

# Disponibilidade e uso de informações para Controle Social: o caso do Distrito Sanitário III do Recife

Luiz Geraldo Santos Wolmer,  
James Anthony Falk

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu, na sua implantação, conselhos de saúde em níveis nacional, estadual e municipal como mecanismos de controle social. Esses colegiados contam com a participação de representantes dos gestores públicos, dos prestadores de serviço públicos e privados, dos trabalhadores em saúde e da população.

Avanços nessa área têm ocorrido com a instalação, e em alguns casos, reativação, de conselhos gestores de unidades públicas de saúde, e com a criação de conselhos distritais naqueles municípios mais populosos, cujos territórios, em termos de gestão da saúde, são segmentados em distritos sanitários.

Diversos estudos sobre a atuação dos conselhos de saúde, contudo, mostraram-se convergentes na apresentação de obstáculos que prejudicam o desempenho dos membros desses colegiados no exercício do controle social. Alguns deles são: não disponibilização de informações adequadas pelos gestores, dificuldades de acesso a informações de saúde em geral e falta de capacidade de compreensão dessas informações. (SILVA, 1997, p. 216, e ALBUQUERQUE, 2000, p. 174)

No Recife, os distritos sanitários correspondem às seis regiões político-administrativas (RPA) da cidade. Os conselhos distritais foram criados a partir da 6ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em agosto de 2003. Dentre os seis colegiados criados, destaca-se o Conselho do Distrito Sanitário III (DS-III), cuja área de atuação abrange 29 bairros, contemplando cerca de 300.000 habitantes.

Ante essa inovação, foi realizado um estudo de caso no Conselho do Distrito Sanitário III do Recife. Foi verificado o perfil dos representantes dos trabalhadores em saúde e dos usuários da primeira gestão (2003-2005) e qual era a percepção deles sobre a disponibilidade e grau de facilidade para acesso e compreensão de informações de saúde necessárias ao exercício do controle social

Os resultados obtidos demonstraram divergências e convergências com as constatações de pesquisas anteriores em conselhos municipais e estaduais, e permitiram tirar conclusões e levantar questões quanto ao modelo de participação popular adotado no SUS.

Luiz Geraldo Santos Wolmer é servidor do TCU, Engenheiro Eletrônico pela Universidade de Pernambuco e Mestre em administração pela Universidade Federal de Pernambuco/2005).

James Anthony Falk é PhD em Administração Pública por The University of Geórgia; professor titular do curso de Administração de Empresas (graduação) e do curso de Mestrado Profissional em Gestão Empresarial da Faculdade Boa Viagem/Recife e Professor Colaborador nos Cursos de Mestrado e Doutorado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco.

## 2. CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE

### 2.1. O CONTROLE SOCIAL

O termo controle social foi empregado inicialmente na Sociologia, no final do Século XIX. Designava os processos de influência da sociedade sobre o indivíduo (CARVALHO, 1995). Para Fichter (1969, *apud* VASCONCELOS, 2001), o controle social é uma extensão do processo de socialização. Socialização significa que o indivíduo aprende e desempenha os padrões esperados. O controle social seria o mecanismo que perpetua esse processo, induzindo e mantendo a conformidade das pessoas ao padrão. Ele é o mecanismo que mantém a conformação do indivíduo às regras do grupo e mantém a coesão do grupo.

Modernamente, na Administração Pública Brasileira, a noção de controle social foi invertida, configurando o controle do Estado pela sociedade. O controle é feito por meio de uma participação social institucionalizada, reconhecida pela “grande maioria das abordagens teóricas, do campo do neoliberalismo ao dWo pós-marxismo”, e que supõe “alguma forma de reconhecimento e representação dos diversos segmentos sociais e seus respectivos interesses e projetos perante o Estado”. (CARVALHO, 1995, p.26)

Dessa forma, a participação social se daria pela inclusão, no arcabouço jurídico institucional do Estado, de estruturas de representação direta da sociedade, investidas de algum nível de responsabilidade de governo. No âmbito da Reforma do Estado, empreendida a partir de 1995 no Brasil, o controle social é aquele pelo qual os cidadãos exercitam formas de democracia direta (BRESSER PEREIRA, 1998 *apud* SILVA, 2002).

Assim, uma série de mecanismos de controle social é relacionada pela literatura da área, tais como: organizações não governamentais, orçamento participativo, audiências públicas, ouvidorias, denúncias aos órgãos de controle interno e externo (tribunais de contas), bem como os colegiados públicos ou conselhos de políticas públicas (SANTOS, 2003).

