

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS  
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ESTÉFANI SANDMANN DE DEUS

**CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DO INSTITUTO MUNICIPAL DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

PORTO ALEGRE

2013

ESTÉFANI SANDMANN DE DEUS

**CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DO INSTITUTO MUNICIPAL DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de mestre em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Hermílio Santos

PORTO ALEGRE

2013

D486c Deus, Estéfani Sandmann de  
Controle social das políticas de saúde : o caso do instituto  
municipal de estratégia de saúde da família / Estéfani Sandmann de  
Deus. – Porto Alegre, 2013.  
204 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas,  
PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Hermílio Santos.

1. Sociologia – Política de Saúde. 2. Saúde Pública.  
3. Controle Social. 4. Sistema Único de Saúde. I. Santos, Hermílio.  
II. Título.

CDD 301.15

**Ficha Catalográfica elaborada por Loiva Duarte Novak – CRB10/2079**

**CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DO INSTITUTO MUNICIPAL DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de mestre em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Hermílio Santos

Aprovada em 27 de março de 2013.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Hermílio Santos  
Pontifícia Universidade Católica do Rio  
Grande do Sul.

Profa. Dra. Marie Anne Macadar  
Pontifícia Universidade Católica do Rio  
Grande do Sul.

Prof. Dr. Emil Sobotkka  
Pontifícia Universidade Católica do Rio  
Grande do Sul.

PORTO ALEGRE

2013

A Alexandre Caio Milani,  
pelo amor e apoio incondicional.

A Inácio e Teresinha,  
meus pais e exemplos de honestidade e coragem.

A meu querido irmão Edeon, pelo carinho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUCRS, em especial ao professor Hermílio Santos, pela orientação, pelas críticas e por suas oportunas contribuições.

Agradeço a todos os órgãos públicos e organizações da sociedade civil, nas pessoas dos respectivos representantes que, graciosamente, participaram das entrevistas, efetuando uma inestimável contribuição para a concretização deste trabalho.

Agradeço ao querido professor Aragon Erico Dasso Junior, grande exemplo e inspiração a meus estudos.

Agradecimento especial a Victoria Figueira da Silva, querida amiga e revisora deste trabalho.

Por fim, obrigada a todos amigos e familiares, que me apoiam e se orgulham de mim.

Obrigado!

*Eu fico  
Com a pureza  
Da resposta das crianças  
É a Vida, é bonita  
E é bonita...*

*(Eterno aprendiz, Gonzaguinha)*

## RESUMO

Este trabalho teve por objetivo estudar as formas pelas quais a sociedade de Porto Alegre efetua o controle social e obtém acesso às informações acerca do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). Trata-se de uma forma de prestar os serviços de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de uma fundação pública de direito privado. No intuito de atingir o objetivo da pesquisa, efetuou-se, primeiramente, uma breve revisão teórica acerca de temas importantes para compreensão das dimensões do controle social no Brasil, como democracia, participação e formas de controle social. Após, investigou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a fim de analisar a trajetória deste, que culminou em uma legislação diferenciada e que inclui a participação da sociedade de forma significativa, já que o sistema fora conquistado através de anos de luta e de movimentos como a Reforma Sanitária no Brasil. Por fim, estudou-se a concepção de fundação pública de direito privado, sua inserção no Brasil e na saúde pública, para finalmente estudar o IMESF. Dessa forma, utilizando os conceitos estudados, a pesquisa de campo foi crucial para compreender as formas de controle social e de acesso às informações do IMESF, tais como o Observapoa, o portal da transparência e o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Por fim, a pesquisa observou que, apesar das formas de acesso às informações existentes e da regulamentação do controle social, os governantes ainda precisam melhorar a disponibilização de informação, para que esta seja acessada por toda sociedade e possa ser compreensível. E, por outro lado, a sociedade ainda caminha a passos lentos para uma cultura de maior interferência e participação nas decisões políticas; talvez, esse seja o maior problema para uma futura apropriação da sociedade pelo controle social.

**Palavras-chave:** IMESF, fundações públicas de direito privado, SUS, controle social.



### **ABSTRACT**

This study aimed to examine ways by Porto Alegre society makes social accountability and gain access to information about the Municipal Institute of Family Health Strategy (IMESF). This is a way to provide the services of the Family Health Strategy (FHS), through a public foundation of private rights. In order to achieve the research objective, we performed first, a brief literature review on topics important to understanding the dimensions of social control in Brazil, such as democracy, participation and forms of social control. After investigated the Unified Health System (SUS) in Brazil, in order to analyze the trajectory of this, that culminated in a differentiated legislation and that includes the participation of society significantly since the system was achieved through years of struggle and movements such as the Sanitary Reform in Brazil. Finally, we studied the design of public foundation of private right, its insertion in Brazil and in health, to finally study the IMESF. Thus, using the concepts studied, the field research was crucial to understand the forms of social control and access to information on IMESF such as Observapoa, the portal of transparency and the Municipal Health Service (CMS). Finally, the research noted that even with the forms of access to existing information and regulation of social control, the rulers still need to improve the providing of information, so that it is accessed by all society and can be understandable. And, on the other hand, society still walks with slow steps towards a culture of greater interference and participation in political decisions, perhaps this is the biggest problem for future appropriation of social control by society.

**Keywords:** IMESF, public foundations of private rights, SUS, social accountability.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Acesso à internet no Brasil.....	51
Figura 2 – O aparelho do Estado e as formas de propriedade.....	74
Quadro 1 – Receitas e despesas do IMESF.....	91

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Conferências nacionais de saúde.....	55
Tabela 2 – Novos modelos de prestação de saúde no Brasil .....	76
Tabela 3 – Relação de atores partícipes do processo de criação do IMESF.....	118

## LISTA DE SIGLAS

Abrasus - Associação Brasileira Em Defesa dos Usuários de Sistemas de Saúde

ADIN - Ação direta de inconstitucionalidade

ANS - Agência Nacional de Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CC - Cargo comissionado

Cefor - Comissão de Economia Finanças e Orçamento do Mercosul

CES - Conselho estadual de saúde

CF - Constituição Federal de 1988

CGLU - Cidades e Governos Locais Unidos

CMPA - Câmara Municipal de Porto Alegre

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários da Saúde

CPI - Comissão Permanente de Inquérito

CRC/RS - Conselho Regional de Contabilidade do Rio Grande do Sul

DAB - Departamento de Atenção Básica

DNS - Departamento Nacional de Saúde

DPSF - Departamento do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre

Ebserh - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF - Estratégia de Saúde da Família

Faurgs - Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FUC - Fundação Universitária de Cardiologia

Funasa - Fundação Nacional de Saúde

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

Grampal - Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre

GT - Grupo de trabalho

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMESF - Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família

Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOS - Leis orgânicas da saúde

LRF- Lei de responsabilidade fiscal

Mare - Ministério da Administração e Reforma do Estado

MPE - Ministério Público Estadual

MPF - Ministério Público federal

MPT - Ministério Público do Trabalho

MS - Ministério da Saúde

NGP - Nova Gestão Pública

ObservaPOA - Observatório da Cidade de Porto Alegre

OIDP - Observatório Internacional de Democracia Participativa

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONGs - Organizações não governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

OP- Orçamento Participativo

Oscips - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs- Organizações sociais

PAB - Procedimentos da atenção básica

PACs - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Pdrae - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PF - Polícia Federal

PGM - Procuradoria Geral do Município

PIB - Produto interno bruto

PL - Projeto de lei

PMPA - Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PPP - Parcerias público-privado

PSB - Partido Socialista Brasileiro

PSF - Programa de Saúde da Família

PSOL - Partido Socialismo e Liberdade

PT - Partido dos Trabalhadores

Sergs - Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul

Simers - Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

Simpa - Sindicato dos Municipários de Porto Alegre

Sindac/RS: Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Sindisaúde - Sindicato dos Profissionais e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do RS

Sindisprev - Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência no Rio Grande do Sul

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Soergs: Sindicato dos Odontologistas do Rio Grande do Sul.

