está claramente presente em todos os relatórios das conferências nacionais, estaduais e municipais publicados no período.

O controle público realizado por meio dos Conselhos de Saúde pode ser explicado por meio de um fenômeno político denominado *accountability*. Eduardo Monteiro Martins afirma que do ponto de vista do Estado:

o accountability corresponde à capacidade do Estado de preencher a lacuna entre suas ações e expectativas de eficiência por parte dos cidadãos que demandam essa responsabilidade dos agentes e

organizações não-governamentais (MONTEIRO, 2000 *apud* OLIVEIRA, 2007, p. 31).

Muitos estudos apontam ainda para o fato de o fenômeno político denominado *accountability* ser explicado como parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais têm a possibilidade de cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou das lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo, de acordo com as normas e as funções previstas ou publicamente reconhecidas onde atuam (OLIVEIRA, 2007).

Mas o que isto representa? – Na prática significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas ou mesmo cobradas a prestar conta de seus atos diante de atores sociais. Isto é o chamado *societal accountability*.

O comportamento (responsável ou não) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir das organizações de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para *accountability* (HALLIDAY, 1994, p. 103 *apud* OLIVEIRA, 2007, p. 32).

No entanto, quem é responsável por promover o *accountability*? – Quem promove são diferentes signos de atores sociais que vão desde o indivíduo isolado até os cidadãos organizados (movimentos sociais, diferentes associações de cidadãos, associações comunitárias, sindicatos, consumidores, opinião pública), além de organizações e instituições públicas, como o Ministério Público, a própria imprensa, entre diversos exemplos que poderiam ser invocados, até mesmo a conhecida figura do *ombudsman*, que constitui o chamado *accountability agencies*.

Dessa forma, o significado da expressão *accountability* nos leva a crer em um processo que invoca as responsabilidades objetiva e subjetiva das instituições e dos responsáveis por seu funcionamento, seja por meio dos atores da sociedade, seja por meio de organizações constituídas pelo poder público. Com isso, torna-se possível que pessoas ou instituições respondam e deem transparência a seus atos e serviços.

PARTE III – ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, analisaremos de que forma as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) podem ser vetores catalisadores de ampliação dos espaços de participação e facilitadores da inserção do cidadão na construção de políticas públicas no contexto da democracia representativa. Para construção da análise desta pesquisa, partimos da observação de que a compreensão do ambiente que envolve o Conselho Nacional de Saúde e conselhos subnacionais não pode se dar sem o trabalho de construção e exame crítico de tais espaços, institucionalizados e por lei definidos como locais-chaves de participação do cidadão na construção de políticas públicas e exercício do controle social. Para isto a análise foi dividida em algumas etapas. A primeira etapa compreende a delimitação do sistema sobre o qual faremos as análises. O sistema foi delimitado a partir das referências propostas por Ulrich (2002), onde é feito em primeiro lugar a identificação dos atores que participam deste processo. São os atores que determinam sobre qual sistema iremos trabalhar. Após a delimitação do sistema, passamos à segunda etapa, será feita a descrição relacional entre os atores com vistas a verificar seus vínculos, compreender a situação que se encontram os conselhos de saúde, suas características enquanto participante de uma rede de política, os canais decisórios dos quais fazem parte e os canais que eles abrem para o contato com o cidadão que não é conselheiro. Na terceira etapa, buscaremos analisar se as TICs podem ou não contribuir para que os espaços sejam ampliados.

6.1 Primeira Etapa: Identificação do sistema

A primeira etapa de análise desta pesquisa se divide em duas fases complementares. A primeira trata da definição dos atores que compõem o sistema, para delimitarmos a rede política formada. A segunda compõe a fase de compreensão do relacionamento entre cada um dos atores envolvidos neste corpus de análise. A primeira fase delimita as fronteiras do sistema de análise e a segunda esclarece como ocorre a participação cidadã neste contexto.

6.1.1 Respondendo às heurísticas

A delimitação deste sistema começou a ser construído no início desta pesquisa, há mais ou menos dois anos. De forma muito simplificada, antes de dar início à delimitação de fronteiras para o desenho do sistema, acreditou-se que o sistema delimitado abarcaria somente os conselhos e o Ministério da Saúde. A figura 33 representa a visão dos relacionamentos entre os atores, no início deste trabalho.

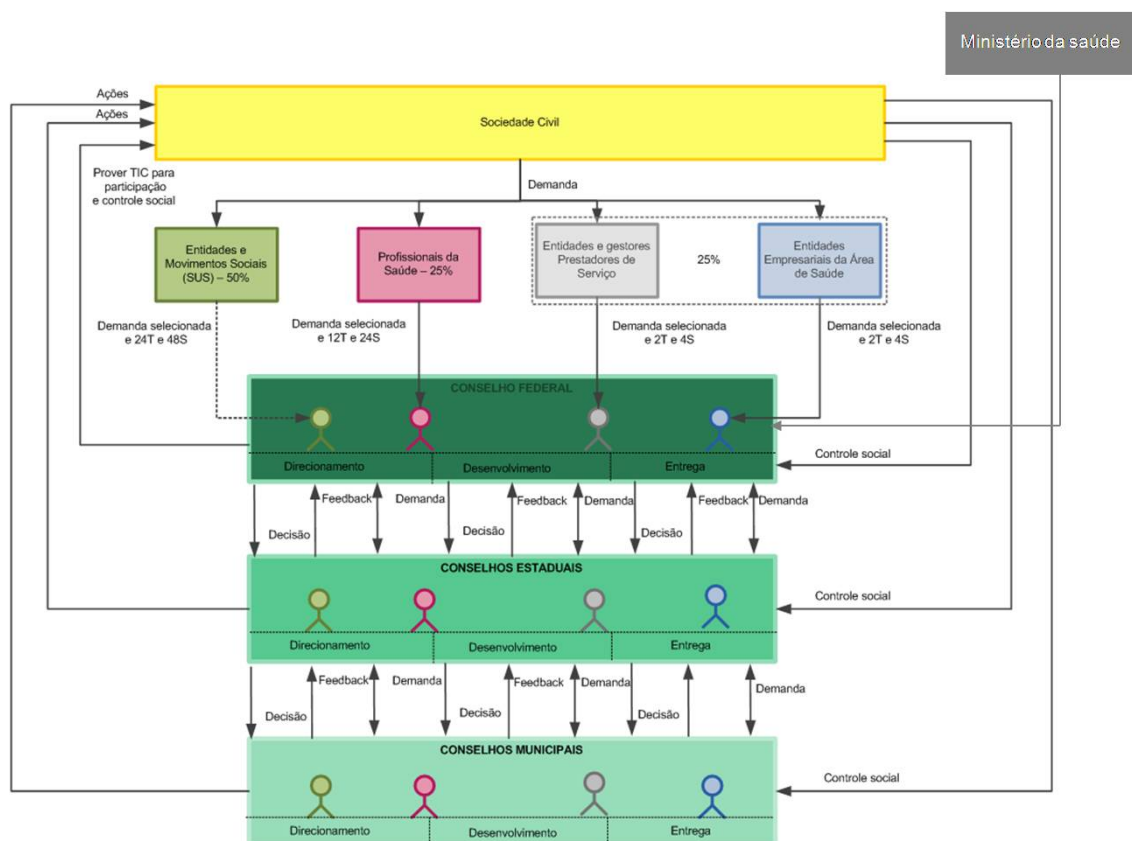


Figura 33: Visão dos relacionamentos entre os atores, 2008

O sistema simplificado mostrava as relações apenas entre os conselhos e o Ministério da Saúde. Iniciou-se então a delimitação das fronteiras do sistema, levando em consideração os valores e fatos que deveriam limitar o escopo da pesquisa. Tendo em vista que o estudo procura por uma resposta em relação à ampliação da participação cidadã e se as TICs poderiam contribuir (ou não) para este processo seja ampliado (no âmbito dos conselhos de saúde brasileiros). Buscou-se identificar quem são os afetados pelas políticas construídas neste âmbito e quem são os envolvidos em sua construção. Pode-se definir, a priori, que os afetados são os cidadãos que se utilizam do Sistema Único de Saúde (SUS), e os envolvidos os que determinam as políticas de saúde no

Brasil. Mas quem são os envolvidos? De acordo com Ulrich (2002), existem três tipos de classificação para os envolvidos, são eles, os clientes, os tomadores de decisão e os especialistas. Os clientes são os que demandam as necessidades; os tomadores de decisão que tem o poder decisório e os especialistas são os que conhecem os processos tecnicamente para que o processo exista. A todos estes atores, é dado o poder de participar, ou seja, ter a entrada.

Seguindo os passos para a identificação dos atores participantes, identificou-se que o maior beneficiário do sistema a ser delimitado é o cidadão, é a ele quem o sistema deverá atender. O cidadão passa a ser um cliente do sistema. Há mais um ponto a ser discutido, o propósito do sistema. De acordo com o que já foi descrito nos capítulos 4 e 5, entende-se que o propósito do sistema é formular políticas de saúde de forma a atender a população brasileira de acordo com suas necessidades, levando em consideração as características do SUS. A partir da avaliação dos documentos que instituíram o SUS, e de todo histórico de sua formação, o sistema que se está delimitando, deve atender ao propósito de definir políticas mais próximas do cotidiano e da vida do cidadão, considerando características como a humanização do atendimento, saúde de minorias, equidade, além do obvio, prestar serviços na área de saúde para todos os cidadãos. Portanto, o sistema deve atender as necessidades do cidadão, levando em consideração todas as suas diferenças. Por este prisma, a medida de sucesso para este sistema seja harmônico, é garantir que o cidadão participe da definição e planejamento das políticas de saúde, primeiro em âmbito local, e que estas estejam adequadas a sua realidade mais direta. Além disso, que tenha condições para que possa exercer o controle social, verificando o cumprimento das ações desenvolvidas.

Sabe-se que quem controla o sistema em sua maior parte são os gestores (burocratas e políticos), que determinam quais são as políticas que serão implantadas a todos os municípios. De forma geral, são eles quem determinam os principais assuntos a serem tratados nos Plano de Saúde dos municípios e estados brasileiros. As determinações que são desenvolvidas nas conferências, e tomadas como referencia pelos governantes, não garantem que todos sejam atendidos, muito menos, que as políticas estejam em consonância com a realidade local. A Agenda de Saúde é determinada pelo Ministério e em acordo com outras instâncias gestoras e ainda que a descentralização do Brasil promova a delegação de poderes aos entes federativos, ainda é o governo federal o grande centralizador das determinações. No caso da saúde, os conselhos municipais, são uma forma de ouvir o cidadão e garantir que ele participe das

definições das políticas e acompanhamento das ações. Mas de acordo com a visão que se estabelece atualmente, há pouca participação e poucos recursos dados a este ator para que ele possa efetivamente ter entrada neste processo.

Neste momento já podemos identificar que os atores tomadores de decisão dentro do sistema, são os gestores de forma geral. Mas há uma garantia de que os cidadãos participantes dos conselhos de saúde, também participem deste processo, legitimando assim as ações tomadas. Portanto, para este sistema, compreende-se que os tomadores de decisão são os cidadãos participantes dos conselhos e os gestores. A garantia de sucesso para que o sistema seja equilibrado e atenda a demanda, é que haja maior inserção dos cidadãos na construção de políticas para garantir que tais demandas sejam atendidas, já que são eles os maiores afetados. Os cidadãos poderão participar de forma equilibrada, juntamente com gestores e equipes técnicas em relação ao planejamento local, se tiverem acesso à informação, educação permanente, e garantia de participação.

O sistema e delinea de forma a abarcar as considerações feitas. O ambiente que ele comporta de acordo com os atores envolvidos, é o de formulação e planejamento em relação à saúde brasileira, seja ela em âmbito municipal, estadual e federal. E de acordo com este ambiente, delimitamos o sistema em relação aos principais atores que influenciam neste processo. Faz-se necessário uma observação indicando que os atores que delimitam esse sistema, foram determinados levando em consideração a documentação verificada, e ainda, a seu grau de influência no processo de formulação de políticas e de planejamento em saúde. Existem outros atores que poderiam fazer parte, como organizações não governamentais, organizações internacionais, mas estas não se relacionam diretamente com o processo.

6.1.2 Os atores

A categorização empreendida neste trabalho levou em conta um processo de análise de atores identificados durante a produção de um inventário feito sobre o processo de formulação de políticas em saúde no Brasil. O inventário levantou atores responsáveis por atuar diretamente neste processo, os agentes envolvidos na tomada de decisão e os que se encontram do outro lado da mesa, os que deveriam se beneficiar de tais decisões. Foram elencados 11 atores nesta classificação: Ministério da Saúde,

Secretarias estaduais de saúde, Secretarias municipais de saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissão Intergestora Bipartite (CIB), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselhos Estaduais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde e os Colegiados de Gestão Regional (CGR). Abaixo encontra-se o inventário realizado com base nas funções, atribuições e atuação de cada um dos atores envolvidos no corpus de análise.

6.1.2.1 Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde é o órgão do poder executivo federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados à promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. Ao ministério cabe dispor de condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, como forma de reduzir enfermidades, controlar doenças endêmicas e parasitárias e melhorar a vigilância à saúde. Tudo com vistas à qualidade de vida ao brasileiro. Sua missão é “promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania”³⁴.

Entre suas atribuições está a de garantir o acesso ao atendimento à saúde e dar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos independente da condição social de cada um. Dentro das competências do órgão estão a formulação da Política Nacional de Saúde, coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde, melhoria da Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios. Disponibilização de informações de saúde, fornecimento de insumos críticos à saúde, ações preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos, além da supervisão, controle e distribuição de medicamentos e a realização de pesquisas científicas e tecnológicas na área de saúde.

³⁴ Informação disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/default.cfm> >. Acesso em set.2009.

6.1.2.2 Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 1937, pela Lei nº 378, que instituía um órgão consultivo onde os membros eram indicados pelo ministro de estado. Formado por especialistas em saúde pública, o órgão iniciou suas atividades por meio de um colegiado responsável por emitir pareceres e determinar normas técnicas sempre que convocado. Nesse período, não existia assistência médica fornecida pelo Estado, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental. E apenas contava dentro da estrutura governamental com um órgão conhecido por Ministério da Educação e Saúde Pública.

O conselho inseria-se nesta estrutura apenas para debater questões internas, tendo pouco ou absolutamente nada em comum com a estrutura formada atualmente, que se destina, entre outras questões, a atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços, à elaboração do cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, ligados ao Sistema Único de Saúde e a proposição de critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais.

Dentro das atribuições do CNS está ainda o acompanhamento e controle da atuação do setor privado da área da saúde, que deve ser credenciado mediante um contrato ou convênio. Cabe a ele acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, com vistas à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do País. Por fim, não pode deixar de ser mencionado o importante papel do CNS no fortalecimento, participação e no controle social exercido no Sistema Único de Saúde.

6.1.2.3 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) foi criado em 3 de fevereiro de 1982. Com sede em Brasília (DF), o conselho tem a finalidade de representar as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e é constituído

pelos Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal - que são os membros efetivos - e por seus representantes formais, enquanto estiverem na condição de titulares das referidas Secretarias.

Seu funcionamento se pauta em uma estrutura formada pelos seguintes órgãos diretivos: I - Assembléia; II - Diretoria e III - Diretoria Ampliada. A Assembléia é o órgão máximo do CONASS com poderes deliberativos e normativos. Serão realizadas no mínimo seis (6) Assembléias ordinárias por ano, ordinária ou extraordinariamente. Todas as assembléias ordinárias serão convocadas por ordem do Presidente. A diretoria é constituída por seis membros, sendo um Presidente e cinco Vice-Presidentes, um de cada macrorregião do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul). Dentre as competências da diretoria do Conass está a representação política, a supervisão dos demais órgãos e a administração do Conselho e a representação na assembléia do Conass durante a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Entre suas atribuições estão a representação dos Secretários de Saúde dos Estados nos fóruns de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme artigo 3º da Lei 8.142 de 28/12/90 e artigo 2º do Decreto 99.438 de 07/08/90. Isto decorre da gestão compartilhada entre os três entes federativos na forma de organização do SUS.

Ao Conass cabe³⁵ encaminhar aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de Saúde em todo território nacional, estimular o funcionamento dos Conselhos de Saúde e o Controle Social e manter intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e internacionais de interesse para o setor saúde. Suas atividades se pautam pela representação dos interesses comuns dos gestores do SUS nos estados e no DF, definição de estratégias comuns de ação entre os gestores dos Estados e do Distrito Federal, implementação de princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar, desenvolvimento das ações e serviços de Saúde e a promoção do pleno exercício das responsabilidades das Secretarias de Saúde, na Política de Saúde, junto aos órgãos do Governo Federal e Municipal, do poder legislativo e das entidades da sociedade.

Dentre suas atribuições estão ainda o assessoramento das Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal na formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos Sistemas de Saúde nas unidades federadas. Tudo com vistas ao correto funcionamento das funções dos gestores estaduais do SUS. Apoio às Secretarias

³⁵ Informação disponível em < <http://www.conass.org.br/arquivos/file/estatutoconass.pdf> >. Acesso em set.2010.

Estaduais de Saúde no exercício da coordenação e regulação do sistema estadual de saúde e na mediação das relações intermunicipais, prestar a adequada cooperação técnica aos municípios, promover pesquisas e propor soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da Saúde pública no Brasil e apoio aos gestores estaduais mediante organização, edição e divulgação de informações estratégicas e gerenciais.

6.1.2.4 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

O Conasems nasceu a partir de um movimento social em prol da saúde pública e se legitimou como força política que assumiu a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde do país³⁶. Desde que foi criado, teve como meta consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado em conceitos como descentralização e municipalização. O Conasems assumiu o desafio de romper com a estrutura centralista de decisões impostas de cima para baixo, que desconsideravam as especificidades e as demandas de cada município brasileiro e propôs um sistema de gestão democrática, onde cabe aos municípios atuação principal e não mais o papel de coadjuvantes.

Embora o princípio municipalista continuasse como tema central, o Conasems agregou novos itens na sua pauta de atuação, incluindo assuntos relacionados à qualidade de vida, cidades saudáveis e promoção da saúde. Com o trabalho legitimado no país, o Conasems partiu em busca de parcerias além mares, inaugurando uma fase de realização de projetos que, dentre outras instituições, envolveram Unicef, Unesco e Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Sua criação se pautou na defesa de que o sistema público de saúde seria mais eficaz à medida que os municípios deixassem de ser somente executores de ações e assumissem também o papel de formuladores de políticas públicas. O Conasems participa da disputa por espaço político nas instâncias federais, incluindo na pauta de discussões da saúde grandes temas de interesse como financiamento público, recursos humana e defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Auxilia os municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus respectivos sistemas de saúde, com foco no intercâmbio de informações e pela

³⁶ Informação disponível em < <http://www.conasems.org.br/files/ESTATUTO%20CONASEMS-06052008.pdf> >. Acesso em set.2010.

cooperação técnica. Seu trabalho está direcionado na promoção e acesso universal da população aos serviços de saúde e na garantia da integralidade destas ações desde a prevenção até a reabilitação.

Hoje o Conasems atua na consolidação do processo de descentralização, no direcionamento de esforços no sentido da integralidade, na garantia do financiamento adequado do SUS nas três esferas de governo, no reconhecimento das relações de trabalho como eixo central e prioritário de atuação das instâncias gestoras do Sistema, na institucionalização e, por fim, na regulamentação dos fóruns de pactuação, na garantia da implantação de políticas públicas em saúde no Brasil.

Seu estatuto prega o incentivo à participação de todas as secretarias municipais de saúde ou órgãos equivalentes, representadas pelos seus secretários de saúde, nas atividades do CONASEMS, como forma de atuar de maneira conjunta e uniforme. E na defesa da regionalização e a hierarquização de serviços e integração do município numa rede de serviços regionalizada e hierarquizada, com financiamento tripartite, fortalecendo a autonomia dos municípios na direção do SUS.

6.1.2.5 Conselhos Estaduais de Saúde

Os Conselhos Estaduais de Saúde foram criados pela Lei nº 0046 de 22 de dezembro de 1992 e regulamentado pelo decreto nº 0413 de 02 de março de 1993, com a finalidade de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde do estado, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. São órgãos permanentes e deliberativos. Sua formação consiste em integrantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Os conselhos estaduais de saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Estadual de Saúde não é apenas uma exigência legal. É a garantia de que a sociedade deixe de ser apenas usuária dos serviços para se transformar, efetivamente, em agente da mudança. Atua como um Instrumento privilegiado de gestão do Sistema Único de Saúde, por meio de decisões colegiadas e permanentes. Sua formação baseia-se em uma composição paritária entre o número de representantes dos usuários e o número de representantes dos outros três segmentos, garantindo assim, o efetivo exercício do controle social sobre a execução da política e dos planos de saúde.

O Conselho Estadual de Saúde do Amapá (AP), por exemplo, é composto por seis representantes dos usuários, três representantes dos profissionais de saúde, um representante dos prestadores de serviços e dois representantes do Governo, além do Secretário de Estado de saúde que o preside. Os conselhos estaduais de saúde representam a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

6.1.2.6 Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão ligado a saúde do município, deliberativo, permanente e composto por um colegiado de pessoas que se reúnem regularmente uma vez por mês para discutir ações gerais de sua comunidade e procurar soluções para os problemas expostos. Regulamentado pela lei Federal Nº 8.142 e pela lei municipal ou decreto, o Conselho Municipal de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Representa a comunidade nas discussões sobre Saúde Pública e contribui para que haja melhorias nos programas de saúde e no atendimento ao usuário. Ao Conselho Municipal de Saúde também cabe a fiscalização da aplicação dos recursos repassados para investir em saúde. Os conselheiros são pessoas, escolhidas nos vários segmentos organizados, 25% como categorias de profissionais de saúde, 25% prestadores de serviços, representantes dos governos e 50% usuários. A tentativa desta composição paritária é que as decisões tomadas sejam as mais democráticas possíveis.

6.1.2.7 Secretarias Estaduais de Saúde

As Secretarias Estaduais de Saúde são órgãos que atuam junto aos conselhos de nacional de saúde, discutindo e deliberando sobre a política nacional, estadual e municipal de saúde. Suas atividades em conjunto com o governo federal também estão voltadas ao atendimento da saúde pública no Brasil. Devem articular ainda junto aos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) uma atuação harmoniosa no que tange à política de saúde, podendo apoiá-los técnica e financeiramente. Deve ainda promover o intercâmbio de informações, divulgando conhecimentos e capacitando pessoal. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde manter intercâmbio com associações e

sociedades congêneres, nacionais e internacionais. Dentre suas atribuições encontra-se ainda a celebração de acordos, contratos e convênios, com órgãos ou entidades públicas ou privadas e a realização de atividades consentâneas com a sua finalidade institucional.

6.1.2.8 Secretarias Municipais de Saúde

As Secretarias Municipais de Saúde são órgãos que atuam junto aos conselhos estaduais de saúde, discutindo e deliberando sobre a política municipal de saúde. Suas atividades em conjunto com o governo federal também estão voltadas ao atendimento da saúde pública no Brasil. Devem articular ainda junto aos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) Deve ainda promover o intercâmbio de informações, divulgando conhecimentos e capacitando pessoal. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde manter intercâmbio com associações e a comunidade local. Dentre suas atribuições encontra-se ainda a celebração de acordos, contratos e convênios, com órgãos ou entidades públicas ou privadas e a realização de atividades consentâneas com a sua finalidade institucional.

6.1.2.9 Comissão Intergestora Tripartite (CIT)

A Comissão Intergestores Tripartite – CIT é um espaço de articulação entre os gestores federal, estaduais e municipais com objetivo de viabilizar a Política de Saúde Pública no Brasil. Sua atuação baseia-se na negociação e pactuação de aspectos operacionais da gestão do Sistema Descentralizado e Participativo da Saúde. A CIT é a instância de expressão das demandas dos gestores da Saúde nas três esferas de governo e é organizada no âmbito federal. Suas atribuições também se destinam a pactuar estratégias para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, o estabelecimento de acordos acerca de encaminhamentos e questões operacionais relativas à implantação dos serviços, programas, projetos e benefícios que compõem o Sistema Único de Saúde e por fim, a atuação como fórum de pactuação de instrumentos, parâmetros, mecanismos de implementação e regulamentação do SUS.

6.1.2.10 Comissão Intergestora Bipartite (CIB)

A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) é o fórum de negociação entre o estado e os municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Sua formação baseia-se paritariamente por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por nove do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). A CIB foi criada pela Portaria SES 012/93, de 12 de junho de 1993, atendendo ao disposto no item 2.2.1, da Portaria Ministério da Saúde 545/93, de 20 de maio de 1993.

6.1.2.11 Colegiado de Gestão Regional (CGR)

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) são espaços imprescindíveis de negociação, pactuação e co-gestão solidária dos quais participam todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do Gestor Estadual, garantindo e aprimorando a aplicação dos princípios do SUS.

Os colegiados de Gestão Regional (CGR) atuam como espaços de co-gestão do SUS regional, estabelecendo a relação entre intergestores regionais. Dentre suas atribuições está a formação do planejamento regional com definição de prioridades e responsabilidades, a implantar e participação na definição e implantação do sistema de regulação.

6.1.2 Segundo ato: Classificação dos atores

O caminho percorrido ao longo do desenvolvimento desta tese nos leva a uma constelação complexa de imbricadas redes sociais formadoras dos conselhos de saúde pública no Brasil de hoje. Tal estrada nos levou em um primeiro momento, a analisar, descrever e sistematizar todo o universo que compõe os capítulos 4 e 5 desta pesquisa. Lá estão os conselhos de saúde no Brasil, as conferências, o Sistema Único de Saúde, mas principalmente, uma descrição dos fluxos de comunicação, gestão e planejamento de políticas e ações em saúde. Toda esta análise possibilitou o trabalho de construção de quadros explicativos sobre a composição e tarefas de cada um dos entes que compõe o sistema público de saúde no Brasil. Nesta etapa foi possível não apenas descrever

funções, mas identificar locais de atuação de cada um deles dentro do sistema descrito. O ponto principal de análise que deve ser estabelecido é a definição do real espaço do cidadão em duas instâncias: em primeiro nos conselhos e em segundo do cidadão e sua relação com as partes que compõe o todo formador do processo decisório de políticas em saúde.

Para chegarmos a esta resposta, antes foi necessário realizar todo um inventário e classificação dos atores institucionais que integram o sistema de saúde público no Brasil para compreendermos a real inserção do cidadão neste sistema. Na busca da compreensão de tal questionamento foi necessário investigar a atuação de cada um dos entes participantes. Como eles atuam? Em que âmbito são tomadas as decisões? Como se dá a relação entre eles?

Tais questionamentos possibilitaram um trabalho intenso de categorização dos atores, classificados de acordo com a influência que exercem dentro do sistema. Utilizou-se uma classificação baseada no pensamento de Ulrich (2002), autor responsável por sistematizar as formas de categorização que se aplicam nesta pesquisa. De acordo com seu pensamento, os atores envolvidos são: *clientes*, no caso das fontes de motivação a serem alcançadas; *responsável pela tomada de decisão*, no caso da fonte de controle e *especialistas*, no caso da fonte de conhecimento.

Nesta pesquisa, este processo de classificação se deu da seguinte forma: *tomadores de decisão*, *especialistas* e *clientes*. Os últimos e também com um poder quase nulo de influência no processo de tomada de decisão são os *clientes*. Eles em sua grande maioria são formados pelos conselheiros que também são cidadãos-usuários do Sistema Único de Saúde.

Os *especialistas* são os agentes capazes de realizar ações técnicas dentro dos sistema. São eles que possuem o conhecimento necessário para determinar como será executado o processo de formulação das políticas. São exemplos de entidades especialistas, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.

Os *tomadores de decisão* são quem realmente detêm o poder de decisão na construção das políticas. Sua ação tem poder decisório capaz de definir planos de saúde e os rumos das políticas públicas de saúde no âmbito federal, estadual e municipal. O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos subnacionais são exemplos de agentes *tomadores de decisão*.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde são entidades com dupla função, agem como *especialistas e tomadores de decisão*. Estas entidades agregam características tanto de representação dos gestores dos Conselhos subnacionais quanto de formação do quadro das Comissões Bi e Tripartite. Abaixo, encontra-se a classificação de cada um dos atores citados.

CLASSIFICAÇÃO DOS ATORES NO ÂMBITO DA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	
ATORES ENVOLVIDOS	MOTIVAÇÃO
Ministério da Saúde	Tomador de decisão
Secretarias estaduais de saúde	Especialistas
Secretaria municipais de saúde	Especialistas
Comissão Intergestora Tripartite	Especialistas
Comissão Intergestora Bipartite	Especialista
Conselho Nacional de Secretários de Saúde	Tomador de decisão
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	Especialista
Colegiado de Gestão Regional	Especialista
Conselhos Nacional de Saúde	Tomador de decisão
Conselhos Estaduais de Saúde	Tomador de decisão
Conselho Municipal de Saúde	Tomador de decisão

Quadro 24: Classificação dos atores no âmbito da formulação de políticas públicas

Feito todo o levantamento e categorização dentro deste sistema classificatório, nos resta ainda percorrer um ponto nevrálgico de análise: a inserção do cidadão no processo de formulação das políticas. Ou seja, analisarmos as reais condições para a participação cidadã. É preciso compreender qual o papel do cidadão no processo de tomada de decisão. Isto se torna impar, pois é ele o maior afetado pela construção de políticas e saúde no Brasil. Afinal, é com olhos voltados para o cidadão que as

instâncias governamentais, por meio de seus gestores, deveriam construir e legislar. Para isto, é fundamental entendermos onde o cidadão se enquadra e onde está localizado em todo este sistema. Qual lugar ele ocupa? Ele tem reais condições de tomar decisões? Ele conta com canais que o auxiliem nesta tomada de decisão?

Todo o trabalho de análise empreendido anteriormente, nos mostra que o cidadão é parte dos conselhos municipais e estaduais de saúde, onde ocupa lugar de tomador de decisão e é também o principal afetado pelas decisões tomadas naquele âmbito. Esta identificação é extremamente necessária para a verificação de um equilíbrio que sabemos ser desigual dentro do Sistema Único de Saúde. Para explicar esta relação podemos comparar este sistema a uma antiga brincadeira de crianças, o cabo de força (ou guerra). De um lado, encontra-se o cidadão, criança fraca e com pouco poder de puxar a corda com força para seu lado e vencer a brincadeira. Do outro, o gestor com amplos poderes decisórios e com força e peso que pendem para seu lado e o fazem ganhar o cabo de força sem dificuldades.

Caso estivéssemos descrevendo um sistema ideal, teríamos o cidadão ocupando o lugar da criança de peso e força relativamente igual a do gestor, equilibrando a briga e fazendo com que o cabo estivesse perfeitamente esticado. Na realidade, esta metáfora nos serve para explicar uma relação nada trivial na prática. O que se vê é que por mais que o sistema legitime o papel do cidadão no processo de tomada de decisão, sua participação e voz dentro destas instâncias são muito pequenas.

6.1.3 Terceiro ato: O papel do cidadão

Fato: o cidadão tem seu lugar assegurado por lei dentro do Conselho Nacional de Saúde. Sua participação obrigatoriamente deve respeitar uma paridade estabelecida pelo estatuto do conselho que prevê 50% dos lugares ocupados para entidades de usuários, 25% para entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviço. Realidade: Este número de cadeiras não está completo em nenhum estado brasileiro.

Uma análise sobre número de cidadãos³⁷ que participam como conselheiros de saúde, nos mostra, que em muitos municípios brasileiros, a paridade não é respeitada. No estado do Amazonas, por exemplo, apenas 49% dos conselhos municipais têm o

³⁷ Os dados são referentes às planilhas fornecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e Datasus, referente aos anos de 2007-2008.

cumprem a paridade, em relação ao número de usuários. Em Roraima, este número é de 40%.

Estados como Rio Grande do Sul (10% dos conselhos não respeita o número previsto por lei para ocupação de cidadãos em suas instâncias), São Paulo (15,5%) e Rio de Janeiro (6%) são os estados com menores índices deste tipo de ocorrência, portanto, são os que mantêm ativa a participação cidadã. É visto que estes dados não são decisivos, mas bastante emblemático sobre a participação do cidadão nas esferas dos conselhos de saúde. Sem a presença dele, como pode se dar a efetiva participação cidadã?

6.1.3.1 O comando está em que mãos?

- “Nas do gestor, ora!”. Diria um leitor mais afoito. E ele está coberto de razão.

O Acre é um dos estados com maior participação de gestores ocupando cadeiras de presidentes dos conselhos de saúde no Brasil. O gráfico abaixo demonstra essa relação. O estado apresenta 57% dos presidentes dos conselhos de saúde como gestores, e apenas 6% são representados por prestadores de serviços, categoria que pode ser representada por médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde.

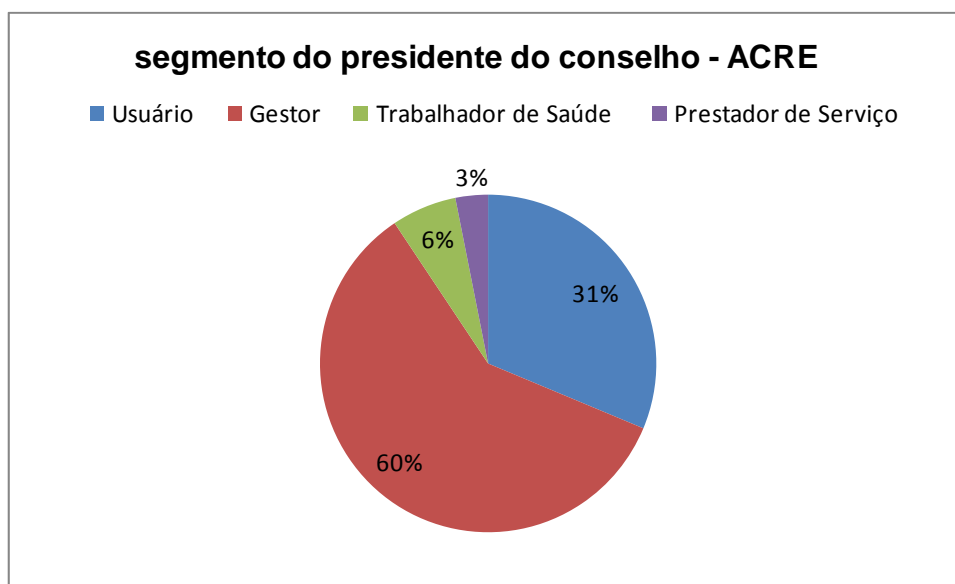


Figura 34: Segmentos do presidente dos conselhos - Acre

O Acre, assim como o Amazonas, o Ceará e o Espírito Santo apresentam um grande quantitativo de presidentes atuando como gestores governamentais. São instâncias onde os presidentes do conselho, pessoas responsáveis pela deliberação de ações voltadas à saúde da população acabam por ter interesses outros que advém, em sua maioria das decisões onde estão inseridos politicamente. Os quadros que seguem mostram essa realidade.