Segundo Carneiro (2002), os conselhos de políticas públicas locais, estaduais e nacionais constituem experiências de inovação institucional que acenam para a ampliação dos espaços de deliberação pública, uma vez que são estruturas jurídico-constitucionais de caráter permanente, com representação paritária entre Estado e sociedade civil e com amplos poderes de controle sobre a política.

No entanto, Carvalho (1995, p.27) adverte que “o advento dessas formas institucionais de participação, com seu pluralismo, não instaura magicamente a igualdade de oportunidades de acesso ao poder, tampouco elimina as desigualdades de potência reivindicatória entre

os diversos segmentos sociais. Assim, nem os setores dominantes deixam de operar e realizar seus interesses através de canais privativos de acesso e influência (anéis burocráticos, poder econômico, etc.), nem os setores subalternos ou excluídos têm suas necessidades sociais automaticamente atendidas”.

## 2.2. INFORMAÇÕES PARA CONTROLE SOCIAL

Segundo Chauí (1997), os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem. Isto seria, em especial, a partir de suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber.

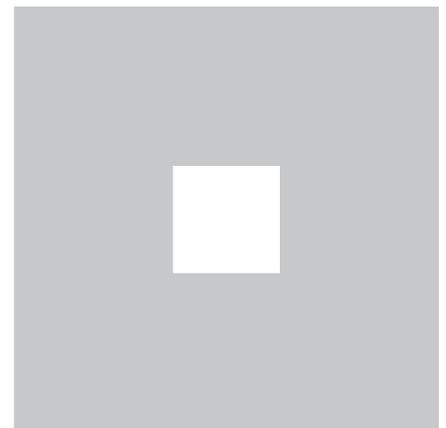
Torres (2004), por sua vez, argumenta que há excesso de otimismo em relação à eficácia da transparência e da informação, considerados importantes mecanismos para aprimorar a implementação de políticas públicas. Isso porque, “uma primeira grande dificuldade surge quanto à capacidade de processamento das informações disponibilizadas pela administração pública. Outro problema importante é o desinteresse do cidadão comum pelos assuntos públicos... Mas o aspecto crucial reside no fato de que, na maioria das vezes, as informações disponíveis são excessivamente técnicas para serem entendidas e processadas pelo eleitor-padrão”.(p.43)

Ao tecer considerações sobre o uso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais, Jannuzzi (2002, p.69-70) defende que a “disponibilidade de um sistema amplo de indicadores sociais relevantes, válidos e confiáveis certamente potencializa as chances de sucesso do processo de formulação e implementação de políticas públicas, na medida em que permite, em tese, diagnósticos sociais, monitoramento de ações e avaliações de resultados mais abrangentes e tecnicamente mais bem respaldados”

Entretanto, o autor alerta que o papel e a função dos sistemas de indicadores sociais não devem ser superestimados, porque o “processo de planejamento no setor público ou em qualquer outra esfera está longe de ser uma atividade técnica estritamente objetiva e neutra, conduzida por tecnocratas iluminados e insuspeitos”

Moraes (2002), de maneira correlata afirma que:

O acesso à informação é fundamental e necessário, mas não suficiente para um novo modo de gerir a informação, em face de seu significado nas sociedades contemporâneas, uma vez que a fórmula, historicamente instituída, em essência, não se altera. Ampliam-se as estratégias de difusão de informação, mas não se democratizam as relações de poder e produção de saber implícitas em sua gestão, que permanecem “nas mãos” dos que “entendem”, dos que “sabem”, dos “técnicos” (p.90).



Assim, o estudo realizado do Distrito Sanitário III de Recife, abordou tanto a disponibilidade de informações quanto o seu aproveitamento pelos conselheiros de saúde. Esses insumos são básicos para a atuação desses colegiados, mas não garantem a efetividade na formulação e controle das políticas públicas de saúde, a depender da sua capacidade de compreensão e o interesse em utilizá-las por parte dos representantes da sociedade como base para exercício do controle social.

Conforme observa Carneiro (2002, p.285), para se garantir a qualidade da participação, em especial para representantes da sociedade civil, há de se viabilizar condições, instrumentos e conhecimentos que permitam a discussão e o debate mais informado e, portanto, maior igualdade e paridade na participação. Conclui, assim, que a produção, disponibilidade e acesso à informação são dimensões que não podem estar restritas à discricionariedade do governo, pois a assimetria informacional configura um entrave para um melhor desenvolvimento dos conselhos.

Ante esses argumentos, e diante da intersectorialidade do tema da saúde, que abrange questões sócio-econômicas e de infra-estrutura urbana, entre outras, o estudo buscou também conhecer que outras eventuais fontes de informação os conselheiros distritais utilizavam, além daquelas disponibilizadas pelos gestores da saúde nos níveis distrital e municipal e pelo Governo Federal.

