

GESTÃO PÚBLICA

Organizações Participativas e a Deliberação da Política Pública de Saúde: Um Estudo Comparativo de Conselhos de Saúde em Porto Alegre (Brasil) e Montevideu (Uruguai)

AUTORA

ANDREA DE OLIVEIRA SILVA

Universidade de São Paulo
andreaesilva@yahoo.com.br

RESUMO

O estudo examina a relação existente entre comunidades ditas participativas – através 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. O trabalho foi realizado através de pesquisa comparativa qualitativa (SARTORI e MORLINO, 1994) optando-se por um estudo de casos múltiplos (YIN, 2005), tendo como principais referências teóricas LIKERT (1975); RIFKIN et al (1989) e DEMO (1996). Os resultados, obtidos através da análise de conteúdo apontaram que o CMS/POA tende a apresentar um nível de amplitude de participação da comunidade *aberta*, ou seja, esta organização influencia nas deliberações da política municipal de saúde. Quanto a CSC/Mo, a amplitude de participação tende a ser restrita, ou seja, esta organização não exerce influência no processo de decisão da política municipal de saúde. Do ponto de vista teórico, este estudo verificou explicitamente a hipótese de que à medida que amplitude de participação aumenta, há uma tendência para influenciar na deliberação na política municipal de saúde.

Palavras-chave: administração pública - metodologia comparativa – conselhos

ABSTRACT

The study analyses the existing relationship among the so-called participative communities – through health councils – and their influence on the discussions on local public health policy in the cities of Porto Alegre (Brazil) and Montevideo (Uruguay), in the view of their respective participants. The work was carried out through a qualitative comparison research (SARTORI & MORLINO, 1994), opting for a study of multiple cases (YIN, 2005) and using LIKERT (1975), RIFKIN amongst others (1989), and DEMO (1996) as main theoretical references. The results, which were achieved by analysis of content, showed that the LHC/Porto Alegre tends to present an open degree level of community participation, i.e, this organization has an influence on the discussions on the local health policy. As to the Community Health Council/Montevideo, the degree of participation tends to be limited, i.e., this organization does not have any influence on the discussions held on the local health policy. From the theoretical point of view, this study explicitly verified the hypothesis that, as the level of participation increases, these organizations tend to influence the discussions relating to the respective local health policy.

Key words: public administration - comparative methodology – councils

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. A sociedade assim, tem assumido campos no âmbito econômico e social, buscando a co-gestão, a autogestão e o cooperativismo. No entanto, *admite-se que existem limites da democratização no processo decisório* (GRAU, 1996: 119) uma vez que o próprio Estado regula a manifestação de mecanismos para a participação da sociedade civil nos processos de descentralização.

Neste contexto, este artigo tem por objetivo apresentar a relação existente entre comunidades ditas participativas – através de conselhos de saúde – e sua influência na deliberação da política pública municipal de saúde, nas cidades de Porto Alegre (Brasil) e Montevideu (Uruguai) através dos resultados de pesquisa comparativa (YIN, 2005 ; SARTORI , 1994) realizada em Montevideu e Porto Alegre/RS. Os dados foram obtidos através de entrevistas em profundidade com 32 conselheiros de saúde atuantes nas duas cidades e analisados a partir das categorias teóricas propostas por LIKERT (1975), RIFKIN et alli(1989) e DEMO (1996).

PROBLEMA DE PESQUISA E OBJETIVO

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 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, estabelecendo-se a promoção da auto-sustentação econômica e participação comunitária. Em países como Brasil e Uruguai onde a população vem se mobilizando através 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 de 1988, os serviços e ações de saúde passaram a ser universais, direito de todos e dever do Estado. Ainda a mesma Constituição determina que o direcionamento desses serviços deve ser de forma descentralizada com gestão municipal e em parceria com a sociedade civil através 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 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 8ª. CNS).

No Uruguai, apresentam-se os conselhos de moradores que são 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. Na década de 90 ocorre 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).

Diante deste novo quadro e considerando que:

- 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, 1999:32);
- Na municipalização das ações e serviços de saúde, a população em geral desconhece a sua importância, uma vez que para participar se faz necessário ter acesso às informações, para que não ocorra manipulação junto das decisões (CARDOSO, 1985);
- O Estado-Bem-Estar encontra-se em crise e em decorrência desse fato, não disponibiliza recursos suficientes para atender as necessidades de saúde da população;
- 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, 1996).