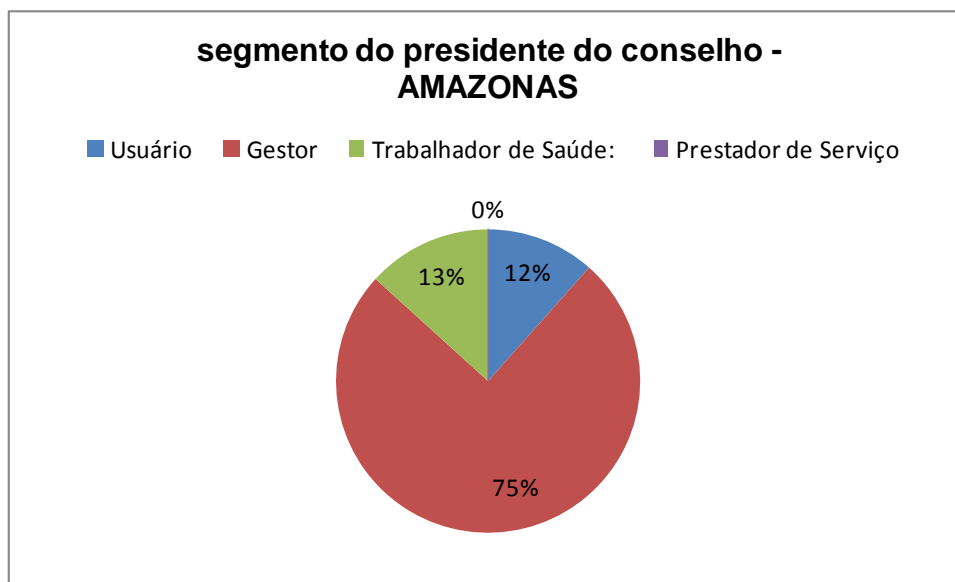


Figura 35: Segmentos do presidente dos conselhos - Amazonas

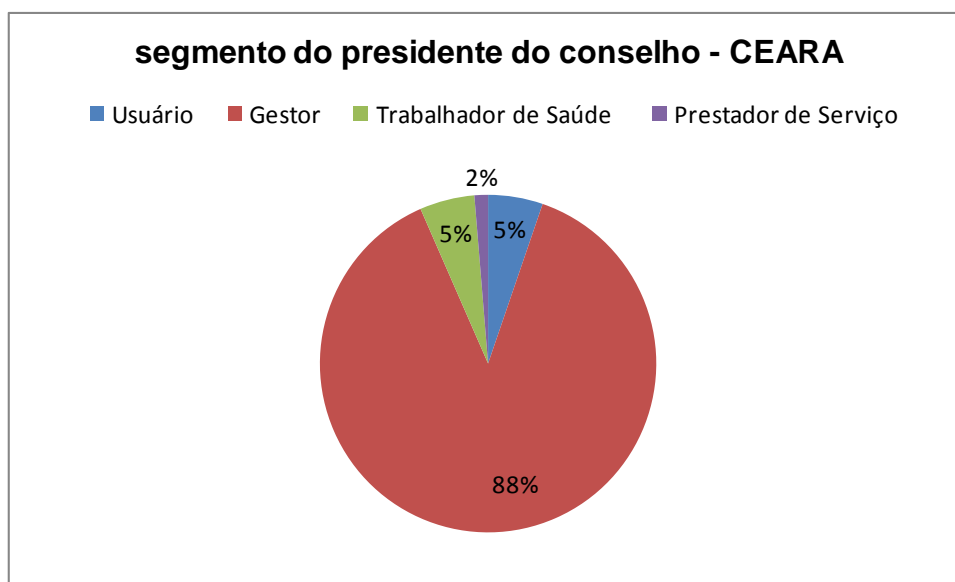


Figura 36: Segmentos do presidente dos conselhos - Ceará

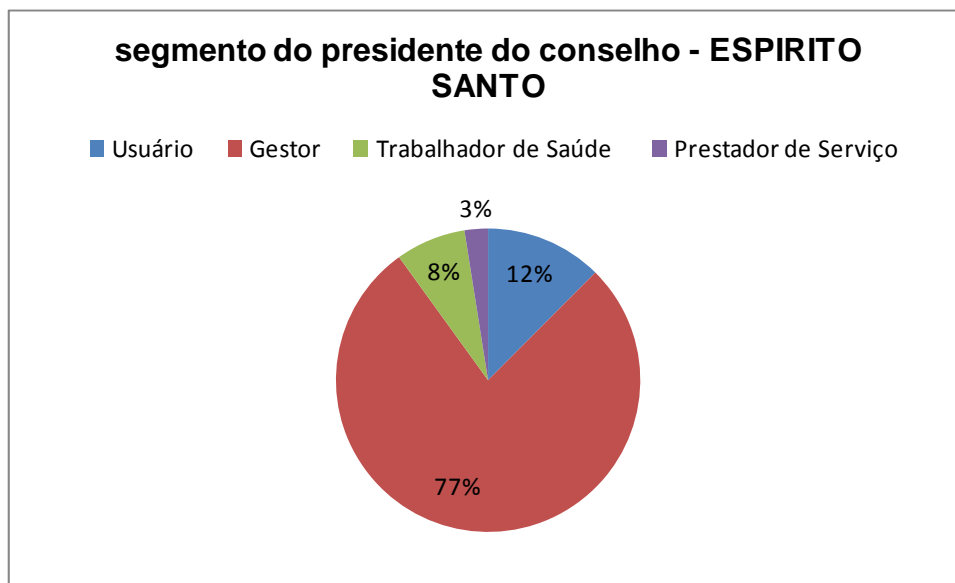


Figura 37: Segmentos do presidente dos conselhos - Espírito Santo

Pode-se observar que o Amazonas, o Ceará e o Espírito Santo apresentam respectivamente 12%, 5% e 5% de participação de usuários ocupando lugares como presidentes dos conselhos. No entanto, é o Maranhão um dos estados que apresenta menor participação de usuários ocupando tais posições, como demonstra a figura 38.

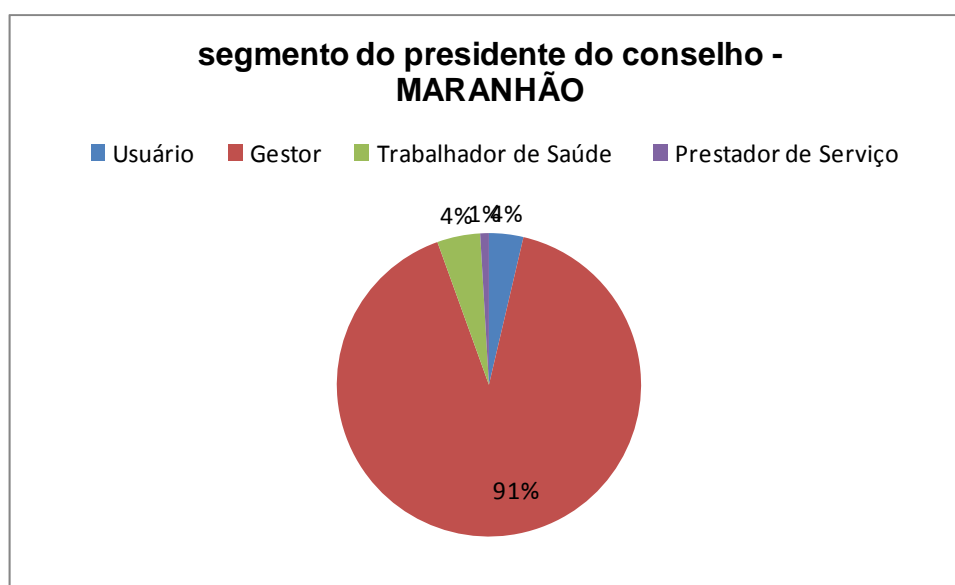


Figura 38: Segmentos do presidente dos conselhos - Maranhão

O Rio Grande do Sul é o estado que apresenta um quadro raro e oposto para o resto do país. Com 51% de usuários ocupando lugares de presidente dos conselhos de saúde, o Rio Grande do Sul demonstra um histórico de lutas e participação cidadã em diversas áreas sociais que não se reflete no resto do Brasil.

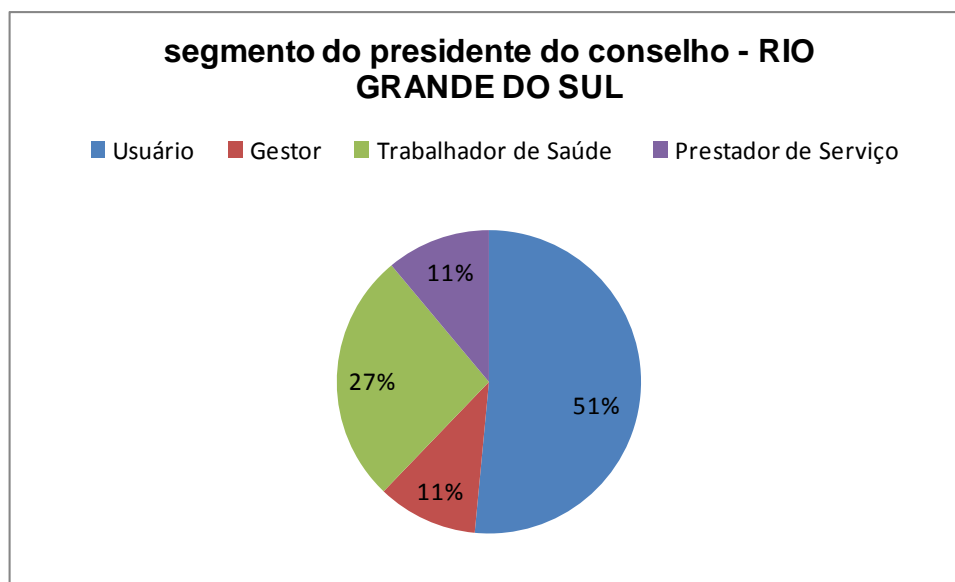


Figura 39: Segmentos do presidente dos conselhos - Rio Grande do Sul

O restante dos estados brasileiros apresentam uma classificação com mais equilíbrio entre a participação do cidadão e de gestores nas instâncias presidenciais dos conselhos de saúde no Brasil. Abaixo, como podemos ver o exemplo do Rio de Janeiro, estado que conta com 31% de usuários na posição de presidentes dos conselhos e 60% de gestores.

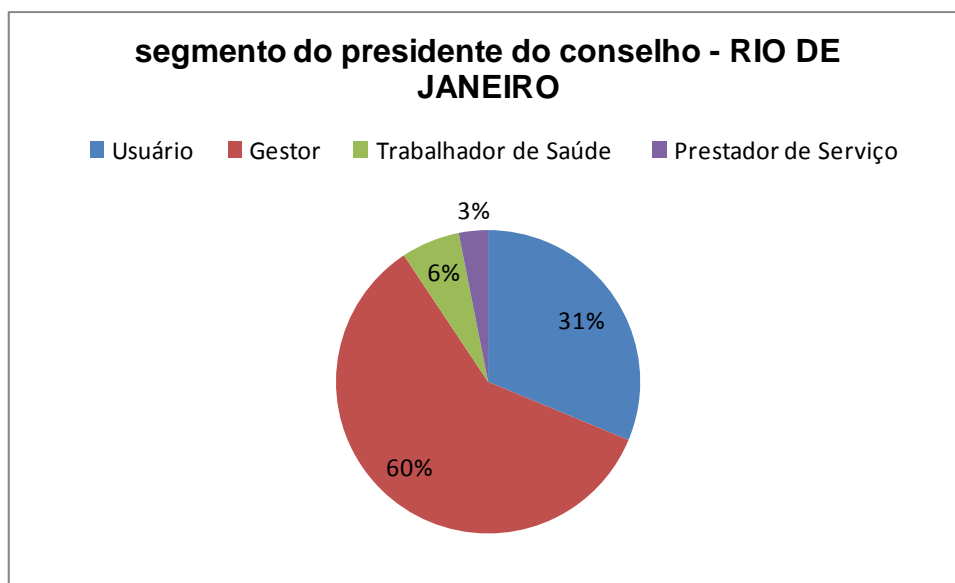


Figura 40: Segmentos do presidente dos conselhos - Rio de Janeiro

Assim como o funcionamento e hierarquia das instituições públicas e privadas, os conselhos também detêm certos privilégios de ação sob o comando de quem ocupa a cadeira de presidente. Todas as decisões, deliberações e principalmente informações voltadas à saúde pública no Brasil, ou pelo menos, grande parte delas, passa pelas mãos de quem ocupa tal função. Quando o usuário tem a possibilidade de ocupar um destes cargos, sua inserção no processo de tomada de decisão, obviamente se torna muito maior, do que se estivesse fora destas instâncias de poder.

6.2 Segunda Etapa

6.2.1 Quarto ato: Relacionamento entre os atores

A segunda etapa de análise desta pesquisa está composta por duas fases complementares. A primeira fase está baseada na construção de um mapa de relacionamento, ferramenta que descreve o relacionamento entre os atores que foram descritos e analisados na etapa anterior. São eles que definem os rumos das políticas públicas em saúde no Brasil, como citamos anteriormente. Esta fase irá apresentar dentro deste mapa, uma visão sobre as entradas e saídas por onde fluem as funções de cada ator, permitindo que sejam encontrados os espaços em branco e as falhas nos

fluxos comunicacionais entre tais atores, mas, sobretudo, tentando verificar a participação do cidadão nas esferas do conselho.

A segunda fase é composta pela descrição da participação do cidadão no âmbito dos conselhos, como forma de identificar os fluxos comunicacionais específicos deste meio para na próxima etapa identificarmos a inserção das Tecnologias da Informação e Comunicação neste contexto.

6.2.1.1 Mapa de Relacionamento

A construção do mapa de relacionamento foi feita com base no planejamento em saúde no Brasil. Dado a complexidade de montagem de uma estrutura que abarcasse tantas instâncias e atores em momentos tão distintos de sua atuação, sua montagem foi dividida em três partes. A primeira delas levou em conta a formulação das diretrizes para as políticas de saúde, onde se vêem presente as conferências, até o momento que esta informação chega ao Ministério da Saúde. Sabe-se que as diretrizes, pelas quantidades altas e diversas, de propostas, em sua maioria não são utilizadas pelo Ministério em sua totalidade. Além disso, é papel do Ministério da Saúde formular a agenda nacional que norteará todas as instâncias municipais e estaduais, na formulação de seus planos de saúde. Portanto temos aqui, o mais forte indício de hierarquização da rede de políticas.

.A segunda demonstra como se dá o planejamento estratégico em relação às políticas de saúde, com base na agenda de saúde, os fluxos demonstram o processo percorrido no plano estratégico. E a terceira mostra o planejamento tático-operacional efetuado a partir dos planos nacionais de saúde, representa a prática da ação em saúde.

Além disto, foi sobreposto ao mapa, os atores que participavam e em quais quadrantes eles se incluem, levando em conta suas funções e o fluxo e vínculo comunicacional traçado entre eles. O Fluxo aqui diz respeito às entradas e saídas, no que diz respeito a qualquer processo que se encontra neste âmbito.

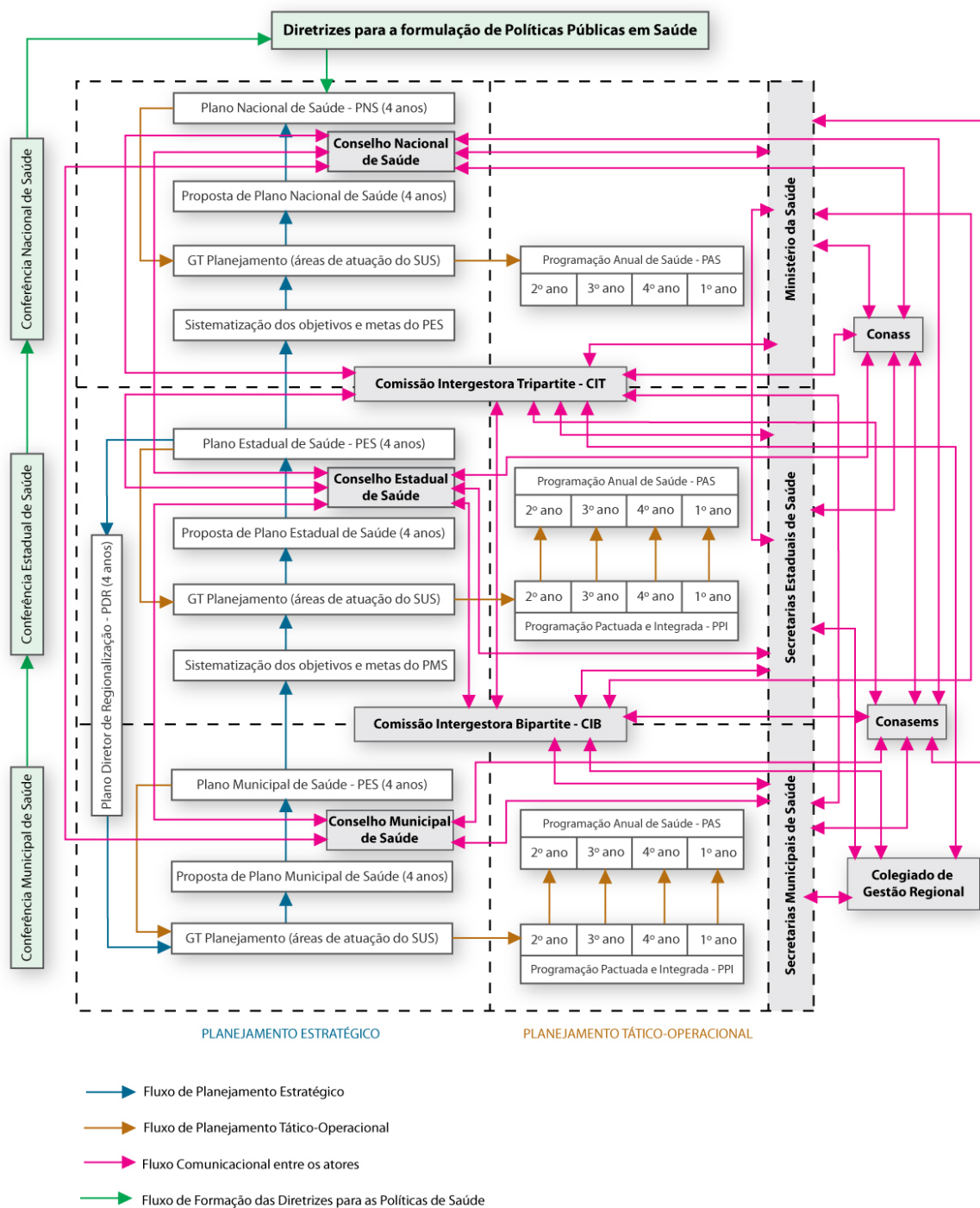


Figura 41: Mapa de relacionamento

Podemos ver que as instâncias criadas posteriormente à regionalização no planejamento em saúde, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) acabam por quebrar ou mesmo desestruturar os fluxos comunicacionais onde há a participação do cidadão. Tal fator nos leva a crer em uma

rede formada por atores que atuam de forma altamente hierarquizada e centralizada na função dos gestores, indivíduos que dominam os processos decisórios de construção e formulação de políticas públicas em saúde no Brasil.

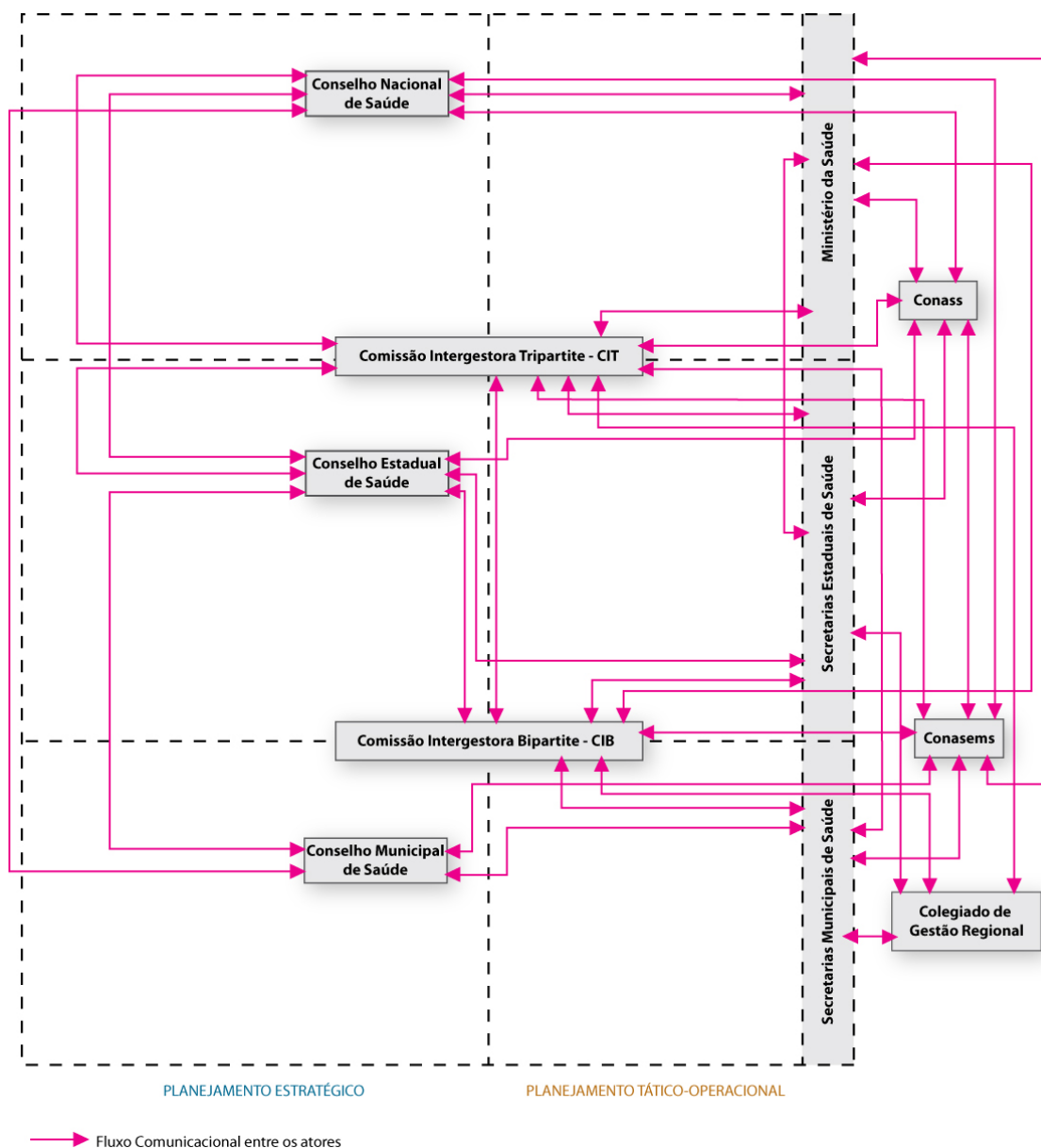


Figura 42: Mapa dos fluxos comunicacionais

O quadro de fluxos comunicacional entre os atores demonstra que tanto no nível estratégico quanto tático concentra o controle da tomada de decisão na Comissão Intergestora Tripartite, formada integralmente por gestores. Esta comissão é a responsável por concentrar o maior número de informações relacionadas ao processo decisório.

6.2.1.2 Indicadores da Rede

Os dados obtidos tem o propósito de estimar o tamanho da rede, em termos de participações percebidas pelos seus integrantes; a densidade, dada pelo quociente das ligações efetivamente existentes e o total de ligações possíveis; e as distâncias geodésicas, definidas por meio de medidas que calculam o caminho mais curto entre dois atores quaisquer da rede. Esses mesmos dados foram o ponto de partida para calcular outras medidas da rede: atores pontos de corte e seus blocos de segmentação; centralidade de grau de entrada e de saída; centralidade de intermediação. A medida de centralidade de cada ator, além de medir a acessibilidade de uma pessoa, mede também o número de caminhos de comunicação que passam por ela. Com base nessas medidas, foi possível fazer inferências acerca dos atores que vinham desempenhando papéis críticos, ou seja, papéis importantes dentro da rede, a saber: conector central, corretor de conteúdo transacional e expansor de fronteiras. Após a coleta, foi realizada análise do relacionamento do grupo como um todo, e, também, do papel de cada indivíduo dentro da rede mapeada.

Como forma de verificação sobre o que foi descrito anteriormente por meio da análise do mapa de relacionamento, iniciaremos esta etapa de estudos. Para o início da análise, foi preparado o quadro 25 indicando de maneira simplificada todas as interações que são realizadas a partir dos fluxos comunicacionais e vínculos presentes no sistema delimitado pelo mapa de relacionamento.

ATOR	SIGLA	INTERAÇÕES
Ministério da Saúde	MS	COSS, CIT, CNS, COMS, CIB, SES
Secretaria Estadual de Saúde	SES	MS, COSS, CES, CIB, CGR, CIT
Secretaria Municipal de Saúde	SMS	CGR, CIB, CMS, CIT, COMS,
Conselho Nacional de Saúde	CNS	MS, COSS, COMS, CES, CMS, CIT,
Conselho Estadual de Saúde	CES	CNS, CMS, CIB, CIT, SES, COSS
Conselho Municipal de Saúde	CMS	CNS, CES, SMS, COMS,
CIT	CIT	MS, SES, SMS, CNS, CIB, CGR, COSS, COMS, CES,
CIB	CIB	CES, SES, MS, CIT, SMS
CGR	CGR	SES, SMS, CIT, CIB
Conass	COSS	CNS, MS, SES, CIT, COMS, CES
Conasems	COMS	COSS, CNS, CMS, MS, CIT, CIB, SMS

Quadro 25: Interações entre os atores da rede

A partir desta definição, iniciamos o procedimento de análise, para isto foi gerada uma matriz de relacionamento (Figura 43) que corresponde às interações do quadro 24. A matriz é classificada como matriz idêntica e simétrica, pois os nomes das colunas se repetem nas linhas e os fluxos são todos do tipo bidirecionais. No momento da construção da matriz, foram atribuídos valores “1” para as relações existentes e valor “0” para os atores que não mantém relação.

UCINET Spreadsheet - C:\Documents and Settings\carolina.NMI.000\Desktop\Redes\Fluxo de Comunicação Total

File Edit Transform Fill Labels Options Help

Fill +.0 -.0 Ren

	Ministério da Saúde	Secretarias Estaduais de Saúde	Secretarias Municipais de Saúde	Conselho Nacional de Saúde	Conselho Estadual de Saúde	Conselho Municipal de Saúde	Comissão Intergestora Tripartite (CIT)	Comissão Intergestora Bipartite (CIB)	Colegiado de Gestão Regional	Conass	Conasems
Ministério da Saúde	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1
Secretarias Estaduais de Saúde	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0
Secretarias Municipais de Saúde	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1
Conselho Nacional de Saúde	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1
Conselho Estadual de Saúde	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
Conselho Municipal de Saúde	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1
Comissão Intergestora Tripartite (CIT)	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
Comissão Intergestora Bipartite (CIB)	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Colegiado de Gestão Regional	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
Conass	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1
Conasems	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0

Current cell: Row: Col: 0 0

Dimensions: Rows: Cols: 11 11

Mode: Normal Symmetric

Figura 43: Matriz de relacionamento

Pode-se então verificar o primeiro desenho formado por todos os atores e sua completa relação. Os quadrados azuis significam os nós (ou atores), as setas indicam o fluxo (bi ou unidirecional) e as linhas entre as setas representam os vínculos.

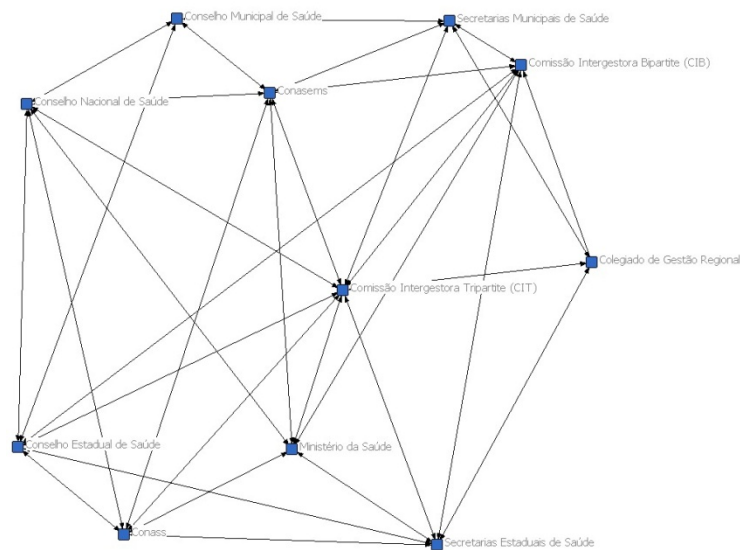


Figura 44: Rede formada por todos os atores e seu relacionamento

Podemos verificar uma intrínseca relação entre as partes, e para facilitar esta visão e compreender a participação de cada ator, é necessário analisarmos algumas questões específicas, como o a densidade da rede. A densidade nos mostra o alto ou baixo grau de conectividade tanto das relações, quanto das relações de um ator com a rede.

Densidade da rede

O grau de densidade é calculado dividindo o número de relações existentes entre as relações possíveis e multiplicando por 100 [$D = RE/RP \times 100$]. E o total de relações possíveis é calculado a partir do número de nós pelo número de total de nós menos 1, pra esta rede o número de relações possíveis é de [$RP = NTN \times (NTN - 1)$], temos então para esta rede um total de 11 nós e 64 relações.

$$\text{Relações possíveis (RP)} = 11 \times (11 - 1) = 110$$

$$\text{Cálculo da densidade (D)} = (64/110) \times 100 = 58,2\%$$

O valor máximo que uma rede pode atingir é uma conectividade de 100%, quando há a relação entre todas as partes. Ve-se que a conectividade desta rede é de 58,2%, pode-se dizer que ela tem uma tendência média, e pode tender a uma conectividade maior, dependendo de como se desenham as relações. A conectividade dos atores é medida pelo grau com que eles se relacionam dentro desta rede, podemos verificar na matriz simples que os Conselhos Municipais de Saúde mantêm um baixo relacionamento com os outros atores.

Centralidade da rede

Uma medida importante para a rede é o seu grau de centralidade. Aqui poderemos verificar os graus de entradas e saídas de cada ator dependendo da direção dos fluxos formados. Os graus de saída é dado pela soma das interações que os atores tem com os outros nós, por exemplo, o grau de saída do Conselho Municipal de Saúde interage com 5 nós, portanto seu grau de saída é 5. Já os graus de entrada é a soma das interações que os nós mantêm com o ator, portanto se 5 nós interagem com o Conselho Municipal de Saúde, seu grau de entrada é 5.

Abaixo podemos ver o grau de centralidade calculado e verificar qual o ator que mantém o maior número de relações na rede.

Tabela 4: resultado do grau de centralidade

Centralidade da rede				
		1	2	3
		Degree	NrmDegree	Share
7	Comissão Intergestora Tripartite (CIT)	9.000	90.000	0.136
11	Conasems	7.000	70.000	0.106
8	Comissão Intergestora Bipartite (CIB)	7.000	70.000	0.106
4	Conselho Nacional de Saúde	6.000	60.000	0.091
5	Conselho Estadual de Saúde	6.000	60.000	0.091
1	Ministério da Saúde	6.000	60.000	0.091
2	Secretarias Estaduais de Saúde	6.000	60.000	0.091
10	Conass	6.000	60.000	0.091
3	Secretarias Municipais de Saúde	5.000	50.000	0.076
9	Colegiado de Gestão Regional	4.000	40.000	0.061
6	Conselho Municipal de Saúde	4.000	40.000	0.061

DESCRIPTIVE STATISTICS				
		1	2	3
		Degree	NrmDegree	Share
1	Mean	6.000	60.000	0.091
2	Std Dev	1.348	13.484	0.020
3	Sum	66.000	660.000	1.000
4	Variance	1.818	181.818	0.000
5	SSQ	416.000	41600.000	0.096
6	MCSSQ	20.000	2000.000	0.005
7	Euc_Norm	20.396	203.961	0.309
8	Minimum	4.000	40.000	0.061
9	Maximum	9.000	90.000	0.136

Verificamos que esta rede, tem a CIT com o maior grau de centralidade com valor igual a “9”, isto significa que a centralidade deste ator é de 90% é ele quem mantém o maior número de interações, ou seja, é ele quem mantém a maior conexão da rede. No lado oposto, são os Conselhos Municipais de Saúde que tem o menor grau de relação com os outros atores, com valor igual a “4”, valor percentual de 40% de inserção na rede. Este valor está bem abaixo da densidade da rede, o que significa sua falta de conexões. Verificou-se também que alguns atores tem sua participação equilibrada, a partir da média dada pelo número total de interações, que é igual a 6. Podemos então apresentar o gráfico geral da rede com outra visualização, destacando quem é o ator principal neste processo. O gráfico abaixo apresenta a rede onde os nós foram construídos de acordo com as interações efetuadas, e de acordo com a centralidade da mesma. A rede formada nesta análise é centralizada na Comissão Intergestora Tripartite, e tem seu componente com o menor número de relações, nos Conselhos Municipais de Saúde, quase imperceptível.