### 2.3. O CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), propõe um sistema de saúde que garanta a integralidade da atenção à saúde, com qualidade e resolutividade, para o conjunto da população brasileira, com os princípios e diretrizes que devem ser observados pela gestão municipal na implementação dos serviços e ações municipais.

No âmbito do SUS, para materializar o controle social, foram concebidos conselhos nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Os conselhos de saúde, nos termos da lei, são órgãos consultivos, deliberativos e de controle social da gestão do sistema de saúde, inclusive dos aspectos econômicos e financeiros (Lei nº 8.080/90, art. 33).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução nº 33/92, expediu recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais (CES) e municipais de saúde (CMS). Em novembro de 2003, foi editada a Resolução nº 333 que revogou a norma anterior e trouxe novas “diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde”. Essa nova legislação prevê, na sua primeira diretriz, a “ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em conselhos regionais, conselhos locais, conselhos distritais de saúde, incluindo os conselhos distritais sanitários indígenas, sob a coordenação dos conselhos de saúde da esfera correspondente”.

### 3. O CONTROLE SOCIAL DE SAÚDE NO RECIFE

O Recife contava, em meados de 2005, com uma rede de conselhos de saúde. O principal colegiado é o Conselho Municipal de Saúde (CMS/Recife). A partir da 6ª Conferência Municipal de Saúde (agosto/2003), estavam sendo implantados conselhos distritais, vinculados a cada um dos seis distritos em que o município está dividido. Simultaneamente, estavam sendo revigorados, naquelas unidades de saúde maiores, e implantados, nas demais, conselhos gestores de unidade de saúde (CGU).

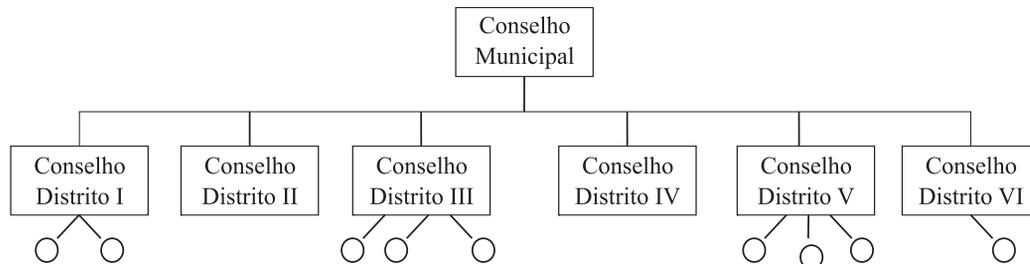


Figura 1 – Rede de conselhos de saúde do Recife em fevereiro/2005

#### 3.1. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS/Recife), instituído em 18 de junho de 1993, foi alterado pela Lei nº 16.114, de 11 de novembro de 1995, como um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretária de Saúde do Município. É constituído de 24 membros, sendo 12 representantes dos usuários, 8 representantes dos trabalhadores da área de saúde e 8 representantes dos gestores e dos prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados.

#### 3.2. OS DISTRITOS SANITÁRIOS

Os distritos sanitários correspondem territorialmente às seis regiões político-administrativas (RPA) da cidade. Os distritos, por sua vez, são subdivididos em três microrregiões cada. A implantação dos distritos foi progressiva, tendo sido criados, no decorrer de 1994, apenas dois deles: os Distritos Sanitários III e VI. Com a experiência adquirida nesses distritos pioneiros, foram então implantados, no início de 1995, os DS II, IV e V. Por fim foi instalado, no final de 1995, o DS I.

#### 3.3. OS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE

Os Conselhos Distritais (CD) têm caráter permanente e deliberativo e são formados por doze conselheiros, sendo 50% deles representantes de usuários (moradores e representantes de entidades sociais do distrito), 25% representantes dos trabalhadores em saúde de unidades de saúde distritais, e 25% gestores, ou seja, gerentes distritais e de unidades de saúde do distrito.

O Regimento Interno dos CD, proposto pelo CMS/Recife (CMS, 2003), estabelece dez competências para esses conselhos, que contemplam, em síntese: a) deliberação sobre questões distritais e denúncias recebidas; b) proposição de ações de melhorias nos serviços de saúde prestados e de aprimoramento dos espaços de participação popular e controle social; c) acompanhamento e avaliação do impacto das ações de assistência à saúde e vigilância nos indicadores de saúde local; d) fiscalização da aplicação das políticas e planos de saúde no distrito; e) articulação entre os serviços de saúde e a comunidade; f) organização das eleições para sua renovação; g) discussão e aprovação do plano distrital de saúde, considerando o perfil sanitário e as necessidades de saúde; e h) elaboração de relatório semestral da situação da saúde para o CMS, CD e gestores das unidades.

