

Tipologias de Comunidades Participativas na América Latina: o Caso dos Conselhos de Saúde de Montevideu (Uruguai) e Porto Alegre (Brasil)

Andréa de Oliveira Gonçalves
Rodrigo de Souza Gonçalves
Elionor Farah Jreige Weffort*

Resumo: O artigo examina a relação existente entre comunidades ditas participativas - por meio de conselhos de saúde - e sua influência na deliberação da política pública municipal de saúde, nas cidades de Porto Alegre (Brasil) e Montevideu (Uruguai), sob o ponto de vista de seus conselheiros. Para consecução deste objetivo foi conduzida uma pesquisa comparativa qualitativa (SARTORI, MORLINO, 1994) em um estudo de casos múltiplos (YIN, 2005), tendo como principais referências teóricas Likert (1975), Rifkin et al. (1989) e Demo (1996).

Palavras-chave: Administração Pública, Metodologia Comparativa, Saúde Pública, Conselhos de Saúde, Participação, Comunidade.

Abstract: This paper analyses the existing relationship among the so-called participative communities - through health councils - and their influence on the local public health policies' discussions in the cities of Porto Alegre (Brazil) and Montevideo (Uruguay), from the view of the respective participants. In order to achieve this goal, a qualitative comparison research (SARTORI, MORLINO, 1994) was carried out in a multiple cases study (YIN, 2005), based on Likert (1975), Rifkin et al. (1989), and Demo (1996) as main theoretical references.

Keywords: Public Administration, Comparative Methodology, Public Health, Health Councils, Participation, Community.

* Andréa de Oliveira Gonçalves: Professora Doutora do Programa de Mestrado em Administração do Centro Universitário Euroamericano (PMAD/UNIEURO/DF). *E-mail:* andreaegoncalves@gmail.com. Rodrigo de Souza Gonçalves: Professor Assistente, Universidade de Brasília (CCA/UnB), doutorando em Contabilidade (UnB/UFPB/UFRN). *E-mail:* rgoncalves@unb.br. Elionor Farah Jreige Weffort: Professora Doutora do Mestrado em Contabilidade - Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado (UNIFECAP). *Email:* elionor.w@gmail.com. Recebido em 21/11/07 e aceito em 11/05/08.

Introdução

Em meio ao movimento da descentralização, a população de países como Brasil e Uruguai rumam em direção à mobilização e à reivindicação por melhores serviços públicos prestados. Apesar da sociedade ter ganhado espaço nos âmbitos econômico e social, por meio da co-gestão, autogestão e cooperativismo, *admite-se que existem limites da democratização no processo decisório* (GRAU, 1996, p. 119), na medida em que o próprio Estado regula a manifestação de mecanismos para a participação da sociedade civil nos processos de descentralização.

A trajetória do movimento participativo pela saúde pública na América Latina foi permeada por evoluções e retrocessos buscando uma identidade que lhe assegurasse maior legitimidade no contexto das políticas sociais. O processo de demandas pela melhoria da qualidade de prestação do serviço público de saúde tornou-se marco histórico para seu delineamento, a partir do que foi preconizado pelas agências internacionais para os países em desenvolvimento, que orientavam a promoção da auto-sustentação econômica e participação comunitária. Em países como Brasil e Uruguai, onde a população vem se mobilizando por meio de seus conselhos locais, torna-se possível o reconhecimento desse espaço público de reivindicação, colocando em pauta a dimensão social da participação.

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, os serviços e ações de saúde passaram a ser universais, direito de todos e dever do Estado. Prescreve, ainda, a Constituição que o direcionamento desses serviços deve ser feito de forma descentralizada, com gestão municipal e em parceria com a sociedade civil por meio do Conselho Municipal de Saúde, instância deliberativa e paritária, onde se dá a relação entre os representantes dos usuários, dos prestadores de serviço, do governo, funcionários e profissionais que atuam na área da saúde. Desta forma, os conselhos se tornariam espaços políticos, públicos onde são representados, formal e publicamente, os interesses dos representantes da população (CORTEZ, 1998), *que exercem o controle social sobre a produção e consumo dos serviços de saúde* (Relatório Final da VIII CNS).

No Uruguai, por sua vez, os conselhos de moradores atuam como porta-vozes das necessidades, demandas e propostas do bairro ante as

autoridades nacionais e municipais. Esses conselhos são reconhecidos pela legislação municipal e são integrados por organizações sociais, culturais e desportivas que contribuem para o desenvolvimento do bairro. Em 1989, a eleição de Vásquez como intendente de Montevideú, indica a ascensão ao poder da esquerda e centro-esquerda, constituindo em um ponto de inflexão das modalidades de articulação política conhecidas no país até então (SCHELOTTO, 2002).

Ante este cenário, cabem, ainda, as seguintes considerações:

- A participação é processo constante de vir-a-ser, pelo qual grupos compartilham necessidades, adotam decisões e estabelecem mecanismos para atendê-las, visando ao interesse coletivo rumo à emancipação social (SILVA, 1999, p. 32);
- De modo geral, a população desconhece sua importância na municipalização das ações e serviços de saúde, uma vez que para participar se faz necessário ter acesso às informações, evitando a manipulação junto das decisões (CARDOSO, 1975);
- Os conselhos de saúde na maioria dos casos são impostos pelos gestores e acabam por se tornar veículos de legitimação das políticas locais de saúde (NEDER, 1998);
- Os países em desenvolvimento caracterizam-se pela fraqueza ou ausência da sociedade civil organizada capaz de contrabalançar o poder político das elites econômicas e militares em aliança com a burocracia estatal (CORTES, 1998);
- Na América Latina, em particular, o processo de tomada de decisões políticas tem sido tradicionalmente conduzido por meio de canais informais, nos quais os interesses empresariais e militares estão diretamente representados dentro da estrutura burocrática do Estado (CARDOSO, 1975, p. 165-86). Nos países latino-americanos os interesses não dominantes - tais como os dos sindicatos, dos trabalhadores rurais, dos moradores urbanos pobres - são sistematicamente excluídos dos canais decisórios e suas demandas são filtradas por relações estabelecidas entre funcionários públicos, líderes obsequiosos e clientes individuais.

A partir das considerações anteriores pode-se afirmar que os conselhos locais nas cidades de Porto Alegre e Montevidéu sejam instâncias deliberativas da política pública de saúde? E ainda, as comunidades ditas participativas exercem influência na deliberação desta política? Estas são as questões centrais de discussão deste artigo. Neste sentido, objetiva-se examinar a relação existente entre organizações ditas participativas - por meio de conselhos locais - e a sua influência na deliberação da política pública municipal de saúde, nas cidades de Porto Alegre (Brasil) e Montevidéu (Uruguai).

O Estado Moderno e suas funções

O Estado Moderno surge de duas vertentes distintas da compreensão do poder político: a jurídica, baseada na noção do império e a econômica, fundada na idéia da gestão da coisa pública. Apesar de não ser possível precisar exatamente quando nasce a forma “Estado moderno”, construída com base nessas duas noções basilares, é certo que as guerras do fim do século XV conduziram à constituição da Espanha, França e Inglaterra como Estados. Também na Itália ocorre uma transição que se estende até o século XVII quando os principados são constituídos como Estados e, em Portugal, o caráter estatal é assumido precocemente como decorrência da luta com os árabes e da sua afirmação política em face dos reinos espanhóis,. Em todos esses casos, a organização administrativa própria é um elemento típico, ao qual se acrescenta a idéia de uma grandeza superior, marcada pelo desenvolvimento da noção de soberania.