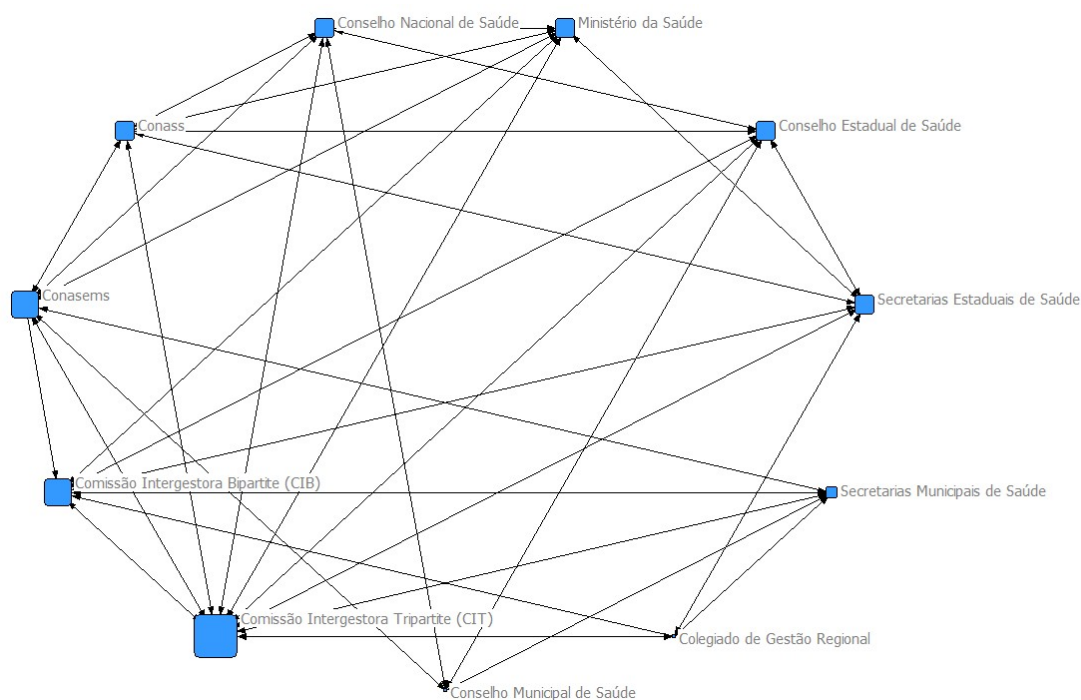


Figura 45: Grau de centralidade da rede

Mas para visualizarmos as relações entre as partes, principalmente no que diz respeito aos atores com maior e menor grau de relações, traçamos gráficos separadamente para que se facilite a visualização. O primeiro, diz respeito à centralidade da Comissão Intergestora Tripartite e o segundo em relação aos Conselhos Municipais de Saúde.

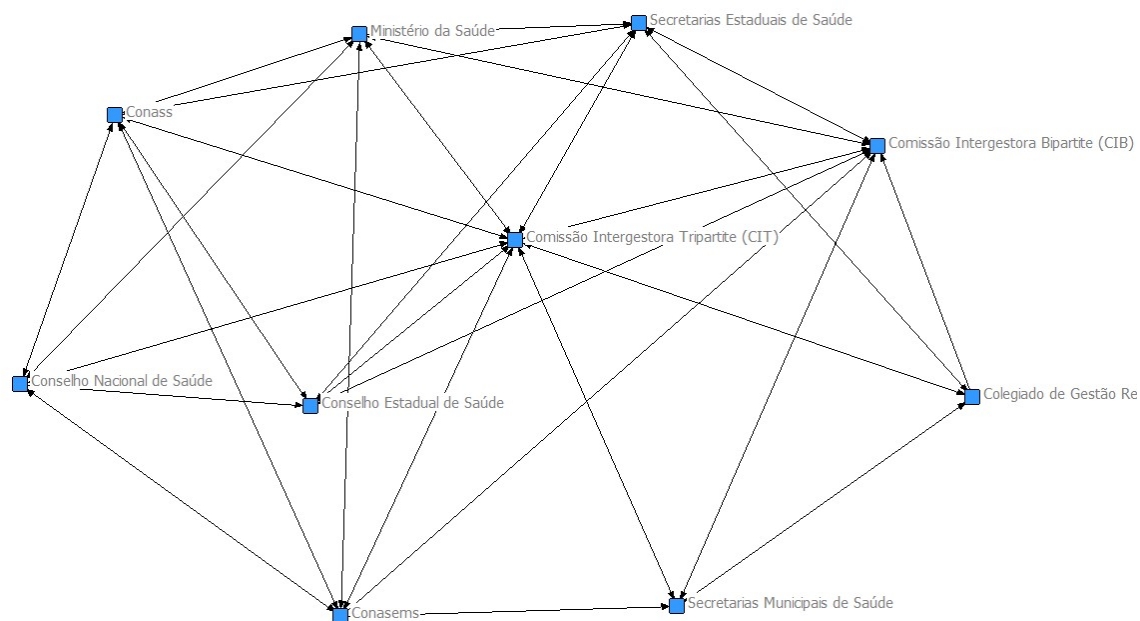


Figura 46: Relações que mantêm a Comissão Intergestora Tripartite

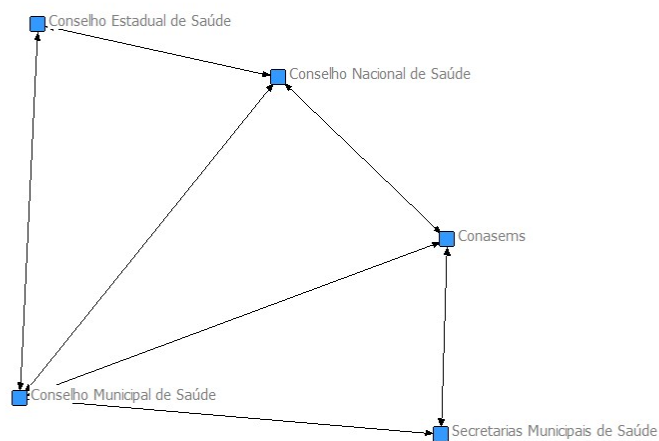


Figura 47: Relações que mantêm o Conselho Municipal de Saúde

A figura 47 apresenta a visualização das relações mantidas pelo Conselho Municipal de saúde, podemos observar que altamente desfavorável para o cidadão, pois a tomada de decisão se dá de forma mais intensa nas comissões gestoras.

Grau de intermediação

Esta medida é que mostrará o controle da comunicação interna à rede. Mostra a intermediação entre as partes, ou, a capacidade de um nó intermediar comunicações entre seus pares. Para a rede, foi efetuado o levantamento de tal medida e verificou-se que o maior grau de intermediação, no resultado normatizado é de 14,4% para a Comissão Intergestora Bipartite. Já, um dos menores graus de intermediação é do Conselho Municipal de Saúde com 2% de intermediações, refletindo mais uma vez a sua pouca ou quase nula capacidade de comunicação interna à rede. Como a discrepância é muito grande a média do grau de intermediação que a rede tem é muito baixa em relação ao ator principal. Esta relação demonstra quem é o detentor de diversos processos comunicacionais.

Tabela 5: Resultado do Grau de intermediação

Grau de intermediação			
		1	2
		Betweenness	nBetweenness
7	Comissão Intergestora Tripartite (CIT)	12.967	14.407
5	Conselho Estadual de Saúde	5.533	6.148
11	Conasems	5.283	5.870
3	Secretarias Municipais de Saúde	5.000	5.556
2	Secretarias Estaduais de Saúde	3.850	4.278
8	Comissão Intergestora Bipartite (CIB)	3.517	3.907
4	Conselho Nacional de Saúde	3.017	3.352
1	Ministério da Saúde	2.450	2.722
10	Conass	1.933	2.148
6	Conselho Municipal de Saúde	1.783	1.981
9	Colégio de Gestão Regional	0.667	0.741

DESCRIPTIVE STATISTICS FOR EACH MEASURE			
		1	2
		Betweenness	nBetweenness
1	Mean	4.182	4.646
2	Std Dev	3.147	3.497
3	Sum	46.000	51.111
4	Variance	9.905	12.229
5	SSQ	301.321	372.001
6	MCSSQ	108.957	134.515
7	Euc Norm	17.359	19.287
8	Minimum	0.667	0.741
9	Maximum	12.967	14.407

Grau de proximidade

Uma interessante medida que auxilia na indicação dos caminhos que podem facilitar a é compreender a distância entre eles, e desta forma promover a aproximação

dos nós, caso seja interessante para a rede. O cálculo da distância se dá calculando as distâncias geodésicas entre os atores. Por exemplo, sabendo que alguns atores tem interações em maior número que outros, por meio do conhecimento da distância, se pode equilibrar a situação, tentando aproximações caso seja o ideal. A tabela abaixo apresenta em cada célula a distância entre os atores. Por exemplo, a distância entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem o valor igual a “2”, isto representa que ela está a duas arestas de se conectar diretamente com o CNS. Um ponto interessante quando se calcula a distância, é verificar que as distâncias não são tão grandes. E que se couber, há a possibilidade de se aproximar os nós.

Tabela 6: Matriz construída para o cálculo da distância

CÁLCULO DA DISTÂNCIA												
	MS	SES	SMS	CNS	CES	CMS	CIT	CIB	CGR	COSS	CONS	DISTÂNCIA (D)
MS	0	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	14
SES	1	0	2	2	1	2	1	1	1	1	2	14
SMS	2	2	0	2	2	1	1	1	1	2	1	15
CNS	1	2	2	0	1	1	1	2	2	1	1	14
CES	2	1	2	1	0	1	1	1	2	1	2	14
CMS	2	2	1	1	1	0	2	2	2	2	1	16
CIT	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	11
CIB	1	1	1	2	1	2	1	0	2	2	2	15
CGR	2	1	1	2	2	2	1	1	0	2	2	16
COSS	1	1	2	1	1	2	1	2	2	0	1	14
CONS	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	0	13

A aproximação, é o contrário da distância, é outra forma de compreender a mesma informação. Pode ser calculada para identificar da proximidade entre os nós que

estão à margem da rede. O cálculo da proximidade (CP) pode ser feito a partir do cálculo da distância, e tem a seguinte fórmula $[CP = (1/D) \times 1000]$, onde D é a distância de cada ator. Abaixo está a tabela com os graus de proximidade determinados no sistema, pode-se perceber que o maior grau de proximidade entre os outros entes, é apresentado pela Comissão Intergestora Tripartite. Para a visualização acredita-se que a melhor forma seja pela distância que apresenta exatamente o número de nós que se interpõe entre os atores. A tabela 4 apresenta os resultados de acordo com a proximidade.

Tabela 7: Resultado do cálculo do Grau de proximidade

closeness Centrality Measures					
		1	2	3	4
		inFarness	outFarness	inCloseness	outCloseness
7	Comissão Intergestora Tripartite (CIT)	11.000	11.000	90.909	90.909
8	Comissão Intergestora Bipartite (CIB)	13.000	15.000	76.923	66.667
1	Ministério da Saúde	14.000	14.000	71.429	71.429
4	Conselho Nacional de Saúde	14.000	14.000	71.429	71.429
5	Conselho Estadual de Saúde	14.000	14.000	71.429	71.429
11	Conases	14.000	13.000	71.429	76.923
2	Secretarias Estaduais de Saúde	14.000	14.000	71.429	71.429
10	Comass	14.000	14.000	71.429	71.429
3	Secretarias Municipais de Saúde	15.000	15.000	66.667	66.667
6	Conselho Municipal de Saúde	16.000	16.000	62.500	62.500
9	Colégio de Gestão Regional	17.000	16.000	58.824	62.500

Statistics					
		1	2	3	4
		inFarness	outFarness	inCloseness	outCloseness
1	Mean	14.182	14.182	71.309	71.210
2	Std Dev	1.466	1.336	7.809	7.471
3	Sum	156.000	156.000	784.394	783.308
4	Variance	2.149	1.785	60.982	55.813
5	SSQ	2236.000	2232.000	56604.770	56393.215
6	MCSSQ	23.636	19.636	670.804	613.844
7	Euc Norm	47.286	47.244	237.918	237.473
8	Minimum	11.000	11.000	58.824	62.500
9	Maximum	17.000	16.000	90.909	90.909

Como se pode observar a rede formada pelos 11 atores mostra uma tendência a pouca participação pelos cidadãos, já que seu lugar de atuação é no conselho municipal de saúde e este ator mostra os menores graus de interação e proximidade com os outros atores. Os dados que se referem a esta rede apresentam um resultado de uma rede altamente centralizada, formada basicamente por gestores. Não podemos negar que há outra leitura que pode ser feita, que a participação dos cidadãos é mantida durante as conferências e que estes participam das discussões e deliberações. Sim, tal fato pertence ao universo do sistema que foi delimitado, mas não acredita-se que efetivamente tais resultados realmente sejam utilizados como diretrizes para a formulação de políticas.

Voltando ao histórico de criação do SUS, a 8ª Conferência, contou efetivamente com a participação dos cidadãos na instituição do SUS. Apresentou debates abertos e

muito das propostas, foram aprovadas e se tornaram parte do que se conhece atualmente pelo SUS e suas instâncias. Já na 13ª Conferência, em alguns momentos, viu-se o contrário, como pode ser explicitado pela fala do Ministro da Saúde. Em entrevista³⁸, após ter perdido o debate sobre a proposta da instituição de fundações estatais como alternativas para a gestão do SUS, ele considera o resultado um “equivoco” e diz que o Ministério continuará irredutível em relação a soluções que considerarem melhores já que as conferências são consultivas e não deliberativas.

Acredita-se, que a quebra deste tipo de conduta e desrespeito a direitos adquiridos nas conferências anteriores, se deve ao fato dos conselhos municipais estarem pouco preparados para enfrentar debates como este. Acredita-se eles não exercem seu papel deliberativo e de controle social e apresentam condições duvidosas para seu funcionamento. Um dos problemas a que podemos nos referir é a falta de condições básicas para realmente atuarem, falta de informações, falta de infra-estrutura (em comunicação, local de funcionamento, entre outros recursos) necessária para que possam realmente participar. É fato que a gestão subestima estes atores, em muitos discursos (que já não cabem mais) a atribuição à falta de participação é a falta de cultura em relação à gestão ou ao desconhecimento de assuntos técnicos ou específicos sobre legislação. Aliado a estes fatos, vimos nos dados fornecidos no item 6.3 que existem diversos conselhos no Brasil, composto de forma ilegal, não obedecendo a paridade e proporcionalidade dos segmentos; e podemos ir além, há diversos casos em que os conselheiros são escolhidos pelo próprio gestor porque apresenta proximidade política.

Para que se tenha uma visão mais clara e objetiva sobre a participação do cidadão no âmbito dos conselhos, traçou-se a rede composta pelos entes que pertencem a formulação dos planos de saúde no município, para que se tenha a visualização deste processo e qual o local que o cidadão ocupa e como ele participa.

6.2.2 Quinto ato: Os fluxos comunicacionais e a participação cidadã

³⁸ Notícia publicada no site do Ministério da Saúde.
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=39038> e
acessada em <<http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/65/capa.html>>
Acesso em jul. 2008.

Para mostrar a participação cidadã no âmbito dos conselhos municipais de saúde, foi necessária a escolha de um momento do sistema delineado para que se fizesse visível sua participação. Escolheu-se o momento da formulação do plano de saúde local, onde este ator participa (ou deveria participar) das etapas de tomada de decisão em relação às políticas locais.

O processo de definição do plano de saúde para o município foi descrito no capítulo 5. Utilizaremos como ponto de partida o documento oficial que descreve como o plano deve ser efetuado e as instâncias que participam.

De acordo com o documento³⁹, o Plano deve ser formulado contando com a participação dos seguintes atores: o gestor, uma equipe técnica designada pelo gestor, o conselho municipal de saúde, e a comunidade local. O plano deve ser formalizado por uma portaria ou instrumento da gestão, ou pela apresentação das diretrizes para o conselho para que ele aprove e informe ao gestor por meio de uma resolução. O planejamento é efetuado por uma equipe designada pelo gestor. A equipe que pode ser convocada somente para este fim. Para a formulação do plano, a equipe deve consultar os documentos: Planos Plurianuais de Saúde, os relatórios das conferências realizadas, os relatórios de gestão existentes e outros documentos que se fizerem necessários. Além dos documentos, a equipe discute com as áreas técnicas para suprimir as falhas, caso existam. Neste momento, como consta no documento, é “indicado” que a equipe participe de reuniões com a comunidade local, representações sociais e com o Conselho. Após o documento formulado, é enviado ao conselho para aprovação e o documento é devolvido para o gestor para fins de publicação.

Para o desenvolvimento dos grafos em relação a esta rede, realizou-se dois quadros possíveis de relações existentes, contidas na sequência realizada para a formulação do plano de saúde: Situação 1 e Situação 2. As situações representam as possibilidades de relação entre os atores. A primeira situação representa como se dá a tomada de decisão de acordo com os atores, tal situação é encontrada na maioria dos municípios brasileiros e a segunda situação representa as relações, mas inclui um novo ator, o cidadão que representa o diálogo com a sociedade.

³⁹BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Diário Oficial da República Federativa no Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de dez. 2006.

Situação 1

ATORES	SIGLA	RELACIONAMENTO
Gestor	GE	EP, CS
Equipe de planejamento	EP	GE, AT
Áreas técnicas	AT	EP
Conselho de saúde	CS	GE
Cidadão		

Quadro 26: Quadro dos atores que participam da situação 1

O quadro acima, apresenta todos os atores que possivelmente possam participar do planejamento do plano de saúde no âmbito municipal. A primeira situação coloca o cidadão como ator, mas não atuante no processo. A rede formada apresenta o grau de densidade de 30% calculado da seguinte forma:

$$\text{Relações possíveis (RP)} = 5 \times (5 - 1) = 20$$

$$\text{Cálculo da densidade (D)} = (6/20) \times 100 = 30\%$$

Pode-se afirmar que é um grau muito de interação muito baixo, que representa o fluxo comunicacional pequeno, praticamente centrado em poucos atores. Pode-se dizer que é uma rede bidirecional, pois a cada fluxo delimitado, é necessário que se tenha um retorno. Nota-se que a estrutura é praticamente linear para a tomada de decisão

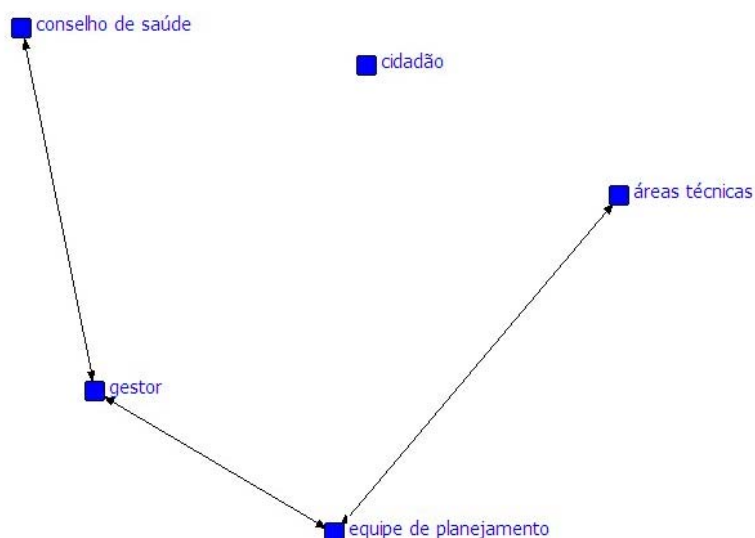


Figura 48: Rede formada pelos atores participantes da rede correspondente a Situação 1

Verificando a centralidade da rede, identifica-se que ela se dá de forma equivalente entre gestores e equipe de planejamento, onde os dois atores determinam a centralidade desta rede, como se pode observar nos valores apresentados na tabela 5.

Tabela 8: Resultado do cálculo de centralidade da rede

		1 Degree	2 NrmDegree	3 Share
1	gestor	2.000	50.000	0.333
2	equipe de planejamento	2.000	50.000	0.333
3	áreas técnicas	1.000	25.000	0.167
4	conselho de saúde	1.000	25.000	0.167
5	cidadão	0.000	0.000	0.000

DESCRIPTIVE STATISTICS				
		1 Degree	2 NrmDegree	3 Share
1	Mean	1.200	30.000	0.200
2	Std Dev	0.748	18.708	0.125
3	Sum	6.000	150.000	1.000
4	Variance	0.560	350.000	0.016
5	SSQ	10.000	6250.000	0.278
6	MCSSQ	2.800	1750.000	0.078
7	Euc Norm	3.162	79.057	0.527
8	Minimum	0.000	0.000	0.000
9	Maximum	2.000	50.000	0.333

Network Centralization = 33.33%
Heterogeneity = 27.78%. Normalized = 9.72%
Actor-by-centrality matrix saved as dataset FreemanDegree

Apesar de termos dois atores distintos centralizando a rede (gestor e equipe de planejamento), eles podem ser vistos como ator único, já que quem determina o caminho do planejamento é o gestor. Os conselhos neste caso cumprem o papel de uma instância consultiva, já que não estabelece nenhuma relação com a equipe de planejamento, que é quem realiza o planejamento estratégico do município.

Uma melhor visualização pode ser dada pela figura 49.

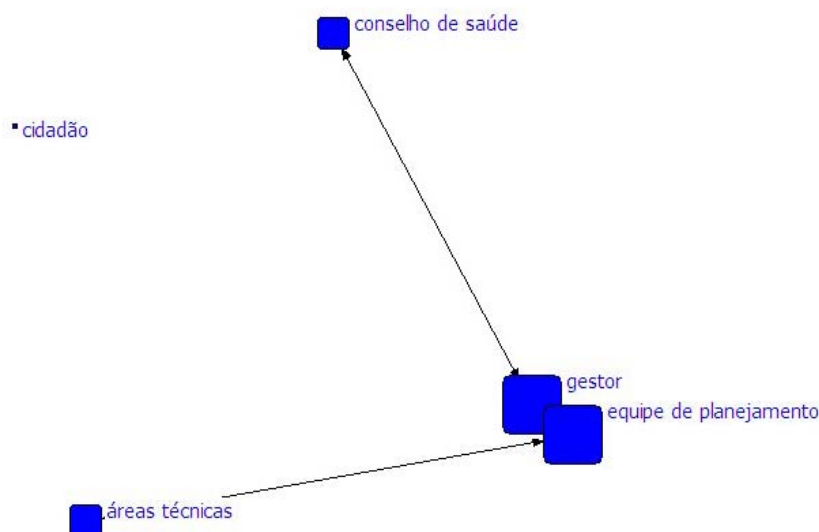


Figura 49: Grau de centralidade da rede

Tais condições levam a compreensão de que o conselho municipal é apenas uma instância consultiva, e que não cumpre de fato o lugar de deliberação sobre as políticas de saúde brasileiras.

Situação 2

ATORES	SIGLA	RELACIONAMENTO
Gestor	GE	EP, CS
Equipe de planejamento	EP	GE, AT, CD, CS
Áreas técnicas	AT	EP
Conselho de saúde	CS	GE, EP
Cidadãos	CD	EP

Quadro 27: Atores participantes da rede formada na situação 2

A situação 2, se diferencia um pouco da anterior, a tabela 7 apresenta diferenças na condição participativa, a estrutura é um pouco distinta da anterior, há uma maior interação entre as partes para a tomada de decisão. Como apresentado anteriormente, o grau de densidade é calculado pela seguinte fórmula $[D = RE/ RP \times 100]$.

$$\text{Relações possíveis (RP)} = 5 \times (5 - 1) = 20$$

$$\text{Cálculo da densidade (D)} = (10/20) \times 100 = 50\%$$

Ve-se que a conectividade desta rede é de 50%, resultado mais satisfatório que a anterior, mas pouco satisfatório em relação ao que poderia ser. Aqui, vê-se uma diferença não somente na estrutura, mas num ator especialmente, a equipe de planejamento. Este ator domina as relações entre todas as partes da rede, entre o conselho, os cidadãos e áreas técnicas. Portanto é o gestor, como ator praticamente único que domina a formulação das estratégias para a saúde no município. O que causa estranheza nesta rede é do cidadão estar ligado à equipe de planejamento e não ao conselho diretamente, já que é este quem representa o cidadão na tomada de decisão.

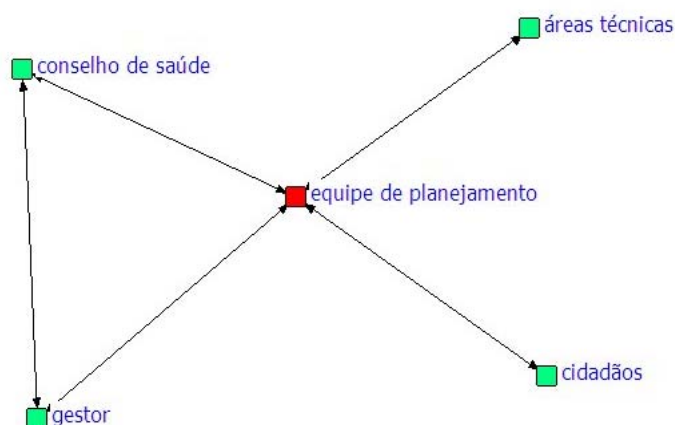


Figura 50: Rede formada pelos atores da situação 2

Não está se afirmando que o cidadão não possa opinar diretamente, ao contrário, mas esta situação nos apresenta a perda de legitimidade dos conselhos. Já não valeria a representação por parte dos usuários e seu direito à deliberação. Os conselhos atuariam apenas como burocracias para cumprirem uma determinação legal, que é o de aprovação dos planos de saúde. Além disto, reforça a imagem de que o conselho realmente é apenas mais uma ferramenta para que os gestores ajam em função da própria vontade. São os conselhos típicos para atender apenas a vontade do gestor, no momento que necessita dessa instância para repasse de recursos ou credenciamento junto ao Ministério da Saúde. No final, é a agenda do governo quem ditará as regras em qualquer situação, desarticulando a sociedade em relação ao controle social.

A tabela abaixo mostra que os graus de centralidade aumentam quando observamos a situação 2. Ao contrário do que se espera, pelo discurso de que a rede seria melhor distribuída, vê-se que a realidade é bem diferente.

Tabela 9: Grau de centralidade da rede formada pela situação 2

		1 Degree	2 NrmDegree	3 Share
2	equipe de planejamento	4.000	100.000	0.400
1	gestor	2.000	50.000	0.200
4	conselho de saúde	2.000	50.000	0.200
3	áreas técnicas	1.000	25.000	0.100
5	cidadãos	1.000	25.000	0.100

DESCRIPTIVE STATISTICS

		1 Degree	2 NrmDegree	3 Share
1	Mean	2.000	50.000	0.200
2	Std Dev	1.095	27.386	0.110
3	Sum	10.000	250.000	1.000
4	Variance	1.200	750.000	0.012
5	SSQ	26.000	16250.000	0.260
6	MCSSQ	6.000	3750.000	0.060
7	Euc Norm	5.099	127.475	0.510
8	Minimum	1.000	25.000	0.100
9	Maximum	4.000	100.000	0.400

Network Centralization = 83.33%
Heterogeneity = 26.00%. Normalized = 7.50%

A figura 51 ilustra a situação do que ocorre, apresentando de forma muito clara a desarticulação entre o conselho e o cidadão, pois não mantém a relação esperada.

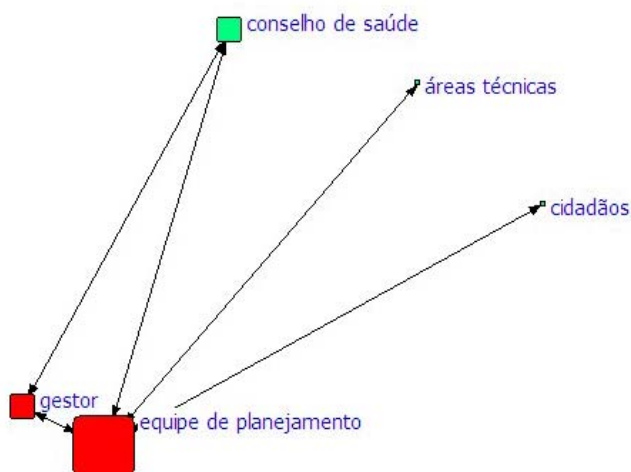


Figura 51: A rede apresentando o gestor e equipe de planejamento como pontos centrais

Após os quadros colocados neste capítulo e nos capítulos anteriores é impossível resistir a pensar em soluções possíveis com vistas à possível aproximação do cidadão à

tomada de decisão. O objetivo principal deste trabalho é verificar se as tecnologias podem catalisar a participação, mas antes que se dê qualquer resposta neste sentido, precisa-se refletir, em que condições isto poderia ser um fato. Desta forma, abrimos a última parte da análise na busca por soluções estruturais que dê condições, tendo as TICs como suporte à ampliação da comunicação, para que possam ser melhoradas as condições de participação do cidadão e desta forma ampliado o espaço participativo no processo de formulação de políticas públicas em saúde.

6.3 – Terceira Etapa

6.3.1 Sexto ato: abrindo espaços

Por meio da análise anterior, identificou-se que a rede formada por todos os atores do sistema tem uma densidade média e as conexões estão concentradas principalmente em um grupo de atores específicos, os gestores. A interação é baixa e rara principalmente no caso dos conselhos municipais de saúde. Tal situação descreve como as relações estabelecidas se organizam em torno de um ator central que domina a maior parte dos fluxos de interação entre os atores. As redes desenhadas neste trabalho sugerem que o ambiente do sistema é marcado por elementos de poder e por padrões que separam de forma evidente o que é centro e o que está à margem deste sistema. Pode-se afirmar que esta não é uma rede coesa, por excluir quase que por completo os seus clientes do processo participativo. Ao contrário disto, ela se estabelece principalmente para cumprir o desejo dos gestores. Portanto, as instâncias de deliberação e controle são completamente dominadas por grupos restritos, onde, o usuário do SUS, participante de conselho ou não, cidadão, não possui espaço para demandar suas necessidades. Entende-se que é no contexto dos conselhos municipais de saúde onde está a maior lacuna e também a grande oportunidade para modificar esta realidade.

Voltando aos conceitos apresentados no capítulo 3, recorda-se que o mais alto grau da democracia eletrônica (e o mais idealista) é promover a participação direta, usando recursos das TICs. Esta por sua vez, teria o papel de abrir as possibilidades da comunicação interativa. Idealista no sentido de ter que haver um grande movimento verdadeiramente ascendente que promova tal situação. Mas para que haja tal

movimento, as estruturas não podem ser rígidas, precisam ser flexíveis no sentido de incorporar tais aspectos comunicacionais. Nesta abordagem otimista, há que se insistir no fato de que não pode haver uma única entidade soberana, mas sim a multiplicidade de atores cuja interação em rede pode resultar em novas formas de gestão participativa.

Os problemas a serem superados para se chegar a esta realidade são de diversos tipos, a começar pela estrutura de funcionamento que deveria ser alterada. Fundamentalmente, para que tenhamos uma densidade maior é necessário inter-relacionar de forma mais equilibrada os atores. Para isto propõe-se um redesenho hipotético, de parte do sistema na tentativa de reformular algumas posições da rede, no sentido de ampliar a atuação do conselho e também do cidadão na tomada de decisão. Sabe-se que para isto é necessário uma reformulação na legislação vigente, mas é possível pensar em soluções na busca do fortalecimento e inserção do cidadão neste processo. E também atacar alguns fatores que prejudicam o controle social como a distribuição política dos cargos de gestão.

A mudança estrutural deve ser feita com o objetivo de horizontalizar as relações e a ampliar os espaços de participação. É em primeiro lugar alterar a forma funcional do conselho de saúde municipal, passando de um regime presidencialista a outra forma de organização. Como forma de conseguirmos aliar os interesses do cidadão, pensamos em outra forma de coordenação das partes, um o colegiado⁴⁰, que mantém a paridade existente, mas com a ausência de um presidente que reúne todas as informações que passam pelo conselho. Isto evitaria um fato que acontece atualmente, onde o gestor domina densamente este papel. Quando temos uma cadeia hierárquica, sabe-se que raramente a informação é transmitida de forma ágil. Geralmente os canais são morosos e a comunicação bastante lenta entre as partes, ou ainda, a informação não chega a ser repassada. Um modelo onde não há domínio de um ator principal que centralize a informação faz com que a rede tenda a uma natureza mais aberta, apta para que haja a recepção e transferência de informação por todos os atores que dela participem. Teoricamente, isto excluiria (muito provavelmente) as interações de caráter duvidoso e abriria espaço para ampliar o controle social. Nos dados fornecidos pelo Conselho

⁴⁰ O colegiado pode ser visto como um espaço consultivo, deliberativo que favorece uma nova prática gestora participativa. A direção é compartilhada por um conjunto de pessoas com igual autoridade, para decidirem as melhorias sobre as demandas apresentadas. Tal prática leva não só a uma participação mais ativa, mas proporciona de forma mais igualitária o aprendizado, o desenvolvimento da consciência crítica e da cidadania. (AVILA, 2007)

Nacional de Saúde, relativos aos contatos de comunicação dos conselhos municipais, como, telefone, endereço e e-mail de contato, na grande maioria dos resultados, percebemos que fazem parte da secretaria de saúde municipal, ou seja, o contato é feito diretamente com os gestores. O mesmo não acontece nos conselhos estaduais de saúde, que contam com mais recursos financeiros e conseguem manter uma estrutura melhor organizada.

Além de dar uma forma nova às relações entre os atores, incluiríamos o cidadão, seja ele trabalhador da saúde ou cidadão usuário do SUS, como fundamental na participação da equipe de planejamento que formulam os planos de saúde. Desta forma, acompanham o processo de formulação das políticas locais, e ainda tem conhecimento suficiente sobre os planos traçados anualmente, de forma que se pode ter uma maior aproximação das avaliações e resultados obtidos na implementação das ações de saúde para o município. E por fim, a inserção do cidadão que não faz parte do colegiado, nos espaços de deliberação das políticas poderia ser garantida, se houvesse canais abertos diretamente com seus representantes, já que é por meio dos conselhos que o cidadão tem poder de voz.

Na busca por espaços mais ampliados é necessário retomar o contato com as comunidades, ocupar os espaços da mídia, comprometer os gestores. As TICs contribuiriam de forma mais efetiva neste processo, pois possibilitariam a abertura de canais e ao acesso às informações, tanto entre os entes do colegiado, quanto entre os cidadãos, de forma a proporcionar um diálogo mais equilibrado com condições de acesso ao conhecimento sobre os problemas locais e como não podemos deixar de mencionar, possibilitando ainda a inserção dos cidadãos para demandar, acompanhar e controlar sobre suas necessidades reais. Além disto, resolvem um grande problema colocado pelos defensores da democracia representativa, sobre a impossibilidade de uma consulta direta ao cidadão, pela grande extensão dos territórios e aumento da população. Os recursos tecnológicos de informação e comunicação, principalmente a internet, possibilitam que a comunicação tenha as distâncias diminuídas entre cidadãos e governos.