#### 4. O DISTRITO SANITÁRIO III

O Distrito Sanitário III (DS-III) está localizado na região noroeste da Cidade do Recife correspondendo à 3ª Região Político-Administrativa (RPA-3) do Município. É formado por 29 bairros, com cerca de 7,5 mil hectares. É bastante heterogêneo em topografia (morros e planícies), densidade populacional, renda familiar, infra-estrutura urbana, abastecimento d'água e saneamento. Nele, “os indicadores de saúde refletem o baixo poder aquisitivo e educacional, bem como as precárias condições de moradia e saneamento da maioria da população” (RECIFE, 1997, p.47).

O DS-III foi instalado em 1994, “em reconhecimento à sua importância no contexto urbano e a força das suas organizações comunitárias que estruturam a vida política e social de uma parte da cidade que se costuma chamar de ‘Grande Casa Amarela’”. Com uma população estimada em torno de 300 mil pessoas para o ano de 2005, é o segundo distrito sanitário do Recife em população residente e o primeiro em extensão territorial (ARAÚJO & ALBUQUERQUE, 2005), e se divide em três microrregiões: 3.1, 3.2 e 3.3.

A gerência do distrito é o comando gerencial local e o mais periférico do sistema de saúde, comparável a uma secretaria de saúde, mas com restrições políticas e financeiras. É responsável pela coordenação das ações de saúde no distrito, de acordo com as diretrizes da SMS/Recife (DS-III, 2005).

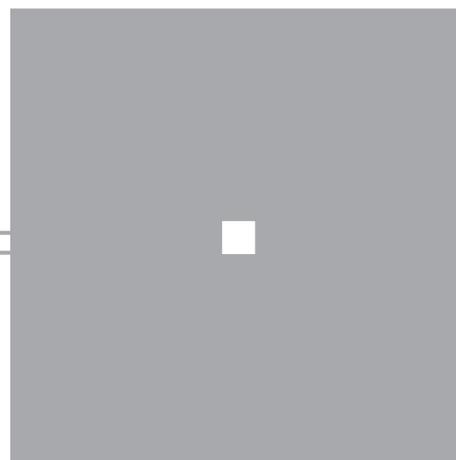
Dos seis conselhos de unidade de saúde do DS-III, dois ainda eram remanescentes das grandes unidades de saúde municipalizadas na década de 90 e quatro foram criados em agosto de 2004. Entre eles estava o único conselho de posto de saúde da família (PSF) existente na cidade.

#### 5. PESQUISAS SOBRE CONSELHOS DE SAÚDE

Dentre as pesquisas prévias verificadas, os estudos de caso sobre o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (ALBUQUERQUE, 2000) e o Conselho Municipal de Saúde do Recife (SILVA, 1997) foram as mais importantes referências para o presente trabalho. Eles se referem a colegiados da mesma região, e configuram as duas instâncias seqüencialmente superiores (municipal e estadual) do conselho distrital estudado. Ambos convergem ao apontar disponibilização deficiente de informação aos conselheiros por parte dos gestores (em termos de qualidade e tempestividade), e fragilidades tanto na articulação entre os segmentos representados nos conselhos, quanto na relação dos representantes com suas entidades de origem.

Três outros estudos sobre conselhos pertencentes a outras regiões: Ribeirão Preto-SP (GONÇALVES, 1999), Santana do Ipanema-AL (CORREIA, 2000), e Brejo da Madre de Deus e Petrolina-PE (BISPO, 1997), também foram analisados. Apesar de não se concentrarem especificamente na questão da informação para controle social, confirmam dificuldades naquela área e trazem outras constatações importantes

Também foram estudados os resultados de uma pesquisa do Ministério da Saúde de 2003 que avaliou o uso e as condições de acesso aos sistemas de informação em saúde nacionais por conselheiros de saúde.



## 6. METODOLOGIA DA PESQUISA

Da mesma forma que nos exemplos estudados, optou-se pela realização de um estudo de caso com abordagem qualitativa. A metodologia de coleta de dados foi a seguinte: observação participante nas reuniões do Conselho do Distrito Sanitário III do Recife (entre fevereiro e julho de 2005); aplicação de questionário estruturado para os conselheiros representantes de trabalhadores e de usuários, titulares e suplentes (em março de 2005); realização de entrevistas semi-estruturadas com uma amostra desses conselheiros (junho/julho de 2005) e pesquisa documental das atas, legislação, resoluções, relatórios e outros documentos produzidos e/ou apreciados nesse Conselho desde a sua instalação, em outubro de 2003, bem como sobre as informações disponibilizadas pelo Distrito Sanitário III, pela SMS/Recife e nos sistemas de informação de saúde nacionais mantidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Adicionalmente, foram efetuadas pesquisas documentais e entrevistas não estruturadas com dirigentes e técnicos do DS-III e de departamentos da Secretaria Municipal de Saúde para levantamento da disponibilidade de informações que poderiam ser úteis aos conselheiros distritais (março e abril de 2005).