E ainda:

- 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, seu processo de tomada de decisões políticas teria sido tradicionalmente conduzido através de canais informais, nos quais os interesses empresariais e militares estariam diretamente representados dentro da estrutura burocrática do Estado (CARDOSO, 1975: 165-86). Nos países latino-americanos os interesses não dominantes - tais como os dos sindicatos, dos trabalhadores rurais, dos moradores urbanos pobres - seriam sistematicamente excluídos dos canais decisórios. Suas demandas seriam filtradas por relações estabelecidas por funcionários públicos com líderes obsequiosos e clientes individuais.

A partir das constatações anteriores *pode-se afirmar que os conselhos locais nas cidades de Porto Alegre e Montevideu sejam instâncias deliberativas da política pública de saúde? E ainda, as comunidades ditas participativas exercem influência na deliberação desta política ?* Esta é a questão central que orientou a pesquisa.

Neste sentido, este artigo tem por objetivo examinar a relação existente entre organizações ditas participativas – através de conselhos locais, – e a sua influência na deliberação da política pública municipal de saúde, nas cidades de Porto Alegre (Brasil) e Montevideu (Uruguai).

REVISAO BIBLIOGRÁFICA

O Estado Moderno e suas funções

O Estado Moderno surge de duas vertentes distintas da compreensão do poder político. Uma é a visão jurídica, com base na noção do império. A outra, é a visão econômica, com base na idéia da gestão da coisa pública. Não se pode precisar exatamente quando nasce a forma “Estado” moderno, construído com base nessas duas noções basilares. É certo que as guerras do fim do século XV conduzem Espanha, França e Inglaterra a constituírem-se em Estados. A Itália conhece uma transição, que se estende até o século XVII quando os principados são constituídos como Estados. Portugal, em decorrência de sua luta com os árabes e com a sua afirmação política em face dos reinos espanhóis, assume precocemente o caráter estatal. E em todos os 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 do Estado como conceito moderno é demonstrada 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, cuja nota característica é a complexidade organizacional. Os 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 dominadas por uma visão econômica, como o são os conceitos de segurança, administração, política, cuja operacionalidade visa a uma situação mais complexa, em que se manifesta um problema desconhecido até então: a compatibilização da sociedade (burguesa), de um lado com a política, de outro, seguindo-se a problematização do poder político como algo que devia ser controlado para que a vida se realizasse e se aperfeiçoasse.

A idéia de Estado surge portanto, 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; é nessa afirmação que se contém sua capacidade jurídica; e é esse o momento que corresponde à 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, aquela concepção implica necessariamente a 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 no sentido de que não delimita a priori a sua esfera de interferência, de que fixa a priori a 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 o contexto econômico então vigente. O Estado emergiu da sociedade comercial, típica dos seus primeiros estágios ou do início do capitalismo manufatureiro, com seu concomitante apetite de possibilidades universais de barganha e de troca. O Estado passa a assumir a responsabilidade pela sobrevivência coletiva, passando a imperar somente um interesse, o do corpo social como um todo. Na lógica do Estado-gestor só tem significado o 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. As funções estatais são organicamente distribuídas, atuando os funcionários 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 (2000:280) aponta que o Estado no pós Guerra, assume amplamente o encargo de assegurar a prestação dos serviços fundamentais a todos os indivíduos, ampliando desta forma, sua esfera de ação. Observa-se a necessidade de controlar os recursos sociais o obter maior proveito com o menor desperdício, para fazer face às emergências da Guerra, tornando presente em todos os campos da vida social, a ação estatal, não havendo mais qualquer área interdita à interferência do Estado. Torna-se então necessário, 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.

A partir da década de 80, as recomendações do Consenso de Washington voltadas para

o ajustamento da América Latina constavam de 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, continham 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 ajuste de gastos e reestruturação do Estado representavam a reorientação das políticas econômicas e do gasto público social; basicamente elas se encaminharam no *sentido de reduzir o tamanho do setor estatal, bem como no de ampliar a abertura para o exterior* (MACHADO, 1998:63).