Neste modelo que se propõe, é imprescindível o uso das TICs, seja por meio de canais mais tradicionais como telefone e e-mail, mas também levando em conta a abertura de novos canais via internet onde as informações possam ser trocadas e onde haja possibilidade de participação de todos os atores. Tais canais poderiam dar suporte comunicacional à estrutura constituída.

6.3.1.1 Uma nova possibilidade à participação cidadã apoiada pelas TICs

A título de exemplo desta situação hipotética, organizou-se um quadro incluindo atores e seus relacionamentos. Levamos em conta alguns fatores primordiais como o fato de que será mantida a representação, exatamente com a paridade garantida por lei, na criação dos conselhos. A modificação mais importante a ser feita diz respeito a inclusão do cidadão e dos trabalhadores de saúde, estes dois atores, serão considerados novos atores no processo de formulação de políticas. As representações de usuários são mantidas, assim como a de trabalhadores de saúde e a representação do gestor. Também se manteve a equipe formada para executar o planejamento do plano de saúde local e a figura do gestor, pelo seu papel como responsável pela execução do plano. Da forma como está colocado, as mudanças não parecem e a primeira vista esta nova estrutura pode causar grandes alterações quando analisamos a original. A mudança pode ser percebida nos vínculos e fluxos entre os atores.

O funcionamento é dado da seguinte forma: o colegiado é uma instância aberta para o debate entre as partes. É neste espaço com representação múltipla que os cidadãos (não representantes) e trabalhadores de saúde poderão demandar, opinar, acompanhar tanto o planejamento quanto o cumprimento dos planos de saúde locais. Para isto, devem existir canais de comunicação, como telefones, e-mails de contato e ferramentas disponíveis que facilitem o acesso da população por meio de um espaço na internet, onde o colegiado possa tomar força material. Mas e porque deixar o cidadão se comunicar e se expressar por meio dos representantes e não manter uma relação direta entre ele e o governo?

Há duas questões a esclarecer. A primeira compreende que o contato direto com o gestor não garante que as demandas sejam atendidas. A segunda se refere a modificação efetuada do modelo anterior. Para o modelo atual existe a condição de que haja a representação de todos os atores diretamente na equipe de planejamento das políticas locais. O espaço de participação formulado por meio de um espaço virtual compreenderá a interação entre todos os atores envolvidos: cidadão, trabalhadores de saúde, representantes do cidadão, do gestor e dos trabalhadores. A forma de interação dentro deste espaço virtual pode ser construída com a abertura de fóruns, consulta pública, e com a disponibilização de informações acessíveis a todos. Isto garantiria que

o que foi demandado pela população seja levado ao debate pelos representantes no momento da efetuação do orçamento e priorização dos recursos a serem aplicados.

Posto isto, é necessário verificarmos, se este modelo hipotético de organização baseada em TICs contribui para a abertura de espaços de participação. Da mesma forma que foram analisadas as outras redes construímos também para este caso uma matriz de relacionamentos indicando as interações entre o cidadão e trabalhadores e todos os envolvidos.

ATORES	SIGLA	INTERAÇÕES
Gestor	GE	EP, RG
Equipe de planejamento	EP	GE, RG, RU, RT
Representantes do gestor	RG	GE, EP, RU, RT, CD, TS
Representantes dos usuários	RU	EP, RT, RG, CD, TS
Representante dos trabalhadores	RT	EP, RU, RG, CD, TS
Cidadãos	CD	RG, RU, RT, CD
Trabalhadores da saúde	TS	RG, RU, RT, CD

Quadro 28: Atores participantes do novo modelo

Foi calculada a densidade para verificar se existe ampliação ou não das relações entre os atores. Para esta rede, existem 42 relações possíveis, para 30 relações existentes.

$$\text{Relações possíveis (RP)} = 7 \times (7 - 1) = 42$$

$$\text{Cálculo da densidade (D)} = (30/42) \times 100 = 71,42\%$$

O resultado em relação à densidade mostrou um aumento considerável na interação entre todos os atores do processo, chegando a um valor de 71,42%. O resultado é positivo, se pensarmos que o máximo de relações possíveis para uma rede seja de 100%. Mas ainda é necessário verificar os graus de centralidade e distâncias encontradas nesta rede como forma de verificar se houve a mudança no comportamento.

Calculou-se o grau de centralidade para verificarmos se as relações entre os atores se mantêm equilibrada. Verificou-se a partir do quadro abaixo, que a centralidade nesta rede é equilibrada, já que todos os atores apresentam grau de centralidade acima da média, tem valor “4,266”. O único ator que tem grau de centralidade abaixo da média é o gestor, mas neste caso, o seu equilíbrio é mantido pelas duas instâncias que ele coordena e que tem os graus mais altos, a equipe de planejamento e os representantes do gestor. Esta relação pode ser entendida positivamente, pois faz parte da responsabilidade do gestor a execução dos planos de saúde. Anteriormente, durante o processo de análise pôde-se perceber que o gestor dominava completamente o processo e isto servia como impedimento para a abertura da participação. Neste caso, o equilíbrio proporciona um diálogo mais igualitário, com condições para que todos sejam ouvidos.

Tabela 10: Resultado do cálculo do grau de centralidade da nova rede

	1	2	3
	Degree	NrmDegree	Share
4	6.000	100.000	0.200
2	5.000	83.333	0.167
3	5.000	83.333	0.167
7 Equipe de planejamento formada por (representante de usuários, trabalhadores e gestor)	4.000	66.667	0.133
5	4.000	66.667	0.133
6	4.000	66.667	0.133
1	2.000	33.333	0.067

	1	2	3
	Degree	NrmDegree	Share
1 Mean	4.286	71.429	0.143
2 Std Dev	1.161	19.343	0.039
3 Sum	30.000	500.000	1.000
4 Variance	1.347	374.150	0.001
5 SSQ	138.000	38333.332	0.153
6 MCSSQ	9.429	2619.048	0.010
7 Euc Norm	11.747	195.789	0.392
8 Minimum	2.000	33.333	0.067
9 Maximum	6.000	100.000	0.200

Network Centralization = 40.00%
Heterogeneity = 15.33%. Normalized = 1.22%
Actor-by-centrality matrix saved as dataset FreemanDegree

A figura 52 apresenta o gráfico gerado a partir do cálculo da centralidade, representa que a rede é bem mais articulada do que as anteriormente apresentadas, com um grau equilibrado de participação.

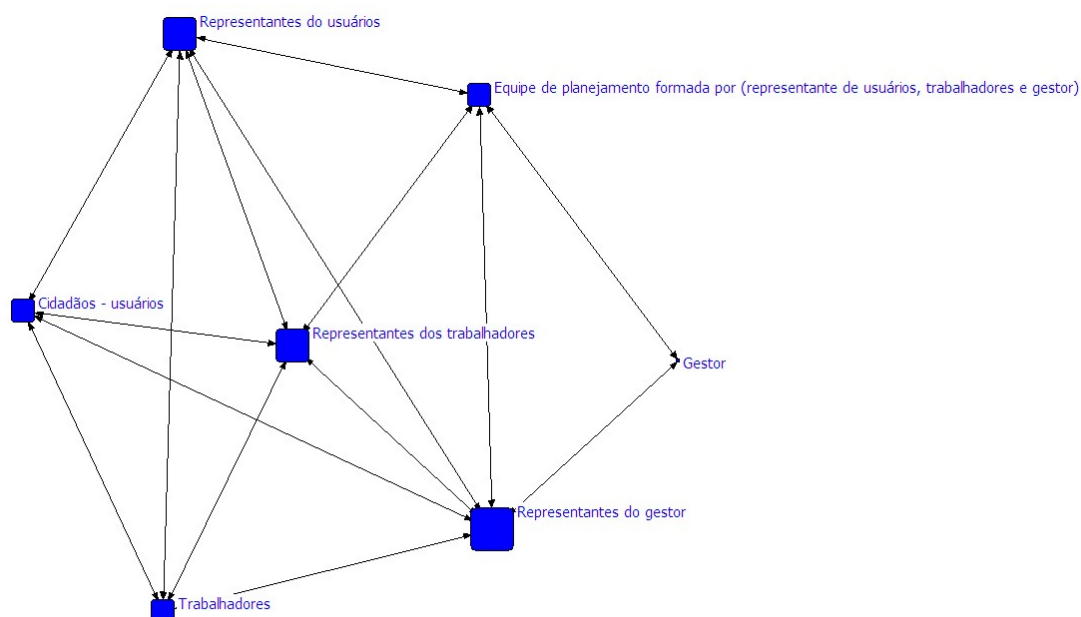


Figura 52: Gráfico gerado a partir do cálculo da centralidade

Observa-se aqui a presença a centralidade no ator “Representante do gestor”, pois ele mantém vínculos diretos entre todos os envolvidos. É importante ressaltar que o cidadão e o trabalhador de saúde mesmo não tendo contato direto com o gestor têm a possibilidade de ser ouvido pelo centro desta rede, que é o representante deste ator. Por fim, pode-se afirmar que neste caso específico, as TICs aliadas a uma nova forma de organização podem contribuir para a ampliação dos espaços de participação.

Outra medida necessária para a verificação das condições desta rede é o grau de intermediação entre os atores. É ele que mostrará o controle da comunicação interna à rede, mostrará a intermediação entre as partes, ou, a capacidade de um nó intermediar comunicação entre seus pares. Para esta rede, verificou-se que o maior grau de intermediação, no resultado normatizado é de 3,667% para o representante dos gestores, ator com vínculo entre todas as partes.

Os menores graus de intermediação são dos cidadãos e trabalhadores. Cada um com 0% de controle na comunicação. Neste caso este controle não se deve ao fato de não haver participação, mas sim a quem promove e coordena as ações tomadas neste âmbito. O detentor do processo de comunicação entre os atores está nas mãos do gestor. É ele quem deve promover ações no sentido de promover articulação entre os atores

envolvidos, como forma de manter vínculos e a bidirecionalidade no processo de formulação das políticas locais.

É importante ressaltar, que estes são resultados hipotéticos gerados pelo estudo, no sentido de compreender a utilização de outros modelos possíveis. Preocupamo-nos em apresentar uma visão a partir da qual o cidadão não perdesse seus direitos adquiridos na formulação da Constituição de 1988. Sabe-se que o desenho deste modelo é uma amostra pequena, se comparado ao sistema completo, onde existem muitas outras forças que compõem os fluxos e vínculos desta complexa rede. Mas acredita-se que mesmo assim, o estudo pode mostrar que há formas de se ampliar a participação e deve-se pensar neste momento em como incorporar tais mudanças. Isto se deve ao fato de que a incorporação intensiva das TICs, responsáveis por manter as condições de trabalho da rede, promovem o acesso a um número muito maior de participantes.

Por fim, considera-se são necessárias políticas empreendidas pelo Ministério das Comunicações no sentido de prover todos os municípios brasileiros com infra-estrutura e acesso à banda larga. Isto é imprescindível para que se evolua no sentido de ampliação dos espaços de participação cidadã. É necessário ainda implementar ações como forma de construir sistemas integrados de informação que facilitem a busca de informações completas que subsidiem a tomada de decisão por todos os atores. Por fim, destaca-se aqui que não basta que as informações estejam publicadas, é necessário, que estejam também acessíveis para proporcionar o entendimento da informação por qualquer ator que faça parte deste processo, independente de conhecimento técnico.

CONCLUSÃO

A descentralização do Estado brasileiro trouxe como centro das atenções o municipalismo, que passou a ser uma estratégia para o desenvolvimento social. No caso dos movimentos sociais e a esquerda brasileira, a descentralização retratou a possibilidade da divisão territorial, com abertura de espaços de gestão local carregar consigo uma visão multiplicadora de espaços de participação. Em relação ou caso da saúde, verificou-se como sendo o único setor que garantiu na Constituição de 1988, pela instituição do SUS e dos instrumentos de participação (conselhos e conferências), direitos no que diz respeito à participação cidadã.

Entende-se que a descentralização no caso da saúde garantiu espaços de participação, mas não ampliou a inserção do cidadão em tal âmbito. Para que isto ocorra de fato, é necessário que haja a capacidade da autonomia local (municipal) no processo decisório, e ainda que as instâncias de controle ou participação, realmente funcionem, ou seja, que haja a gestão democrática participativa, verdadeiramente descentralizada, flexível e autônoma.

Desta forma é manifesto, principalmente no Brasil, que a descentralização recai sobre um antigo problema, as políticas ainda são horizontais e funcionam de cima para baixo. É do governo federal e do Ministério da Saúde que parte todo o poder decisório e mesmo com a descentralização o município continua sem poderes sobre sua própria gestão. A participação não pode ser ampliada se o poder local não consegue discutir suas questões. Observa-se que a participação deve começar pelo nível local, onde o cidadão está inserido, para dali partir a uma esfera maior e assim efetivamente cumprir seu papel participatório e efetivo no controle social.

Neste trabalho de pesquisa entendemos a participação como um componente indispensável à construção da cidadania. Para isso, lançamos um olhar sobre o cidadão como um dos agentes que atuam no processo decisório, responsável por construir e controlar as decisões. É a ação em favor do interesse da coletividade ou mesmo de grupos sociais nacionais, a própria legitimação do agir em nome coletivo.

E as Tecnologias da Comunicação e Informação ocupam, sem dúvida, lugar central quando o assunto é a participação cidadã no processo decisório, dentro dos conselhos de saúde. A abertura de canais possíveis para a comunicação, o acesso e a

transparência às informações, além do desenvolvimento e da educação contínua são determinantes para que haja a condição de participação em tais instâncias. Estes fatores exercem influência não apenas na tomada de decisão, mas em todo processo de construção democrática e participativa na sociedade. O uso das TICs se refere à maneira pela qual tal aparato tecnológico pode ser mobilizado no apoio a metas de desenvolvimento, particularmente aquelas relacionadas ao desenvolvimento social, político e econômico.

Nesse sentido, este trabalho de pesquisa investigou se as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) são vetores catalisadores para o aumento das possibilidades da participação do cidadão no processo decisório. As respostas encontradas para isto são afirmativas.

De acordo com as análises empreendidas ao longo do trabalho e expostas no capítulo 6, pôde-se verificar que o mapeamento da estrutura organizacional em rede existente nos conselhos de saúde brasileiros apresenta um alto grau de concentração de poder nas mãos dos gestores, abrindo pouco ou quase nenhum espaço para a inserção do cidadão no processo decisório para a formulação de políticas públicas. No contexto da rede formada para a formulação de políticas públicas para saúde, verificou-se que o cidadão tem sua atuação garantida nos conselhos municipais de saúde. Se por um lado, ele se garante no direito de participar, por outro lado, a instância da qual ele participa, indicam os menores graus com relação a conectividade, comunicação e intermediação dentro desta rede.

No que diz respeito, a participação do cidadão dentro da rede formada nos municípios entre conselhos, gestores, equipes técnicas de planejamento verificou-se mais uma vez que o cidadão possui poder quase nulo no processo de formulação de políticas. Verificamos aqui que se repete a estrutura apresentada na rede completa, quem domina as relações locais são os gestores.

Apesar dos conselhos existirem, vimos que sua existência é extremamente burocrática e o que se vê o conselho realmente é apenas mais uma ferramenta para que os gestores ajam em função da própria vontade. No final, é a agenda do governo quem ditará as regras em qualquer situação, desarticulando a sociedade em relação ao controle social.

Com vistas a melhoria dos fluxos comunicacionais existentes e a abertura dos espaços de participação cidadã desenvolveu-se um modelo conceitual de participação cidadã baseado em TICs que possibilitasse a ampliação dos espaços participativos no

âmbito dos conselhos. O modelo apresenta estas características: ser um espaço de participação virtual, que compreende a interação entre todos os atores, garantindo uma abertura maior para as demandas da população. Apesar de constituir-se como um modelo hipotético, pudemos verificar por meio da análise de redes sociais que o modelo apresentou um aumento considerável na interação entre os atores do processo, chegando a um valor de 71,42%, de no máximo 100% de interações possíveis.

Verificou-se também que o grau de intermediação entre os atores, ou seja, o equilíbrio na comunicação se apresenta de forma positiva para esta rede. Apesar do centro das relações ainda ser o gestor, a ampliação do número de atores e de suas condições de participação diminuiu a distância entre o cidadão e o governo. Isto só foi possível pensando nas Tecnologias de Informação e Comunicação que pudessem catalisar as interações entre os atores.

Por fim, respondendo as duas hipóteses formuladas anteriormente no início deste trabalho podemos afirmar que o processo de descentralização do Estado brasileiro trouxe uma importante contribuição no sentido de garantir direitos pelo poder local. Mas verificamos no caso da saúde que ainda existe uma lacuna a ser preenchida no para o movimento ascendente, com maior interação entre usuário e governante, se fortaleça garantindo que a realidade local seja ouvida e consiga construir sua própria realidade social. Somado a isto, verificamos ainda que a disseminação das TICs, por meio das instituições governamentais e movimentos sociais resultam em uma real possibilidade de participação cidadã nas esferas dos conselhos de saúde brasileiros.

E como resposta a questão central desta tese, foi possível comprovar afirmativamente que as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) são vetores catalisadores para o aumento das possibilidades da participação do cidadão no processo decisório no momento em que são utilizadas como apoio a construção de novos espaços participativos pensados estruturalmente em ampliar a comunicação entre as partes.

REFERÊNCIA

- ÁLVAREZ, A.; AGUILAR, N. **Manual Introductorio al Análisis de Redes Sociales: Medidas de Centralidad**. 2005 Disponível em: http://revistaredes.rediris.es/webredes/talleres/Manual_AR5.pdf.
- ARENDDT, H. **A condição humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
- ÁVILA, Jorge de Lima. **Redes na educação: questões políticas e conceituais**. *Revista Portuguesa de Educação*, Universidade do Minho, Portugal, v. 20, n. 2, p. 151-181, 2007.
- BALBONI, Mariana. (Coord.). **Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil : TIC Domicílios e TIC Empresas 2007**. 2.ed. Tradução Karen Brito. São Paulo : Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2008.
- BATISTA, Carlos. Fundamentos da Democracia Digital. In: **Curso de Especialização em Governabilidade Eletrônica Local**. [S.L.]: União Iberoamericana de Municipalistas, 2006. (Módulo 3: Democracia Digital, unidade 1).
- BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. **A política das políticas públicas: progresso econômico e social na América Latina: relatório 2006**. Rio de Janeiro: Campus, 2007. 284 p. ISBN 85-352-2078-X
- BOBBIO, Norberto. **Igualdade e liberdade**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.
- BOBBIO, Norberto. **Estado, Governo, Sociedade: por uma teoria geral da política**. 12ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Niccola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 5. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília ; São Paulo : Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004.
- BONAFONT, C. Laura. **Redes de políticas públicas**. Madrid: CIS; Siglo XXI, 2004.
- BOSCHI, Renato Raul. Decentralization, clientelism and social capital in urban governing: comparing Belo Horizonte and Salvador. **Dados**, Rio de Janeiro, v.42, n.4, 1999. ISSN 001-5258. Disponível em: < www.scielo.br/scielolog.php?script=sci_statart&lng=en&pid=0011-5258&dti=20040101-126k >. Acesso em: 20 fev. 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas. **CONASS documenta**, n.18, Brasília, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 21. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.
- BRASIL. Decreto nº. 847, de 5 de abr. de 1962. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 abr. 1962. Disponível em: <

<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=353039&seqTexto=1&PalavrasDestaque=>>.

BRASIL. Decreto nº. 1.448, de 6 de abril de 1995. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 abr. 1979. Disponível em: <
<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=426230&seqTexto=1&PalavrasDestaque=>>>.

BRASIL. Decreto nº. 1.974, de 5 de agosto de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 ago. 1996. Disponível em: <
<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=435656&seqTexto=1&PalavrasDestaque=>>>.

BRASIL. Decreto nº. 5.839, de 11 de julho de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 jul. 2006. Disponível em: <
<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=544430&seqTexto=55690&PalavrasDestaque=>>>.

BRASIL. Decreto nº. 47.793, de 11 de fevereiro de 1960. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 11 fev. 1960. Disponível em: <
<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=387005&seqTexto=1>>.

BRASIL. Decreto nº. 52.301, de 24 de julho de 1963. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jul. 1963. Disponível em: <
<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=392304&seqTexto=1&PalavrasDestaque=>>>.

BRASIL. Decreto nº. 67.300, de 30 de setembro de 1970. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 out. 1970. Disponível em: <
<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=408661&seqTexto=1&PalavrasDestaque=>>>.

BRASIL. Decreto nº. 84.106, de 22 de outubro de 1979. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 out. 1979. Disponível em: <
<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=433564&seqTexto=1&PalavrasDestaque=>>>.

BRASIL. Decreto nº. 93.933, de 14 de janeiro de 1987. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jan.. 1987. Disponível em: <
<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=444730&seqTexto=1&PalavrasDestaque=>>>.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 dez. 1999. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Quadros/1999.htm>. Acesso em: 05 maio 2006.

BRASIL. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 15 jan.1937. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/L378.pdf>>.

BRASIL. Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 11 set.1954. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/internet/InfDoc/novoconteudo/legislacao/republica/Leis1954vVp166/parte-7.pdf>>.

BRASIL. Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 jul.1975. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?iDeNorma=357715&seqTexto=1&PalavrasDestaque=>>>.

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set.1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 9 jun. 2007.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 10 jun. 2007.

BRASIL. Lei nº 9.998, de 17 de agosto de 2000. Institui o Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 ago. 2000. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19998.htm>.

BRASIL, Lei nº. 11.178, de 20 de setembro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 set. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Lei/L11178.htm>

BRASIL, Lei nº. 11.306. de 16 de maio de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 maio 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11306.htm>

BRASIL. Ministério das Comunicações. Secretaria de Telecomunicações. **Sistema Unificado de Informações sobre Telecomunicações – SUITE**. Brasília: Ministério das Comunicações. Disponível em: <<http://suite.mc.gov.br/>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **História do CNS**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <
<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento.pdf> >. Acesso em: 30 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**: NOB- SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf> >

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: Uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 2001. **Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde**: NOAS- SUS n. 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2001.pdf >

BRASIL. Portaria nº 178, de 22 de abril de 2008. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação de políticas públicas de telecomunicações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 abr. 2008.

BRASIL. Portaria nº 393, de 29 de março de 2001. Aprova a Agenda Nacional de Saúde para o ano 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 mar. 2001.

BRASIL. Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001. Aprova o documento "Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS". **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 abr. 2001

BRASIL. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 2006.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 12**, de 1993. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 1993. Disponível em: <
http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/CIB/portarias_temas/PORTARIA%20012-2003-%20CRIA%20A%20CIB.doc >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 258, de 1991. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**: NOB- SUS n. 01/91. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 545, de 1993. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**: NOB- SUS n. 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em:
<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>

BUENO, N.L. **O desafio para a formação do educador para o ensino fundamental no contexto da educação tecnológica.** Dissertação (Mestrado em Tecnologia)-Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, 1999.

CÁRITAS BRASILEIRA. **Relatório do Seminário de Intercâmbio em Políticas Públicas.** Salvador. 2005.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em Rede.** 4. ed. São Paulo: Paz e terra, 2000. 617 p. ISBN 85-219-0329-4 (A era da informação: economia, sociedade e cultura. v. 1).

_____. **A Sociedade em Rede.** 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. (A era da informação: economia, sociedade e cultura. v.1).

CETIC – Centro de estudos sobre as tecnologias da informação e da comunicação. Pesquisa sobre os usos das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil, 2009. Disponível em: < <http://www.nic.br/imprensa/coletivas/2009tic-domicilios-2008.pdf>.> Acesso em: 05 dez. 2009.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil: TIC domicílios e TIC empresas 2007.** 2. ed. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2008. 355 p. ISBN 978-85-600062-14-0.

CONASS. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas.** Brasília: CONASS, 2009. 100 p. ISBN 978-85-89545-55-6 (CONASS Documenta, v. 18).

CÔRTEZ, Soraya. Fóruns Participativos e governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: **Desenho Institucional e Participação Política.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CURY, Antonio. **Organização e métodos: uma visão holística.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000. 589 p. ISBN 8522426392

DAHL, Robert A. **Sobre a democracia.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2009. 230 p. ISBN 978-85-230-0621-1

DANIEL, Celso. Gestão Local e Participação da Sociedade. **Revista Polis,** São Paulo, n.14, 1994. (fotocópia).

FONSECA, E.M. Barreiras à inovação educacional: as dificuldades em utilizar a auto-avaliação como expressão de inovação. 2007. 144f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em:< <http://biblioteca.fe.unb.br/pdfs/2007-05-141910EdilbertoMouradaFonseca.pdf> >. Acesso em: 08 jun. 2007.

FORTES, Paulo. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.24, n.3, mar. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/24.pdf>>, Acesso em: jan. 2010.

FREEMAN, Linton C.; ATÄOV, Türröz. Invalidation of indirect and direct measures of attitude toward cheating. **Journal of Personality**, Syracuse, v. 28, n 4, p. 443-447, 2006.

FREEMAN, Linton C. Centered graphs and the structure of ego networks. **Mathematical Social Sciences**, Amsterdam, v. 3, n. 3, p. 291-304, 1982.

FREEMAN, Linton C.; WINCH, Robert F. Societal Complexity: An Empirical Test of a Typology of Societies. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 62, n. 5, p. 461, mar. 1957.

GIDDENS, Anthony. Admirável Mundo Novo: o novo contexto da política. **Caderno CRH**, Salvador, n.21, p.9-28, jul./dez.1994.. Disponível em: <<http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=314>>. Acesso em: 10 maio 2007.

GRUPO TELEFÔNICA. **A Sociedade da Informação: Presente e Perspectivas**. Disponível em <http://www.telefonica.es/sociedaddelainformacion/html/informes_brasil_2002.shtml> Acesso em: maio 2005.

HAGEN, Guy; KILLINGER, Dennis K.; STREETER, Richard B. **An analysis of communication networks among Tampa Bay economic development organization**. University of South Florida: Technology Deployment Center, 1997.

JAMBEIRO, Othon; SOUSA, Leandro. Cidades digitais e controle da informação. In: **ENCONTRO LATINO DE ECONOMIA POLÍTICA DA INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E CULTURA**, 5, 2005, Salvador. Disponível em: <<http://www.gepicc.ufba.br/enlepicc/pdf/LeandroSouza.pdf>> Acesso em: nov.2006.

JENKINS-SMITH, Hank C.; SABATIER, Paul A. The study of public policy processes. In: _____. **Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach**. Boulder: Westview Press, 1993.

KALUME, A.C. et al. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF: estudo bioético. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.53, n.1, jan./fev.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: agosto 2007.

KASPER, Humberto. **O Processo de Pensamento Sistêmico: um estudo das principais abordagens a partir de um quadro de referência proposto**. 2000. 308 f. Dissertação (Pós-graduação em Engenharia de Produção)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

KLIJN, E. **Redes de políticas públicas: una visión general**. Londres: Managing Complex Network, 1998.

LEMO, A; COSTA, L.F. Um modelo de inclusão digital: o caso da cidade de Salvador. **Revista de Economia Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación**, v.8, n.6, set. 2005. Disponível em: <<http://www.eptic.com.br/portugues/Revista>>. Acesso em: 05 mar. 2007.

LÉVY, P. **Cibercultura**. 34.ed. São Paulo: Editora 34, 1999.

MAINWARING S.; VIOLA E. New social movements, political culture and democracy: Brazil and Argentine in the 1980's. **Telos**, n. 61, p. 17-54, 1984.

MODESTO, Paulo. Participação popular na administração pública: mecanismos de operacionalização. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 6, n. 54, fev.2002. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2586>>. Acesso em: 20 fev. 2007.

NAZARENO, Claudio. et al. **Tecnologias da informação e sociedade: o panorama brasileiro**. Câmara dos Deputados, Brasília: Plenarium, 2007. 187 p. (série temas de interesse do legislativo; n. 9) ISBN 85-7365-478-3

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 29-44.

PARSONS, W. **Public Policy**. Aldershot: Edward Elgar, 1995 (fotocópia).

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 162p.

PEDRINI M.D.; ADAMS T.; SILVA V.R (Org). **Controle social de políticas públicas: caminhos, descobertas e desafios**. São Paulo: Paulus. 2007.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Constituindo o estado republicano: democracia e reforma da gestão pública**. Rio de Janeiro: Editora FVG, 2009. 416 p. ISBN 978-85-225-0710-8.

PEREIRA, Sinvaldo. **Graus de participação democrática no uso da internet pelos governos das capitais brasileiras: análise dos portais governamentais**. Jan. 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/op/v11n2/26422.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2006.

PORRAS, José Inácio. **Individualidad, Racionalidad y Redes**. 2003. Disponível em: < <http://www.gobernabilidad.cl/>> Acesso em: maio 2007.

REIS, F. W. Consolidação democrática e construção do Estado: notas introdutórias e uma tese. In: REIS; F.W; O'DONNELL, G. **A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas**. São Paulo: Vértice. 1988.

ROCHA, A. A; CESAR, C.L.G. (Ed.). **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

ROUSSEAU, J.J. **O Contrato Social**. Tradução Paulo Neves. Porto Alegre: L&M, 2007.

SCHUMPETER, Joseph Alois. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo De Cultura, 1961.

- SANTOS, Boaventura S. Para ampliar a cânone democrático. In: **Os caminhos da democracia participativa**. 2.ed.. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- SANTOS, Boaventura S. **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- SANTOS, Maria Helena de Castro. Que Democracia?: Uma visão conceitual desde a perspectiva dos países em desenvolvimento. **Dados**, v.44, n.4, p.729-771, 2001. ISSN 0011-5258. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0011-52582001000400003&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 22 fev.2008.
- SCOTT, J. **Social Network Analysis: A Handbook**. 2. ed. London: Sage Publications, 2000.
- SIQUEIRA, Ethevaldo (Org). **Perspectivas da sociedade da informação no Brasil**. São Paulo: Telef nica, 2006. 290 p.
- SOUTO,  tula Augusto. et al. **Subsídios à formulação de políticas públicas de telecomunicações**. Brasília, DF: Ministério das Comunicações, 2009. 116 p. ISBN 978-85-60450-01-5
- TAKAHASHI, Tadao. (Org.). **Sociedade da informação no Brasil** : livro verde. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000. Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/18940.html>>. Acesso em: fev. 2004.
- TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **Políticas Públicas e Cidadania**. Salvador: EDUFBA, 2000. (Série UFBA em CAMPO/debates).
- TEIXEIRA, Sonia M.; OUVENERY, Assis M. **Gestão de Redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204 p.
- TELLES, Vera. Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: VILLAS-BOAS, R. (org.) **Participação Popular nos governos locais**. São Paulo: Pólis, 1994.
- TURK, Herman. **Organizations in Modern Life**. San Francisco: Jossey-Bass, 1977.
- WERNER, Ulrich. Boundary Critique. In: DAELLENBACH, H.G.; FLOOD, R.L (Ed.). **The informed student guide to management science**. London: Thomson Learning, 2002. p. 41-42. ISBN 1-86152-542-7. Disponível em: <http://www.geocities.com/csh_home/downloads/ulrich_2002a.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2007.
- _____. Critical Systems Heuristics. In: DAELLENBACH, H.G.; FLOOD, R.L (Ed.). **The Informed Student Guide to Management Science**. London: Thomson Learning, 2002. p. 72-73. ISBN 1-86152-542-7. Disponível em: <http://www.geocities.com/csh_home/downloads/ulrich_2002b.pdf> . Acesso em: 17 jul. 2007.

ANEXO A – PLANILHAS FORNECIDAS PELO DATASUS E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE



SIPAR-Ministério da Saúde
Registro Número

25000.586206/09-91

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

OFÍCIO Nº 992/SE/CNS/GM/MS

Brasília-DF, 26 de agosto de 2009.

Prezada Senhora,

Conforme solicitação, encaminhamos a Vossa Senhoria CD contendo o Banco de Dados dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde atualizados relativos a 2005/2006.

Atenciosamente,


ROZÂNGELA FERNANDES CAMAPUM
Secretária Executiva do
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

À Senhora

DANIELA FAVARO GARROSSINI

Universidade de Brasília – Prédio SG11 – Núcleo de Multimídia e Internet – 1º andar
Brasília, DF

EAC/rapd/2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

Ministério da Saúde

Registro Número:

25000.582875/09-94

OFÍCIO Nº 956/SE/CNS/GM/MS

Brasília-DF, 20 de agosto de 2009.

Prezada Senhora,

Conforme solicitação, datada de 25 de junho de 2009, encaminhamos a Vossa Senhoria CD contendo o Banco de Dados dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde atualizados relativos a 2007/2008.