## 7. PERFIL DOS CONSELHEIROS ENTREVISTADOS

Dos 12 conselheiros entrevistados, 8 eram homens e 4 eram mulheres. Desse total, 3 eram representantes de trabalhadores, 5 eram de entidades e 4 representavam moradores. Quanto à categoria, 6 eram conselheiros titulares e 6 eram suplentes.

No que se refere a localização, a microrregião 3.1 foi representada por 4 membros, 3 membros eram da microrregião 3.2 e os 5 demais membros eram da microrregião 3.3. A microrregião 3.2 foi sub-representada pela perda de dois titulares (um trabalhador e um morador) que haviam deixado o Conselho ainda no primeiro ano de mandato.

Wera um colegiado maduro, visto que as idades variavam de 35 a 69 anos, com média de 48,4 anos e mediana de 45 anos. Todos entrevistados, à exceção

dos dois trabalhadores suplentes, declararam ter vínculos com outros espaços políticos além do Conselho do Distrito III. Seis deles também eram delegados do Orçamento Participativo do Município. Sete eram membros de associações ou conselhos de moradores, nos quais quatro deles ocupavam cargos de direção.

Metade dos pesquisados possuíam uma renda de até três salários-mínimos, três tinham entre três a cinco salários-mínimos e os demais, todos representantes de trabalhadores, apresentavam renda maior que cinco salários-mínimos. A escolaridade e a renda eram nitidamente superiores para os representantes dos trabalhadores. Todos os três representantes desse segmento possuíam pós-graduação.

Entre os entrevistados, as mulheres possuíam proporcionalmente rendimentos e escolaridade maiores do que os homens e, em termos de idade, as mulheres eram também proporcionalmente mais maduras

## 8. CONCLUSÕES E REFLEXÕES

### 8.1 QUANTO À ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS

Constatou-se que a participação de suplentes nas reuniões não vinha ocorrendo no caso de impedimento dos respectivos titulares, à exceção de apenas um caso. A participação deles decorria do entendimento que os mesmos faziam de seu papel: ou se colocavam como substitutos, que deveriam comparecer somente em caso de impedimento dos titulares, ou se consideravam participantes naturais das reuniões, na medida de seus próprios interesses, sem levar em conta a presença ou não dos respectivos titulares.<sup>W</sup>

A explicação para essa “liberdade” de atuação seria que a candidatura à eleição para o cargo de conselheiro tem sido individual. Não havia chapa eleitoral vinculando titulares a suplentes. Na verdade, o conselheiro titular era aquele mais votado no seu segmento e microrregião de origem, e o seu suplente era o que atingia a segunda colocação. Assim, não eram pressupostos subordinação ou mesmo compromisso de atuação conjunta ou coordenada entre os conselheiros titulares e respectivos suplentes.

Apenas quatro conselheiros que tinham frequência alta e participação considerada “ótima” no primeiro ano, todos eles titulares, as mantiveram no segundo ano de mandato, pelo menos até julho de 2005. Havia um certo equilíbrio entre segmentos nesse “núcleo” atuante, pois um era representante de entidade, dois eram moradores e um era representante de trabalhadores

Os suplentes apresentaram um menor vínculo entre frequência e participação. Quatro deles, mesmo com alta frequência inicial, tiveram suas participações percebidas pela secretária executiva do Conselho como “boa” e “regular” naquele período. Isso porque, embora assíduos, pouco se manifestavam nas reuniões.

Quanto aos segmentos representados, não houve grande diferença quanto à frequência e grau de participação, havendo níveis variados desses fatores nos três segmentos

Em síntese, houve um enfraquecimento da atuação dos membros do CD-III no seu segundo ano de mandato, restando, como sustentáculo do colegiado, o “núcleo” supracitado, permanentemente assíduo e atuante, formado por quatro conselheiros titulares

Para facilitar a comparação do perfil dos entrevistados com o respectivo grau de participação observado no CD-III, de fevereiro a julho de 2005, foi ordenada e dividida a amostra em três grupos, segundo esse mesmo grau de participação, a saber:

- a) Grupo 1: o “núcleo” de quatro conselheiros com participação “ótima”;
- b) Grupo 2: um grupo “intermediário” de quatro conselheiros, com participação “boa” (um conselheiro) e “regular” (demais);
- c) Grupo 3: o grupo “não participante”, dos quatro conselheiros restantes, sendo dois com participação “incipiente” e os outros dois com participação “nula”.