STF - Superior Tribunal federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TAC - Termo de ajuste de conduta

TCE - Tribunal de Contas do Estado

UBS - Unidade Básica de Saúde

Ufrgs - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ulbra - Universidade Luterana do Brasil

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2. DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE.....</b>	<b>27</b>
2.1 DESVENDANDO OS CONCEITOS DE DEMOCRACIA .....	27
2.2 COMPREENDENDO OS CONCEITOS DE PARTICIPAÇÃO .....	32
2.3 O CONTROLE SOCIAL .....	40
2.4 CONTROLE NA GESTÃO PÚBLICA .....	48
2.5 CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE .....	55
<b>3. A ORIGEM DAS FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE DIREITO PRIVADO NA SAÚDE BRASILEIRA .....</b>	<b>61</b>
3.1 O GERENCIALISMO NO BRASIL.....	61
3.2 A IDEALIZAÇÃO DO MOVIMENTO SANITARISTA BRASILEIRO.....	65
3.3 AS CONSEQUÊNCIAS DO MODELO GERENCIAL NA SAÚDE PÚBLICA ...	74
<b>4. A TRAJETÓRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE .....</b>	<b>88</b>
4.1 ESCLARECENDO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	90
4.2 O ESF EM PORTO ALEGRE.....	97
4.3 O INSTITUTO MUNICIPAL ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	101
<b>5. O CONTROLE SOCIAL NO IMESF .....</b>	<b>118</b>
5.1 O IMESF.....	121
5.2 A PRESTAÇÃO DE CONTAS, O ORÇAMENTO E O ACESSO ÀS INFORMAÇÕES PELA SOCIEDADE.....	127
5.3 AS AÇÕES DE CONTROLE SOCIAL .....	134
5.4 OS INCENTIVOS À PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE E OS PRINCIPAIS PROBLEMAS E DIFICULDADES DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE.....	141
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>148</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>152</b>
<b>APÊNDICE A – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>168</b>
<b>APÊNDICE B – ENTREVISTA APLICADA AO PODER EXECUTIVO .....</b>	<b>169</b>
<b>APÊNDICE C – ENTREVISTA APLICADA NO PODER LEGISLATIVO .....</b>	<b>170</b>
<b>APÊNDICE D – ENTREVISTA APLICADA AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....</b>	<b>171</b>
<b>APÊNDICE E – ENTREVISTA APLICADA AOS ÓRGÃOS FISCALIZADORES ...</b>	<b>172</b>



<b>APÊNDICE F – ENTREVISTA APLICADA AOS REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL.....</b>	<b>173</b>
<b>APÊNDICE G – EXTRATO DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>174</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A redemocratização brasileira, aliada à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), criou normas que regulamentam a participação da sociedade civil na formulação e no controle de políticas públicas. Destarte, o direito à saúde é disposto como fundamental e, para garanti-lo, foi criado o SUS. A junção entre a garantia do direito à saúde e a melhora nas práticas democráticas insere a possibilidade de aprimorar a participação e o controle social dentro do SUS. Para tanto, são criadas formas para a sociedade civil controlar e fiscalizar as ações do governo, assim como a regulamentação do acompanhamento de políticas públicas nas suas diversas áreas, em especial na área da saúde, que será tratada neste trabalho.

Fatores como intensa participação da sociedade civil e legalização de direitos fundamentais aliados ao fenômeno da ampliação das formas de comunicação, principalmente devido ao advento da Internet, são fatores que diversificaram as formas de participação da sociedade. Entre essas formas – de âmbito nacional, estadual e municipal, destacam-se o Orçamento Participativo (OP), as consultas populares, conselhos gestores de educação, saúde, segurança, seguridade social, entre outros. Existem sob o intuito de qualificar a participação na fiscalização dos atos públicos pela sociedade.

Nas últimas décadas, diversos pesquisadores debruçaram-se nas discussões acerca da participação, sob a forma de instituições organizadas ou não, na formulação, no acompanhamento e no controle da execução de políticas públicas. Ou seja, tratam de temas como o controle social e o acesso da sociedade às informações governamentais, para efetuar este controle. Para compreender o tema, pesquisou-se, primeiramente, a forma democrática que dá suporte a existência deste controle social. Neste caso, destaca-se o trabalho de Dahl (1997) sobre o modelo de democracia representativa, que pode ser considerado responsável pelas atuais formas de controle difundidas, como veremos no segundo capítulo deste trabalho. Apesar da divergência quanto à forma democrática ideal necessária à existência de um controle social, há uma série de aspectos sociais e políticos importantes para sua efetivação, tais como: vigência de regime democrático, efetiva prestação de contas pelos governos, através da transparência em suas ações, e a participação dos cidadãos na tomada de decisão pública.

Embora a política pública de saúde seja definida pelo governo federal, cada cidade decide os programas que serão priorizados e de que forma será prestado o atendimento, de

acordo com o que será explicitado no Capítulo 3 deste trabalho. Existindo, portanto, a possibilidade de cada cidade prestar os serviços da forma que considerar mais produtiva, já que no SUS brasileiro um de seus princípios básicos, a descentralização dos serviços, pretende dar maior autonomia aos municípios e fazer com que eles decidam a melhor maneira de prestar atendimento à população. Este estudo será detalhado no Capítulo 3 deste trabalho.

Na esteira dos debates acerca das formas pelas quais a administração pública brasileira implementa suas políticas de saúde, a cidade de Porto Alegre passa a utilizar uma fundação pública de direito privado, denominada Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), que terá como tarefa a implementação de uma política pública federal em prol da saúde da família, que é considerada pelo Ministério da Saúde um dos pilares do SUS. É importante ressaltar que o IMESF não é apenas um prestador de serviços de saúde municipal, ele vai além: é uma forma de aplicar uma política pública nacional importante dentro do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O IMESF surgiu em meio a polêmicas, principalmente pelo fato de que o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, forma legal de controle social, vetou, em assembleia geral, sua criação. Esse conselho fora criado a partir da regulamentação do controle social de saúde, pela Lei número 8.142 de 1990, que cria instâncias de participação da sociedade como mecanismos de controle de atos e práticas, de definições e de acompanhamento de políticas públicas de saúde. Em função disso, buscou-se aqui estudar o exercício do controle social no caso do IMESF.

Segundo autores como Mello (2005), Meirelles (1989) e Di Pietro (2008), a administração pública diz respeito às atividades concretas desenvolvidas pelo Estado no sentido de assegurar os interesses coletivos, que conformariam o objetivo central da administração estatal. As atividades estatais são realizadas através de um conjunto de órgãos, agentes e pessoas jurídicas designados para cumprir demandas administrativas e gerenciais. Dessa forma, a adequada prestação dos serviços públicos é delegada a diversos agentes.

Para compreender a questão da delegação de serviços é importante entender que a administração pública brasileira é composta por dois conjuntos de agentes, órgãos e entidades atuantes para resolução dos serviços públicos, são elas: a administração pública direta e a administração pública indireta. A administração direta integra os órgãos conectados ao poder central, em cada esfera de governo, como os ministérios (da Saúde, do Trabalho etc.). Já a

administração indireta é composta por entidades com personalidade jurídica diferenciada, como as fundações e as autarquias, que foram criadas com a intenção de realizar atividades públicas de forma descentralizada, conforme a necessidade da administração pública. Toda essa organização é resultado de um longo processo legislativo, que possui como seu principal marco legal a Constituição Federal de 1988, o decreto Lei nº 200 de 1967 e suas respectivas alterações.

Ocorre que a administração pública brasileira vem sofrendo profundas modificações, principalmente a partir do final da década de 1980. Reformas foram efetuadas no seio da administração, sendo a principal delas denominada de Reforma Gerencial, iniciada no governo do presidente Fernando Collor de Mello e implementada no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Pdrae). Tal reforma modificou o conjunto do aparelho estatal direto, a administração indireta e inseriu entidades privadas na gestão e prestação de serviços públicos sem necessidade de licitação.