Atenciosamente,


ROZÂNGELA FERNANDES CAMAPUM
Secretária Executiva do
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

À Senhora

DANIELA FAVARO GARROSSINI

Universidade de Brasília – Prédio SG11 – Núcleo de Multimídia e Internet – 1º andar
Brasília, DF

EAC/rapd/2009

Dados fornecidos pelos conselhos municipais do Acre 2005-2006							
Ano do Cadastro	Nome do Conselho	Tipo do Conselho	Estado	Município	Preenchido diretamente na Internet	Formulário transcrito por:	Especifique
2005/2006	Conselho Estadual de Saúde do Acre	Estadual	Acre	Rio Branco			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Acrelândia	Municipal	Acre	Acrelândia			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Assis Brasil	Municipal	Acre	Assis Brasil			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Brasiléia	Municipal	Acre	Brasiléia			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Bujari	Municipal	Acre	Bujari			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Capixaba	Municipal	Acre	Capixaba			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Cruzeiro do Sul	Municipal	Acre	Cruzeiro do Sul			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Epitaciolândia	Municipal	Acre	Epitaciolândia			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Feijó	Municipal	Acre	Feijó			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Mâncio Lima	Municipal	Acre	Mâncio Lima			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Manoel Urbano	Municipal	Acre	Manoel Urbano			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Plácido de Castro	Municipal	Acre	Plácido de Castro			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Rodrigues Alves	Municipal	Acre	Rodrigues Alves			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Sena Madureira	Municipal	Acre	Sena Madureira			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Senador Guiomard	Municipal	Acre	Senador Guiomard			
2005/2006	Conselho Municipal de Saúde de Xapuri	Municipal	Acre	Xapuri			

Endereço	Complemento	Ponto de Referência
rua José de Melo -187	Antigo prédio do INAMPS	Em frente ao Hóspital da Criança
Avenida Geraldo Barboza nº485		Secretaria Municipal de Educação
RUA: Eneide Mª- Batista		Enfrente a escola estadual Íris Celia Cabanellas Zannini
Avenida Rui Lino nº 0630		Próximo ao predio da Polícia Militar
br 364 km 28	centro	Prefeitura de Bujari
av edmundos pinto nº 1480		gerencia de endemias de capixaba
Rua Tavares de Lira n-095	Esquina com av. Cel. Mâncio Lima	
Rua Geraldo Saraiva nº 570		Secretaria Municipal de Saúde
Trav. Diamantino Augusto Macedo		Escola de 2º Grau José Gurgel Rabello
Rua Alberto Gadelhade Oliveira 9355		Praça São Sebastião
Rua Valério Caldas de Magalhães		Ao lado do Centro de Saúde Josefa Nunes
Rua Epaminonda Jácome nº431		Próximo á Prefeitura
Avenida Getúlio Vargas nº 872	Sede da Secretaria Municipal de Saúde	Unidade Básica de Saúde
Avenida Brasil 264		
Rua Pedro Aleixo20		Antigo Correio
Rua 24 de Janeiro Nº 280		Praça São Gabriel

Bairro / Localidade	CEP	Telefone	Telefone 2	Fax	Email para contato	Data de Criação do Conselho	Instrumento de Criação
Bosque	69908-330	68-32245400	68-99719912	68-32245400	ces.saude@ac.gov.br	30/12/1993	Lei
Centro	69945-000	68-32351426	68-32351179	68-32351172	secretariadesaude@ibest.com.br	14/3/1994	Lei
Centro	69935-000	68-35481030		68-35481030	cms.ac@bol.com.br	17/12/1996	Lei
Centro	69932-000	68-35463475		68-35463475		12/5/1994	Lei
centro	69923-000	68-3231107		68-3231107	saudebujari@hotmail.com	14/9/1995	Lei
centro	69922-000	68-32341069	68-99995073	68-32341069		11/9/2005	Lei
Floresta	69980-000	68-33226334		68-33226334		20/3/1991	Lei
Aeroporto	69934-000	68-35464741		68-35464741		27/9/1993	Decreto
Cidade Nova	69960-000	68-34633372	68-34633378	68-34633372	semsau@pmfj.ac.gov.br	1/11/1995	Portaria
Centro	69990-000	68-33431126		68-33431126	marcelolebre@hotmail.com	6/12/1991	Lei
Centro	69950-000	68-61111106		68-61111106	hermerson.almeida@ac.gov.br	29/9/2005	Lei
Bairro centro	69928-000	32-371592		32-371592	semsaplacido@ibest.com.br	22/1/1991	Lei
Centro	69985-000	68-33421006	68-33421215	68-33421006		31/5/1996	Lei
Centro	69940-000	68-99843019			hatalas@ibest.com.br	9/9/2005	Lei
Centro	69925-000	68-32322668		68-32322668	conselhosaudesg@yahoo.com.br	12/7/1993	Lei
Centro	69930-000	68-35422383	68-35422374	68-35422374	ebertonlunardi@ibest.com.br	3/4/1997	Lei

Data da última recomposição do conselho	Existem Comissões no Conselho de Saúde?	Quais?	Qtd Total de Conselheiros	Qtd de Usuários	Escreva as Entidades/Instituições/Movimentos que Representam os Usuários no Conselho de Saúde	Qtd de Trabalhadores de Saúde
13/1/2004			48	24		12
4/7/2005			12	6		3
10/11/2003			12	6		3
12/5/2003			12	6		2
8/4/1999			12	6		2
10/10/2005			12	6		2
1/12/2003			12	3		3
19/12/2005			8	4		1
1/9/2003			12	6		3
6/12/2004			12	3		3
18/2/2005			12	6		2
23/6/2005			8	4		2
20/1/2005			8	4		1
2/5/2005			12	6		3
18/10/2005			8	4		2
29/6/2005			12	6		5

Escreva as Entidades/Instituições/Sindicatos/Confederações/Associações que representam os Trabalhadores no Conselho de Saúde	Qtd de Prestador de Serviço	Qtd de Gestores	Periodicidade de Reuniões	Outra Periodicidade	Temas abordados nas reuniões
	2	10	Mensal		
	3	1	Mensal		
	2	1	Mensal		
	2	2	Mensal		
	2	2	Mensal		
	2	2	Trimestral		
	3	3	Mensal		
	1	1	Mensal		
	0	3	Mensal		
	3	3	Bimestral		
	2	2	Mensal		
	0	2	Mensal		
	1	2	Mensal		
	3	0	Mensal		
	1	1	Mensal		
	1	1	Mensal		

Observação

O CMS está passando por uma nova estruturação inclusive com mudança da Lei a proposta de mudança da Lei já foi encaminhado ao Poder Legislativo Municipal.

Nome do Presidente	Sexo	Segmento	Nome do(a) Secretario(a) Executivo(a) do Conselhos de Saúde	No seu Estado ou Município estão organizadas e funcionam as seguintes instâncias colegiadas
Suely De Souza Melo da Costa	Feminino	Gestor		
Fernando José da Costa	Masculino	Gestor		
JOCELINA SANTOS DE ARAUJO	Feminino	Gestor		
Delrimar Neres Campos	Masculino	Gestor		
Roney Pinto Campos	Masculino	Gestor		
Claudio Feitosa do Nascimento	Masculino	Trabalhador de Saúde		
Osmiro Siqueira de Oliveira	Masculino	Usuário		
José Benedito Teodoro	Masculino	Usuário		
Franklin Roberto Gomes de Queiroz	Masculino	Gestor		
Zezito Cordeiro Rodrigues	Masculino	Gestor		
Hermerson Stênio Negreiro de Almeida	Masculino	Gestor		
Raimundo Alves Costa	Masculino	Gestor		
Everton da Silva Farias	Masculino	Gestor		
Atalício Barbosa Cavalcante	Masculino	Usuário		
Antônia Neris Ferreira da Silva	Feminino	Gestor		
José Gonçalves de Oliveira	Masculino	Gestor		

Ano do Cadastro	Nome do Conselho	Tipo do Conselho	Estado	Município	Preenchido diretamente na Internet
2007/2008	Conselho Estadual de Saúde do Acre	Estadual	Acre	Rio Branco	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Acrelândia	Municipal	Acre	Acrelândia	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Capixaba	Municipal	Acre	Capixaba	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Cruzeiro do Sul	Municipal	Acre	Cruzeiro do Sul	Sim

2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Jordão	Municipal	Acre	Jordão	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Marechal Thaumaturgo	Municipal	Acre	Marechal Thaumaturgo	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Porto Acre	Municipal	Acre	Porto Acre	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Porto Walter	Municipal	Acre	Porto Walter	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco	Municipal	Acre	Rio Branco	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa do Purus	Municipal	Acre	Santa Rosa do Purus	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Sena Madureira	Municipal	Acre	Sena Madureira	Sim
2007/2008	Conselho Municipal de Saúde de Tarauacá	Municipal	Acre	Tarauacá	Sim

Formulário transcrito por:	Especifique	Endereço	Bairro / Localidade	CEP	Telefone	Telefone 2	Fax
		rua José de Melo -187	Bosque	69908-330	68-32245400	68-99719912	68-32245400
		Avenida Geraldo Barboza nº485	Centro	69945-000	68-32351426	68-32351179	68-32351426
		av edmundo pinto nº 0951	centro	69922-000	68-32341042	68-92292760	68-32341042
		Rua Tavares de Lira n-095	Floresta	69980-000	68-33226334		68-33226334

		RUA DR FRANCISCO DJALMA DA SILVA - 1653	CENTRO	69975-000	68-34641029		68-34641029
		Rua Francisco Bezerra s/nº	Centro	69983-000	68-33251048	68-33251074	68-33251048
		ROD. AC 10 KM 56	NOVA PORTO ACRE	69921-000	68-32331086	68-32331051	68-32331086
		Rua Mamed Camely	Centro	69982-000	68-33258028	68-33221319	68-33258028
		Rua Quintino Bocaiuva1265	Jose Augusto-centro	69909-400	32112105	68-84012845	68-32112105
		Rua Coronel José Ferreira s/nº	Centro	69955-000	68-36151056	68-36151035	68-36151056
		Rua Benjamim Constant 158	Centro	69940-000	68-36122427	68-84028447	68-36122427
		Rua Coronel Juvencio de Meneses	Centro	69970-000	68-34621344		68-34621344

Email para contato	Data de Criação do Conselho	Instrumento de Criação	Data da última recomposição do conselho	Existem Comissões no Conselho de Saúde?	Quais?
ces.saude@ac.gov.br	30/12/1993	Lei	13/1/2004	Sim	COMISSÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E LEGISLAÇÃO COMISSÃO DE SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE COMISSÃO DE RECURSOS HUMANOS COMISSÃO DE ATENÇÃO BÁSICA COMISSÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO COMISSÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS
secretariadesaude@ibest.com.br	7/7/2004	Lei	4/3/2007	Não	
irenelima21@hotmail.com	11/9/2005	Lei	4/6/2007	Não	
conselho.saudeczs@yahoo.com.br	20/3/1991	Lei	8/5/2006	Não	

cleidney.castro@hotmail.com	3/6/1997	Lei	15/12/2007	Sim	comissão técnica
secsalt@bol.com.br	10/5/1997	Lei	10/2/2007	Não	
cmspa@click21.com.br	10/7/1995	Lei	10/7/2005	Não	
pmpwac@yahoo.com.br	5/9/1995	Lei	15/7/2007	Não	
cmsaude@riobranco.ac.gov.br	8/10/1991	Lei	19	Sim	01- Comissão de Administração Projetos e Prestação de Contas.02- Comissão de Informação Comunicação e Educação Permanente03- Comissão de Atenção Básica e Equidade04- Comissão de Controle e Avaliação.
semsa_santarosadopus@hotmail.com	3/7/1997	Lei	5/8/2006	Não	
ml_studio@hotmail.com	13/6/1994	Lei	5/12/2005	Não	
semsa@contilnet.com.br	30/4/1997	Lei	28/1/2007	Não	

Qtd Total de Conselheiros	Qtd de Usuários	Entidades/Instituições/Movimentos que Representam os Usuários no Conselho de Saúde	Qtd de Trabalhadores de Saúde	Entidades/Instituições/Sindicatos/Confederações/Associações que representam os Trabalhadores no Conselho de Saúde	Qtd de Prestador de Serviço	Qtd de Gestores	Periodicidade de Reuniões
48	24	Sindicato dos Trabalhadores no Serviço	6	Associação dos Biólogos do Município	2	4	Mensal
12	6	secretaria municipal de saúde	6	sindicato dos trabalhadores rurais	2	1	Mensal
12	6	Representante da igreja catolica	2	trabalhadores da saúde	2	2	Mensal
11	5	1 - Sindicato dos Trabalhadores Rurais	3	1 - Pastoral da Criança 2 - CRM	2	1	Mensal

8	4	Pastoral da Criança Sindicato Rural	2	Associação dos Técnicos de E	1	1	Mensal
8	4	Pastoral da Criança Associação das	2	Associação dos Profissionais e	1	1	Mensal
[24	12	associações entidades religiosas com	4	prefeitura municipal de porto a	4	2	Mensal
8	4	Associação dos Moradores de Porto	2	Sindicato dos Trabalhadores e	2	2	Mensal
16	8	01-ASSERMURB-Associação dos S	4	01-SPATE-Sindicato dos Profis	2	2	Mensal
16	8	Policia Militar Conselho Indigena de S	4	Sindicato dos Agentes Comuni	1	2	Mensal
12	6	LIONS CLUBES INDISSEMSINTESA	3	CLASSE DE ENFERMEIROS	0	3	Mensal
7	3	Pastoral da Criança Igreja Adventista	2	Unidade de Saude da Familia	2	1	Mensal

Temas abordados nas reuniões

Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde - Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Relatórios de Gestão - Conferências de Saúde - Capacitação de Conselheiros - Reformulação Reorganização e Reestruturação dos Conselhos de Saúde - Convênios - Avaliação de Políticas e Programas de Saúde - Avaliação do Atendimento à População - Construção das Unidades de Saúde - Política de Comunicação e Informação em Saúde - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Programa de Saúde da Mulher - Programa de Saúde Mental - Programa de Saúde Bucal - Programa de DST's AIDS - Programa de Saúde do Trabalhador - Programa de Saúde da Família - Política de Assistência Farmacêutica - Aquisição de materiais equipamentos e medicamentos - Plano de Cargos Carreiras e Salários - Atendimentos de Média Complexidade - Denúncias - Fiscalização - Tratamento Fora do Domicílio - Informes da Secretaria de Saúde

Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde - Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Relatórios de Gestão - Conferências de Saúde - Capacitação de Conselheiros - Reformulação Reorganização e Reestruturação dos Conselhos de Saúde - Convênios - Avaliação de Políticas e Programas de Saúde - Avaliação do Atendimento à População - Contratação dos Profissionais de Saúde - Construção das Unidades de Saúde - Política de Comunicação e Informação em Saúde - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Programa de Saúde da Mulher - Programa de Saúde Bucal - Programa de DST's AIDS - Programa de Saúde do Trabalhador - Programa de Saúde da Família - Política de Assistência Farmacêutica - Aquisição de materiais equipamentos e medicamentos - Atendimentos de Média Complexidade - Denúncias - Fiscalização - Tratamento Fora do Domicílio - Campanhas de Vacinação - Controle de Endemias - Informes da Secretaria de Saúde

Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde - Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Relatórios de Gestão - Conferências de Saúde - Capacitação de Conselheiros - Reformulação Reorganização e Reestruturação dos Conselhos de Saúde - Avaliação de Políticas e Programas de Saúde - Avaliação do Atendimento à População - Contratação dos Profissionais de Saúde - Construção das Unidades de Saúde - Política de Comunicação e Informação em Saúde - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Programa de Saúde da Mulher - Programa de Saúde Mental - Programa de Saúde Bucal - Programa de DST's AIDS - Programa de Saúde do Trabalhador - Programa de Saúde da Família - Política de Assistência Farmacêutica - Aquisição de materiais equipamentos e medicamentos - Plano de Cargos Carreiras e Salários - Denúncias - Fiscalização - Tratamento Fora do Domicílio - Campanhas de Vacinação - Controle de Endemias - Informes da Secretaria de Saúde

Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde - Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Relatórios de Gestão - Conferências de Saúde - Reformulação Reorganização e Reestruturação dos Conselhos de Saúde - Avaliação do Atendimento à População - Construção das Unidades de Saúde - Política de Comunicação e Informação em Saúde - Programa de Saúde da Mulher - Programa de Saúde Mental - Programa de Saúde Bucal - Programa de DST's AIDS - Programa de Saúde do Trabalhador - Programa de Saúde da Família - Política de Assistência Farmacêutica - Atendimentos de Média Complexidade - Denúncias - Fiscalização - Informes da Secretaria de Saúde

Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde - Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Relatórios de Gestão - Conferências de Saúde - Capacitação de Conselheiros - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Programa de Saúde da Mulher - Programa de Saúde Mental - Programa de Saúde Bucal - Programa de DST's AIDS - Programa de Saúde do Trabalhador - Programa de Saúde da Família - Política de Assistência Farmacêutica - Denúncias - Fiscalização - Campanhas de Vacinação - Informes da Secretaria de Saúde - Outros

Capacitação de Conselheiros - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Programa de Saúde Mental - Programa de Saúde Bucal - Denúncias - Fiscalização - Campanhas de Vacinação - Informes da Secretaria de Saúde - Outros

Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde - Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Relatórios de Gestão - Conferências de Saúde - Capacitação de Conselheiros - Convênios - Avaliação do Atendimento à População - Contratação dos Profissionais de Saúde - Construção das Unidades de Saúde - Política de Comunicação e Informação em Saúde - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Programa de Saúde da Mulher - Programa de Saúde Mental - Programa de Saúde Bucal - Programa de DST's AIDS - Programa de Saúde do Trabalhador - Programa de Saúde da Família - Aquisição de materiais equipamentos e medicamentos - Atendimentos de Média Complexidade - Denúncias - Fiscalização - Tratamento Fora do Domicílio - Campanhas de Vacinação - Controle de Endemias - Informes da Secretaria de Saúde

Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Avaliação de Políticas e Programas de Saúde - Avaliação do Atendimento à População - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Política de Assistência Farmacêutica - Denúncias - Informes da Secretaria de Saúde - Outros

Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde - Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Relatórios de Gestão - Conferências de Saúde - Capacitação de Conselheiros - Reformulação Reorganização e Reestruturação dos Conselhos de Saúde - Convênios - Avaliação de Políticas e Programas de Saúde - Avaliação do Atendimento à População - Contratação dos Profissionais de Saúde - Construção das Unidades de Saúde - Política de Comunicação e Informação em Saúde - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Programa de Saúde da Mulher - Programa de Saúde Mental - Programa de Saúde Bucal - Programa de DST's AIDS - Programa de Saúde do Trabalhador - Programa de Saúde da Família - Política de Assistência Farmacêutica - Aquisição de materiais equipamentos e medicamentos - Atendimentos de Média Complexidade - Denúncias - Fiscalização - Controle de Endemias - Informes da Secretaria de Saúde

Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Relatórios de Gestão - Conferências de Saúde - Avaliação de Políticas e Programas de Saúde - Construção das Unidades de Saúde - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Programa de Saúde da Família - Aquisição de materiais equipamentos e medicamentos - Denúncias - Campanhas de Vacinação - Informes da Secretaria de Saúde - Outros

Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Conferências de Saúde - Outros

Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde - Orçamento Financiamento e Prestação de Contas - Relatórios de Gestão - Conferências de Saúde - Convênios - Avaliação de Políticas e Programas de Saúde - Avaliação do Atendimento à População - Construção das Unidades de Saúde - Política de Comunicação e Informação em Saúde - Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão - Programa de Saúde Bucal - Programa de Saúde do Trabalhador - Programa de Saúde da Família - Política de Assistência Farmacêutica - Aquisição de materiais equipamentos e medicamentos - Fiscalização - Controle de Endemias - Informes da Secretaria de Saúde - Outros

Quais?	Adequado a Resolução 333/2003 do CNS	Realiza Eleições para Presidente do Conselho de Saúde?	Possui Mesa Diretora no Conselho de Saúde?	Realiza Eleição para Mesa Diretora do Conselho de Saúde?
	Sim	Não	Sim	Sim
	Sim	Não	Não	
	Sim	Sim	Não	
	Sim	Sim	Sim	Sim

DenunciasProjetos	Sim	Não	Não	
Projeto de Saúde Bucal PSF e outros.	Sim	Não	Não	
	Sim	Sim	Não	
Projeto de implantação e implantação de PACS/PSF e Saúde Bucal	Sim	Não	Não	
	Sim	Sim	Não	
Projeto de Saúde BucalPSf e outros	Sim	Não	Não	
problemas relacionados a funcionarios do quadro ou prestadores da saude.	Sim	Sim	Não	
Análise de Projeto de Saúde BucalAnálise de Projeto de Saúde da FamíliaAssistencia FarmaceuticaOutros	Sim	Não	Não	

Observação	O Conselho possui sede própria?	O Conselho realiza Capacitação de Conselheiros?	Indique os itens que o Conselho possui	Quantos Computadores estão instalados no Conselho?	Acesso do Conselho à Internet	Nome do Presidente
****	Não	Sim	Computadores - Acesso a internet	1	Linha Discada	Oswaldo de Souza Leal Junior
	Não	Sim	Acesso a internet		Banda Larga (XDSL Cable modem rádio satélite etc)	Fernando José da Costa
Planos Estaduais ou Planos Municipais de SaúdeOrçamento Financiamento e Prestação de ContasRelatórios de GestãoConferências de SaúdeCapacitação de ConselheirosReformulação Reorganização e Reestruturação dos Conselhos de SaúdeConvêniosAvaliação de Políticas e Programas de SaúdeAvaliação do Atendimento à PopulaçãoContratação dos Profissionais de SaúdeConstrução das Unidades de SaúdePolítica de Comunicação e Informação em SaúdePactos pela Vida em Defesa do SUS e de GestãoPrograma de Saúde da MulherPrograma de Saúde MentalPrograma de Saúde BucalPrograma de DST's AIDSPrograma de Saúde do TrabalhadorPrograma de Saúde da FamíliaPolítica de Assistência FarmacêuticaAquisição de materiais equipamentos e medicamentosPlano de Cargos Carreiras e SaláriosAtendimentos de Média ComplexidadeDenúnciasFiscalizaçãoTratamento Fora do DomicílioCampanhas de VacinaçãoControle de EndemiasInformes da Secretaria de Saúde	Não	Não				Ananias lucas do Santos
	Sim	Não	Secretaria Executiva estruturada - Computadores - Acesso a internet - Impressora	1	Linha Discada	Expedito Ribeiro da Silva

	Não	Não	Secretaria Executiva estruturada - Computadores - Acesso a internet	1	Banda Larga (XDSL Cable modem rádio satélite etc)	LEILA MARIA DA SILVA LOPES
	Não	Não				ANTONIO CRISTOVAO DE OLIVEIRA
	Não	Sim	Computadores - Acesso a internet	1	Banda Larga (XDSL Cable modem rádio satélite etc)	UILSON FERNANDES DOS SANTOS
	Não	Não				MARIA ZEINAR GOMES BEZERRA
	Sim	Não	Dotação Orçamentária Própria - Transporte para o Conselho de Saúde - Computadores - Acesso a internet - Impressora - Dataplan - Tele	1	Banda Larga (XDSL Cable modem rádio satélite etc)	JOSÉ RODRIGUES DE ARIMATÉIA
	Não	Não				JOSÉ BRASIL BARBOSA DA SILVA
	Não	Não				Maria da Glória Gonçalves Viana
	Não	Não	Computadores - Acesso a internet - Impressora	1	Linha Discada	Maria do Socorro Goes

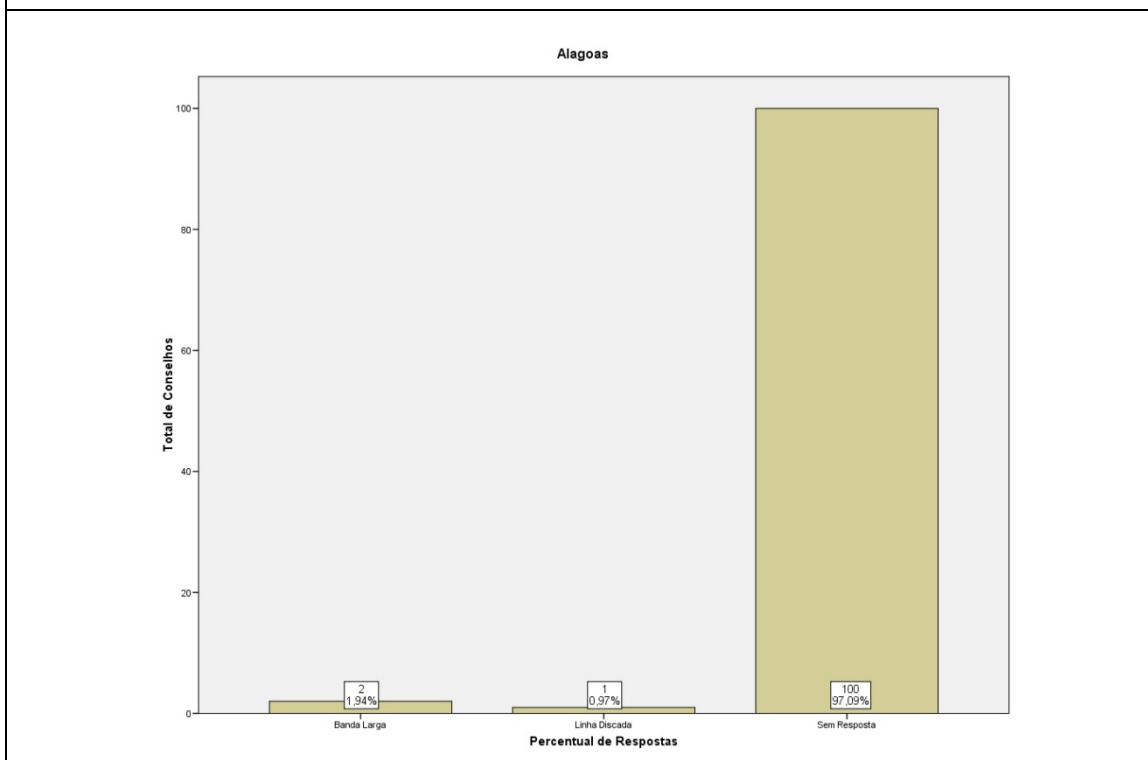
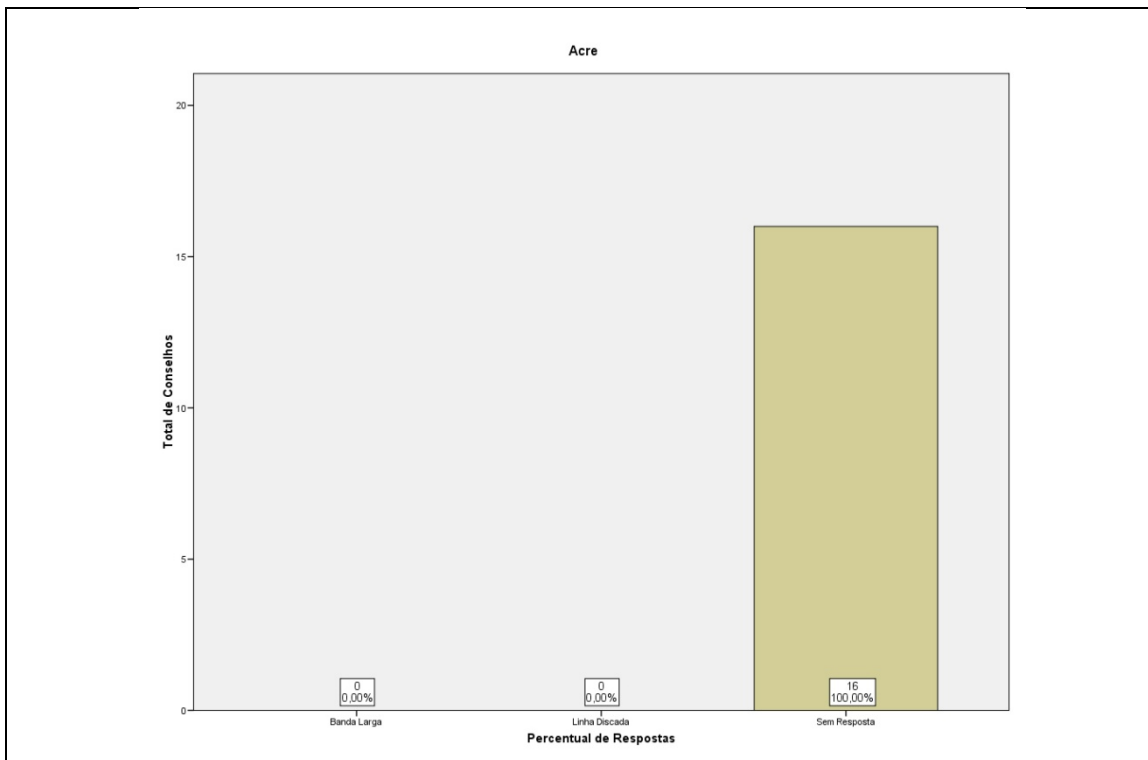
Sexo	Segmento	Nome do(a) Secretário(a) Executivo(a) do Conselhos de Saúde	No seu Estado ou Município estão organizadas e funcionam as seguintes instâncias colegiadas
Masculino	Gestor	Zilmar Candido da Silva	Conselhos Locais
Masculino	Gestor	Sebastião Nascimento Paiva	Conselhos Regionais - Conselhos Locais - Conselhos Gestores
Masculino	Usuário	Irene Lima Castelan	Não existem essas instâncias
Masculino	Usuário	Helen Cristina Siqueira de Oliveira	Conselhos Regionais - Conselhos Locais

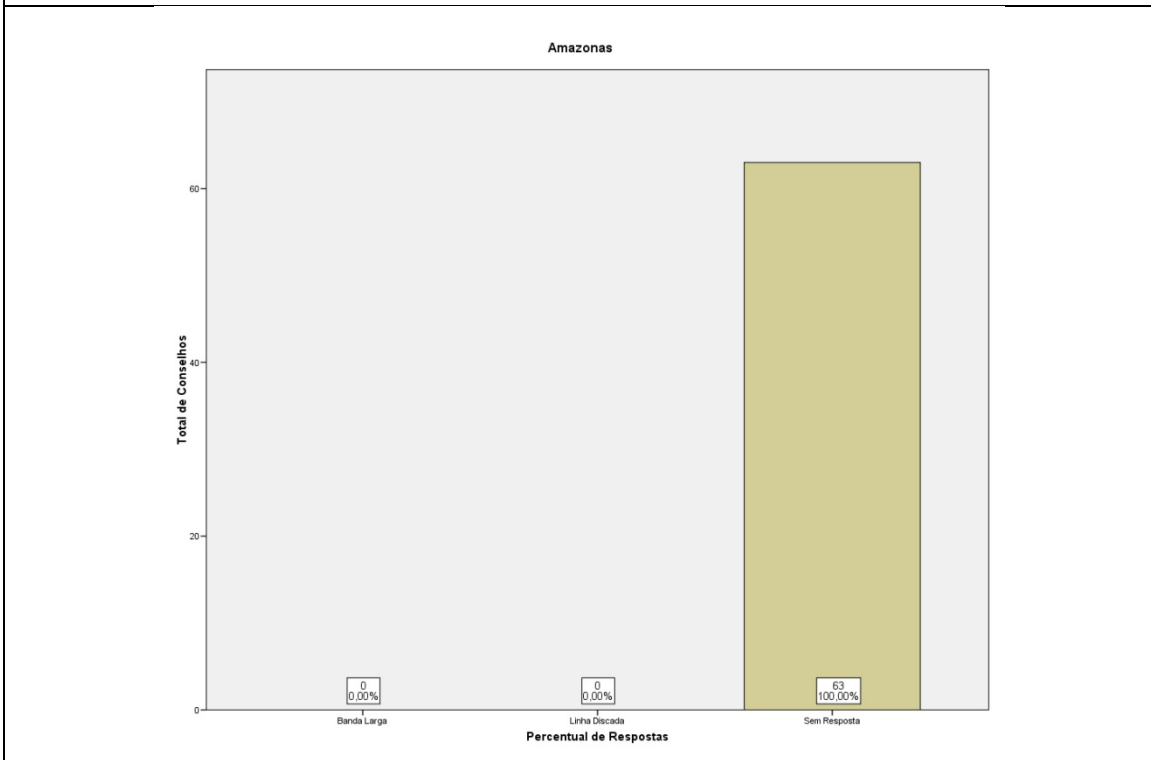
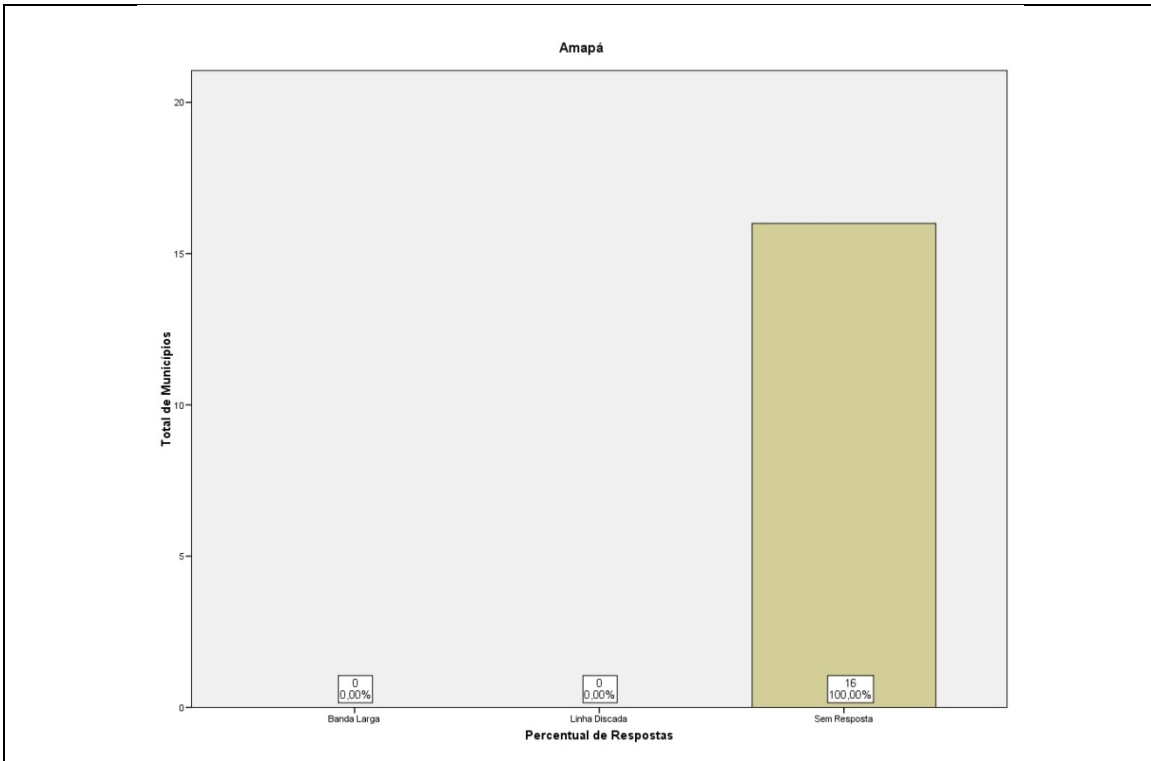
Feminino	Gestor	Antonio Cleidinei Silva de Castro	Não existem essas instâncias
Masculino	Gestor	Maria do Socorro Pereira	Não existem essas instâncias
Masculino	Gestor	Ivanete Rusch	Conselhos Regionais - Conselhos Locais
Feminino	Gestor	Cleidená Alves de Oliveira	Não existem essas instâncias
Masculino	Usuário	THAIANNY CHRISTIE ANDRADE LOPES	Conselhos Gestores
Masculino	Gestor	FRANCISCA SOUZA DA SILVA	Não existem essas instâncias
Feminino	Gestor	Carlos Roberto de Oliveira	Conselhos Locais
Feminino	Gestor	José Gaudencio da Costa Neto	Não existem essas instâncias