Esta concepção moderna do Estado é tratada, particularmente, por Max Weber (1944) que identifica o aparecimento do Estado com o desenvolvimento da burocracia enquanto forma de dominação baseada na crença da legalidade, isto é da organização racional das competências com base na lei, tendo em vista o princípio da eficiência. O autor aponta que a burocracia se desenvolve tanto em economias desenvolvidas do tipo patrimonialista quanto do tipo capitalista, os Estados se organizam e se multiplicam em vários tipos, sendo sua nota característica a complexidade organizacional. Conceitos teóricos centrais para a descrição da sociedade, do corpo social e suas vinculações que, na filosofia antiga, espelhavam um âmbito mais restrito, passam a ser dominados por uma visão econômica, como são os conceitos de segurança,

administração, política, cuja operacionalidade visa a uma situação mais complexa, em que se manifesta um problema desconhecido até então.

Surge, portanto, a idéia de Estado a partir do reconhecimento do governo como uma unidade de ordem permanente, não obstante as transformações e as mudanças que se operam no seio da sociedade. O Estado afirma-se como pessoa; contida aí sua capacidade jurídica e noção de soberania. No entanto, a concepção do Estado como pessoa jurídica não pode deixar de significar concepção do Estado como atualização perene das forças econômicas da sociedade. Neste sentido, tal concepção implica necessariamente na idéia de que o Estado subordina, via de regra, as suas atividades aos preceitos do direito que ele declara; não no sentido de que se circunscreve à missão de tutelar os direitos individuais, mas, sim de não delimitar *a priori* a sua esfera de interferência, de fixação *a priori* da juridicidade de toda e qualquer interferência neste ou naquele outro setor da produção humana, com o intuito de realizar o bem estar geral.

Examinado o contexto político-social que precedeu e presidiu a formatação do Estado Moderno, há que se referir ao contexto econômico então vigente. O Estado emergiu da sociedade comercial, típica dos seus primeiros estágios ou do início do capitalismo manufatureiro, marcada pelo apetite de possibilidades universais de barganha e de troca. Quando o Estado assume a responsabilidade pela sobrevivência coletiva, passa a imperar somente um interesse, o do corpo social como um todo. Na lógica do Estado-gestor só tem significado aquilo que serve ao processo vital; o pensar só é valorizado enquanto forma de prever consequência. O poder do Estado tem por princípio a vontade gestora da sociedade. Enquanto organismo institucional é um todo vivo constituído racionalmente pelos vários poderes - Legislativo, Executivo e Judiciário - sendo suas funções organicamente distribuídas, de tal forma que os funcionários atuam como membros. O Estado manifesta-se num poder burocrático, sábio por natureza, que tem consciência de que sua vontade não é um mero capricho, mas o resultado do que a sociedade entende que deve ser, isto é, uma vontade racional interpretada e posta em prática pela tecnocracia. Como as finalidades do Estado são desejadas e definidas de forma consciente, ele se constitui, no dizer de Hegel (1989), *a única condição para se alcançar os interesses e o bem estar especiais*.

Dallari (2000, p. 280) aponta que o Estado no pós Guerra assume amplamente o encargo de assegurar a prestação dos serviços fundamentais a todos os indivíduos, expandindo, desta forma, sua esfera de ação. Observa-se a necessidade de controlar os recursos sociais e obter maior proveito com o menor desperdício para fazer face às emergências da Guerra, o que justificou naquele momento a presença do Estado em todos os campos da vida social, não havendo mais qualquer área interdita à sua interferência. Torna-se, então, necessária, a reestruturação dos meios de produção para a reconstrução das cidades, promovendo a readaptação das pessoas à vida social, bem como o financiamento de estudos e projetos, sugeridos pelo desenvolvimento técnico e científico registrado durante a Guerra.

Nos anos 80, as recomendações do Consenso de Washington voltadas para o ajustamento da América Latina consistiam em políticas drásticas, que deveriam apresentar resultados à curto prazo, com pesados custos econômicos e sociais. Os países que se encontravam endividados negociavam um programa de ajustamento que, por um lado, continha políticas macroeconômicas do FMI e, por outro, reformas setoriais orientadas através do BIRD.

As advertências dos organismos financeiros internacionais para uma série de medidas de ajustes de gastos e reestruturação do Estado representavam a reorientação das políticas econômicas e do gasto público social; direcionando no *sentido de reduzir o tamanho do setor estatal, bem como no de ampliar a abertura para o exterior* (MACHADO, 1998, p. 63).

A participação nas organizações

A idéia de participação da comunidade apareceu no início deste século, representando uma nova forma de relação Estado-Sociedade. Desde então ela continua a ser um importante fator para o funcionamento da democracia, representando um elemento crucial no âmbito da tomada de decisão junto às organizações e ao Estado.

Segundo Mendonça (1987), a participação é a variável que define e indica o que e como alguém faz algo numa determinada organização. Aponta níveis e graus do sistema decisório que diretamente podem diagnosticar experiências participativas. No que tange ao nível, os diversos atores são envolvidos desde o planejamento das decisões até o processo de tomada de decisão.

Likert (1975), em sua obra *A Organização Humana*, propõe um sistema administrativo mais eficiente, cujos conceitos gerais se reportam à participação e são igualmente aplicáveis nas mais diversas organizações humanas.

Os sistemas de administração elaborados por este autor procuram descrever o perfil organizacional da instituição, bem como desenvolvem uma série de escalas constituídas de indicadores como a tomada de decisão; comunicação na organização; influência e interação entre seus membros; estabelecimento de metas e ainda o desempenho da organização.

A partir da análise da construção das escalas, o autor organizou o perfil de quatro sistemas de administração, conforme descritos a seguir:

Autoritário-forte ou sistema 1: sistema administrativo autoritário e forte, coercitivo, arbitrário que controla todas as posições da organização. As decisões são centralizadas na cúpula da organização, não existindo comunicações laterais. Observam-se punições e recompensas ocasionais, fazendo prevalecer um clima de temor, onde a desconfiança, a insatisfação e a hostilidade permeiam entre os membros da organização;

Autoritário-benévolo ou sistema 2: evolução do sistema anterior, no qual nem sempre as decisões são tomadas nas altas esferas e algumas tarefas executórias passam a ser delegadas aos níveis mais baixos. Trata-se de um sistema que favorece incentivos monetários, para estimular o ego dos empregados. Aqui também as punições estão presentes; há pouca interação acerca das comunicações no grupo; há pouquíssima interação entre seus membros; o nível de metas a serem alcançadas é alto e algumas decisões são descentralizadas. Neste sistema, os administradores:

emitem ordens no sentido de que todos os setores geradores de lucros devem retribuir com determinada porcentagem ou então no sentido de que se a natureza do trabalho permitir, sejam colocadas em prática sempre tarefas que possam ser medidas e quantificadas, com padrões estipulados e aferições de desempenho rigidamente levados a efeito pelo administrador junto a todos os seus subordinados (LIKERT, 1975, p. 138).