Em que pese existir a previsão regimental de se “discutir e acompanhar a prestação de contas do distrito”, não havia registro de ter sido realizada essa atividade no primeiro ano do conselho, assim como não foi realizada no período da observação participante, ou seja, de fevereiro a julho/2005.

## 8.2. QUANTO À DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES

Diferentemente dos gestores de saúde analisados nos estudos anteriores, a gerência do distrito apresentou informações epidemiológicas básicas e sobre o desempenho de algumas ações de saúde, em níveis distrital e municipal. No período de fevereiro a julho de

2005, inclusive, forneceu, formalmente ao conselho, o “Relatório de Gestão 2001-2004” (DS-III, 2005), além de informes e respostas aos questionamentos efetuados nas reuniões

Lamentavelmente, não houve qualquer menção a esse último documento nas quatro reuniões seguintes observadas, nem por parte dos gestores, nem pelos demais conselheiros. Apesar de não constarem nele informações financeiras e orçamentárias, havia muitas informações epidemiológicas e sobre a produção de serviços e as ações do gestor da saúde no distrito, as quais poderiam suscitar análises e questionamentos

A ausência de informações financeiras foi justificada pelos gestores pela falta de autonomia do distrito nessa área, que manejava apenas uma pequena dotação mensal para enfrentar pequenos gastos de conservação e compras emergenciais. As discussões sobre incrementos na rede de saúde e alocação de recursos para obras maiores, a exemplo da construção de novas unidades, eram travadas no Orçamento Participativo Municipal. Por esses motivos, então, a gerência distrital assumiu unilateralmente que não haveria interesse dos conselheiros de saúde por esse tipo de informação.

Por fim, merece destaque a construção de uma “sala de situação” no distrito, que estava em andamento por ocasião da pesquisa, contendo 12 (doze) grupos de indicadores, de forma similar à sala de situação proposta pelo Ministério da Saúde. Esse novo instrumento poderia vir a despertar o interesse dos conselheiros e habilitá-los para avaliar, minimamente, a evolução das condições de saúde da população, o desempenho da rede de saúde distrital e os resultados dos planos e ações do gestor distrital.

### 8.3. QUANTO À PERCEPÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO CD-III

A maioria dos conselheiros representantes de entidades e de moradores percebiam o conselho como um órgão de defesa de direitos relacionados à saúde das respectivas comunidades e viam a si mesmos como “fiscais da rede de saúde”, em especial das unidades e dos profissionais que atendiam as áreas que representavam

Os representantes de trabalhadores, por sua vez, demonstravam uma visão mais ampla, procurando se atualizar em relação ao que era implantado em outros distritos, de apurar denúncias localmente, junto aos conselhos de unidades e comunidades, antes de envolver o conselho distrital, de participar da educação popular e, naturalmente, de encaminhar denúncias trazidas por trabalhadores da saúde.

Quanto ao agrupamento por grau de participação, temos que o grupo 2 (intermediário) enfatizou o papel do conselheiro como “fiscal” da rede de saúde, enquanto o grupo 1 (mais participativo) foi quase unânime em trazer preocupações “políticas”. O grupo 3, além da visão política, se caracterizou por se concentrar na “solução de problemas” da comunidade.

Constatou-se a grande importância dada à capacitação do conselheiro, em especial ao conhecimento das leis e normas do SUS, devendo ser pró-ativo na busca de informações, participar de eventos, interagir com a comunidade, conselhos gestores de unidades, outros distritos, CMS/Recife, etc. e ainda visitar unidades de saúde. Apesar desse discurso, foi verificada baixa pró-atividade da maioria dos conselheiros, sendo poucas e isoladas as iniciativas de auto-desenvolvimento e de busca de informação em outras instâncias. O estudo revelou, assim, uma grande dependência do distrito e a preferência por se discutir temas pontuais e imediatos.

### 8.4. QUANTO À PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO

A diversidade na percepção de que informações seriam necessárias, independentemente do grau de participação, assim como o teor da maioria dos itens de pauta das reuniões observadas, mostravam a predominância do interesse dos conselheiros por questões imediatas e pontuais. A preferência foi para informações “administrativas”, quanto ao funcionamento da rede de saúde, sobre a produção de serviços e ações do gestor da saúde. Isso era coerente com o papel de “fiscal” incorporado pela grande maioria deles. Assim, não surpreende a menção das próprias comunidades onde residiam e/ou atuavam como principal fonte de informação alternativa ao distrito.