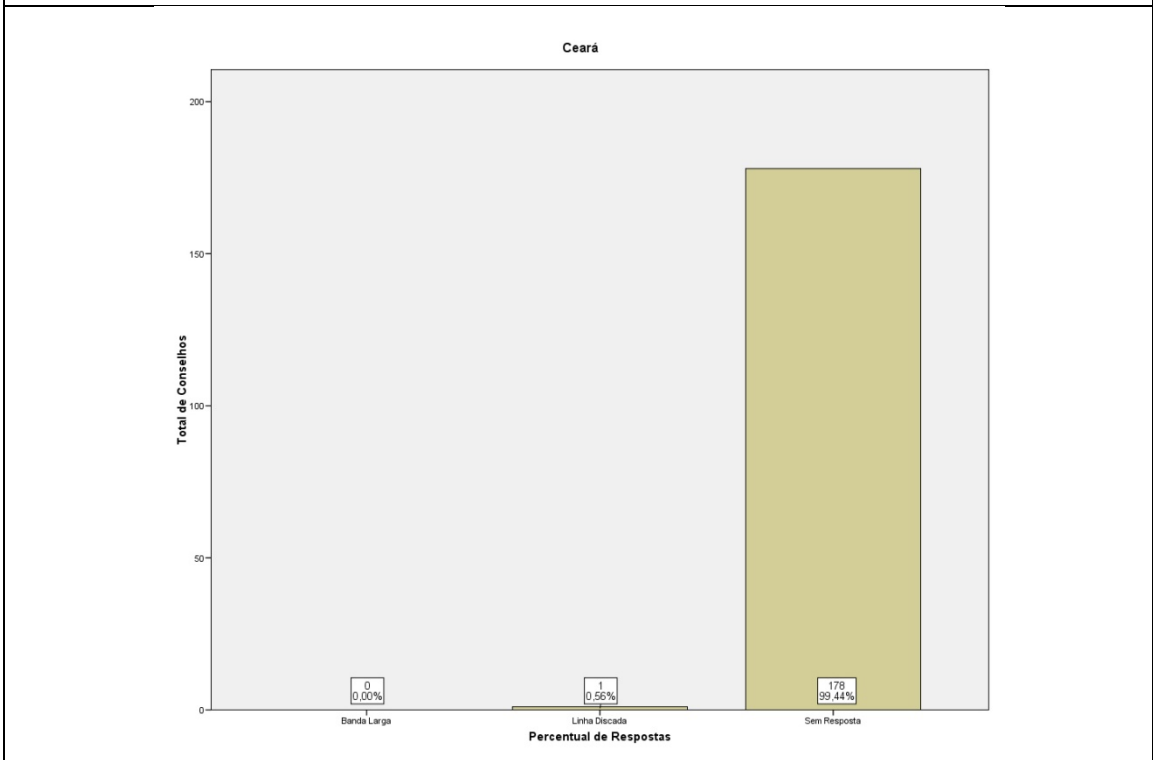
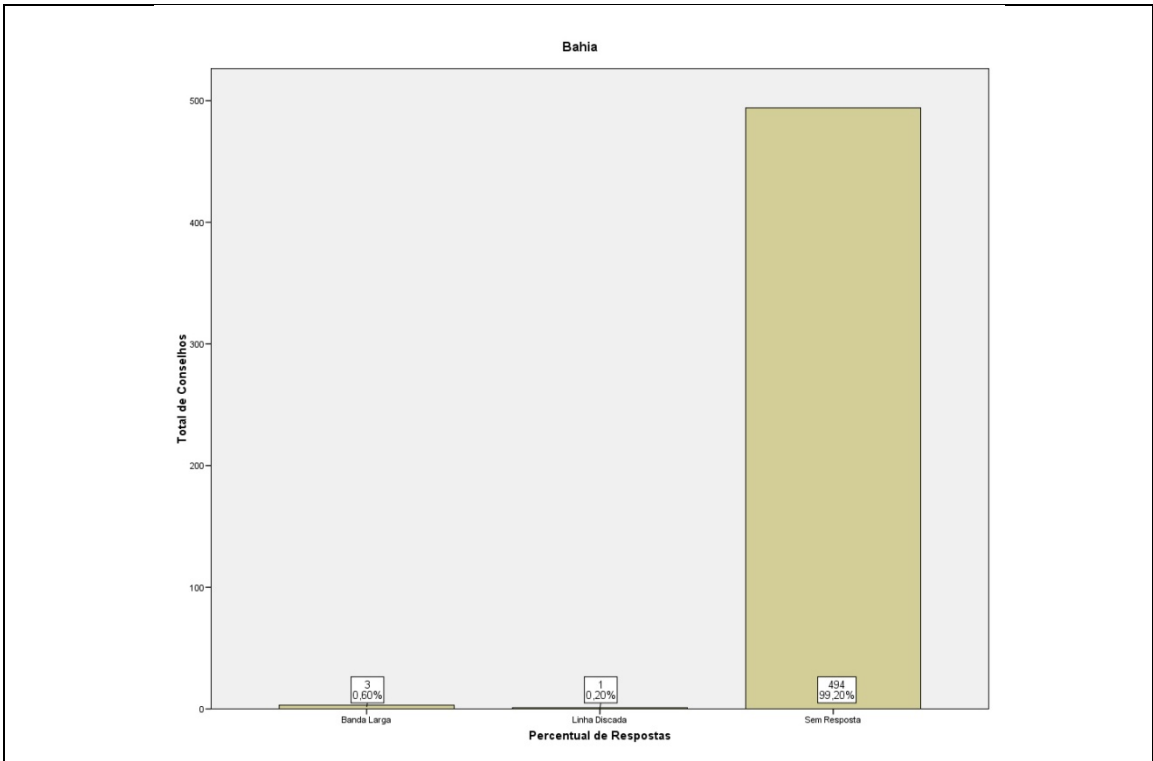
ANEXO B – GRÁFICOS CONSTRUÍDOS A PARTIR DOS DADOS DAS PLANILHAS FORNECIDAS PELO DATASUS E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (ACESSO À INTERNET)

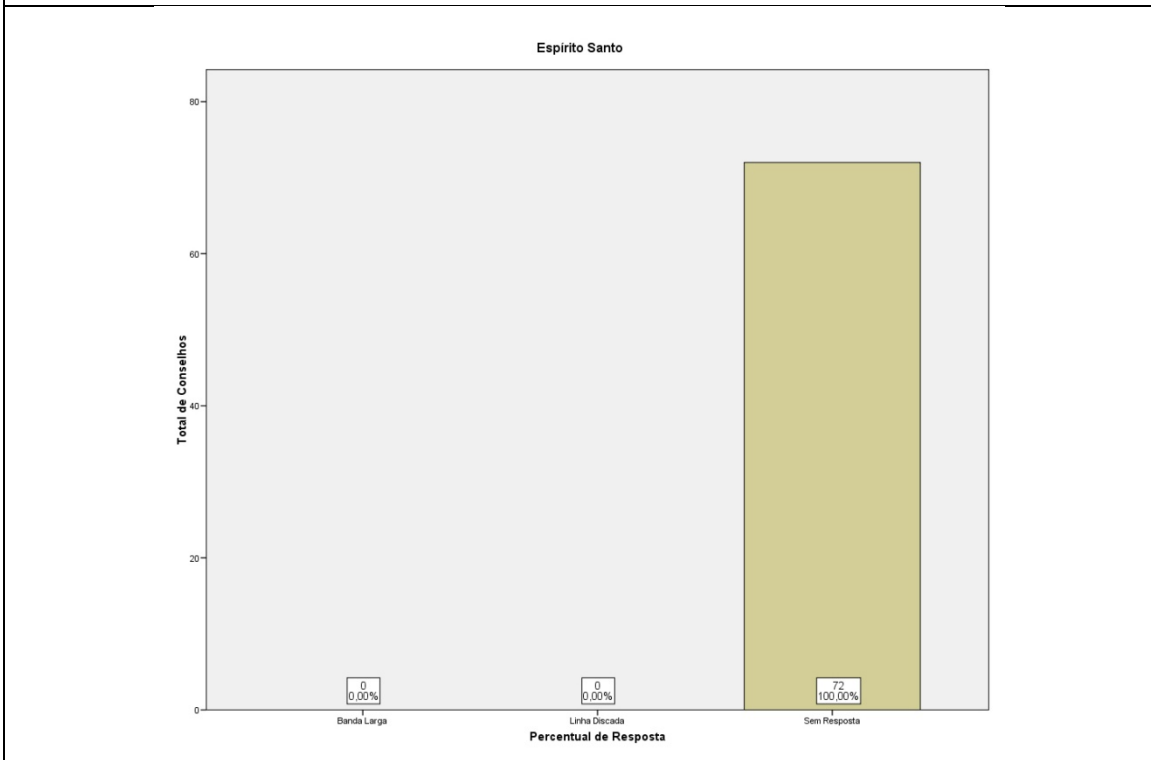
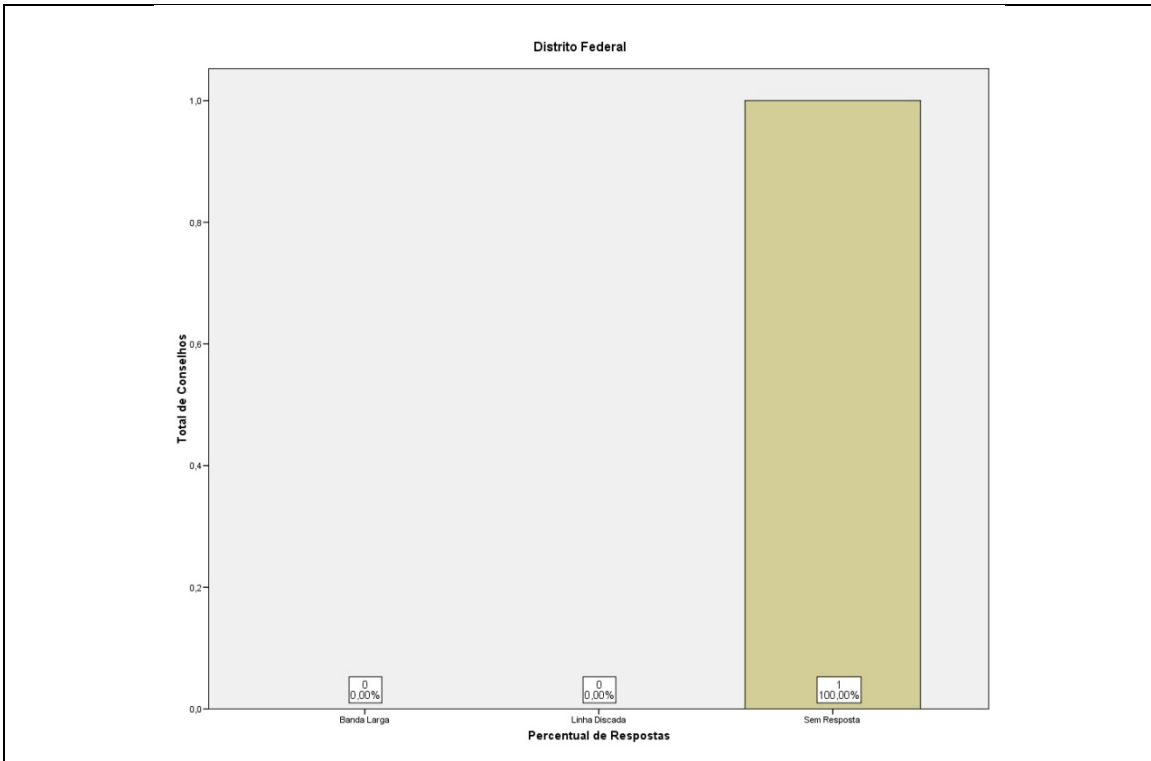
DADOS DOS CONSELHOS BRASILEIROS SOBRE ACESSO À INTERNET

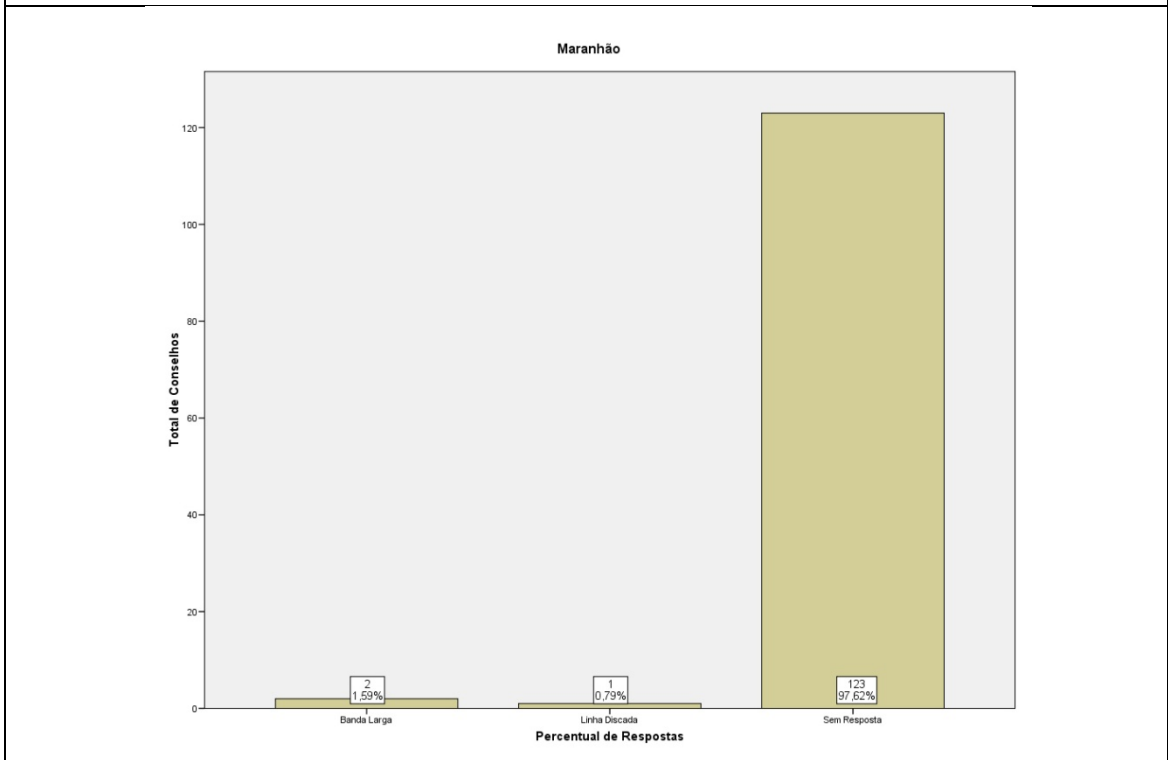
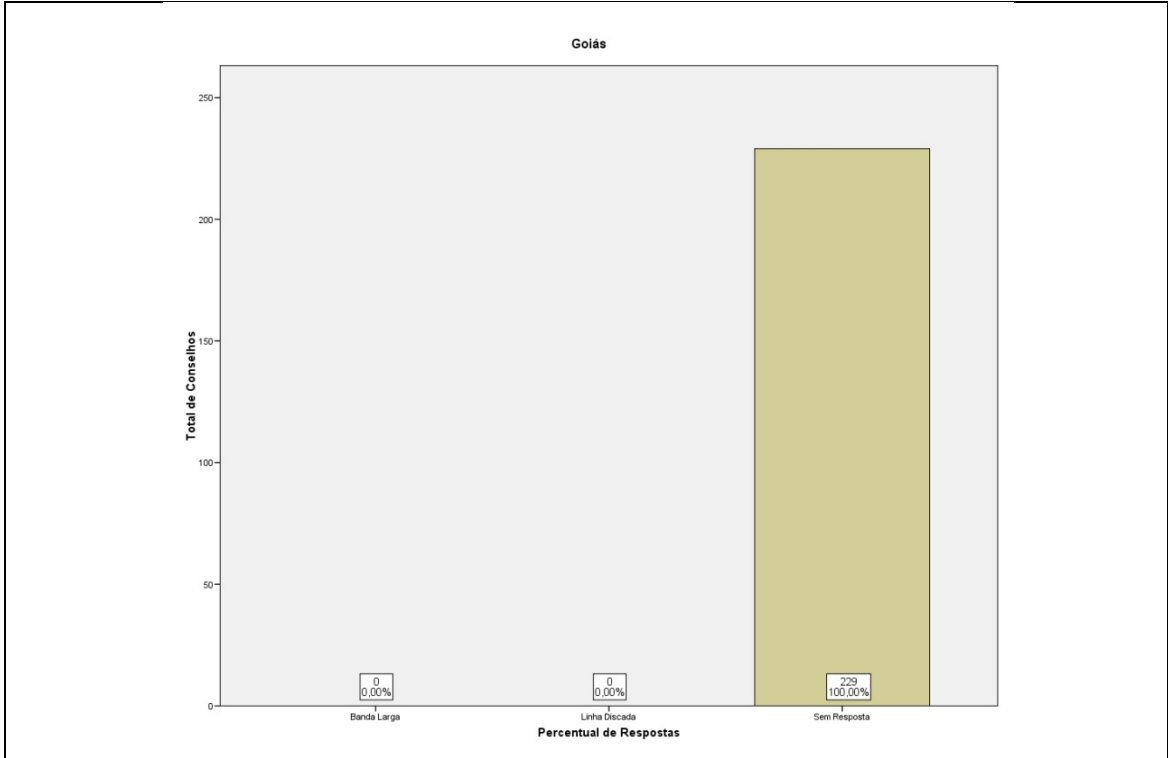
2005-2006

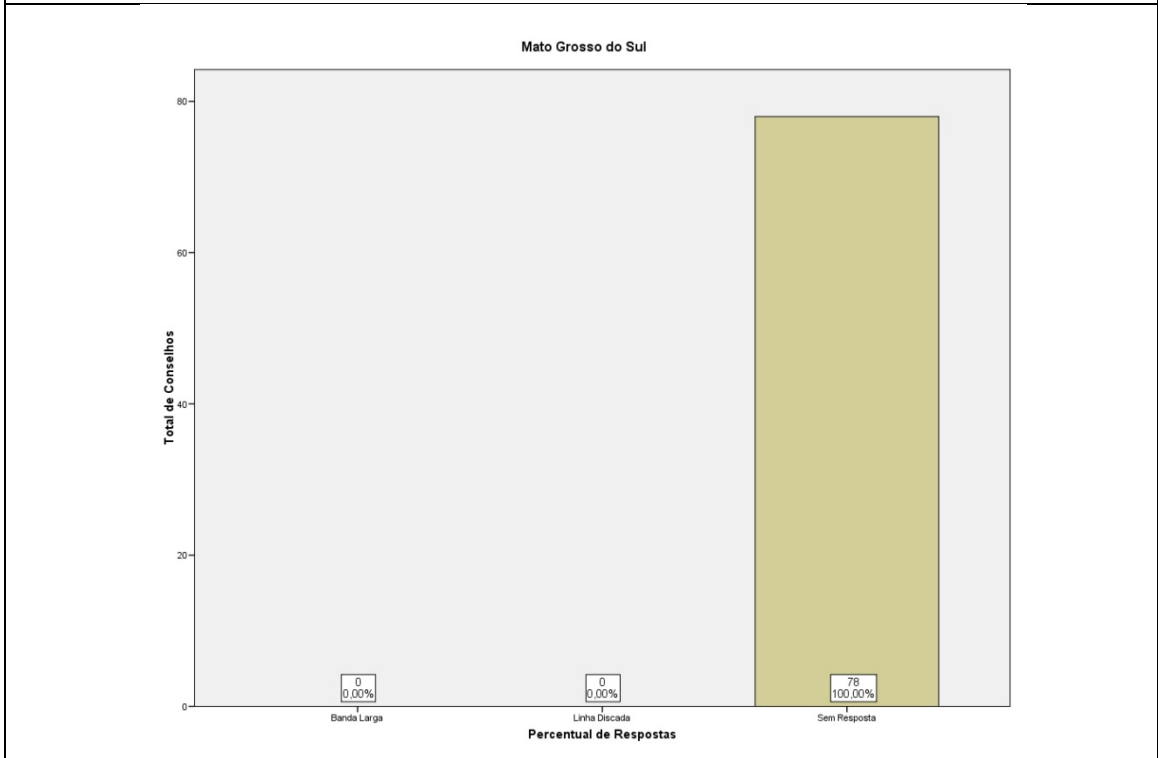
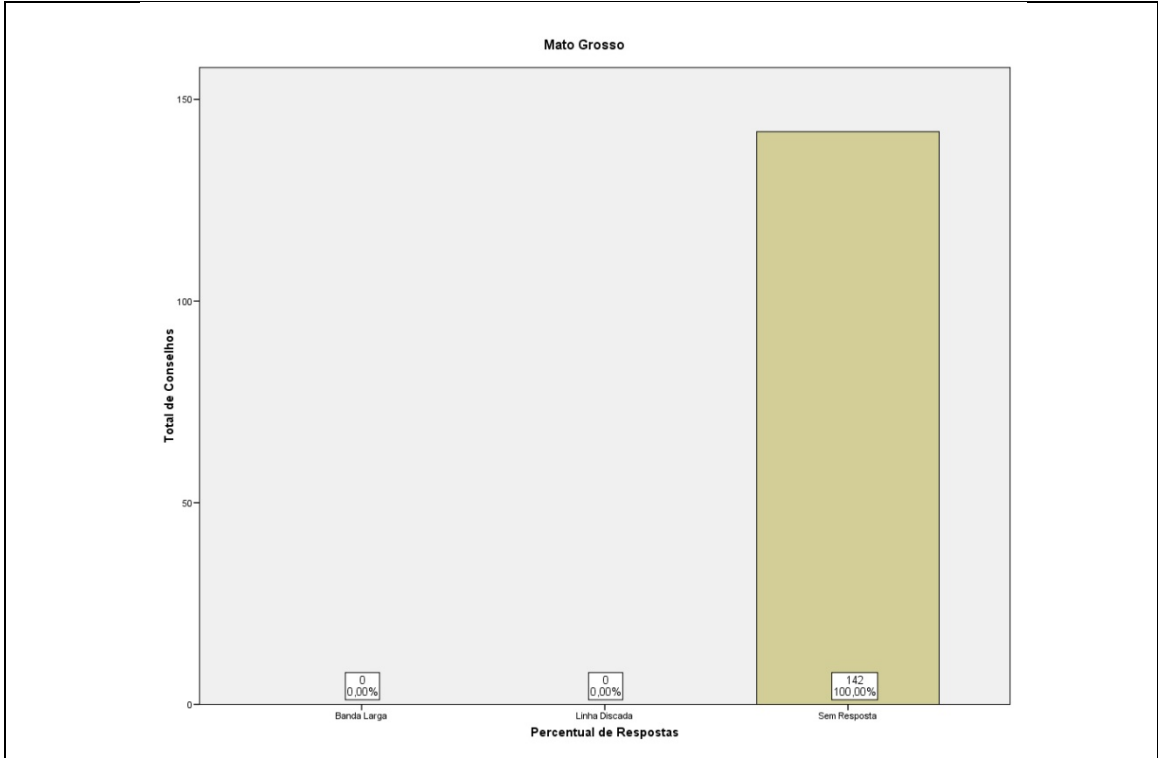


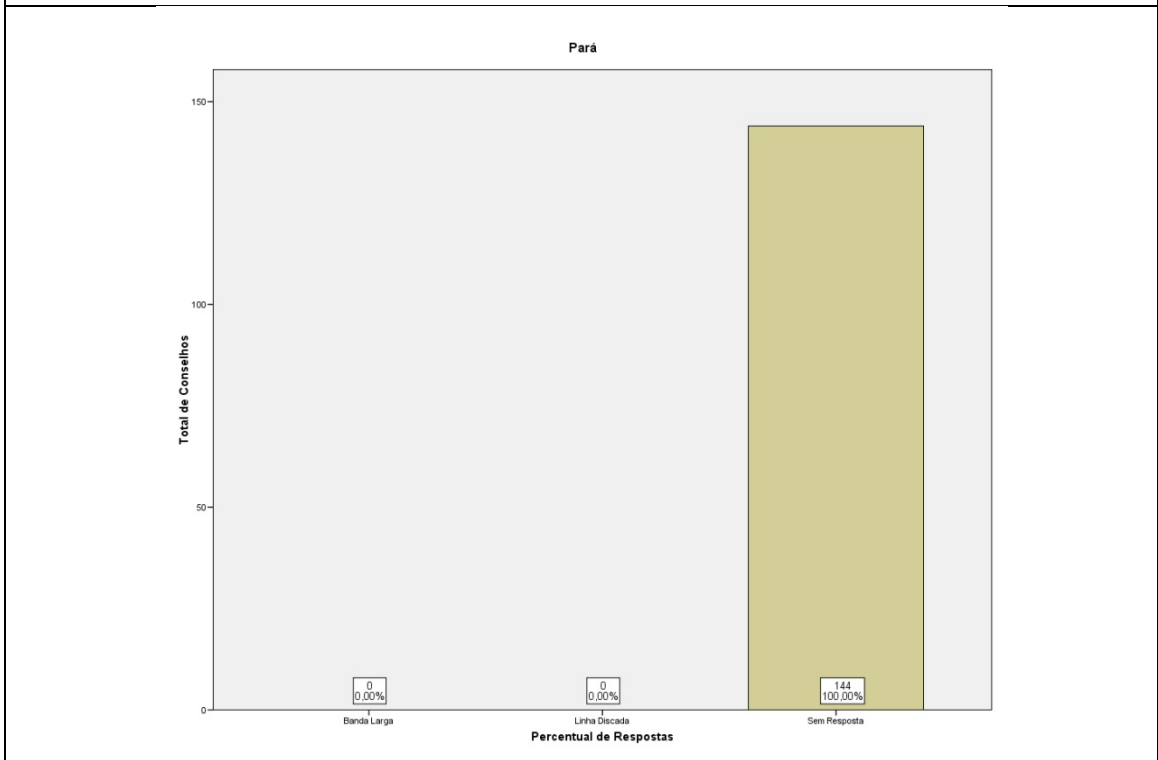
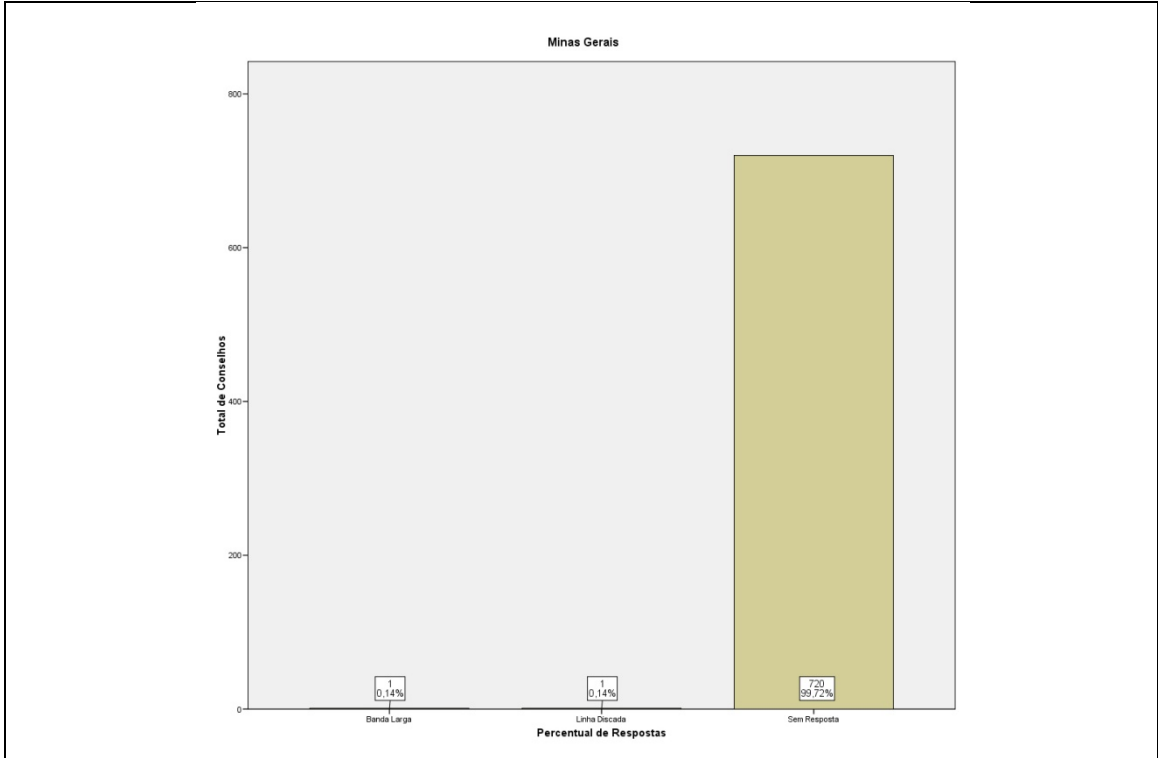


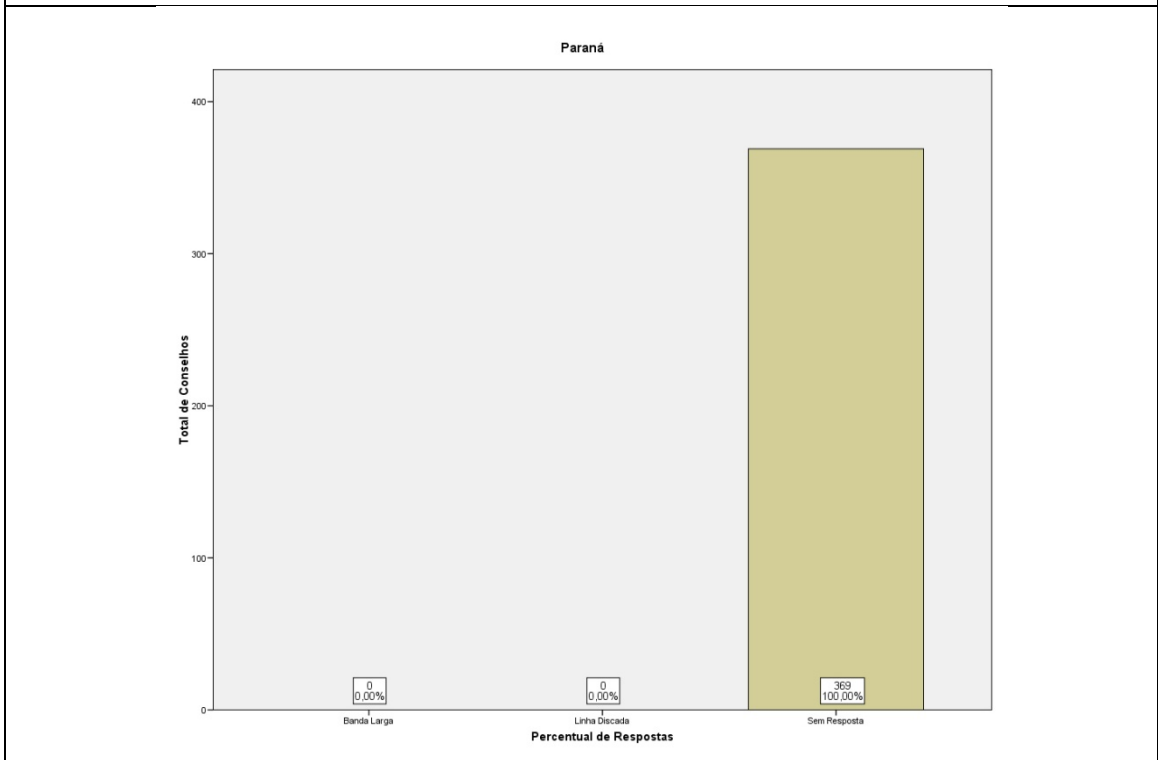
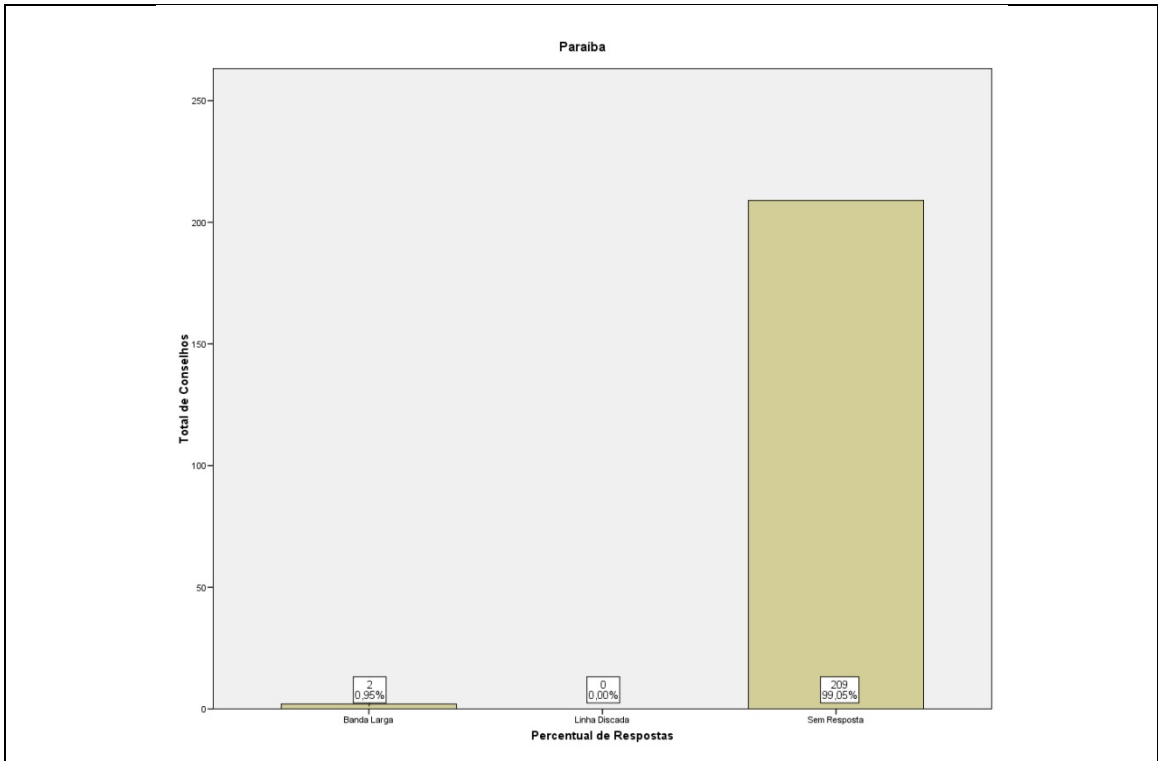