As fundações públicas de direito privado, apesar de existirem, há bastante tempo, como entes da administração indireta brasileira, foram reformuladas e inseridas novamente com o advento do gerencialismo na forma de prestação dos serviços públicos pelo Estado. Tais entes da administração pública foram institucionalizados pelo Decreto-Lei nº 200 de 1967, segundo o qual as fundações seriam entidades dotadas de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criadas em virtude de autorização legislativa para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes. Lembrando que esta questão será mais bem tratada no Capítulo 4 deste trabalho.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, algumas mudanças foram importantes para modificar o contexto e o processo de criação das fundações. O artigo 39, caput, da CF/88 esclarece que somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação em seu texto original. No entanto, a CF/88 somente prevê a criação por lei específica e não regulamenta, naquele momento, as fundações. A única menção da atual Constituição em relação a tais entes federativos é que estes possuam regime jurídico único aos servidores das fundações públicas

(caput do artigo 39). É importante ressaltar neste momento que, apesar de serem citadas as questões relativas à legalidade ou não das fundações públicas de direito privado e da contratação de seus funcionários, este fato é secundário, tratado no intuito de esclarecer de onde veio a ideia para que a cidade de Porto Alegre criasse tal ente, pois a preocupação da pesquisa é verificar como se dá o controle social no IMESF.

Apesar da previsão para a existência de fundações públicas de direito privado na Constituição Federal, não houve regulamentação através de lei específica – e a contratação de funcionários também não é regulamentada. Dessa forma, quase 25 anos da promulgação da CF/88 e de algumas tentativas serem efetuadas pelo executivo (como o Projeto de Lei nº 92 de 2007), ainda não há regulamentação para esta prática, que vem expandindo-se no estado do Rio Grande do Sul (vide os casos de criação de fundação pública de direito privado em Porto Alegre, Novo Hamburgo e Sapucaia e) e no Brasil, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Em Porto Alegre, meio a este debate, o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família foi criado, em 6 de abril de 2011, com a aprovação da Lei nº 11.062. Trata-se de uma fundação pública de direito privado com o objetivo de operar exclusivamente a política pública nacional, denominada estratégia de saúde da família, na cidade de Porto Alegre. Segundo sua lei de criação, é uma organização sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com prazo de atuação indeterminado e com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira. Integra a administração pública indireta do município de Porto Alegre e se sujeita ao regime jurídico próprio das entidades privadas sem fins lucrativos e de assistência social.

Segundo o artigo 6º da Lei nº 11.062 de 2011 o IMESF terá a finalidade exclusiva de tratar a atenção primária do SUS, ou seja, a rede integrada e articulada da ESF, no intuito de promover, prevenir e proteger a saúde coletiva e individual. A ESF é uma política pública de saúde do governo federal, concebida como modelo participativo que estimula o contato direto e permanente do profissional de saúde com os pacientes. É um modelo integrador, pela estreita relação de toda a família do usuário com a equipe de saúde. O contato é desenvolvido através de grupos de gestantes, fumantes e terceira idade, além de visitas domiciliares, que são o principal alvo da ESF. Tais visitas são efetuadas por um grupo formado de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, dentistas, técnicos em saúde bucal, atendentes de gabinete odontológico, agentes comunitário de saúde e agentes de combate à endemia. Para

auxiliar o trabalho destes, a ESF possui ainda outros profissionais, como administradores, assessores jurídicos, contadores, assistentes administrativos, técnicos em contabilidade e técnicos em segurança do trabalho.

Por conta do exposto, pretende-se com este trabalho analisar como ocorre o exercício do controle social sobre um agente prestador de serviços de saúde municipal, denominado IMESF, na cidade de Porto Alegre. Para tanto, será verificado quais os meios existentes para a sociedade acessar as informações do IMESF e, dessa forma, ter a possibilidade de fiscalizar os atos da administração pública municipal relacionada à instituição.

Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul, fundada em 26 de março de 1772. Com uma população, segundo o senso demográfico de 2010, de 1.409.351 habitantes, teve destaque pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a metrópole com melhor qualidade de vida do Brasil por três vezes, além de possuir um dos 40 melhores modelos de gestão pública democrática – o Orçamento Participativo – e ter o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre as metrópoles nacionais (segundo os parâmetros da ONU, com um índice de 0,865). Considerada, portanto a capital com os melhores índices de educação, longevidade e renda do Brasil no ano de 2010. Ostenta cerca de 80 prêmios e títulos que a distingue como uma das melhores capitais brasileiras para morar, trabalhar, fazer negócios, estudar e divertir-se. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a destacaram, em 2009, como a capital brasileira com a menor taxa de desemprego. Além disso, a empresa de consultoria britânica Jones Lang LaSalle a inseriu, no ano de 2004, entre as 24 cidades com maior potencial para atrair investimentos no mundo. Porto Alegre também consta na lista da Pricewaterhouse Coopers entre as cem cidades mais ricas do mundo. Sediou as primeiras edições do Fórum Social Mundial e foi escolhida, recentemente, como uma das sedes da Copa do Mundo de 2014.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o órgão gestor do SUS em Porto Alegre, e tem como atribuições coordenar serviços, ações e políticas de saúde na cidade. No âmbito de sua atuação, compõem a SMS as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que respondem pelas ações de atenção básica à população. A UBS é a principal porta de acesso das pessoas ao sistema de saúde. Há, também, os centros de saúde, que compõem a rede de serviços assistenciais do município e são organizados no intuito de ofertar à população assistência especializada ou de urgência e emergência de média complexidade. Outro elemento importante é o Programa de Saúde da Família (PSF), lançado pelo Ministério da Saúde em

1994, com o objetivo de redirecionar o modelo de saúde no país, fortalecendo a atenção básica à saúde. Essa estratégia prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e sua efetiva participação. Em Porto Alegre, o PSF iniciou em 1996 e conta com 101 equipes, que atendem a uma população de 290 mil moradores da cidade e, desde 2011, trabalham sob tutela do IMESF.

Para realização deste trabalho, será utilizado o método qualitativo (Flick, 2009), que aponta que a pesquisa qualitativa utiliza o texto como material empírico; além disso, ela parte da noção da construção social das realidades em estudo e se interessa pelas perspectivas dos participantes (FLICK, 2009). Tal método é adequado a esta pesquisa, que utiliza a literatura acerca de democracia, participação e controle social em saúde para compreender as formas de acesso às informações pela sociedade.

Como técnica de pesquisa, será empregado o estudo de caso, que, conforme Yin (2005, p. 19), “[...] representa a estratégia [...] quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”. O estudo de caso foi escolhido porque se trata de uma pesquisa feita em apenas um ente específico da administração pública: o IMESF.

Dessa forma, no intuito de atingir o objetivo do trabalho, que é analisar como ocorre o exercício do controle social sobre um agente prestador de serviços de saúde municipal, denominado IMESF, na cidade de Porto Alegre, a pesquisa utilizou primeiramente a pesquisa documental e bibliográfica, a fim de investigar a forma democrática que possibilitou a inserção do controle social em saúde. No caso dessa pesquisa, a democracia participativa, segundo os parâmetros demonstrados no Capítulo 2, qualifica o Brasil como democrático e possibilita a participação da sociedade na gestão pública. Portanto, a pesquisa documental e bibliográfica é usada para explicitar a base teórica da pesquisa. Entre os documentos utilizados, encontram-se atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, jornais e revistas de saúde entregues à pesquisadora pelos entrevistados, que serão esmiuçados adiante.

Dessa forma, considerando que o objetivo da pesquisa é analisar como ocorre o exercício do controle social sobre um agente prestador de serviços de saúde municipal,

denominado IMESF, na cidade de Porto Alegre, o problema, ou questão, da pesquisa trata de verificar como a sociedade tem acesso às informações necessárias à efetivação dessa fiscalização. Para isso, primeiramente, optou-se por verificar as origens da fundação pública de direito privado na cidade de Porto Alegre, estudando o ESF na cidade. Dessa forma, foram feitas 13 entrevistas através do método “bola de neve”, em que o primeiro entrevistado indica os seguintes. Esse método foi utilizado em função da dificuldade em obter informações acerca da ESF em Porto Alegre, já que não foram encontrados trabalhos acadêmicos disponíveis sobre o assunto. Esses resultados são explicitados no Capítulo 4 deste trabalho, que aborda exclusivamente a trajetória do IMESF. Além disso, serviu, sobretudo, para mostrar a gama de organizações interessadas e envolvidas com os problemas relativos à saúde pública na cidade de Porto Alegre.