Observa-se, portanto, que o ambiente de trabalho criado por este sistema restringe a perspectiva de aprimoramento do trabalho;

Sistema Participativo Consultivo ou sistema 3: variação melhorada dos

sistemas Autoritário Forte e Autoritário Benévolo. Apresenta-se como um sistema de delegação, onde os altos escalões definem somente a política geral e delegam aos níveis inferiores determinadas decisões e ações. Observa-se que a opinião dos grupos é considerada, destacando-se um ambiente de confiança elevada, embora ainda não completa. Há a ocorrência de recompensas, uma interação humana moderada, um pequeno envolvimento pessoal e uma relativa abertura de diretrizes, que permite que certas decisões ocorram na base da organização, assim como o nível de metas que se busca alcançar é muito alto.

Participativo-Grupál ou sistema 4: democrático por excelência, no qual o trabalho em equipe é destacado fator de desempenho do grupo. A organização gera, coordena e encadeia as decisões tomadas pelos grupos interatuantes, que fixam as metas. Quando seus membros são incapazes de utilizar bem a decisão grupal em busca de consenso geral e em termos dos melhores interesses de todos os indivíduos em causa, *os grupos de mais alto nível hierárquico devem proporcionar a seus membros treinamento mais intenso nos processos grupais* (LIKERT, 1975, p. 91). Desta forma, o grupo passa a reconhecer que as decisões adequadas beneficiarão a organização em todos os sentidos. As informações fluem naturalmente em ambos os sentidos e a confiança mútua se apresentam nas relações interpessoais. A contribuição dos subordinados ocorre de forma construtiva, em que se sentem livres para agir e se envolvem de tal forma que os demais membros dos grupos sentem-se responsáveis em todos os níveis da organização.

Likert (1971) constata que, quanto mais próximo do Sistema Participativo estiver situado o estilo de administração, tanto maior será a probabilidade de haver alta produtividade, boas relações no trabalho e elevada rentabilidade.

Nesta perspectiva, tomam-se os indicadores *natureza do processo decisório; natureza do processo comunicação; natureza do processo de influência e interação; e metas de desempenho e treinamento.*

Operacionalização da pesquisa

Para consecução do objetivo proposto foi conduzido um estudo comparativo. Este tipo de estudo é considerado como inerente ao processo de construção do conhecimento nas ciências sociais, sendo possível por meio

dele descobrir regularidades, perceber deslocamentos e transformações, bem como há a possibilidade de construir modelos e tipologias, identificando continuidades e descontinuidades, semelhanças e diferenças, esclarecendo as determinações generalizadas que regem os fenômenos sociais (SCHNEIDER, SCHMITT, 1998).

O método comparativo tem sido empregado das mais diversas formas no campo das ciências sociais. Os distintos usos da comparação refletem diferentes posições acerca das relações existentes entre as teorias gerais e as explicações locais, os quadros conceituais e as técnicas de pesquisa, a formulação de hipóteses e sua validação. Sartori (1994) aponta a necessidade de adotar uma estratégia comparativa, podendo, às vezes, o pesquisador subtrair as similitudes (semelhanças), em outras, as diferenças, sempre atentando para as diferenças nos contextos que são similares ou, ainda, buscando analogias em sistemas diferentes, sejam eles mais semelhantes ou mais diferentes.

Nesta pesquisa utilizou-se o estudo de casos múltiplos ou estudo comparativo¹ (YIN, 2005, p. 68) que apresentou resultados contrastantes apenas por razões previsíveis, seguindo a '*lógica da replicação teórica*'. Finalmente é importante salientar que, separadamente, cada estudo de caso tratado aqui consiste em um estudo completo, que procurou evidências convergentes em respostas às tipologias teóricas.

As categorias teóricas utilizadas estão baseadas em Likert (1975), Rifkin et al. (1989) e Demo (1996) e adaptadas ao contexto dos conselhos, objetivando avaliar a amplitude da participação. A nomenclatura utilizada na caracterização da amplitude da participação foi **ampla, aberta, média e restrita**, conforme Rifkin et al. (1989).

Na dimensão histórica, apresenta-se o indicador *implantação e departamentalização* (RIFKIN et al., 1989; DEMO, 1996) que caracteriza a implantação dos conselhos e como o mesmo está organizado em novas estruturas ou integram os novos temas em saúde. Objetiva, ainda, identificar

¹ Para Yin (2005, p. 68) os estudos de caso 'único' ou de 'casos múltiplos' são variantes dentro da mesma estrutura metodológica e nenhuma distinção muito ampla é feita entre o assim chamado estudo de caso clássico (isto é, único) e estudos de casos múltiplos.

² Yin exemplifica que a lógica da replicação é análoga à replicação utilizada em experimentos múltiplos, ou seja após revelar uma descoberta significativa a partir de um experimento único, o objetivo imediato da pesquisa seria replicar essa descoberta conduzindo um segundo, um terceiro ou até mais experimentos.

se novas organizações se integraram nos conselhos, se as comissões são rígidas ou flexíveis ao contexto e às circunstâncias e que mudanças foram produzidas nas comissões desde a implantação.

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

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

O primeiro indicador *avaliação de necessidades* (RIFKIN et al., 1989) examina quais pessoas entrevistaram no diagnóstico de necessidades de saúde, em que medida as pessoas participam e como as necessidades são identificadas. Destaca-se, também, que esse indicador também pode ser tratado por avaliação de demandas, caracterizado melhor no contexto dos conselhos.

O segundo indicador, *liderança* (RIFKIN et al., 1989; DEMO, 1996), averigua que tipo de liderança é exercido na comunidade, que tipo de interesses representam, em que medida a liderança responde às demandas da população e que tipo de melhoria produzem as decisões dos conselhos.

O indicador *mobilização de recursos* (RIFKIN et al., 1989) analisa em que medida são obtidos apoios externos à política local de saúde em si, qual a contribuição da comunidade e a que interesses responde a destinação de recursos.

A subdimensão *gestão* tem por objetivo determinar se as responsabilidades recaem nos profissionais ou se a comunidade intervém na tomada de decisão, se foram modificadas as estruturas de decisões nos conselhos, em favor de quem e de que forma foram modificadas (RIFKIN et al., 1989).

Compõem essa subdimensão os indicadores *natureza do processo decisório* (1), *natureza do processo de comunicação* (2), *natureza do processo de influência-interação* (3) e também *metas de desempenho e treinamento* (4). Tais indicadores foram adaptados a partir dos estudos do Apêndice II de Rensis Likert (1975) em "A Organização Humana":

- *Natureza do processo decisório*: identifica a interferência da comunidade

nas decisões dos conselhos e de que forma essas decisões são tomadas, bem como, se as informações disponíveis são apropriadas para a tomada de decisão e onde essas decisões ocorrem;

- *Natureza do processo de comunicação*: caracteriza a direção do fluxo de informação, de onde vêm essas informações, como circulam dentro dos conselhos e a responsabilidade dos conselheiros em transmitir essas informações;
- *Natureza do processo de influência-interação*: indica o volume de interação entre os membros do conselho, bem como identificar a existência do trabalho em equipe;
- *Metas de desempenho e treinamento*: caracteriza o nível de metas de desempenho que os conselhos buscam alcançar e se os conselheiros recebem treinamentos e quem financia essas atividades.