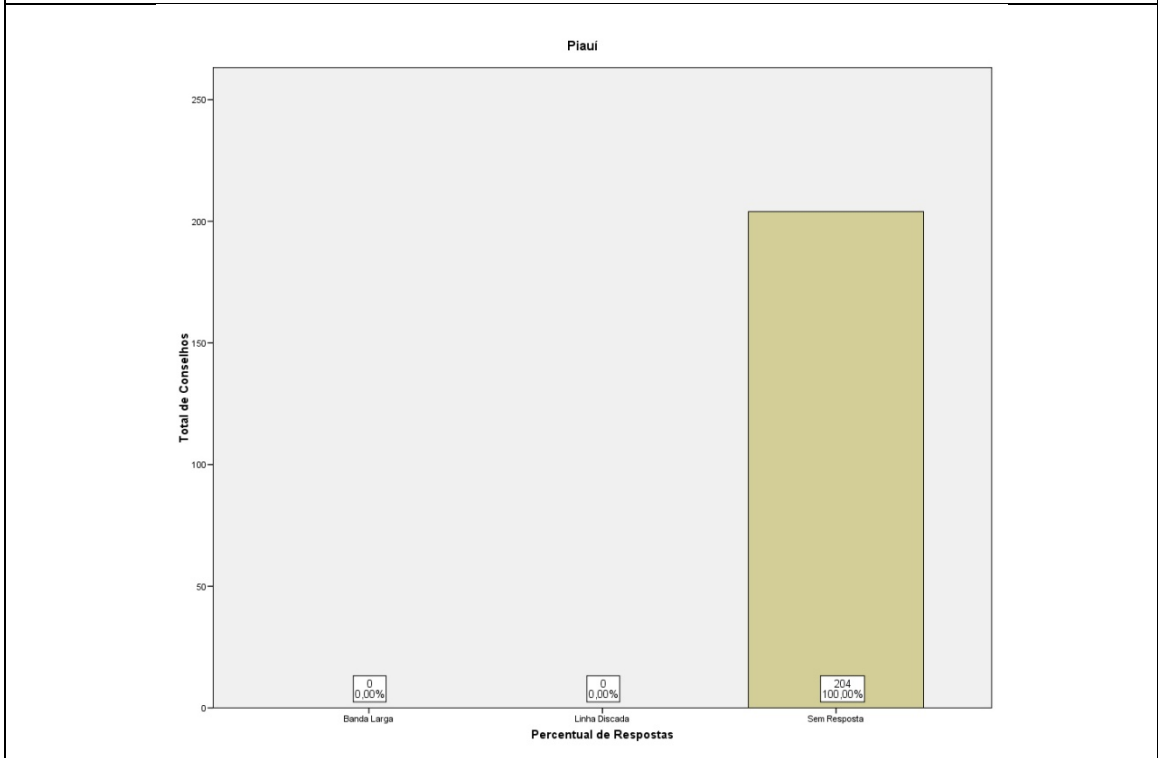
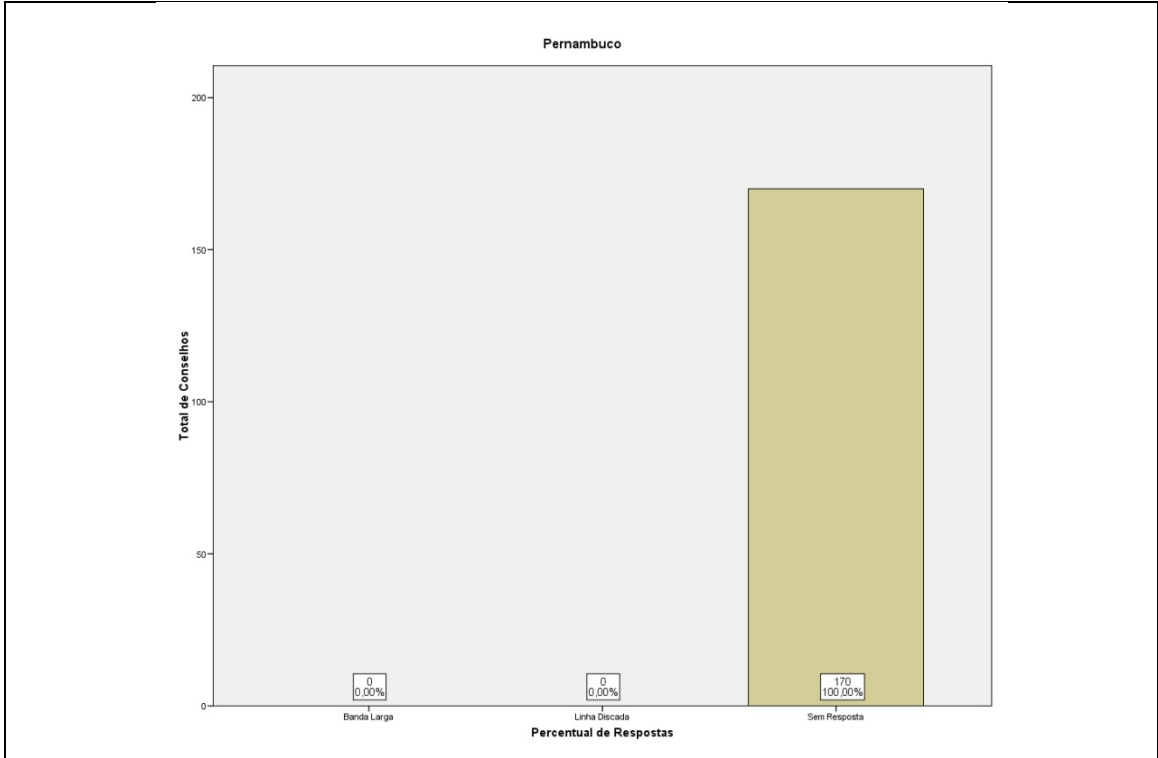


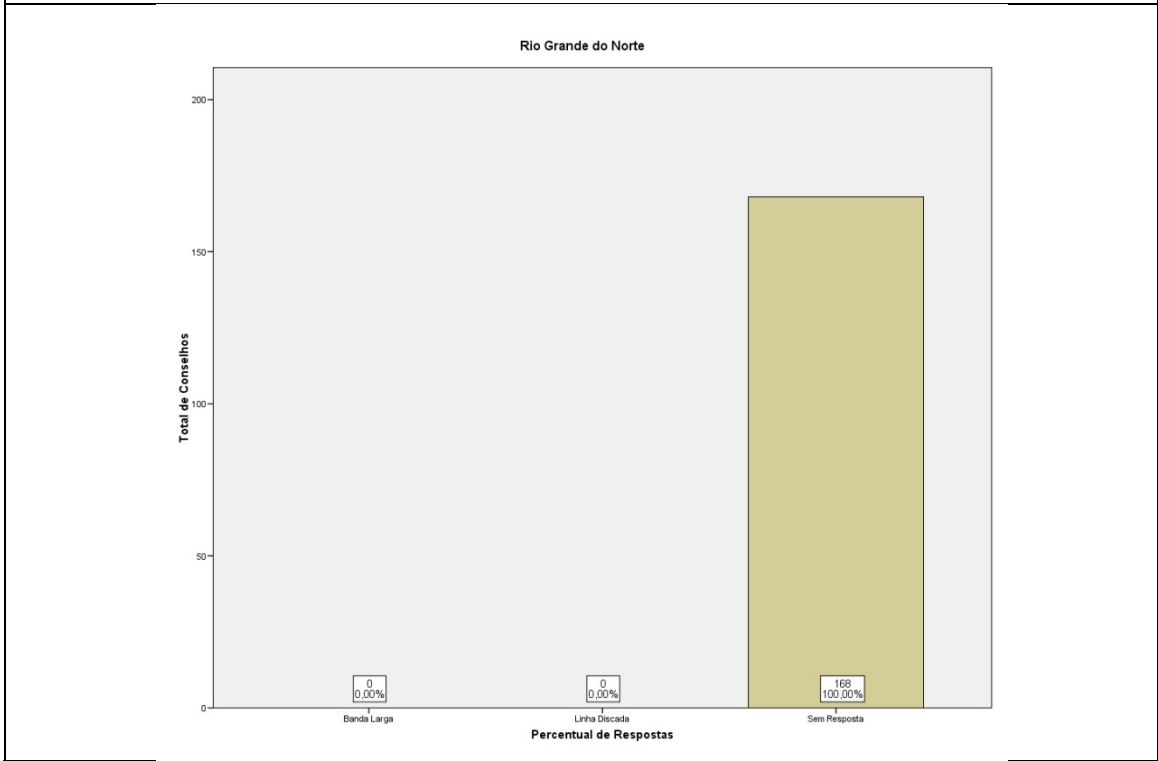
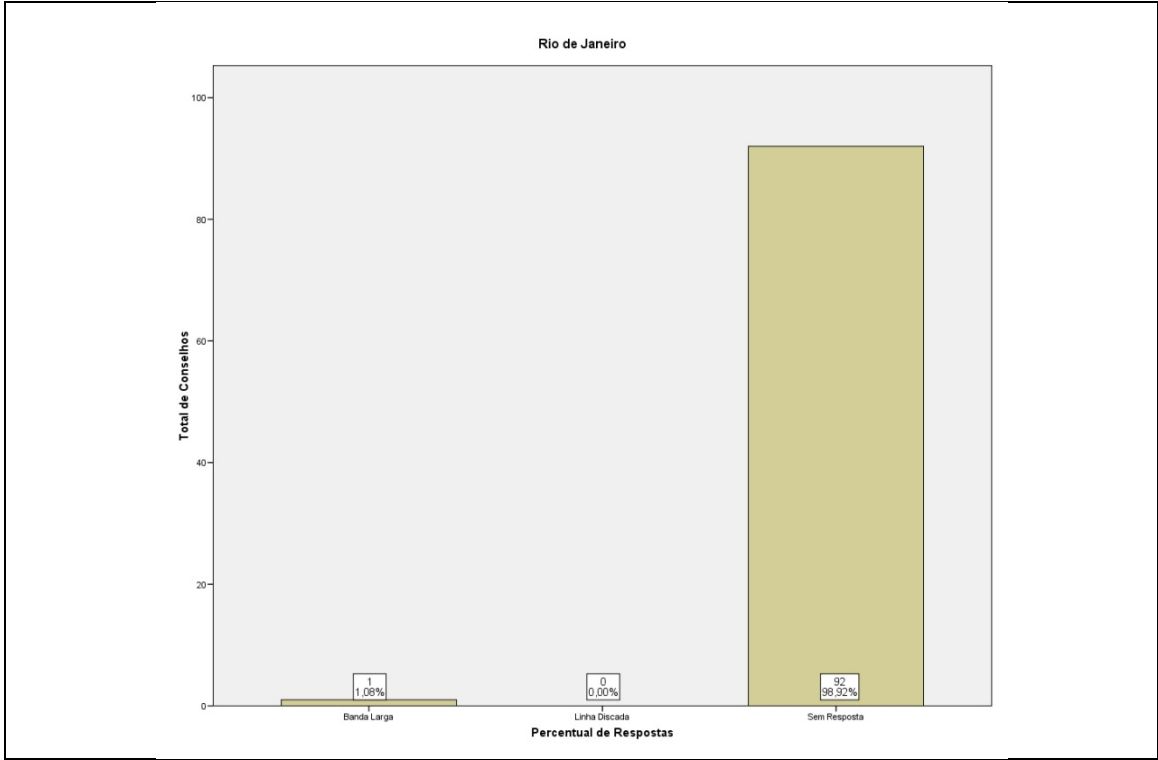


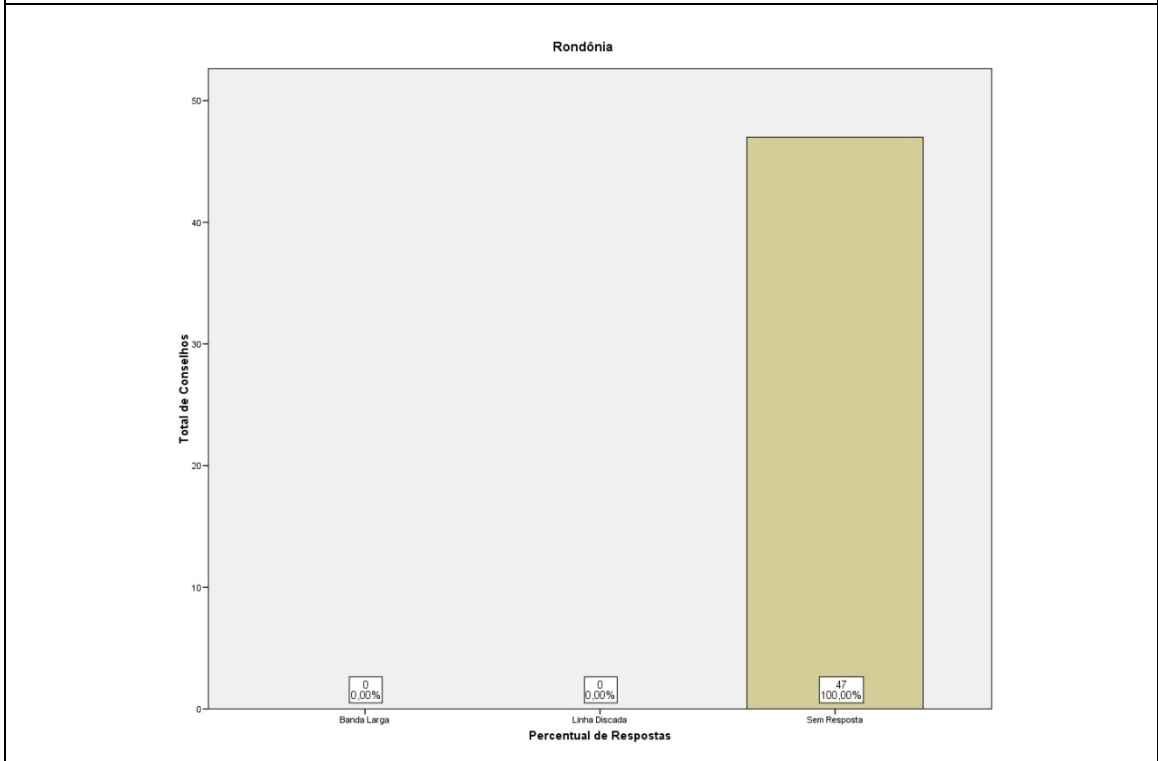
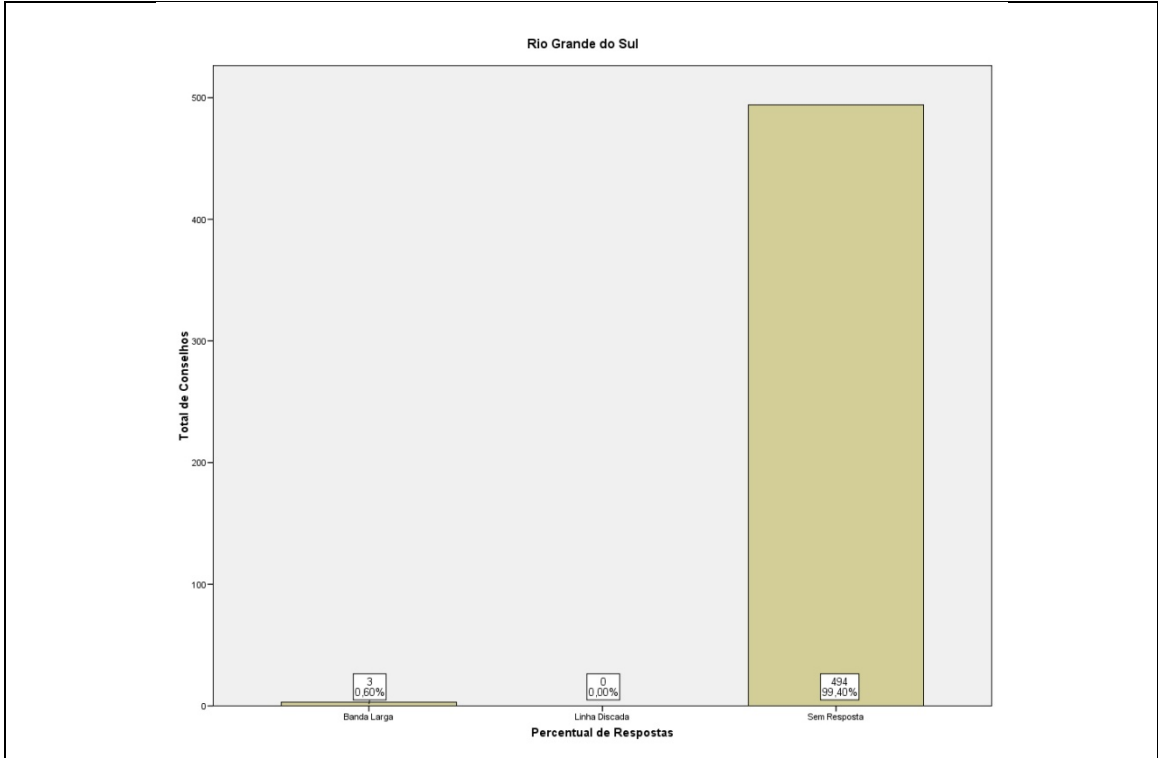


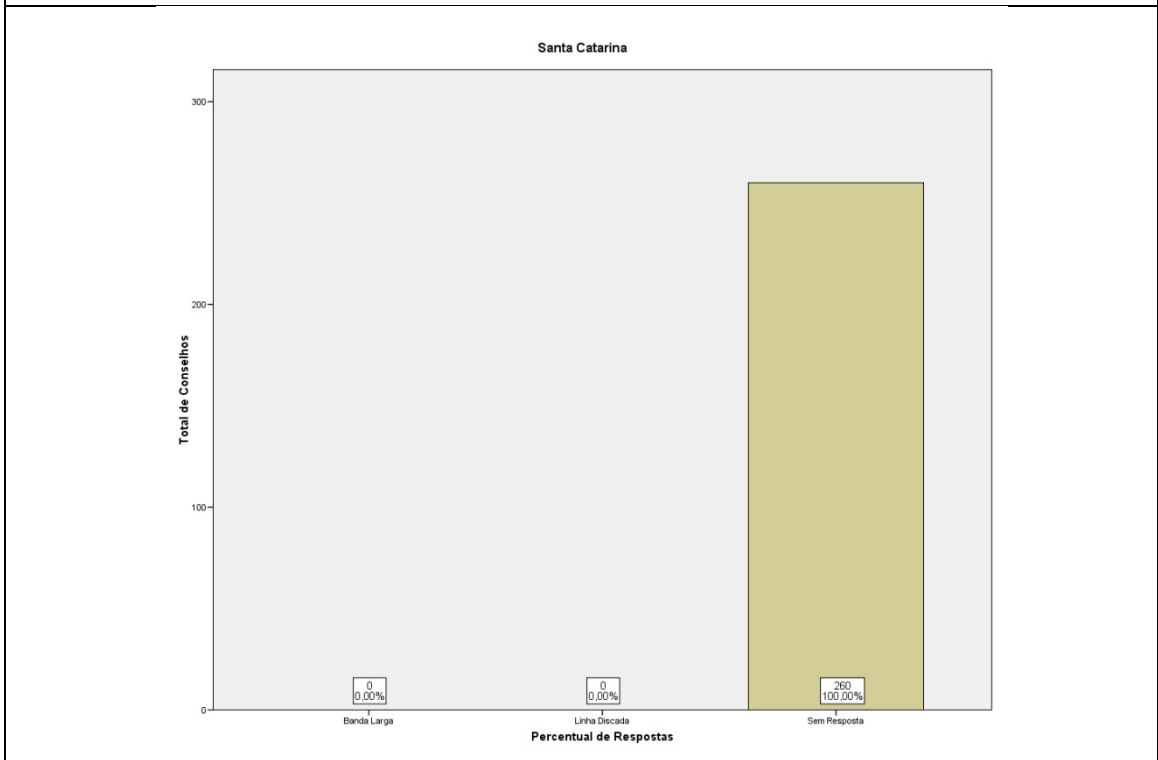
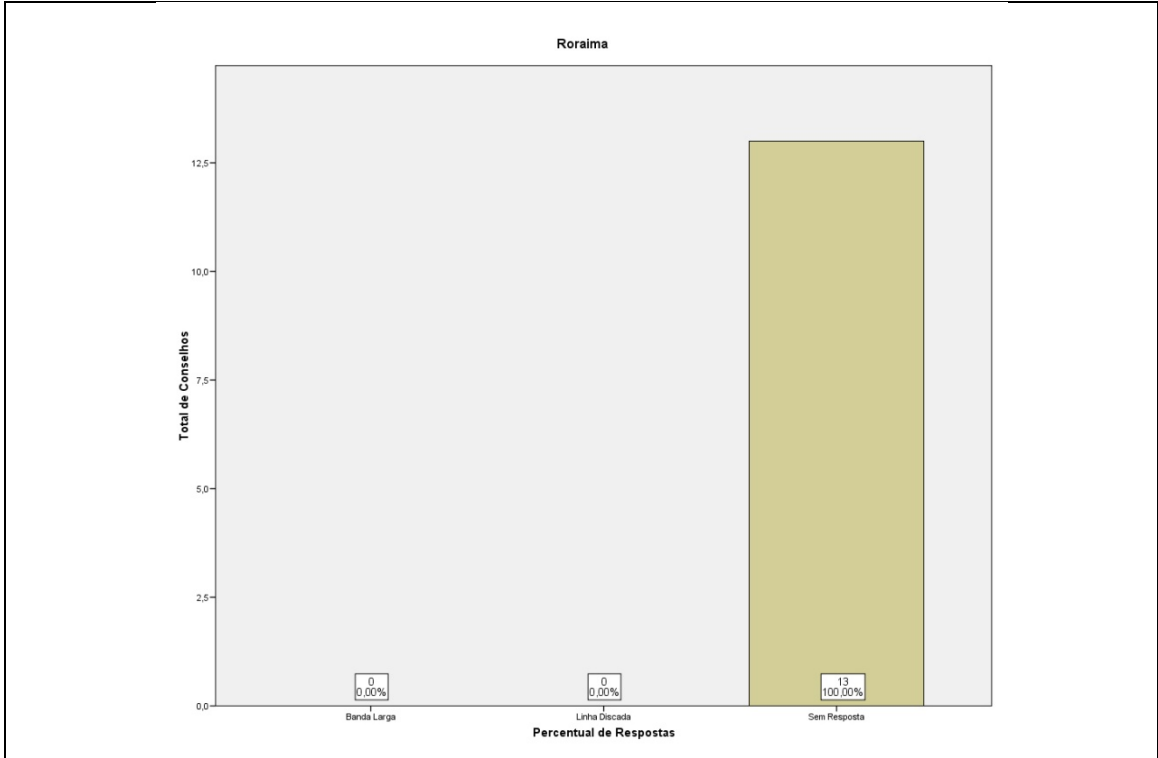


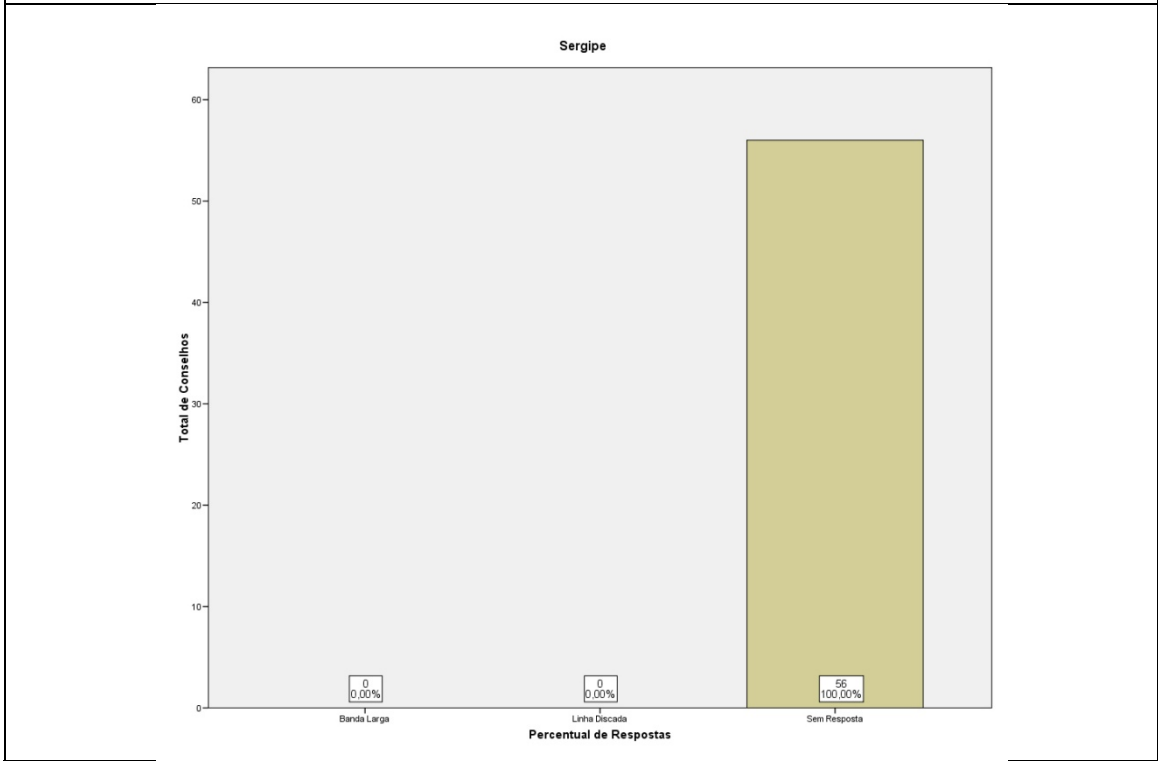
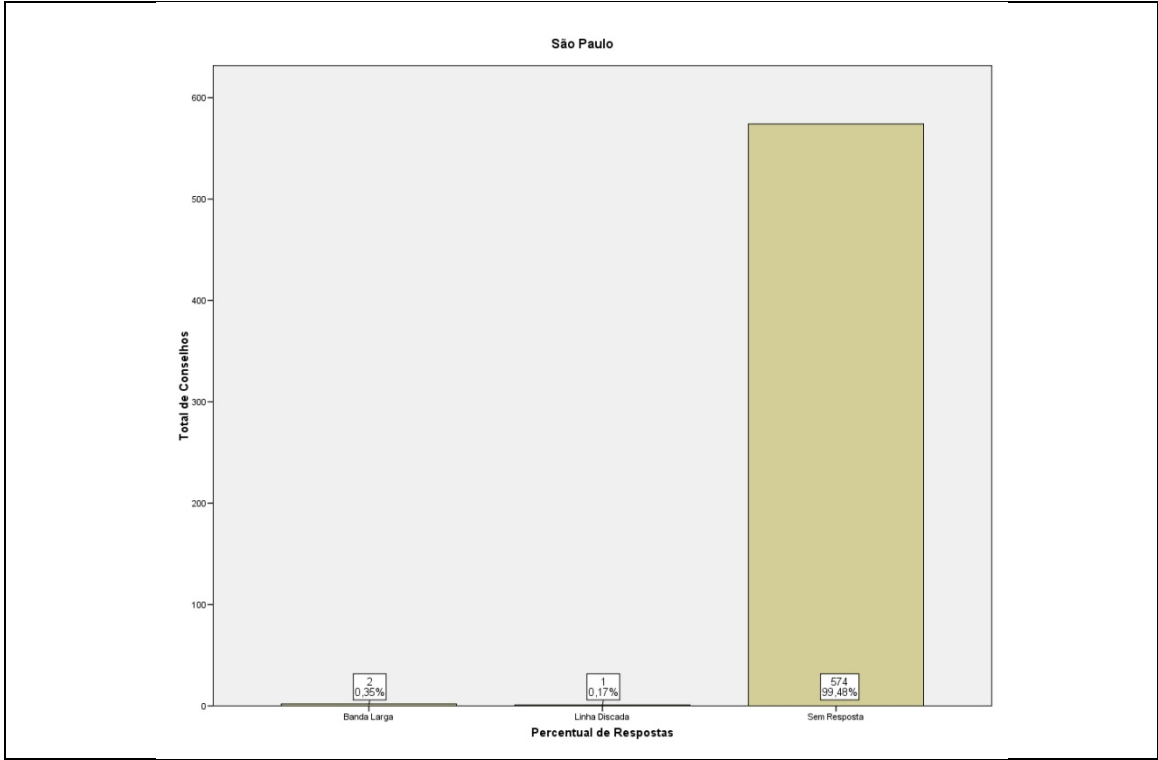


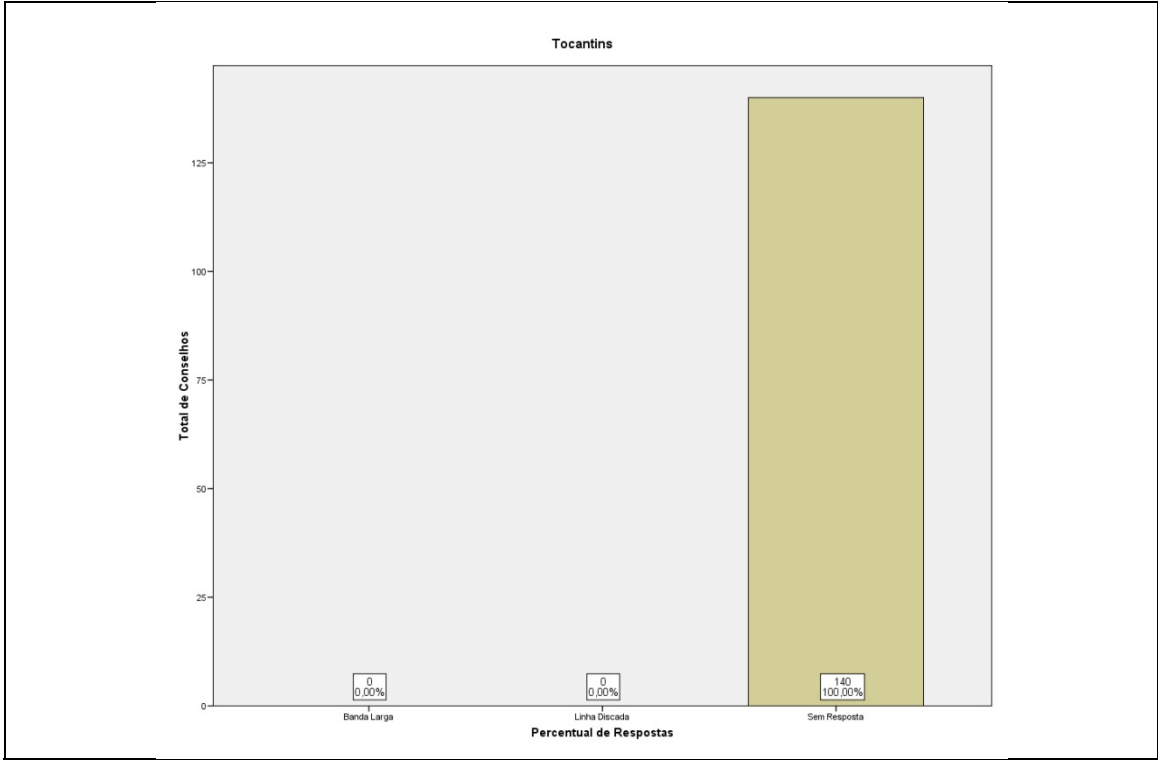






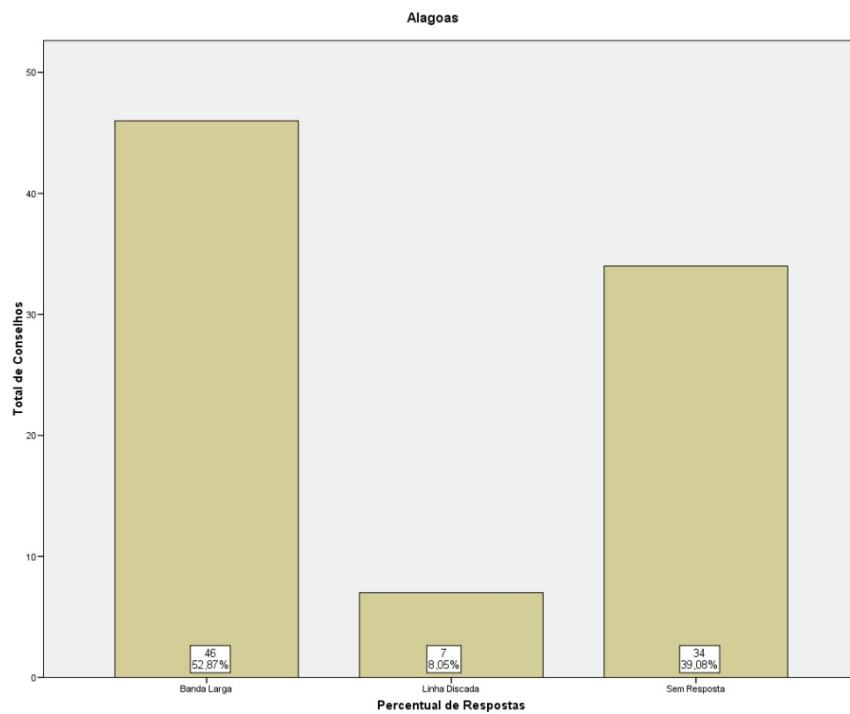
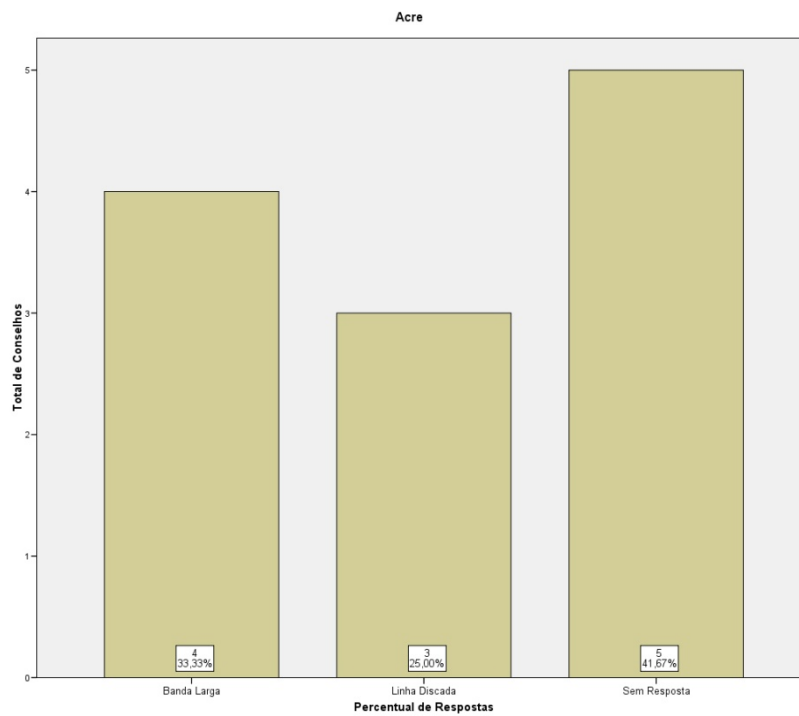