Então, a partir das 13 primeiras entrevistas efetuadas com os diversos atores partícipes, a pesquisadora pôde delinear aqueles que seriam utilizados na segunda fase da pesquisa, que analisaria o acesso às informações do IMESF pela sociedade. Nessa fase da pesquisa a amostragem foi feita a partir do delineamento das “necessidades que aparecerão durante a realização da pesquisa” (FLICK, 2009, p. 44). Seguindo esse método, de Flick (2009), durante o processo de pesquisa, observando os dados obtidos nas primeiras entrevistas, a abordagem teórica e o objetivo do estudo, a pesquisadora delimitou as necessidades futuras da pesquisa e, então, definiu quem seriam os próximos entrevistados. Dessa forma, utilizando a pesquisa teórica, delimitou-se cinco entidades, essenciais para responder à questão principal – são elas: o poder executivo, poder legislativo, os órgãos fiscalizadores, representantes da sociedade civil e o Conselho Municipal de Saúde. Estes foram escolhidos a partir da pesquisa bibliográfica e documental efetuada no segundo e no terceiro capítulo deste trabalho e, principalmente, a partir das primeiras 13 entrevistas feitas para o Capítulo 4.

A partir da delimitação dos entrevistados, a pesquisadora selecionou aqueles de cada área acima mencionada que poderiam contribuir para a pesquisa e entrou em contato via *e-mail* e telefone. Foram efetuadas entrevistas semiestruturadas para cada área – dispostas do Apêndice B ao F deste trabalho. Tais entrevistas, segundo Flick (2009), devem conter questões mais ou menos abertas, que sejam levadas pelo entrevistador como um guia no intuito de atingir seus objetivos. Além disso, todas as entrevistas foram feitas após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). A relação dos entrevistados consta no Capítulo 5 e o extrato das entrevistas está no Apêndice G.



O trabalho se justifica, primeiramente, porque trata de intervenções na saúde pública do Brasil, onde a área é elencada como direito fundamental, previsto pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Este trabalho é relevante por se tratar de um tema que é universal, pois todos dependem da saúde. E, segundo o Ministério da Saúde, 80% da população brasileira (de um total de cerca de 190 milhões de pessoas) depende exclusivamente do SUS. O governo federal implanta este sistema, basicamente, através de hospitais (segundo o Ministério da Saúde, o SUS tem 6,1 mil hospitais credenciados), unidades de atenção básica (ou postos de saúde, com 45 mil unidades de atenção primária) e equipes de saúde da família (cerca de 30 mil equipes). Dados desse ministério apontam ainda que, anualmente, o sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações. Interessa aos gestores da saúde, pois, compreender o papel que exercem diferentes atores sociais em processos de criação de políticas públicas em saúde. Além disso, o trabalho efetua uma aproximação da sociologia política com os estudos de democracia, participação e controle social com a administração de sistemas e serviços de saúde, estudando o SUS e as reformas da gestão pública brasileira que o alteraram.

A saúde, por ser direito fundamental previsto na Constituição Federal de 1988, é, desde então, tema recorrente de debates e uma preocupação importante de ser analisada e questionada constantemente. Com a aprovação do IMESF, o assunto tornou-se constante entre a população porto-alegrense, principalmente em meios de comunicação de massa, como televisões e jornais (vide debates ocorridos em veículos de telejornalismo da cidade, como RBS e TVCOM, e as inúmeras notícias publicadas em jornais de grande circulação, como Zero Hora e Correio do Povo). É, também, um problema de relevância pública, pois afeta a população e, em especial, quem utiliza o Sistema Único de Saúde. Dessa forma, analisar como ocorre o exercício do controle social sobre um agente prestador de serviços de saúde municipal, denominado IMESF, na cidade de Porto Alegre, permitidas no SUS, por conta da diretriz de descentralização do sistema, é vital para a reafirmação do modelo democrático existente.

Portanto, o trabalho é justificado pelo fato de a saúde ser considerada direito fundamental, garantido pelo Estado, e por envolver a população de Porto Alegre, que recebe

os serviços do IMESF. Também se justifica por estudar um novo modelo de prestação de saúde, muito recente (do ano de 2011) e que elucidará questões relacionadas ao processo de controle social da administração pública municipal dessa cidade. Por fim, alia duas temáticas importantes: a sociologia política e a administração em saúde.

O segundo capítulo deste trabalho aborda o embasamento teórico necessário para compreender e analisar as formas de controle e acesso à informação na constituição e no andamento do IMESF, que atua como implementador de uma política pública de saúde. Para tanto, a pesquisadora trata das abordagens da teoria democrática, principalmente da democracia participativa, que pode ser vista como pilar de construção dos modelos de controle social existentes. Além disso, a autora considera importante o estudo sobre a participação, o controle social e, principalmente, as formas de controle social em saúde, para que seja possível, ao fim do trabalho, analisar os meios que a população possui para controlar e acessar as informações sobre saúde na cidade de Porto Alegre. Dentre as formas de controle social existentes, a pesquisa estudou também a questão do *accountability*, uma forma de controle social bastante discutida atualmente, que será analisada durante nesse capítulo, para dar suporte às discussões desta pesquisa. Por esse motivo será efetuado um breve histórico acerca das formas democráticas e opiniões diversas sobre o tema, no intuito de contemplar todas as abordagens sobre o assunto, e por fim, ter uma visão clara do tema estudado.

O Capítulo 3 abrange discussões necessárias ao entendimento do processo de criação de uma fundação pública de direito privado na saúde brasileira. Trata-se, portanto, de verificar como ocorreram as mudanças na administração pública brasileira, que introduziram o gerencialismo à esfera pública e modificaram algumas formas de prestação de serviços públicos. Em contraponto ao modelo gerencial, será efetuado um breve histórico do SUS brasileiro, desde suas origens, no Movimento Sanitarista, até as novidades implementadas atualmente, tais como as fundações públicas de direito privado. Lembrando, novamente, que os capítulos 2 e 3 foram construídos a partir da pesquisa documental e bibliográfica, no intuito de exercerem o papel de referencial teórico da pesquisa.

O quarto capítulo trata especificamente do IMESF. Esse capítulo recapitula a trajetória do ESF na cidade de Porto Alegre, desde sua criação até o modelo atual, no intuito de elucidar o processo que levou a prefeitura de Porto Alegre a implantar este modelo. São abordadas também as discussões que antecederam a implantação do ESF, mostrando que os problemas de saúde da cidade são amplamente discutidos entre membros da sociedade porto-

alegrense. Esse capítulo, portanto, elenca como se deu a participação da sociedade momentos antes da implantação do ESF, pois se trata também de uma forma de controle social ocorrida no IMESF e que teve destaque inclusive na mídia local, por conta de diversas discussões feitas em jornais, rádio e televisão local.

O quinto capítulo analisará as formas de acesso às informações pela sociedade, que auxiliam, portanto, a existência do controle social no IMESF. Nesse capítulo, as entrevistadas foram analisadas, através de objetivos elencados pela pesquisadora, antes mesmo de elaborar as questões, explicitados durante o capítulo em questão, e que auxiliaram a pesquisa a obter o máximo de informações no intuito de responder à questão levantada na pesquisa e, assim, atingir ao objetivo desta.

Dessa forma, foram encontradas diversas formas para a sociedade acessar as informações no IMESF – possibilitadas, principalmente, por novas leis (como a Lei de Transparência), que ampliaram o acesso ao obrigar os governantes a divulgarem suas informações. No caso da saúde pública de Porto Alegre, percebeu-se que o CMS é um agente muito atuante nas funções de controlador de saúde. Notou-se, ainda, que mecanismos como as audiências públicas e o orçamento participativo são importantes para aumentar a participação. No entanto, embora as formas de acesso tenham sido ampliadas, o trabalho verificou que a informação ainda não é transparente, pois, para compreendê-la, é preciso ter uma compreensão técnica do assunto, que, não raro, nem os interessados em participar possuem. Além disso, a consciência cidadã de participação, ainda em construção na cidade de Porto Alegre, faz com que a sociedade tenha pouca vontade de efetuar o controle social, muito por conta de uma cultura política em formação. Outras conclusões são explicitas nesse capítulo final, denominado “Considerações finais”.