A Participação no contexto do Estado

A idéia de participação da comunidade apareceu no início deste século, representando uma nova forma de relação Estado-sociedade. O fenômeno da participação continua sendo um importante fator para o funcionamento da democracia, representando ainda hoje um elemento crucial no âmbito da tomada de decisão junto às organizações e ao Estado.

A participação segundo MENDONÇA (1987) 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, coloca sobre os atores envolvidos nas decisões da organização e em que nível ocorre o envolvimento dos mesmos desde o planejamento até a 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, 1975:138).

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 e o nível de metas que se busca alcançar é muito alto.

Participativo-Grupal 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, 1975:191). 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.*

METODOLOGIA

A proposta metodológica trata de um estudo comparativo que pode ser considerado como inerente ao processo de construção do conhecimento nas ciências sociais. SCHNEIDER & SCHMITT (1998) destacam que no estudo comparativo é possível descobrir regularidades, perceber deslocamentos e transformações, bem como há a possibilidade de construir modelos e tipologias, identificando continuidades e discontinuidades, semelhanças e diferenças, esclarecendo as determinações generalizadas que regem os fenômenos sociais.

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), às vezes as diferenças, prestando atenção nas diferenças nos contextos que são similares ou ainda ir em busca de analogias em sistemas diferentes, sejam eles mais semelhantes ou mais diferentes.

No primeiro tipo de sistema '*mais semelhante*' é necessário comparar a maior quantidade de características possíveis, o que permite deixar um alto número de variáveis, declarando-as iguais. No segundo tipo relaciona-se sistemas que diferem na medida do possível.

Nesta pesquisa utilizou-se o estudo de casos múltiplos ou estudo comparativo¹ (YIN, 2005:68) que apresentou resultados contrastantes apenas por razões previsíveis, seguindo a ‘*lógica da replicação teórica*’². 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 alli (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 alli (1989).

Na dimensão histórica, apresenta-se o indicador *implantação e departamentalização* (RIFKIN et alli, 1989 e DEMO, 1996) que caracteriza a implantação dos conselhos e como o mesmo está organizado em novas estruturas ou integraram os novos temas em saúde. Objetiva ainda identificar 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 alli, 1989) examina quem ou que pessoas intervieram no diagnóstico de necessidades de saúde, em que medida as pessoas participam e como as necessidades são identificadas. Destaca-se ainda que esse indicador também pode ser tratado por avaliação de demandas, caracterizado melhor no contexto dos conselhos.

O segundo indicador, *liderança* (RIFKIN et alli, 1989 e 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 alli, 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 all, 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”.

O primeiro indicador, *natureza do processo decisório*, procura identificar a interferência da comunidade nas decisões dos conselhos e de que forma essas decisões são tomadas. Procura ainda determinar se as informações disponíveis são apropriadas para a tomada de decisão e onde essas decisões ocorrem.

¹ Para Yin (2005:68) 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.

O segundo indicador, *natureza do processo de comunicação*, procura caracterizar 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.

O terceiro indicador, *natureza do processo de influência-interação*, procura caracterizar o volume de interação entre os membros do conselho, bem como identificar a existência do trabalho em equipe.

O quarto indicador, *metas de desempenho e treinamento*, procura caracterizar o nível de metas de desempenho que os conselhos buscam alcançar e se os conselheiros recebem treinamentos e quem financia essas atividades.

Na pesquisa foram entrevistados 16 representantes da sociedade civil e governo, ligados ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre - **CMS/POA** e em Montevideu (Uruguai), os entrevistados foram 16 moradores e ou/ participantes voluntários da Comissão de Saúde do Casabô – **CSC/MO**. Para a realização da coleta de dados foi realizada a entrevista em profundidade e a análise dos dados foi utilizada os princípios da análise de conteúdo (BARDIN, 1977 e GRAWITZ, 1975) que visa a compreender as características, estruturas e ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tomadas em consideração.

ANALISE DOS RESULTADOS

Ao avaliar a dimensão histórica dos casos, na análise 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 encontravam-se integrando ao funcionamento das policlínicas zonais, cooperando com essas 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, caracterizando com a amplitude de participação média.