Para a realização da coleta de dados foi realizada a entrevista em profundidade com 16 representantes da sociedade civil e governo, ligados ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre - **CMS/POA** e, em Montevidéu (Uruguai), os entrevistados foram 16 moradores e ou participantes voluntários da Comissão de Saúde do Casabô – **CSC/MO**. Na análise dos dados foram utilizados os princípios da análise de conteúdo (BARDIN, 1994; GRAWITZ, 1975) que visa compreender as características, estruturas e ou modelos que estão por trás dos fragmentos das mensagens consideradas.

Casos analisados: Porto Alegre (Brasil) e Montevidéu (Uruguai)

Estrutura do Sistema de Saúde Pública no Brasil: o Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre (RS)

A redação da Constituição de 1988 incorporou diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, objetivando normatizar a saúde no País. Em torno desse texto, diversos segmentos da sociedade articularam-se no sentido de elaborar a Lei Orgânica da Saúde. Esta lei procurou regulamentar o sistema de saúde, bem como defini-lo.

O Sistema Único de Saúde é definido pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 1990):

Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS. §1º . Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados e de equipamentos para a saúde. § 2º. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

Portanto, o Sistema Único de Saúde - SUS - é resultante de um processo evolutivo que representa a institucionalização do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil.

Rinaldi et al. (1997) colocam que no marco da discussão teórica da Reforma Sanitária, enquanto política social, esta surgiu de um movimento da sociedade que, no bojo do processo de transição à democracia, teve a capacidade de se articular em um movimento social.

Em meio a esse processo de democratização do País, a Constituição Federal de 1988 destaca pontos importantes acerca das políticas sociais. Estabelece, no artigo 198, que o Sistema Único de Saúde é composto pelo conjunto das ações e dos serviços públicos de saúde, executados ou prestados por órgãos, entidades ou instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta, indireta ou fundações.

Neste contexto, todos os serviços prestados pelos órgãos citados passam a fazer parte do Sistema Único de Saúde, sujeitando-se a sua normatividade. Com o comando único em cada esfera de governo, todos os serviços de saúde dos Estados e Municípios terão *obrigatoriamente, de ficar subordinados à normatividade do SUS* (CARVALHO, SANTOS, 1992, p. 63).

No Brasil, o processo de municipalização da saúde está embasado em legislação específica que torna mais clara sua implantação. Tais leis – 8080/90 e 8142/90 - regulamentam o processo e principalmente, convocam

a comunidade a participar das decisões que envolvem as questões da saúde pública nos âmbitos local, estadual e federal.

As ações e serviços de SAÚDE em Porto Alegre (Brasil)

Na Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/90, fica estabelecido o entendimento acerca das ações e serviços de saúde. Em seu artigo 6º, estão discriminadas as ações que compõem o sistema de saúde local: a *vigilância sanitária*, a *vigilância epidemiológica*, *saúde do trabalhador*, *ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica*. Esses quatro campos cabem ao SUS local executar ações *verdadeiramente abrangentes e complexas para a proteção, defesa, promoção, prevenção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva* (CARVALHO, SANTOS, 1992, p. 73).

Por vigilância sanitária, a mesma Lei (art. 6º, § 1º) entende como um *conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde*.

A vigilância epidemiológica é vista como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos *fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos* (§ 2º).

Os serviços de saúde mencionados no artigo 4º da Lei n.º 8.080/90 são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais, da Administração Direta e Indireta, e também pelas fundações mantidas pelo Poder Público. Tais serviços são descritos no artigo 45 da mesma lei e representam basicamente os serviços de saúde dos hospitais universitários, os serviços de saúde das Forças Armadas, os serviços de saúde do servidor público e toda rede conveniada que compõe o Sistema Único de Saúde.

Retomando os principais pontos teóricos que norteiam este estudo, é importante destacar que os sistemas de administração de Likert (1975) indicam que quanto mais uma gestão buscar características participativas, melhor será o desempenho da organização. Essa reflexão coaduna com Rifkin et al. (1989) e Demo (1996) que acreditam cada vez mais que a população tem potencial para resolver os problemas locais.

A partir da municipalização da saúde e da criação dos conselhos, observa-se a importância da presença da comunidade na formulação, decisão e fiscalização da política pública, confirmando o marco que inspira esse advento, conforme Carvalho (1995, p.28) coloca:

A idéia de que tais órgãos colegiados, com a presença dos diversos segmentos sociais, em especial daqueles tradicionalmente excluídos, pudessem “controlar” o Estado, assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores privilegiados.

A partir da Constituição Federal de 1988, a população foi convocada a participar das decisões no âmbito das políticas públicas e, dentre essas políticas, os municípios passam também gerenciar as ações e os serviços de saúde.

Em Porto Alegre, a Lei Orgânica veio estabelecer as finalidades dos conselhos, a constituição e a administração do Fundo Municipal de Saúde . Já em 1987, o SUDS começou a ser implantado através de convênios com os governos dos Estados, preparando progressivamente a municipalização dos serviços que veio ocorrer a partir de 1991.

De acordo com parecer técnico da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul - SSMA, o processo de municipalização em Porto Alegre (RS) iniciou em 1991 com a entrega do Plano Municipal de Saúde e do cronograma para a municipalização dos serviços de saúde, aprovado pela Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde.

Em 1992 várias negociações foram conduzidas no sentido de agilizar a constituição de um grupo de trabalho interinstitucional com a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul - SSMA e Secretaria Municipal de Saúde - SMS na tentativa de buscar um consenso quanto às estratégias e serviços a serem municipalizados. A SMS encaminhou à Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores de Porto Alegre, ao Conselho Estadual de Saúde – CES/RS e a Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa documentação completa no sentido de articularem junto ao Executivo Estadual a municipalização da Saúde.

No entanto, as negociações não avançaram até meados do ano seguinte.

Neste íterim, a normatização do SUS foi modificada com a edição da Norma Operacional Básica da Saúde - NOB 01/93. Essa norma tinha por objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, com a perspectiva de construir o Sistema Único de Saúde e regular as transferências de recursos federais aos estados e municípios. Em contrapartida, exigiu dos mesmos empenho de cumprir as exigências previstas no artigo 4º da Lei 8142/90. Tal artigo diz respeito à constituição do Fundo de Saúde e do Conselho de Saúde, à elaboração do Plano de Saúde, à confecção do relatório de gestão, à contrapartida de recursos financeiros e à criação de uma comissão para deliberar sobre plano de carreiras, cargos e salários dos funcionários municipalizados.

No final de 1993, o CES/RS enviou à Comissão de Intergestores Bipartite/RS, para análise e deliberação, o processo de municipalização de Porto Alegre. Com a edição da nova NOB 01/93, o município enquadrava-se, portanto, na gestão incipiente. Nesta gestão, o município assumia imediata ou progressivamente as atividades de autorização, cadastro e contratação de prestadores; programava e controlava as AIH's – Autorização de Internação Hospitalar - em sua área; demonstrava disposição em gerenciar a rede ambulatorial pública e desenvolvia ações de vigilância e saúde do trabalhador. A diferença nos dois tipos de gestão encontrava-se basicamente no repasse de recursos que se destinavam ao pagamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados.

As negociações com propostas e contrapropostas prosseguiram na tentativa de transpor impasses gerados no decorrer do processo, ligados principalmente a questões político-partidárias da época.