## 2. DEMOCRACIA, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Para a análise das formas de acesso à informação pela sociedade na cidade de Porto Alegre, no tocante ao IMESF, é necessário o estudo da teoria que envolve o processo de controle social, que se refere às discussões acerca das teorias democráticas. Portanto, este capítulo efetuará uma breve revisão teórica de alguns autores importantes para esta discussão, a fim de compreender as diferenças entre estes e a democracia representativa. Considerando que esta última, existente atualmente no Brasil, origina as discussões relacionadas à participação da sociedade na gestão pública, visto que esta é uma das premissas básicas da democracia representativa. Por conta da incipiente participação da sociedade na gestão pública, inseriu-se na Constituição Federal de 1988 a ideia do controle social. Para complementar esta discussão é adicionado o tema *accountability*, já que este é comumente utilizado nas discussões sobre controle social, por tratar-se de uma forma de controle social. Por fim, será estudado o controle social em saúde, já que na constituição do SUS a participação é preconizada como essencial, através da criação de diversas instituições que têm por objetivo efetuar tal controle na saúde pública brasileira.

Compreender os conceitos de democracia e poder distingui-los é essencial para o estudo dos temas participação, controle social e *accountability*. Dessa forma, a pesquisa das diversas teorias de democracia e suas consequências atuais, tais como o controle social atual, torna-se essencial para a verificação de como a sociedade acessa as informações acerca do IMESF.

### 2.1 DESVENDANDO OS CONCEITOS DE DEMOCRACIA

O conceito atual de democracia é associado, sobretudo, ao direito de votar. Tal fato se justifica porque essa é a principal característica da democracia representativa, segundo autores como Sartori (1994), Schumpeter (1961), Dahl (2001) e Bobbio (1986). Todavia, é importante perceber que existe discussão a esse respeito e que alguns autores que estudam tanto a questão da democracia quanto a participação e o controle social em saúde divergem acerca da modelo ideal de participação e democracia. Dessa forma, para contribuir com uma discussão avançada desses conceitos, a pesquisa analisa diversos conceitos de democracia, para que, por fim, cheguemos ao conceito de democracia participativa.

Democracia, segundo sua definição clássica, trata de “governo do povo, pelo povo e para o povo”, advinda da Grécia Antiga e criticada por alguns autores, por tratar-se de uma

democracia que não era efetivamente para a maior parcela da população. Entre os excluídos, encontravam-se os escravos, as mulheres e os pobres. Rousseau (2001) argumenta sobre este fato que as condições indispensáveis à democracia seriam a igualdade de participação, a soberania popular – que pode ser compreendida como o exercício da vontade geral de certa população ou comunidade –, e a participação direta dos cidadãos nas decisões fundamentais. Entre tais decisões, poder-se-ia inserir a aprovação das leis básicas e a escolha dos mandatários, bem como o acompanhamento permanente das atividades dos governantes. No entanto, conforme Rousseau argumenta (2001, p. 71), “rigorosamente falando, nunca existiu verdadeira democracia nem jamais existirá”.

Ellen Wood é uma autora que defende o ideal de democracia grego. Ela afirma que “o antigo conceito de democracia surgiu de uma experiência histórica que conferiu *status* civil único às classes subordinadas, criando, principalmente, aquela formação sem precedentes, o cidadão-camponês” (WOOD, 2003, p. 177). Importa perceber que quando a autora utiliza a palavra “cidadão”, está referindo-se àquele que é reconhecido pela Constituição Federal como tal e que pode participar da política de seu país. Os teóricos que defendem este modelo, como Wood (2003) e Coutinho (1980), criticam a teoria representativa por entenderem que, de fato, os países ditos democráticos estão cada vez mais afastados da ideia de *povo no poder*. “É nessa característica que a democracia ateniense representa uma exceção única. Somente nela se quebrou a barreira entre Estado e aldeia, pois a aldeia se tornou efetivamente unidade constitutiva do Estado, e os camponeses se tornaram cidadãos” (WOOD, 2003, p. 181).

Para autores como Martins (2003), Losurdo (2004), Wood (2004) e Coutinho (1980) é quase impossível a existência de uma democracia em um regime neoliberal, pois, entre outros motivos, as características fundamentais do liberalismo não permitiriam a ocorrência de uma democracia. Segundo eles, o que acontece é que as pessoas e os teóricos vêm confundindo os conceitos de democracia e liberalismo. No entanto, como afirma Martins (2003, p. 262), “aquilo que para o democrata é artigo de fé, para o liberal, é pecado capital”. Basta observar no texto de Martins (2003) algumas características próprias do regime liberal (sistema eleitoral, movimentos sociais, instituições representativas regidas por uma constituição, entre outros), atualmente, são vistas como a democracia, isso porque ela teria perdido seu sentido e se tornado apenas um modo de eleição de governantes através do voto. Ele complementa, por fim que “o mais triste é que os defensores da democracia não compreendem isso, não aceitam isso, não querem ouvir falar disso” (MARTINS, 2003, p. 648). Nesse sentido, Wood (2004, p.204) afirma que “liberalismo – até mesmo como ideal,

para não falar de sua realidade carregada de imperfeições – não está equipado para enfrentar as realidades do poder numa sociedade capitalista, muito menos para abranger um tipo mais inclusivo de democracia do que o que existe hoje” (WOOD, 2004, p. 204).

Em contrapartida, há autores que definem métodos democráticos que seriam capazes de conter a ideia da democracia em um regime liberal e com a participação da sociedade – a democracia representativa. Nesta, a representação indireta da população, através da escolha de representantes seria a melhor forma de incluir a opinião de todos. Sobre isso, o economista Schumpeter (1961) escreve que o homem técnico seria o melhor caminho para a democracia, uma vez que a maioria de suas decisões é racional – em vez do homem comum, que é, ao mesmo tempo, racional e irracional e, por essa razão, não estaria apto a tomar decisões. Nas palavras do autor “o método democrático é um sistema institucional, para a tomada de decisões políticas, no qual o indivíduo adquire o poder de decidir mediante uma luta competitiva pelos votos do eleitor” (SCHUMPETER, 1961, p. 242).

Para Dahl (2001), o modelo ideal de governo é o representativo, pois, segundo o autor, numa comunidade que exceda o tamanho de uma cidadezinha, não há como todos os cidadãos participarem pessoalmente dos negócios públicos. Sobre isso, Bobbio (1986, p. 52) salienta que num “sistema democrático caracterizado pela existência de representantes substituíveis é, na medida em que prevê representantes, uma forma de democracia representativa, mas aproxima-se da democracia direta na medida em que admite que estes representantes sejam substituíveis”. Além disso, Bobbio (1986) comenta que não há a capacidade de um Estado ser governado através do contínuo apelo ao povo; para ele, seria necessário prever, em média, uma convocação por dia.

Dessa forma, o sufrágio universal seria o meio mais eficaz de democratização, sobre o que Schumpeter (1961, p. 329) afirma: “essa ação justifica-se pelo fato de que a democracia parece implicar um método reconhecido, através do qual se desenrola a luta competitiva, e que o método eleitoral é praticamente o único exequível, qualquer que seja o tamanho da comunidade”. Tal ideia reafirma a dificuldade em aplicar formas mais inclusivas de democracia para cidades grandes; dessa forma, o voto seria o meio mais eficaz de inclusão das práticas democráticas.