A preocupação com questões do planejamento e execução das ações de saúde em si e com capacitação (informações técnicas) estava igualmente distribuída nos três grupos. A ênfase na qualidade do atendimento (subentendida no foco em fiscalização) apareceu mais no grupo 3 (não participante). Isso se devia, talvez, ao fato de estarem mais “distantes” da gestão do distrito, pela pouca ou nenhuma participação no colegiado, o que os faria se sentirem mais “usuários” do que atores que pudessem influir na gestão distrital.

Apesar das queixas de três entrevistados quanto à falta de informações sobre a movimentação de recursos financeiros no distrito, não foi presenciada nenhuma cobrança nesse sentido nas reuniões

A dificuldade percebida para se responder à questão sobre “que outras informações o distrito deveria fornecer” pela maioria dos entrevistados - que, ou não soube responder, ou respondeu de forma vaga, ou ainda declarou que “as informações do distrito eram completas” - revelou a grande dependência dos conselheiros em relação ao distrito como fonte de informação. Esse fato foi observado, também, no decorrer das reuniões

Essa situação frustra a expectativa de Carneiro (2002) de que os conselhos de políticas públicas locais constituiriam espaços de deliberação pública de caráter permanente, com representação paritária entre Estado e sociedade civil e com amplos poderes de controle sobre a política.

#### 8.5. QUANTO À PERCEPÇÃO DO ACESSO ÀS INFORMAÇÕES

A percepção de um alto grau de facilidade de acesso às informações no DS-III era quase uma unanimidade. Se distribuía de forma equilibrada nos três grupos com graus de participação distintos. Foi enfatizada nas respostas, por ocasião das reuniões, a abertura e disposição deles em ajudar os dirigentes distritais. Esse fato foi comprovado pelo pesquisador no decorrer da observação participante, ou quando eram procurados para prestar esclarecimentos no distrito, apesar de estarem sempre “muito ocupados”.

Uma deficiência de acesso a informações apontada por alguns conselheiros está vinculada à falta de infra-estrutura de informática (computador e acesso à Internet). A falta desses recursos impedia, não somente o eventual acesso aos sistemas de informações do DATASUS para aqueles poucos que sabiam de sua existência, como contribuía para que os demais continuassem a ignorá-los.

#### 8.6. QUANTO À PERCEPÇÃO DA COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES

Em concordância com os resultados das pesquisas anteriores, houve queixas dos conselheiros representantes de usuários acerca da linguagem técnica muitas vezes utilizada pelo distrito, o que dificultava a compreensão das informações, assim como impedia questionamentos e debates pela maior parte dos conselheiros

Essa situação reforça o argumento de Torres (2004) de que há excesso de otimismo em relação à eficácia da transparência e da informação na implementação de políticas públicas, porque “uma primeira grande dificuldade surge quanto à capacidade de processamento das informações disponibilizadas pela administração pública”, pois, “na maioria das vezes, as informações disponíveis são excessivamente técnicas para serem entendidas e processadas pelo eleitor-padrão” (p.43).

Em adição, a submissão de algumas propostas “prontas” pela gestão para aprovação imediata, sem a antecedência necessária a uma avaliação adequada, revelou, nesses casos, o intuito de uso do conselho somente para legitimar as propostas institucionais, como também foi verificado em estudos anteriores e foi apontado por Vasconcelos (2001) que, ao estudar o Conselho Nacional de Saúde, concluiu que aquele colegiado era um órgão “formal”, pois “emitia opiniões sobre diversos assuntos de saúde, colaborava na formulação, mas, efetivamente não controlava a execução das políticas públicas de saúde” (p. 11)

## 8.7 QUANTO AO MODELO DE PARTICIPAÇÃO POPULAR ADOTADO

Como foi constatado, o modelo de descentralização da gestão da saúde com participação popular estava materializado no Recife pela rede estabelecida de conselhos de saúde (de gestão de unidades, distritais e o CMS) e pelo processo de preparação da conferência municipal de saúde, a cada dois anos, que incluía a eleição dos conselheiros de saúde nos níveis distrital e municipal.

Em que pese esse caráter ascendente e a transparência e abertura demonstradas pela gestão do DS-III, o estudo mostrou que havia pouca influência do seu conselho distrital no planejamento e no controle das políticas de saúde naquele distrito

Embora houvesse disponibilidade de informação e facilidade de acesso, essas condições não eram suficientes para um desempenho satisfatório do conselho distrital. Verificou-se a falta de capacidade de processamento das informações disponibilizadas, mesmo havendo transparência governamental.