De certa forma, as negociações prosseguiram e as atividades foram programadas e discutidas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que estabeleceu, em 1994 um cronograma de municipalização, mas o processo ainda estava marcado pelas discussões nas comissões locais de saúde, nas quais a comunidade não compreendia bem o motivo das cobranças entre Estado e Município.

Cumprida a implantação das atividades programadas, a SMS encaminhou à Comissão Intergestores Bipartite uma nova solicitação. Desta vez, pleiteando o enquadramento à condição de gestão semiplena.

Pela gestão semiplena, de acordo com a NOB 01/93, o município assumia a responsabilidade total das ações e serviços prestados pelo SUS em nível local. O município começava a receber o total de recursos financeiros para custeio, calculado de acordo com a série histórica de gasto e o teto financeiro em termos de volume que continuava sendo o mesmo que na condição parcial. O município, no entanto, tinha maior autonomia e responsabilidade na gestão de tais recursos. Nesta gestão, o município deveria dispor de condições técnicas e materiais para assumí-las; o CMS e o Fundo Municipal de Saúde seriam comprovados o funcionamento; o Plano Municipal de Saúde seria apresentado à CIB juntamente com Plano de Carreira, Cargos e Salários e relatório de gestão atualizado. Apresentou-se também à CIB *termo de compromisso*, aprovado pelo CMS, que contemplou as metas que o gestor se propôs a cumprir no período de um ano, cabendo ao município manter permanentemente informações ambulatoriais, nascidos vivos, dados de mortalidade, doenças de notificação compulsória, dentre outras.

Em junho de 1996, a SSMA considerou Porto Alegre habilitada na gestão semiplena, ressaltando ainda que o município se comprometeu a manter a assistência a toda população que buscasse atendimento na Capital e em conjunto com o gestor estadual efetuar a programação integrada.

A publicação da habilitação do município de Porto Alegre na condição de semiplena se deu em 1º de agosto de 1996 por meio da Portaria nº 130, de 31 de Julho de 1996.

Nesse mesmo período, estava em estudo uma nova Norma Operacional Básica da Saúde. Em 30 de agosto, a Portaria 1742 foi publicada, assegurando dentre outras atividades, dos municípios poderem se habilitar em duas condições: a *gestão plena da atenção básica* e a *gestão plena do sistema municipal*.

Por enquadrar-se na gestão semiplena, Porto Alegre, passou, a partir desta NOB, a fazer parte dos municípios brasileiros na condição *gestão plena do sistema municipal*.

Nesse tipo de gestão, enquadra-se o município que tem seu CMS e Fundo Municipal de Saúde funcionando efetivamente; participa da elaboração e implementação da Programação Pactuada Integrada – PPI-do Estado, e aloca recursos para tal programação. Também deve assegurar

capacidade técnico-administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e comprovar a dotação orçamentária correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

Outros importantes requisitos foram necessários para a qualificação de Porto Alegre, neste tipo de gestão, tais como a apresentação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS/POA; a comprovação do funcionamento do serviço de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e a comprovação da disponibilidade de estrutura de recursos humanos para a supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

A partir desta gestão, ocorre a transferência regular e automática dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA), como também de fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS). A remuneração por estes serviços de média e alta complexidade será efetuada quando assumidos pelo município. Por fim, a relação entre prestadores e município muda no sentido de haver subordinação dos primeiros ao segundo.

Estrutura do sistema de saúde pública no Uruguai: a intendência de Montevideú

A organização político-administrativa do município de Montevideú corresponde à área do departamento que leva o seu nome. Segundo o recorte político-administrativo do Uruguai, o país está dividido em 19 unidades departamentais, prevendo somente um nível de descentralização inferior ao nível nacional. Isso significa dizer que os departamentos uruguaios equivaleriam em outros países a províncias, regiões ou estados, como no caso do Brasil.

Tendo em vista que o nível local não existe de maneira institucionalizada no Uruguai, o termo “município” não seria o mais adequado para referir-se aos “departamentos”. No entanto, essa prática se fez comum em todo o país e o conceito de município aponta para a mesma abrangência do departamento (por exemplo, os órgãos executivos departamentais uruguaios são denominados de Intendências Municipais).

No existe el nivel local o municipal consagrado preceptivamente, que habilite una descentralización intradepartamental con órganos electivos y autónomos, aun luego de la reciente enmienda constitucional que ha incluido novedades em otros topicos relativos al régimen local (REVELLO, 2001, p. 5).

Montevideu conta com uma população de 1.345.010 habitantes³ e neste contexto de acordo com o Ministério de Saúde Pública (MSP) 21% dessa população possui cobertura assistencial pública e 60% é assistida pela rede privada. No entanto, quase 20% da população do departamento não possui cobertura total de saúde.

Tais índices podem ser registrados a partir de 1990, com o início do processo de descentralização em Montevideu estimulado pelo governo da Frente Ampla⁴, pertencente a uma força política não tradicional, constituindo-se em um ponto de inflexão das modalidades de articulação política conhecidas no país até então (SCHELOTTO, 2002). Neste primeiro governo ocorreram consultas às estruturas políticas de esquerda, realizando uma série de discussões com todos os setores políticos nacionais e estabelecendo uma clara independência das mesmas no momento de tomar decisões. Desta forma, esse primeiro governo tornou-se o catalisador do processo de descentralização que iria mais tarde fazer parte dos governos posteriores. Ocorreu, ainda, realização de planos e obras de saneamento, a mediação social, as práticas compensatórias por meio de políticas sociais, a solução negociada de conflitos urbanos, assim como o enfrentamento de temas significativos, *como a elaboração de um novo Cadastro Multifinalitário para o município que sofreu uma forte oposição política e acabou não sendo implementado. De qualquer maneira, a sua elaboração resultou na incorporação de cerca de 40.000 novos imóveis à base tributária municipal* (LEITÃO, 2003, p. 84)

³ De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, documento *Uruguay En Cifras 2007*, Proyección de la Población total País.

⁴ O partido Frente Ampla foi fundado em 1971 em um processo de unificação das esquerdas uruguaias, defendendo um programa político anti-imperialista, anti-oligárquico, nacional e popular. Ao longo das últimas décadas, o partido passou por um processo de renovação, que combinou moderação programática com a construção de uma tradição política. Desta forma, a Frente Ampla conseguiu maior destaque no cenário nacional, ganhando novos apoios, sem arriscar sua identidade política, o que lhe permitiu reter suas bases eleitorais tradicionais e converter-se no maior partido uruguaio da atualidade (YAFFE, 2002, p. 163).

Neste novo cenário, ações acerca da descentralização administrativa foram aprofundadas e naquela época iniciava-se a aplicação do orçamento participativo, criando-se, movimentos sociais que reivindicaram ações que abrangessem as políticas sociais e redistribuíssem o poder.

Em 1993, após longos debates, normas legislativas foram aprovadas contendo a divisão territorial de Montevidéu em 18 zonas que compreendem 64 bairros das áreas urbanas, suburbanas e a área rural. Tais zonas têm sido a base territorial para o desenvolvimento da estratégia de descentralização e participação da população nas decisões acerca das políticas públicas, instalando-se em cada uma das 18 zonas, um *Centro Comunal Zonal* (CCZ).