Ainda sobre as formas de democracia, Dahl (1997) cunhou o termo “poliarquia”, para tentar definir as democracias modernas. O autor apresenta condições que seriam

premissas à existência de um governo democrático. São três fatores que os governos devem garantir no tocante à liberdade de seus cidadãos, para que o país possa ser considerado democrático, ou melhor, poliárquico: que os cidadãos possam formular as suas preferências; que possam expressá-las aos seus concidadãos e ao governo através da ação individual e coletiva; e, por fim, ter suas preferências igualmente consideradas na conduta do governo, ou seja, consideradas sem discriminação decorrente do conteúdo ou da fonte da preferência. Por tal definição, o Brasil vive num regime poliárquico, já que permite que tais parâmetros ocorram, desde a abertura democrática e a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Dahl (1998) também define as regras para um Estado democrático, com base em cinco instituições democráticas. A primeira diz respeito à eleição de funcionários para a tomada de decisão nas atividades políticas; a segunda refere-se a eleições livres, justas e frequentes; a terceira instituição relaciona-se com a liberdade de expressão dos cidadãos; a quarta é a fonte de informações diversificadas para o indivíduo; e, por fim, a quinta instituição diz respeito à cidadania inclusiva – que, para o autor, seria a liberdade de o cidadão escolher os funcionários em eleições livres e justas, de candidatar-se para os postos eletivos, de formar e participar de organizações políticas independentes, de ter acesso a fontes de informação independentes e de ter direitos a outras liberdades e oportunidades que sejam necessárias para o bom funcionamento das instituições políticas da democracia em grande escala. Além disso, o autor afirma que “um país que não possua uma ou mais dessas instituições até esse ponto não está suficientemente democratizado; o conhecimento das instituições políticas básicas pode nos ajudar a criar uma estratégia para realizar uma transição completa para a democracia representativa moderna” (DAHL, 1998, p. 112).

A partir das características citadas, verifica-se que o Brasil preenche os parâmetros necessários à existência de poliarquia, já que os representantes são eleitos a partir de eleições livres, com a participação de todos, apesar da obrigatoriedade em participar delas. A liberdade de expressão também ocorre e todos os cidadãos têm direito a diversas fontes de informações para tomar sua decisão. Por fim, o país possui instituições sólidas, no que se refere à manutenção da democracia e à estabilidade democrática. Ademais, os cidadãos possuem, atualmente, formas diversificadas de participar e opinar sobre as decisões tomadas pelos gestores – e é exatamente disso que trata este trabalho. É a partir desse modelo democrático que nascem as formas atuais de participação e a ideia do controle social – que serão elucidadas pela pesquisadora neste trabalho, especificamente em relação ao IMESF.

No entanto, é importante ressaltar que outros autores se preocupam com a abrangência de tais regras e preceitos democráticos. Giovanni Sartori (1994), em seu livro *A teoria da democracia revisada*, explica que há certa confusão no significado de democracia, pois entende que até a década de 1950 a maior parte da literatura versava sobre democracia e não sobre democracia capitalista. Dessa forma, ele evidencia que desde a metade do século XX temos um novo tipo de democracia (a capitalista). Seu texto trata de elucidar do que trata essa democracia. O autor deixa claro que devemos esquecer as ideias clássicas da democracia grega; por exemplo, afirma que “para irmos em frente, precisamos evitar o retrocesso” (SARTORI, 1994, p. 14). Dessa forma, ele se preocupa com o fato de que, nos últimos anos, todos os regimes e governos intitularam-se democráticos e a própria democracia perdeu seu sentido. Por isso, há emergência, para o autor, de criar um nome que dê sentido ao termo “democracia”, considerando o fato de que hoje não vivemos em pequenas comunidades e estamos inseridos em uma “sociedade de massas”, que adquiriu uma velocidade de mudanças gigantescas (SARTORI, 1994, p. 47).

Sobre a questão de representação, presente na teoria sobre democracia representativa, Pitkin (1972) reflete acerca dos conceitos de Estado e representação, de Hobbes. Em seu livro *Leviatã*, Hobbes apresenta os fundamentos da existência do Estado ou da república. A república seria a responsável pelo direito transferido por cada uma das pessoas que a compõe, no intuito de agir em destas, para promover a ordem e a paz e, principalmente, para garantir o cumprimento dos acordos e contratos sociais. Hobbes (2003) afirma que o ser humano abre mão do seu direito de natureza em favor do Estado. Nas palavras do autor, “a liberdade que cada homem possui de usar o seu próprio poder, da maneira que quiser, para a preservação de sua própria natureza, ou seja, da sua vida; e, conseqüentemente, de fazer tudo aquilo que o seu próprio julgamento e a razão lhe indiquem como meio mais adequado a esse fim” (HOBBS, 2003, p. 112).

Ainda sobre representação, Manin (1995) faz um estudo acerca das origens e remonta à revolução democrática do final do século XVIII, que permitiu viabilizar tal regime nas sociedades modernas. Esse sistema se desenvolveu sob alguns princípios advindos da época da revolução e que, até recentemente, não haviam sido questionados: (i) os representantes são eleitos pelos governados, o que ocorre apenas em períodos de tempo predeterminados, por meio de eleições – portanto, este princípio outorga a participação apenas formal através da delegação da representação; (ii) eles conservam uma independência parcial diante das preferências dos eleitores, o que mantém a autonomia para que tais representantes



ajam no exercício do mandato; (iii) a opinião pública sobre assuntos políticos pode manifestar-se independentemente do controle do governo – faz-se aqui uma referência expressa à questão da liberdade de expressão; (iv) e, por fim, as decisões políticas são tomadas após debate – o que parece ser a questão mais importante aqui, já que este trabalho tratará justamente desta questão relacionada à participação, o debate, que aqui se coloca como fundamental para que as decisões possam ser tomadas pelo representante.

Dessa forma, Dias (2004, p. 240) resume que os representantes são os atores que cumprem determinado papel em nome dos cidadãos, estando autorizados por estes, ou seja, os mandantes delegam aos mandatários o poder de decidir os destinos do Estado. Dessa forma, a chave para expressar desgosto ou opinar sobre as decisões tomadas pelos mandatários seria o terceiro princípio acima citado, que trata da liberdade de expressar opinião para influenciar os mandatários. Exatamente o que ocorreu no caso estudado, já que no processo de criação do IMESF houve grande interferência de diversos atores sociais nas discussões acerca das decisões que estavam sendo tomadas pelos mandatários. Além disso, como veremos no Capítulo 5, as teorias democráticas ainda podem ser vistas em discussão nos dias de hoje, quando se questionam as formas de acesso à informação pelo IMESF e os problemas e dificuldades enfrentados para a ampliação e melhora do controle social.

Assim, após verificarmos o modelo democrático que permite a participação ampliada da sociedade – democracia representativa – e ainda confirmar sua existência no Brasil, o próximo passo é revisar teoricamente a questão da participação da sociedade, para que, por fim, seja compreendido o controle social. Portanto, a questão da participação e a literatura sobre as diversas formas de participação tornam-se importantes para elucidar e analisar este trabalho.

## 2.2 COMPREENDENDO OS CONCEITOS DE PARTICIPAÇÃO

Participação é uma palavra latina, cuja origem remonta ao século XV. Vem de *participatio*, *participacionis*, *participatum* e significa "tomar parte em", compartilhar, associar-se pelo sentimento ou pensamento. Segundo Avelar (2004), a participação pode ser compreendida, de forma sucinta, como a ação de indivíduos e grupos com o objetivo de influenciar o processo político. De forma ampla, "a participação é a ação que se desenvolve em solidariedade com outros no âmbito do Estado ou de uma classe, com o objetivo de

modificar ou conservar a estrutura (e, portanto, os valores) de um sistema de interesses dominantes" (PIZZORNO, 1966, p. 30).

A participação é tema recorrente de vários autores que abordam a questão democrática, pois ela sempre está presente, em vários níveis. Alguns, como Lucia Avelar (2004) e Carole Pateman (1992) trazem a participação como ponto forte para a construção de um novo modelo democrático. Para estas autoras, a participação material diz respeito à participação real, à inclusão de todos de forma igual e efetiva para a construção de uma sociedade mais justa e menos desigual. Dessa forma, Avelar (1994) conceitua participação como a ideia de “soberania popular”, ou seja, a participação política para a autora seria o instrumento para legitimar e fortalecer as instituições democráticas, no intuito de ampliar os direitos de cidadania. Tais teorias, como será visto no Capítulo 5, aproximam a ideia de participação objetivada pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, já que este tem por objetivo participar de todas as etapas da gestão pública de saúde da cidade, desde sua elaboração até a fiscalização de seus retornos para a sociedade.