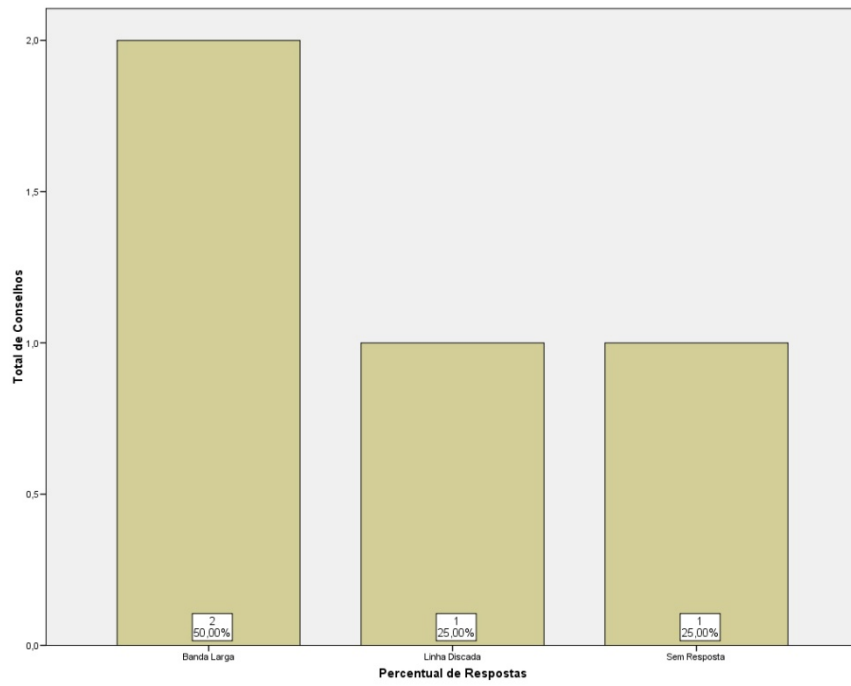


DADOS DOS CONSELHOS BRASILEIROS SOBRE ACESSO À INTERNET

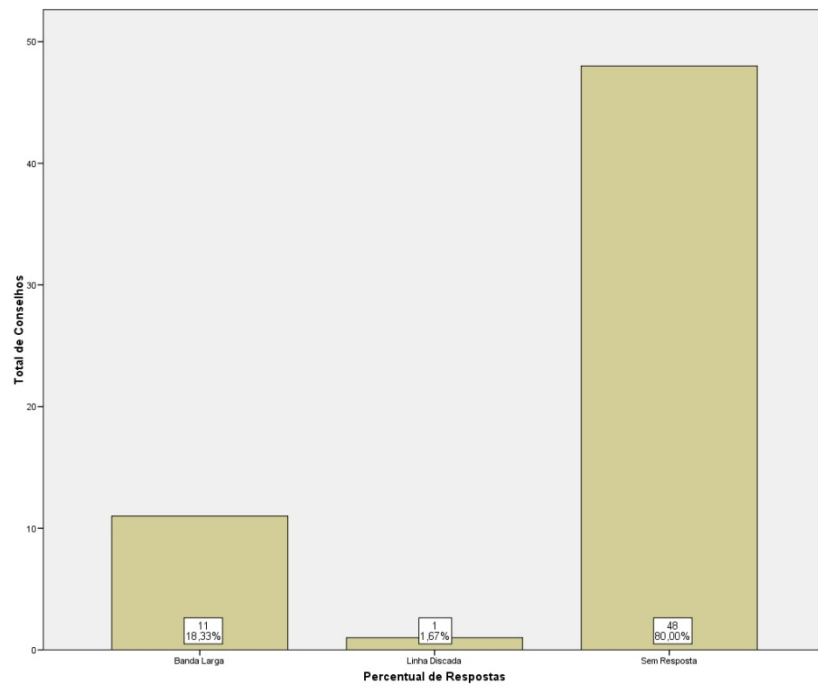
2007-2008



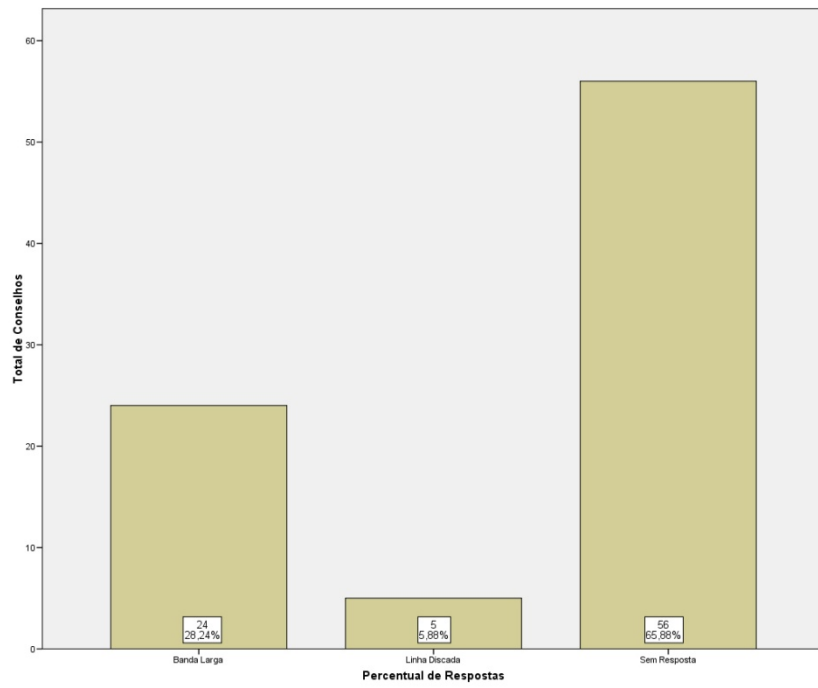
Amapá



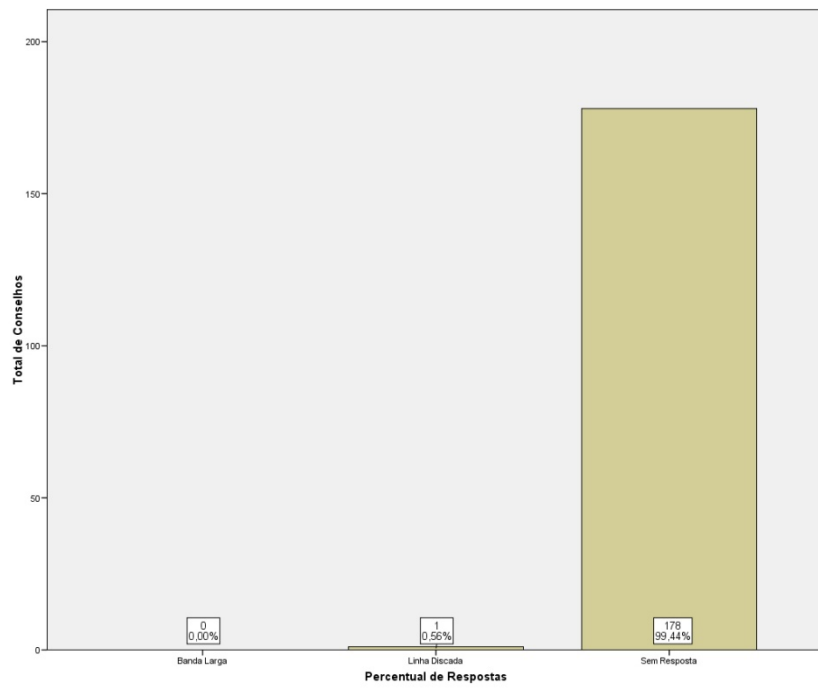
Amazonas



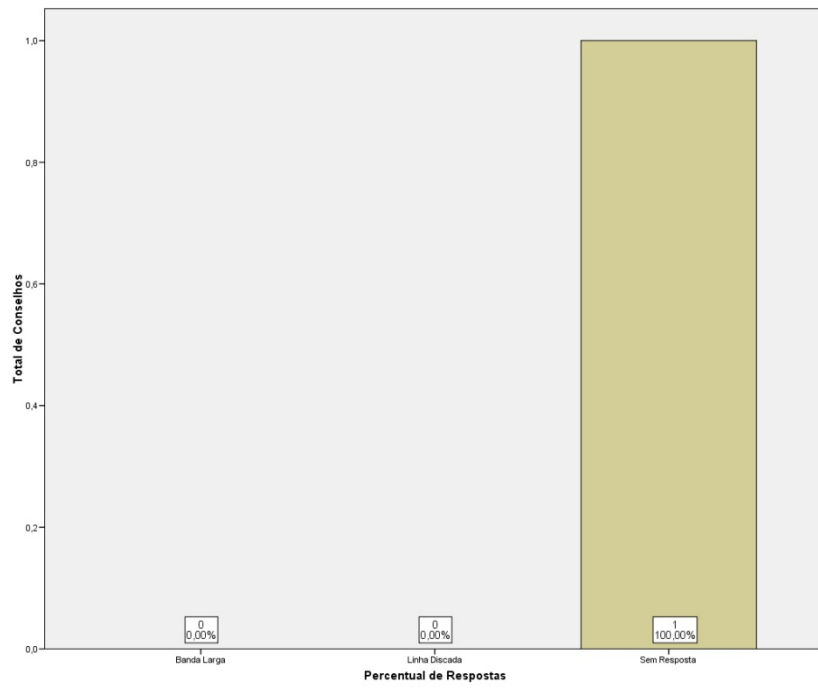
Bahia



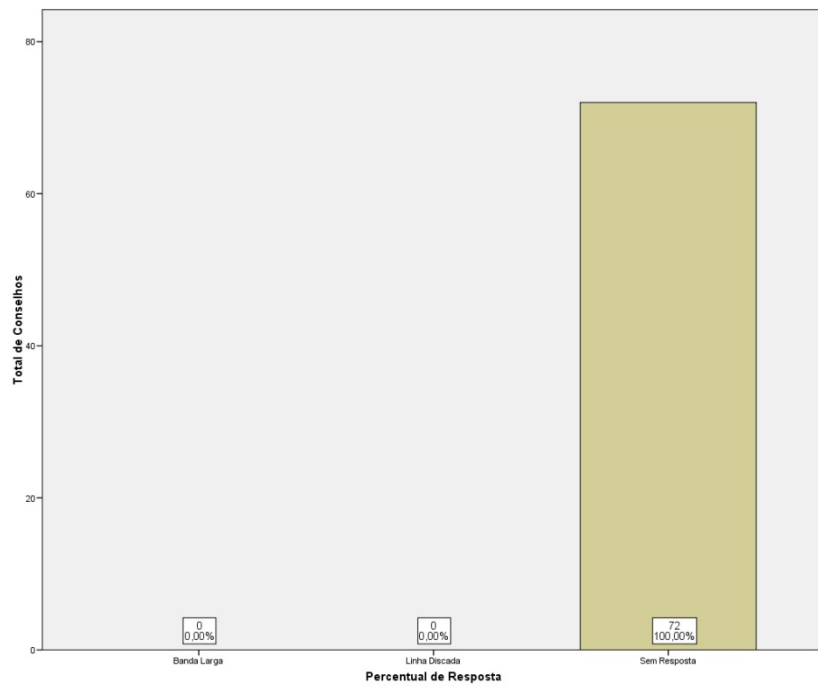
Ceará

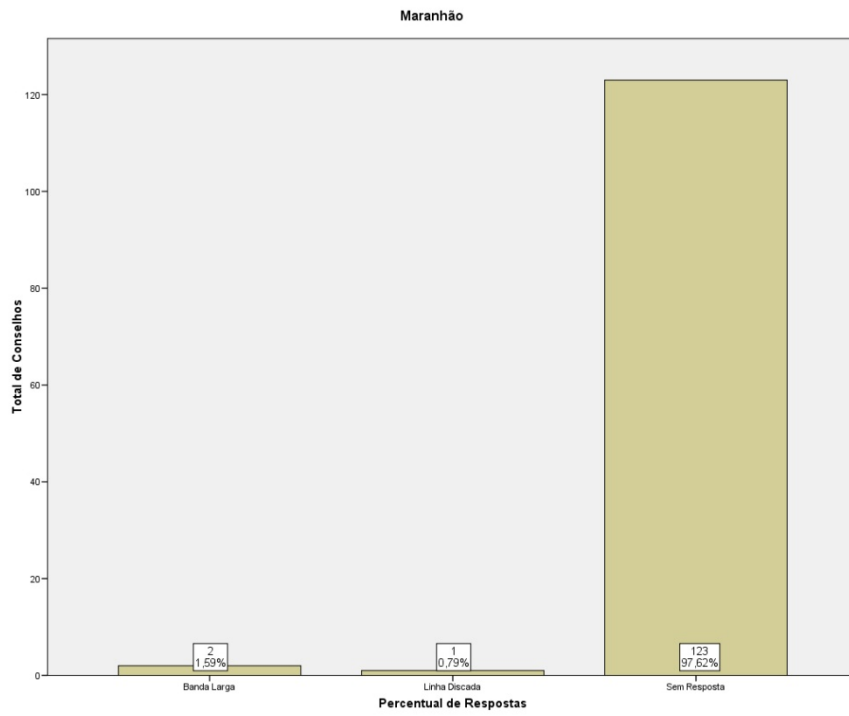
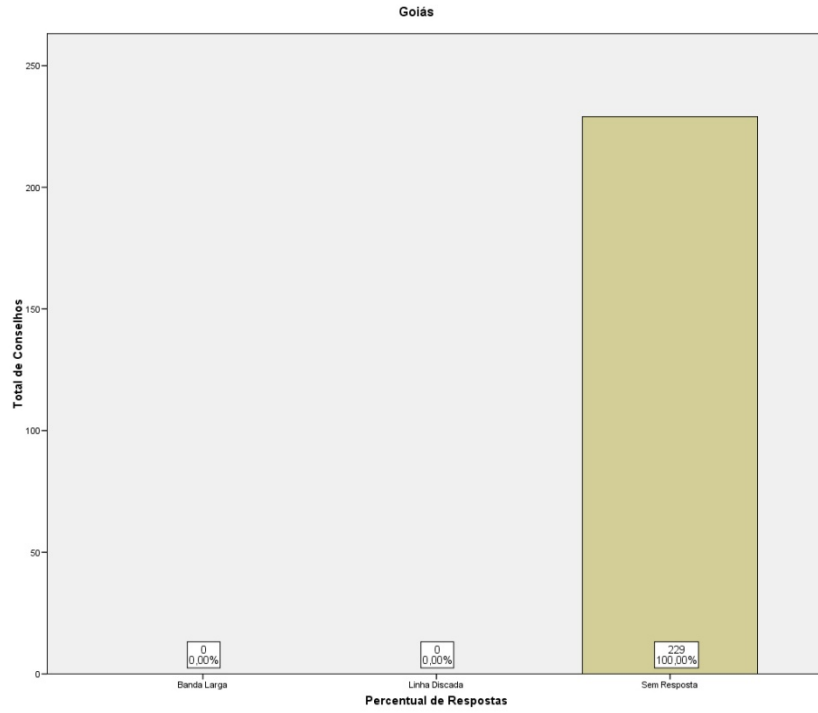


Distrito Federal

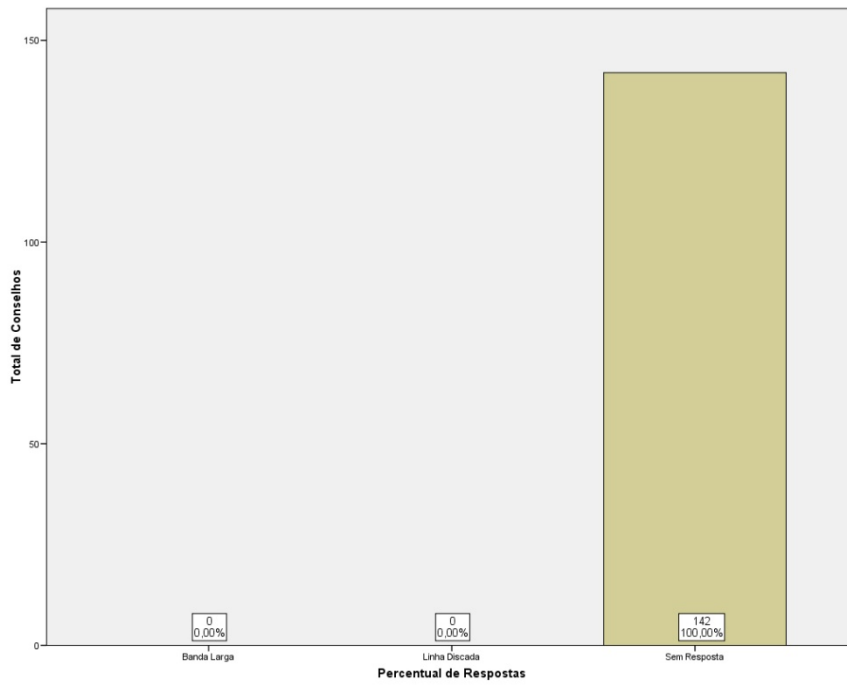


Espírito Santo

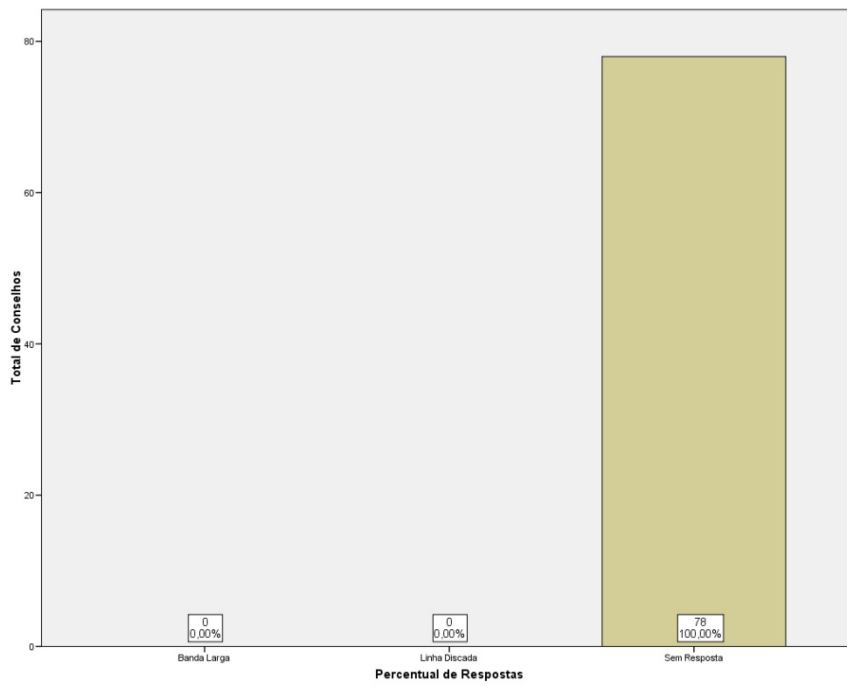




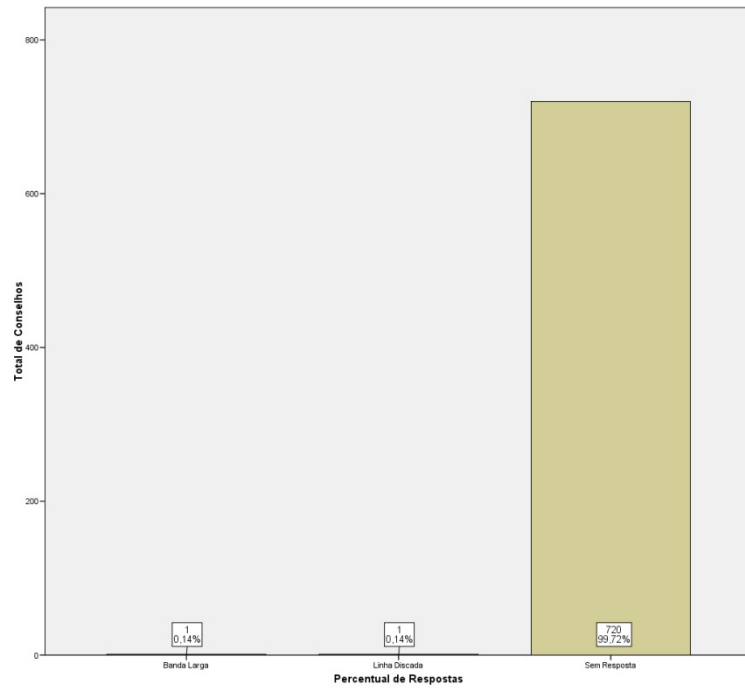
Mato Grosso



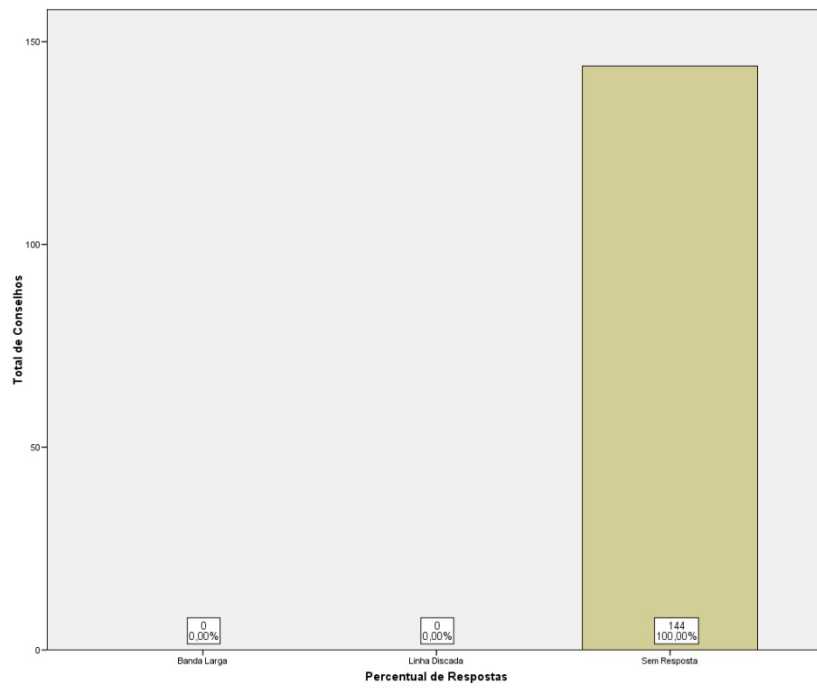
Mato Grosso do Sul



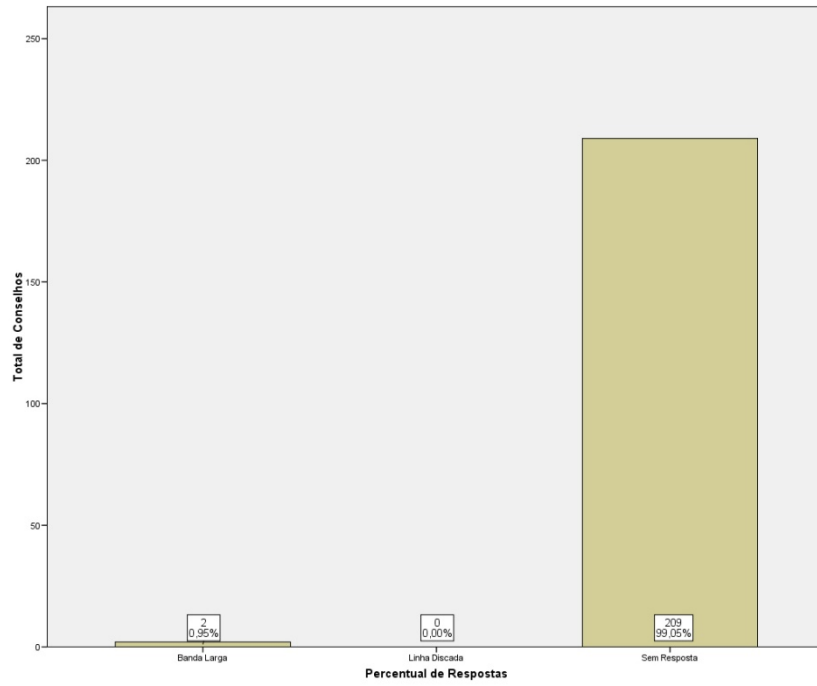
Minas Gerais



Pará



Paraíba



Paraná



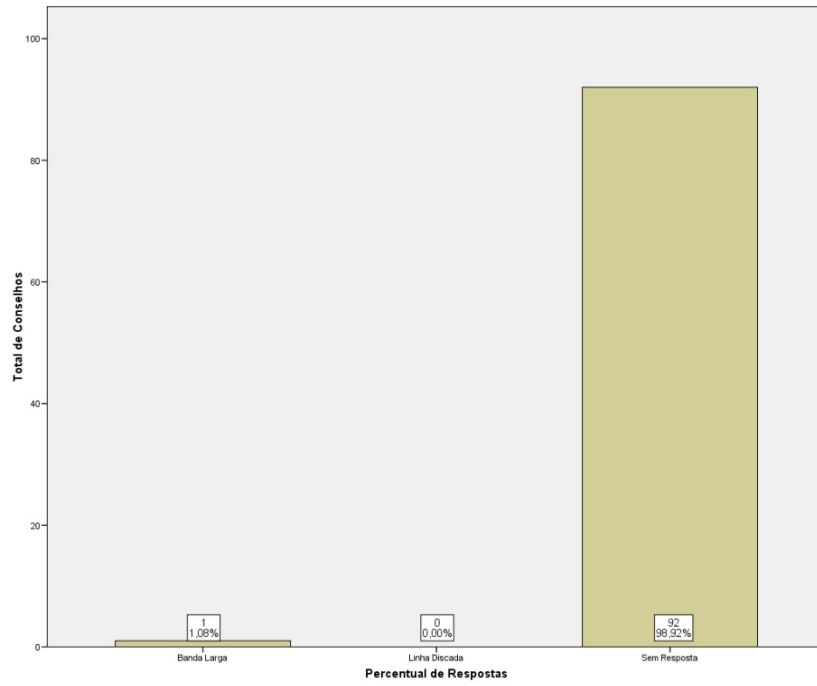
Pernambuco



Piauí



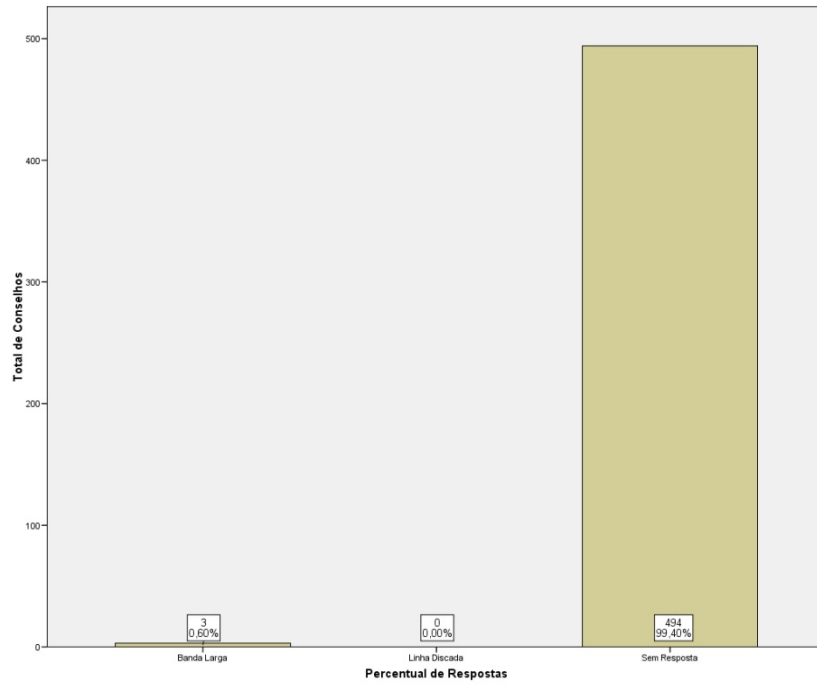
Rio de Janeiro



Rio Grande do Norte



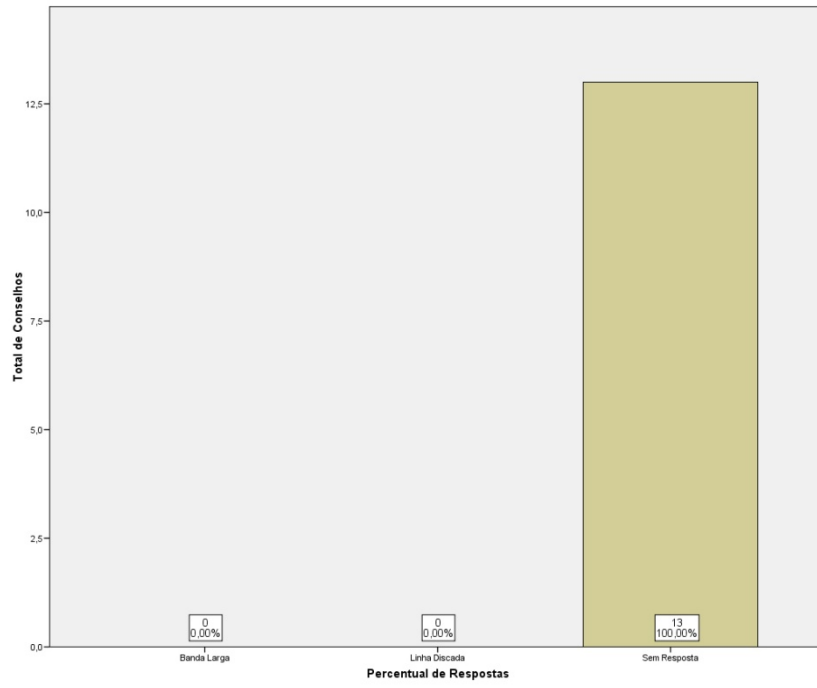
Rio Grande do Sul



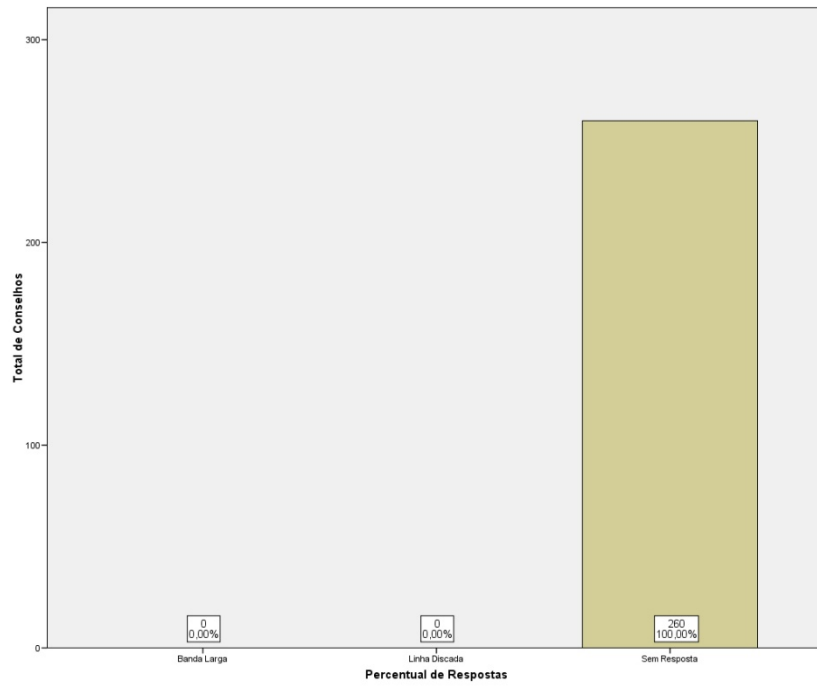
Rondônia



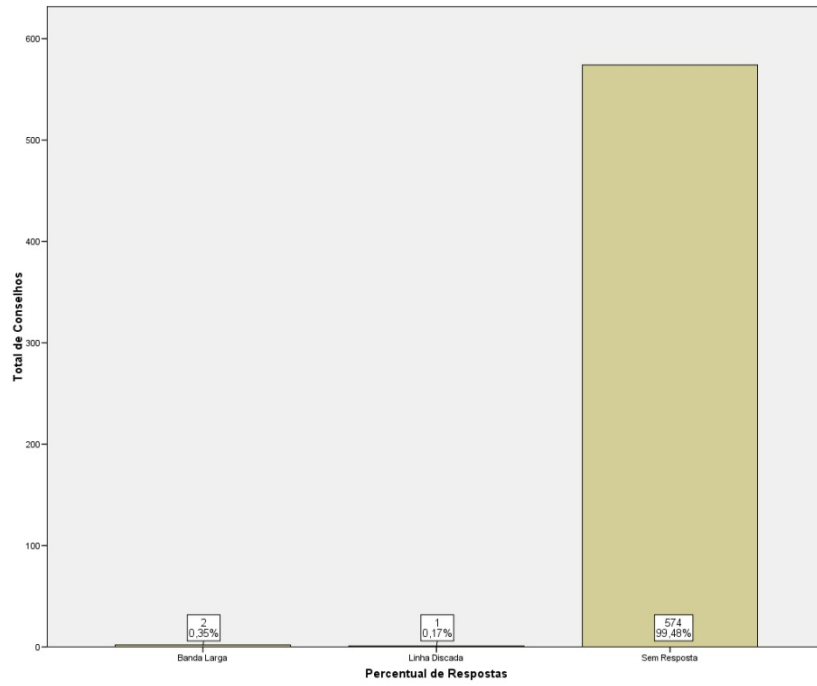
Roraima



Santa Catarina



São Paulo



Sergipe



Tocantins