Cada um dos centros comunais torna-se progressivamente o vínculo com as organizações sociais e os moradores das zonas, por intermédio dos Conselhos de Moradores. Esses conselhos representam os interesses dos moradores daquela localidade. Os *Concejos Vecinales* – ou conselho de moradores – são porta-vozes das necessidades, demandas e propostas do bairro ante as autoridades nacionais e municipais. De acordo com o Decreto Municipal 28.119/2004, os conselhos são integrados por 25 a 40 membros, estes, advindos de organizações sociais, culturais e desportivas que contribuem para o desenvolvimento do bairro. Percebeu-se que os membros desses conselhos trabalham pela inclusão social por meio da solidariedade e cooperação com os setores mais vulneráveis de Montevidéu.

Em seu artigo 5º, este decreto prescreve a organização de comissões permanentes e especiais para o melhor cumprimento de suas funções. Destacam-se entre elas as comissões de saúde.

As comissões de saúde reúnem-se em salões comunitários, onde seus membros discutem as diversas demandas existentes no bairro, desde problemas como a regularização de terras aos problemas decorrentes da falta de saneamento.

A política pública de saúde em Montevidéu se vincula com o papel e as competências dos municípios no sistema de saúde do Uruguai. Tanto a Constituição como a Lei Orgânica tem uma referência clara e explícita sobre essa temática. A Constituição da República Oriental do Uruguay (2003), em seu Artigo 44 determina que:

El Estado legislará em todas las cuestiones relacionadas com la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos os habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente os médios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Neste cenário, a Intendência de Montevidéu implantou o Plano de Atenção Zonal - PAZ, com o propósito de elevar a qualidade de vida dos montevideanos, por meio de ações integradas e coordenadas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva.

A proposta do PAZ é articular entre os diversos setores, a partir das Policlínicas Municipais e em coordenação com outras instituições de saúde, produzir o processo de transformação do modelo de atenção e gestão de serviços, no marco da descentralização político-administrativa e a participação social articulada pelos órgãos do governo local. Tal proposta reporta-se aos princípios de universalidade, integralidade, continuidade, eficácia e eficiência social.

Destaca-se, ainda, que o PAZ tem os seguintes objetivos específicos:

- Avançar no processo de transformação do modelo assistencialista curativo de atenção a saúde, revalorizando o conceito de integralidade nas ações com ênfase na promoção e prevenção.
- Coordenar um plano de atenção zonal com todas as instituições públicas e privadas com o intuito de aproveitar os recursos disponíveis, assim como gerar a base dos sistemas locais de saúde;
- Promover a participação ativa da comunidade organizada na elaboração e controle do cumprimento dos planos zonais, priorizando as demandas e necessidades da população;
- Possibilitar o diagnóstico contínuo da situação de saúde da zona, como guia para a ação da equipe de saúde e a comunidade mediante um processo permanente de planificação participativa;
- Contribuir para a organização dos serviços de forma acessível, oportuna e contínua, identificando em cada caso atividades e recursos;
- Avaliar o cumprimento dos planos e prestar contas individual e

coletivamente das demandas e ações não realizadas, para reprogramar adequadamente o desenvolvimento futuro.

São utilizadas como ferramentas operativas do PAZ o Plano Estratégico que estabelece as prioridades programáticas, apontando os recursos a serem utilizados no Presupuesto Participativo, entendendo que a participação é um processo constante de vir-a-ser, pelo qual grupos compartilham necessidades, adotam decisões e estabelecem mecanismos para atendê-las, visando ao interesse coletivo rumo à emancipação social (SILVA, 1999, p. 33). No caso de Montevideú, este processo é traduzido de diferentes formas de organização que coincidem e se articulam nas diversas zonas da cidade, apresentando-se da seguinte forma:

- Comissões de apoio às Policlínicas Comunitárias;
- Comissões de Saúde nos bairros, vinculadas às Policlínicas Municipais;
- Comissões de Gestão Social de Programas Específicos;
- Rede de Comissões de Saúde em bairros da periferia e assentamentos precários, vinculados às Policlínicas Móveis;
- Comissões de Saúde dos Conselhos de Bairro;
- Redes Intersetoriais de Bairro;
- Comissões Administrativas de recursos transferidos por Convênios;
- Comissões Administrativas de recursos específicos.

Esses espaços de participação são cenários para diferentes metodologias ou ferramentas de intervenção, que se desenvolvem de forma desigual e se combinam em todo o processo de gestão social das políticas e programas de saúde municipal.

A visão comparativa dos resultados analisados

Ao avaliar a dimensão histórica dos casos, destaca-se que ocorreu o fortalecimento da sociedade organizada com a participação de seus moradores, caracterizada pela dinâmica e confronto no cotidiano de interesses grupais e individuais. Em 1986 as comissões eram consideradas assistencialistas e uma década mais tarde estavam integradas com as policlínicas zonais, cooperando

com o funcionamento dessas organizações. Neste caso, Etchebarne (2000) aponta que a cooperação e a participação ocorrem somente na execução de planos e programas, não sendo a CSC/Mo plenamente ativa, o que caracteriza a amplitude de participação média.

Por outro lado, o CMS/POA, mesmo tendo uma estrutura de comissões flexíveis e sendo imposto pela legislação demonstra que passou a ser plenamente ativo, pois a comunidade o reconhece como sendo um projeto próprio, revestindo-se com traços culturais do grupo e encontrando eco em algo que se encaixa na história do dia-a-dia da comunidade (DEMO, 1996); caracterizando-se assim com a amplitude de participação aberta.

Na dimensão *tradução de demandas* ao tratar do indicador *avaliação de necessidades*, observa-se que as pessoas que entrevistaram no planejamento ou diagnóstico de saúde nas duas organizações tendem a assumir posturas diferentes. No caso de Montevidéu, embora haja a predominância da opinião técnica da IMM, leva-se em conta o interesse da comunidade, haja vista que ocorre um diálogo com o gestor municipal e sua equipe técnica, que procuram estudar propostas e negociar um acordo. Entretanto, as organizações que participam da CSC/MO somente assessoram e sugerem, sendo todas as decisões tomadas pelo governo local, ficando clara a tendência restrita na amplitude de participação.

Em Porto Alegre, esse indicador tende a ser aberto, pois o CMS/POA representa a comunidade e avalia suas necessidades a partir das informações trazidas pelos conselhos locais, pela comunidade e pelas categorias profissionais. Os resultados das necessidades avaliadas pelos sujeitos que compõem o processo possibilitam a influência na construção do Plano Municipal de Saúde. No entanto, apesar do discurso amplamente favorável à participação dos cidadãos, Grau (1996, p. 122) destaca que *a participação ainda não encontrou condições propícias para seu exercício no espaço governamental, uma vez que tais práticas podem legitimar o corporativismo da máquina, limitando a ampliação do conceito público.*

Chama a atenção, nos casos em análise, o fato de que mesmo apresentando tendências distintas confirma-se que certas formas de participação exigem um nível de organização predeterminado por parte dos sujeitos, excluindo segmentos da sociedade que ainda não estão organizados ou legalmente

constituídos. De tal forma, que a avaliação das necessidades no setor saúde pode estar comprometida em decorrência da predominância do parecer técnico ou definida somente por representantes de setores organizados da sociedade.