Complementando tal análise, alguns autores apontam que na sociedade atual a participação pode ser diferenciada de acordo com a classe econômica. Avelar afirma a esse respeito que “as formas de inserção política de membros das elites diferem daqueles provenientes da não elite. É mais fácil para os primeiros se iniciarem nas atividades dos partidos políticos, nas entidades corporativas, e se alçarem a cargos políticos” (AVELAR, 2004, p. 223). Pateman complementa Avelar com uma crítica à democracia representativa, pois ela contraria os preceitos da principal característica da democracia, já que não considera a participação material como o mais importante, mas sim a própria representação:

É um bocado irônico que a ideia de participação tenha se tornado tão popular, particularmente entre os estudantes, pois entre os teóricos da política e sociólogos políticos a teoria da democracia mais aceita (aceita de maneira tão ampla que poderia chamá-la de doutrina ortodoxa) é aquela na qual o conceito de **participação assume um papel menor** (PATEMAN, 1992, p. 9-10, grifo meu).

Ainda na esteira de tais ideias, Arnstein estuda a participação popular e formula uma teoria acerca da participação aliada aos níveis de poder dado ao cidadão em uma “escada da participação”. Neste trabalho, ela aponta oito degraus necessários para que no último nível dessa escada ocorresse a participação ideal. No nível mais baixo de participação está a não participação, feita através da manipulação (degrau 1) e da terapia (degrau 2), que é quando a população é impedida de participar nos processos de planejamento. O segundo nível diz respeito à concessão mínima de poder, que pode ser feita através da informação (degrau 3),

consulta (degrau 4) e pacificação (degrau 5). O nível mais alto de concessão de poder ao cidadão é dividido em três formas: parceria (degrau 6), delegação de poder (degrau 7) e controle cidadão (degrau 8). A autora define quais seriam as formas de participação em cada nível de poder, sempre exaltando a principal ideia, que seria: “a participação constitui o meio pelo qual os sem-nada (negros, imigrantes mexicanos, porto-riquenhos, índios, esquimós e brancos-pobres) podem promover reformas sociais significativas que lhes permitam compartilhar dos benefícios da sociedade moderna” (ARNSTEIN, 2002, p. 4).

De outro lado, muitos autores percebem a participação de forma a complementar a democracia representativa. E, como já estudado, no Brasil, participamos deste modelo de democracia; por isso, é importante ressaltar as formas pelas quais pode-se participar e controlar a gestão pública no país. Dito isso, Parry, Moyser e Day (1992) definem o termo *participação* como uma vasta quantidade de atividades políticas, desde a prática do voto nas eleições até *e-mails*, passando por participações em audiências públicas, discussão de políticas públicas, contato com membros do legislativo, protestos, movimentos populares e elaboração de orçamento. Por esse motivo que o trabalho selecionou os entrevistados (especificados no Capítulo 5) e, portanto, estudou as formas de participação acima mencionadas existentes no IMESF, que trata de um prestador de serviços que ainda cumpre o papel de reafirmar uma política pública de saúde municipal.

Na esteira dessas ideias, Streck e Adams (2006, p. 105-111) elencam as formas de participação:

- *O voto*: para os autores, não se trata apenas do voto efetuado durante a eleição dos representantes em cada período de mandato, mas acrescentam ainda os casos adicionais previstos na Constituição Federal, em que os cidadãos são chamados a participar, de forma individual e secreta, opinando sobre questões políticas, mediante plebiscito ou referendo, ou, ainda, a participação no encaminhamento de projetos de lei de iniciativa popular. No entanto, é necessário ressaltar o fato de que essas ocasiões raramente ocorrem no Brasil – e são mais raras ainda quando se trata de opinar acerca de questões importantes, como salários e orçamento público.
- *As manifestações públicas*: são atos esporádicos, que têm por finalidade chamar a atenção não só do governo, mas da sociedade em geral para determinado fato político emergencial, como no caso das manifestações ocorridas em 2009, em Porto Alegre, contra o descaso com a educação pública superior, ou o grande movimento ocorrido na década de 1990, para depor o então presidente da

república, Fernando Collor de Melo, ou, ainda, as manifestações promovidas pelo CMS de Porto Alegre, entre o fim de 2010 e o início de 2011, contra a criação do IMESF em Porto Alegre.

- *Os movimentos sociais*: bastante evidenciados para estes autores, no intuito de fortalecer a democracia representativa, pois, para eles, tais movimentos explicitam conflitos ocorridos no seio da sociedade e, geralmente, em espaços não institucionalizados, aumentando as interações políticas – como, por exemplo, a questão da distribuição de terra, a garantia de moradia e os direitos humanos.
- *As associações*: denominadas pelos autores como organizações da sociedade civil. São entidades sem fins lucrativos, com objetivos variados, que, segundo eles, atuam como importantes locais para o desenvolvimento da participação.
- *As redes*: segundo os autores, estas estariam sendo facilitadas pela adição de novas tecnologias da informação e das comunicações e constituem-se como um instrumento importante na nova configuração da democracia, já que trazem mudanças significativas nas interações sociais, inclusive criando espaços diferenciados para a ação coletiva.
- *Os fóruns da sociedade civil*: tais fóruns adicionam representantes de entidades da sociedade institucionalizados ou não através de termos ou protocolos, e tem como objetivo debater problemas e desenvolver ações de interesse comum, tal como ocorre no fórum de entidades em defesa do SUS.
- *As câmaras setoriais*: são grupos técnicos constituídos como fóruns de apoio para formular e acompanhar atividades de cada setor governamental. Destacam-se nesse quesito o setor de habitação, transporte e mobilidade urbana.
- *A gestão participativa*: ocorre, segundo os autores, por conta das limitações da democracia representativa, por conta da falta de sintonia entre os representantes e os representados. Nesse caso, é citado o Orçamento Participativo como exemplo no qual os cidadãos tem a possibilidade de participar diretamente na elaboração do orçamento público;
- *As conferências*: ocorrem nas três esferas de governo. Altamente institucionalizadas e praticadas de acordo com leis específicas para cada área em que ocorrem, tratam de reunir representantes de conselhos e da sociedade civil, no intuito de estabelecer diretrizes gerais que nortearão os planos dos conselhos de acordo com a sua respectiva área.

- *Os conselhos*: também são institucionalizados e mantidos pelo governo, compostos em parte por entes do próprio governo e por representantes da sociedade civil.

Lüchmann acrescenta que, embora ocorram diferentes dificuldades e limites, as experiências de participação brasileira “parecem bastante pertinentes e instigantes para o aprofundamento do debate teórico acerca da democracia deliberativa, na medida em que, entre outros, ao oportunizar a participação dos setores até então excluídos dos processos decisórios, contribuem para a desnaturalização da tese da apatia política da população” (LÜCHMANN, 2006, p. 129). Por esse motivo, a partir deste momento serão apresentadas diversas formas consideradas importantes na promoção da participação cidadã.

O Orçamento Participativo (OP) é um consagrado dispositivo de participação, oriundo da cidade de Porto Alegre, empregado para a formulação do plano de investimentos da proposta orçamentária pelo executivo, submetendo diretamente a população à deliberação sobre o que executar e com qual prioridade. O OP foi concebido e implementado em Porto Alegre pela coalizão política liderada pelo Partido dos Trabalhadores, que venceu a eleição para o executivo municipal na capital em 1988. Segundo Sobottka (2004, p. 104), o fato de ter “minoridade acanhada” no parlamento (11 das 33 cadeiras), situação que não permitiria implementar mudanças profundas por meio de leis, fez com que o OP fosse um dos instrumentos utilizados para pôr em prática, com legitimidade, as promessas feitas à base eleitoral, sobre a formulação e prioridades das políticas de investimentos do governo municipal.