Além da dificuldade alegada por alguns com o linguajar dito “técnico”, o conselho se mostrou pouco pró-ativo e pouco deliberativo, seguindo, em regra, a agenda proposta pela gerência distrital

Diante disso, pode-se questionar se o modelo atualmente adotado, caracterizado pelo estabelecimento de uma rede relativamente hierarquizada de conselhos de saúde, assim como um processo de realização das conferências municipais periódicas, não estaria esgotado como mecanismo eficaz de ampliação do Estado.

Será que, considerando os achados da pesquisa, o planejamento ascendente com participação popular somente seria viável, paradoxalmente, com a intervenção direta do poder executivo, afetando justamente a autonomia dos representantes da sociedade nos conselhos de saúde?

Estaria, então, irremediavelmente prejudicado o caráter deliberativo e pró-ativo dos conselhos, tornando-se os mesmos simples órgãos consultivos, meros legitimadores das propostas e ações dos gestores públicos da saúde?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M. S. *Comunicação e passivização: um estudo sobre a participação dos representantes de usuários e trabalhadores de saúde na gestão da Política de Saúde no Estado de Pernambuco*. 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000
- ARAÚJO, A. R. C., ALBUQUERQUE, P. C. *O Programa de Saúde da Família e a atenção a saúde da mulher: análise da sistematização das ações básicas de saúde para as equipes de saúde da família do Distrito Sanitário III do Recife*. Monografia (de Residência), Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2005.
- BISPO, E. *A participação nos CMS: a questão da formação dos conselheiros e suas implicações*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.
- BRASIL. Confederação Nacional de Municípios. *Saúde*. Brasília : CNM, 2004. (Coletânea Gestão Pública Municipal, v. 7)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Conselho de saúde: guia de referências para a sua criação e organização*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Oficina de trabalho: informações em saúde para o controle social*. Brasília, 29 a 30 de maio de 2003. Relatório Final. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 setembro 2004.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Caderno de informações de saúde*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 03 agosto 2005.
- BUENO, H. *Utilização da sala de situação de saúde no Distrito Federal*. Brasília. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2003.
- CARNEIRO, C. B. L. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 36, 2, p.277-292, mar./abr. 2002.
- CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadão e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- CHAUÍ, M. *Cultura e Democracia*. 7. ed. São Paulo : Cortez, 1997.
- CONFERÊNCIA Municipal de Saúde , 6, 2003, Recife. *Relatório Final*. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2003.
- CORREIA, M. V. C. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2000
- GONÇALVES, M. L. *Participação social no sistema único de saúde: a experiência do conselho municipal de saúde de Ribeirão Preto*. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1999.
- INFORMAÇÕES em saúde para o controle social [oficina de trabalho]: relatório final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, 2003, Brasília. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 set. 2004.
- JANNUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p.51-72, jan./fev. 2002.
- MORAES, I. H. S. *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação*. Salvador : Casa da Qualidade, 2002.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. *Proposta de regimento interno do conselho distrital de saúde : versão aprovada em 02 de outubro de 2003*. Recife : Conselho Municipal de Saúde do Recife, 2003.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. *Relatório de gestão 1993-1996*. Recife : Secretaria de Saúde do Recife, 1997.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho de unidade de saúde. *Cartilha de Controle Social nº 03*. Recife : Secretaria de Saúde do Recife, 2003.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Distrito III*. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/distritoiii>. Acesso em: 18 fevereiro 2005
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Distrito Sanitário III. *Relatório de Gestão 2001-2004*. Recife : Distrito Sanitário III do Recife, 2005.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Marcas da gestão: balanço 2003*. Recife : Secretaria de Saúde do Recife, 2004.
- SANTOS, J. L. Tribunal de Contas da União e controles estatal e social da administração pública. Curitiba : Juruá, 2003
- SILVA, A. X. *Representação, participação e defesa de interesses no processo de democratização da gestão da política de saúde: a questão do CMS/Recife*. 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997
- SILVA, F. C. C. Controle social: reformando a administração para a sociedade. In: PRÊMIO Serzedello Corrêa 2001: perspectivas para o controle social e a transparência da administração pública. Brasília : Tribunal de Contas da União, 2002
- TORRES, M. D. F. *Estado, democracia e administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro : FGV, 2004
- VASCONCELOS, C. D. G. *Controle social via conselhos de saúde: realidade ou formalismo?* In: ENAMPAD, XXV, 2001, Campinas. Resumos dos trabalhos. Campinas: ANPAD, 2001.