Decorrente desta constatação, confirma-se o tipo de liderança em cada um dos casos analisados. Em Montevidéu (CSC/Mo), a caracterização da liderança tende a ser restrita pois observa-se que o gestor público atua independente dos grupos de interesse. A formação de novas lideranças implica no investimento por parte do poder público em projetos educacionais voltados para desenvolvimento dessas lideranças comunitárias. Destaca-se aqui a necessidade dessa ação principalmente porque a América Latina, de modo geral, incluído aí o Uruguai, recentemente saiu de um regime ditatorial. A não formação de novos líderes se dá também porque “muitas pessoas não saem de suas casas, ainda por medo”, prejudicando ainda mais a mobilização da comunidade em torno das suas reivindicações. Neste caso, o indicador reforça a necessidade da presença do técnico de saúde na definição das prioridades da comunidade.

No CMS/POA, a amplitude de participação neste indicador – liderança – tende a ser aberta, haja vista que os líderes apontados pelos entrevistados são pessoas que se tornaram porta-vozes das necessidades em saúde, o que indica um elevado grau de confiança na pessoa que os representa. Por outro lado, a liderança vitalícia (DEMO, 1996), apontada por vários conselheiros, não tem prejudicado o funcionamento do CMS/POA, uma vez que esses líderes têm sido democráticos, politizados e articulados. Fica claro que a qualidade da liderança (LIKERT, 1975) encontrada nessas organizações exerce influência direta nos indicadores analisados.

Em se tratando da mobilização dos recursos financeiros para os serviços de saúde em Porto Alegre, os recursos advêm de três principais fontes e níveis de governo – União, Estado e Município, caracterizando-se com a amplitude de participação aberta. A utilização dos mesmos é controlada pelo CMS/POA, por meio da implementação dos projetos e programas deliberados no Plano Municipal de Saúde, bem como na prestação de contas e acompanhamento dos conselheiros locais em ações definidas pela plenária. No CSC/MO, em Montevidéu, o município depende única e exclusivamente da arrecadação

municipal para atender às necessidades de saúde, contando com contribuição periódica da universidade local apenas em projetos específicos, caracterizando-se com a amplitude de participação restrita.

Quanto ao indicador *processo decisório*, as principais decisões no CMS/POA vêm do topo coordenação e as informações para esse propósito são razoáveis e adequadas, havendo algum conhecimento sobre os problemas. As demais decisões são tomadas em instâncias mais inferiores da organização, confirmando a descrição do sistema 3 de Likert (1975). Pode-se afirmar que a partir dos relatos, as decisões são ampliadas objetivando beneficiar a população em geral. Por outro lado, as discussões para a tomada de decisão são incipientes devido ao pequeno aprofundamento em determinados temas. O processo fica, assim, sob as considerações do segmento que chama à discussão, como a SMS/POA, a SSMA, CLIS e outros segmentos.

Gonzaga (1996) ressalta que o processo decisório deve implicar numa construção coletiva acerca do exercício do poder, necessitando transferir conhecimento e informação adequada para a tomada de decisão. Sugere também que este processo decisório deve converter-se no centro da problemática da participação como ação coletiva, que agrega concepções, atitudes e comportamentos dos decisores que norteiam o processo resultando na vontade coletiva. Caso contrário, o processo decisório tende a uma amplitude de participação **restrita**, como no CSC/MO, onde a maioria das decisões são tomadas pela equipe técnica da IMM uma vez que os participantes das reuniões têm informações parciais e imprecisas. Neste caso, as informações com essas características geralmente não descrevem com precisão os problemas de saúde. Outro ponto que torna esse indicador com tendência restrita é o fato de haver um reduzido grupo de moradores que participam e em decorrência de não terem fórmulas para elaboração de projetos, muitas vezes as decisões são tomadas não havendo em seguida a implementação dos projetos. Diga-se de passagem, que o processo de tomada de decisão quando se trata de descentralização deve ser observado o princípio da transparência, pois é no exercício do poder descentralizado que o torna legítimo (SCATENA, 2000).

O processo de comunicação no CSC/Mo caracteriza-se por haver pouca interação e comunicação dirigida à realização dos objetivos. Este tipo de

comunicação é tratado por Likert (1975) no sistema benevolente (amplitude média de participação). Os técnicos sempre iniciam a direção do fluxo de informação, entendido aqui que o início do processo acontece sempre a partir da cúpula; Fato este observado entre os conselheiros que representam o segmento dos usuários onde impera o desconhecimento, a desinformação ou a informação equivocada sobre a situação de saúde e recursos destinados. Por outro lado, entre os técnicos de saúde há o reforço do discurso, pois são encarregados de orientar e dar as informações no momento que ocorrem as reuniões da CSC/MO. Em se tratando do CMS/POA, observou-se que o fluxo de informações é iniciado por diversos segmentos, caracterizando-o como ampla. Neste sentido, há uma organização adequada para o relato de comunicações, partindo desde a representação dos conselhos localizados nos bairros aos convites feitos ao CMS/POA pelas mais diversas instituições da cidade, incluindo-se nesses relatos a Secretaria Municipal de Saúde. No repasse de informações, quando não aceitas pelos conselheiros, via de regra, as mesmas são discutidas no sentido de buscar a fonte precisa, caracterizando o processo, de modo geral, pela responsabilidade e precisão.

Quanto à influência/interação entre os membros da CSC/MO, esse indicador revelou que há uma pequena interação, sendo relatada pelos membros a dificuldade para a realização do trabalho em equipe (LIKERT, 1975). Essa caracterização é confirmada pela recente da saída do país de um regime ditatorial, onde os habitantes refugiavam-se em suas residências. Vale a pena insistir que com base em todos os indicadores analisados no CSC/MO deve ser considerado que o movimento participativo na saúde em Montevideu encontra-se em estágio inicial, pois a população carece em geral de suficiente potencial organizativo, ressaltando que apesar das dificuldades ainda assim são os grupos com menores recursos, os grupos mais vulneráveis que têm a iniciativa de participar do processo (GALEANO, 2000). De tal sorte que a equipe técnica de saúde acaba por conduzir todas as etapas do trabalho.

Quanto ao CMS/POA a amplitude média implica dizer que existe pequena interação, pouca influência e cooperação no trabalho em equipe. Likert (1975) coloca que os membros de instâncias mais inferiores raramente influenciam nas metas, métodos e atividades, ou seja, os participantes têm

um grau menor de influência sobre essas metas e atividades da organização. Essa postura confirma-se neste caso, em decorrência do pequeno número de reuniões existentes.

O último indicador a ser analisado apresenta as metas de desempenho e treinamento que as organizações em destaque buscaram alcançar, bem como se os participantes dessas organizações recebem treinamentos e quem financia essas atividades. No CMS/POA, a amplitude tende a ser aberta, pois há a intenção de atingir um elevado nível de metas de desempenho. Para que isso ocorra há muitas vezes atividades de capacitação dos conselheiros através dos órgãos oficiais. O indicador em tela está intrinsecamente ligado às deliberações da Conferência Municipal de Saúde que compõe o Plano Municipal de Saúde que, por sua vez, é a expressão maior da população acerca das diretrizes de saúde para o município.

Na CSC/MO a amplitude de participação tende a ser restrita, visto que poucos participantes são capacitados pelos técnicos, não havendo um trabalho educativo sistematizado. A amplitude de participação com tendências restritas compromete o nível de metas de desempenho, visto que as decisões e as iniciativas por parte dos participantes se restringem em atividades pontuais de apoio à equipe técnica de saúde.