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

Na dimensão tradução de demandas ao tratar do indicador avaliação de necessidades, observa-se que as pessoas que intervieram no planejamento ou diagnóstico de saúde nas duas organizações tendem a posturas diferentes. No caso de Montevideu, embora há 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 (1996:122) 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-se a atenção para os casos em análise uma vez 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 Montevideu (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, e neste caso inclui-se 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 tende a ser aberta, haja vista que os líderes apontados pelos entrevistados são pessoas que se tornaram porta-vozes das necessidades em saúde, demonstrando que ocorre 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 articulamos. Fica claro que a qualidade da liderança (LIKERT, 1975) caracterizada 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, através 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 Montevideu, o município depende única e exclusivamente da arrecadação municipal para atender as necessidades de saúde, havendo ma contribuição periódica da universidade local em projetos específicos, caracterizando-se com a amplitude de participação restrita.

Quanto o 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. 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 assim, fica 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 ainda 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, visto que a maioria das decisões são tomadas pela equipe técnica da IMM, pois 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 si 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. Desta forma, a responsabilidade e precisão caracterizam o processo de modo geral.

Quanto a influência/interação entre os membros da CSC/MO, esse indicador caracterizou que há uma pequena interação, sendo relatado pelos membros a dificuldade para a realização do trabalho em equipe (LIKERT, 1975). Essa caracterização é confirmada pela recente saída do país de um regime ditatorial, onde os habitantes refugiavam-se em suas residências. Vale a pena insistir que 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 buscam 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. 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.

CONCLUSAO

Este artigo objetivou examinar a relação existente entre organizações ditas participativas – através 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 conclui-se 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. Tratar de uma organização no estágio de participação ampla considera-se que todos os processos ocorram de forma mais eficiente. Segundo LIKERT (1979:17) *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.

BIBLIOGRAFIA

- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.
- CARDOSO. F. H. **Democracia Necessária** 2ed., Campinas: Papyrus, 1975
- CORTEZ, Soraya M. Vargas. **Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3:5-17, 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 Atencion 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, 1996 (s/ed)
- GRAU, Nuria Cunill. **A rearticulação das relações Estado-sociedade: em busca de novos significados**. Revista do Serviço Público, Ano 47; Jan-Abril, 1996 (120)
- GRAWITZ, Madeleine. *Métodos y Técnicas de las Ciencias Sociales*. Barcelona: Editorial Hispano Europa, 1975.
- HEGEL, George W. F. *Introdução à história da filosofia*. 4ª ed. (Col. Os Pensadores). São Paulo : Nova Cultural, 1989.
- LIKERT, Rensis. **Anovos Padrões de Administração**. São Paulo: Atlas; 1971.
- _____ **A Organização Humana**. São Paulo: Atlas; 1975.
- 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**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós Graduação em Administração, 1998.
- MENDONÇA, Luiz Cavalheira de. **A participação do cidadão nas decisões da administração pública**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 18 ; n.º. 04, p. 175 – 182, out/dez, 1984.
- NEDER, Carlos Alberto Pletz. **A Participação Popular nos Conselhos de Gestão: conselhos de saúde**. In: Cadernos ABONG (Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais); Julho de 1996. Informação via INTERNET <ftp://rebidia.org.br/pub/rebedia/consaud.text>
- NEDER, Ricardo Toeldo. *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.
- RIFKIN, Suzan B. ; Bichmann, W. e SHRESTHA, M. **Cómo medir la participación de la comunidad**. Foro Mundial de La Salud, v. 10, n.º.3 / 4, p. 482 – 488, 1989.
- SARTORI, G.y MORLINO, L. **La comparación en las ciencias sociales**. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
- SCATENA, JHG ; OLIVEIRA, H.M. Avaliação do SINASC em Cuiabá. 1995-1998. In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [CD ROM]** , 2000 ago 28 – set 2 , Salvador, Bahia.
- 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, S., SCHIMITT, C. J. **O uso do método comparativo nas Ciências Sociais**. Cadernos de Sociologia. Porto Alegre: , v.9, p.49 - 87, 1998.
- WEBER, Max. **Economía y Sociedad**. Mexico:Fondo de Cultura Económica, 1944
- YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.