Finalmente deve-se lembrar que a Comissão Temática de Saúde em Montevidéu é organizada pelo Conselho de Moradores – órgão consultivo do governo local de caráter social – que prioriza e planeja a implementação das atividades programadas para o âmbito de sua atuação.

Conclusão

Este artigo discutiu a relação existente entre organizações ditas participativas – por meio de conselhos locais, – e a sua influência na deliberação da política pública municipal de saúde, nas cidades de Porto Alegre (Brasil) e Montevidéu (Uruguai).

O estudo comparativo sobre amplitude de participação nas duas organizações permitiu concluir que a tendência do CMS/POA é aberta e na CSC/MO é restrita. A primeira encontra-se em estágio participativo mais desenvolvido e a segunda em estágio inicial. A amplitude aberta tende a exigir da organização o aprendizado de uma liderança mais complexa e de certas

técnicas de interação para se chegar à amplitude de participação ampla. Por se tratar de uma organização no estágio de participação ampla, considera-se que todos os processos ocorram de forma mais eficiente. Segundo Likert e Likert (1979, p. 17) “quando uma organização muda para o sistema participativo, melhora o desempenho, reduzem-se os custos e aumenta a satisfação e o bem estar de seus membros [...] apresentando processos mais efetivos [...]”. Neste caso, o Estado estaria adotando o modelo de máquina eficaz, tornando-se Estado-gestor que por princípio está a vontade gestora da sociedade.

Em contrapartida, a amplitude de participação restrita apresenta um perfil de organização seriamente deficiente, através da qual não ocorre uma comunicação eficiente e ainda assim não há consciência de responsabilidade entre todos afim de assegurar a efetiva implementação das decisões. O ponto chave de todo o resultado nesta análise encontra-se no estilo de liderança adotado no espaço público. Entende-se que a liderança estimula os outros membros a trabalhar em grupo, promove o intercâmbio de opiniões ou idéias de tal forma que assegura a influência na deliberação da política pública. Entretanto, um autêntico espaço público não é automaticamente assegurado senão com base em alguns pré-requisitos. Dentre eles (NEDER, 1998) o de constituir a vontade de um grupo em fundar algo novo, um ato político fundador cuja transparência seja assumida como condição prévia de sucesso dos interesses envolvidos. Não é exclusivamente por ser coletivo que se define o espaço público. Tal ação é pública, de forma complementar e necessária, pela qualidade da ação política do grupo, e dos interesses envolvidos.

Referências Bibliográficas

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1989.
- _____. Lei n.º 8080 de 19 de setembro 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, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria de 20 de maio de 1993. Institui a Norma Operacional Básica 01/93. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 de maio de 1993.
- _____. Ministério da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria de 5 de novembro de 1996. Dispõe sobre a redefinição do modelo de gestão do SUS e institui a Norma Operacional Básica 01/96. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 6 nov. 1996.
- CARDOSO, Fernando Henrique. *Democracia necessária* 2. ed. Campinas: Papirus, 1975.
- CARVALHO, Guido Ivan de. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CORTEZ, Soraya M. Vargas. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 3, p. 5-17, 1998.
- DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de teoria geral do Estado*. São Paulo: Saraiva, 2000.

- DEMO, Pedro. *Participação é conquista*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- ETCHEBARNE, Liliana. *La Intendencia Municipal de Montevideo hacia un cambio del modelo de atención de la salud*. Montevideo: Universidad de La República, 2000.
- GALEANO, Miguel Fernández. *Descentralización y participación social en salud: la experiencia de Montevideo*. Janeiro, 2000. (mimeo)
- GONZAGA, Luiz. *Planificación en la comunicación de Proyectos Participativos*. Buenos Aires, [s/ed], 1996.
- GRAU, Nuria Cunill. A rearticulação das relações Estado-sociedade: em busca de novos significados. *Revista do Serviço Público*, Brasília, ano 47, v. 120, Jan-Abr. 1996.
- GRAWITZ, Madeleine. *Métodos y técnicas de las Ciencias Sociales*. Barcelona: Editorial Hispano Europa, 1975.
- HEGEL, George W. F. *Introdução à história da filosofia*. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Coleção Os Pensadores).
- LEITÃO, Karina. *Caracterização do município de Montevideú*. 2003. p. 72-133. (mimeo).
- LIKERT, Rensis. *Novos padrões de administração*. São Paulo: Atlas; 1971.
- _____. *A organização humana*. São Paulo: Atlas, 1975.
- LIKERT, Rensis; LIKERT, Jane Gibson. *Administração de conflitos: novas abordagens*. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1979.
- MACHADO, Rebel Zambrano. *A área social em crise e a crise de gestão na área social no Rio Grande do Sul: um estudo de caso sobre a FGTAS*. Porto Alegre, 1998. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.
- MENDONÇA, Luiz Cavalheira de. *Participação na organização: uma introdução aos seus fundamentos, conceitos e formas*. São Paulo: Atlas, 1987.
- NEDER, Ricardo Toledo. *As ONG's na reconstrução da sociedade civil no Brasil*. In: Seminário Internacional sobre a Reforma do Estado. São Paulo, 26 a 28 mar 1998.

- REVELLO, María del Rosario. *Descentralización y participación: la experiencia montevideana*. Intendencia de Montevideo, Departamento de Descentralización, mar. 2001.
- RIFKIN, Suzan B.; BICHMANN, Wolfgang; SHRESTHA, Mathura. *Cómo medir la participación de la comunidad*. Foro Mundial de La Salud, v. 10, n. 3/4, p. 482-488, 1989.
- RINALDI, Lourdes Beatriz; DEGRANDI, Maria Lucia; SPEROTTO, Sandra Denise de Moura; CALLAI, Rejane Luisa Richter. *Qual a autonomia na gestão da saúde?* Porto Alegre: Da Casa, 1997.
- SARTORI, Giovanni; MORLINO, Leonardo. *La comparación en las Ciencias Sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
- SCATENA, João Henrique G.; OLIVEIRA, H. M. Avaliação do SINASC em Cuiabá. 1995-1998. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6. Salvador. *Anais...* Salvador: 28 ago./2 set. 2000. CD ROM.
- SCHELOTTO, Salvador. *Por el ojo de una cerradura? Una mirada retrospectiva sobre la experiencia de gobierno municipal de la izquierda en Montevideo (1990-2002)*. Montevideú, 2002. (mimeo)
- SCHNEIDER, Sérgio; SCHIMITT, Claudia Job. *O uso do método comparativo nas Ciências Sociais*. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 9, p. 49-87, 1998.
- SILVA, Andréa de Oliveira. *Amplitude de participação da comunidade no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: a visão dos conselheiros*. Porto Alegre, 1999. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.
- URUGUAI. *Constitución de la República Oriental del Uruguay: constitución de 1967 con las enmiendas aprobadas por los Plebiscitos del 26/11/89, 27/11/94 y 08/12/96*. Montevideo: Tradinco, 2003.
- WEBER, Max. *Economía y sociedad*. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1944.

YAFFE, Jaime. La izquierda uruguaya (1985-2000): programa moderado, identidad tradicionalizada. In: PINTO, Céli Regina Jardim; SANTOS, André Marengo dos. (Orgs.). *Partidos no Cone Sul: novos ângulos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2002.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.