Santos e Avritzer (2003), por exemplo, salientam a ideia de que Orçamento Participativo porto-alegrense se articula como espaço de participação política real pelos atores que fazem parte do processo. O OP surge com essa intenção e, segundo os autores, se manifesta de três formas:

- (1) participação aberta a todos os cidadãos sem nenhum *status* especial atribuído a qualquer organização, inclusive as comunitárias; (2) combinação de democracia direta e representativa, cuja dinâmica institucional atribui aos próprios participantes a definição de regras internas; e (3) alocação dos recursos para investimentos baseados na combinação de critérios gerais e técnicos, ou seja, compatibilização das decisões e regras estabelecidas pelos participantes com as exigências técnicas e legais da ação governamental, respeitando também os limites financeiros (SANTOS; AVRITZER, 2003, p. 18).

Vários autores se interessam pelo tema, além dos já citados; entre eles, Alfredo Alejandro Guliano (2002) – que efetua comparações entre os orçamentos participativos de dois países: Porto Alegre (Brasil) e Montevideu (Uruguai) –, Euzineia Carlos (2006) – que concentra seus estudos nas experiências ocorridas em Vitória e Serra, no Espírito Santo, entre

1989 e 2003 – e Emil Sobottka (2004) – que aborda o Orçamento Participativo como uma possível oportunidade política para segmentos que buscavam assegurar pela via legal a conquista de direitos sociais de cidadania e como instrumento político dos gestores, em busca de legitimidade num contexto adverso.

Outra forma bastante estudada de participação são os grupos de interesse, analisados por autores como Crotty e Crotty (2004), Binderkrantz (2005), Dür e Bièvre (2007) e Holyoke (2009). Ambos autores concordam em dois pontos específicos sobre grupos de interesse: o fato de representarem um papel importante no sentido de influenciar o ciclo de políticas públicas e o fato de que ainda existem questões a serem desenvolvidas acerca do tema.

Dür e Bievre (2007) apontam que os grupos de interesse são importantes para que haja interação entre os cidadãos e as autoridades públicas; porém, afirmam que “se alguns grupos constantemente ganham, a política dos grupos de interesse pode comprometer a legitimidade das tomadas de decisões numa democracia” (DÜR; BIEVRE, 2007, p. 1). Entendem, também, que a estratégia de atuação desses grupos visa interesses diversos, utilizando-se de estratégias abertas (que, por outro lado, não são usadas por grupos de interesses específicos).

Nos grupos de interesse a representação é diferenciada, já que estes ocorrem na forma de sindicatos, associações, fóruns, conselhos ou movimentos que se apresentam e atuam por representação – que pode ser exercida por diretoria, conselho, coordenação, ou outras formas. Santos (2002) afirma sobre esse assunto que, conforme os objetivos, os grupos de interesses se distinguem em duas formas: aqueles que têm como objetivo os interesses econômicos e, normalmente, são compostos por associações e sindicatos de empresários ou de empregados e os compostos a partir de iniciativas de grupos ou entidades que, ao contrário dos primeiros, não visam fins econômicos, mas sim finalidades cívicas, religiosas, humanitárias, entre outras. O que importa a esse respeito é que, independentemente da finalidade, elas se caracterizam por serem independentes do governo e influenciarem a formulação e implementação de políticas públicas em diversas áreas.

Santos (2002, p. 198) analisa, também, os destinatários dos grupos de interesse, que seriam a burocracia ministerial, os partidos políticos, o chefe do executivo, o congresso nacional e a opinião pública. Segundo o autor, “Na literatura disponível há, no entanto, um déficit considerável de abordagens recentes que levem em consideração a forma como os grupos de interesse setoriais se articulam na tentativa de intervir diretamente neste processo” (SANTOS, 2002, p. 194).

Croty e Croty (2004) mencionam estudos da década de 1990 que sugerem a influência dos grupos de interesse nas decisões dos administradores públicos e que, contudo, essa influência não chega a ser tão impactante. Eles afirmam que a temática dos “grupos de interesse” deve ser utilizada em qualquer estudo sobre quais influências os gestores públicos têm na tomada de decisão (CROTTY; CROTTY, 2004, p. 571).

Diniz e Bosch (2004) ressaltam que grupos de interesse bastante organizados, com grande poder econômico ou grande número de integrantes, além de interagir e pressionar as autoridades governamentais, indicam membros a partidos políticos para mandatos eletivos de representação. Acerca do tema parlamentares, Teater (2008) desenvolve uma pesquisa nos Estados Unidos, onde, segundo a autora, os parlamentares estariam sintonizados com os temas propostos pelos grupos de interesse e, mais do que isso, eles utilizariam tais grupos para se informarem acerca da agenda política e tomarem decisões.

Holyoke (2009) trata das interações entre grupos de interesse e, mais especificamente, sobre as situações de competições e coalizões. Segundo o autor, ocorre uma competição entre grupos de interesse, pois, numa sociedade plural e democrática, quando o governo oferta determinados benefícios a uma classe ou grupo, poderá estar restringindo as benesses de outro grupo. Trabalhando a *teoria da ação coletiva*, ele argumenta que as pessoas se tornam ativas e motivadas a participarem quando estão convencidas de que seus interesses estão sendo prejudicados; e ressalta que os grupos de interesse procuram superar antagonismos sempre que estão em pauta causas comuns e importantes (HOLYOKE, 2009, p. 361). Tais coalizões abrem margem para o estudo acerca do funcionamento de organizações da sociedade civil e suas interações com o governo, definidas como *redes de políticas públicas*.

Portanto, as redes de políticas públicas podem ser consideradas as interações de diversos atores: governo, mercado ou sociedade civil. Tais redes se unem em torno de um objetivo comum. Frey (2000) complementa tal afirmativa concluindo que as redes tratam de interações entre organizações interessadas em áreas de políticas setoriais, como saúde, educação, infraestrutura, meio ambiente etc., que agem de forma não institucionalizada e utilizam ferramentas modernas de tecnologias das comunicações.

Para Santos (2005), uma rede de políticas públicas se estabelece quando uma ou mais comunidades políticas interagem com setores governamentais para formulações e implementações das políticas do setor. O autor afirma ainda que antes de ser perniciosa para a sociedade e para a democracia, a atuação das redes de políticas públicas não maculam o papel e a autoridade do Estado quanto à formulação e execução das políticas, tratam-se, sim, de uma

forma diversa de relacionamento com a sociedade, proporcionando a possibilidade de identificação de problemas setoriais e, em determinados casos, o comprometimento desta no encaminhamento das soluções (SANTOS, 2005, p. 62).

Frey (2000) complementa tal análise afirmando que, no fundo, os objetivos são apenas a luta pela distribuição dos recursos públicos entre os setores que participam destas redes. Nas palavras do autor, “Na luta pelos escassos recursos financeiros surgem relações de cumplicidade setorial, tendo como objetivo comum a obtenção de um montante – o maior possível – de recursos para sua respectiva área política” (FREY, 2000, p. 222).

Para Przeworski (1995), as redes constituem uma pressão de forças sobre o Estado, na tentativa de interferir na formulação de políticas e, de forma significativa, em relação às forças do mercado, para o autor ocorre como reação natural ao aumento da capacidade do Estado de intervir na economia. Dessa forma, em regimes democráticos capitalistas, o empresariado teria liberdade para empreender ou retirar-se do sistema produtivo. O que aponta ao fato já discutido durante este texto, que é a aproximação da teoria liberal com a democracia representativa e suas formas de controlar e interferir no Estado liberal, que devem ser visualizados sob tal ótica.

Schneider (2005) aborda ainda, como forma de complementar esta análise, o conceito de *rede* e de *governança*, que, segundo o autor, são ideias antigas que ganharam novos significados nas últimas décadas, por conta das transformações ocorridas em torno das relações entre o Estado e a sociedade. Para o autor, governança pode ser entendida como além do ambiente que envolve atores do mercado e da sociedade civil, com o objetivo de solucionar problemas da sociedade de forma organizada, ocorrendo para que soluções para estes problemas sociais aconteçam de forma organizada, para que resulte em uma ordem social tanto no aspecto material como nos mecanismos sociais, de dentro e de fora do governo (SCHNEIDER, 2005, p. 34). Diniz complementa a questão das redes afirmando que “lidar com a dimensão participativa e plural da sociedade, o que implica expandir e aperfeiçoar os meios de interlocução e de administração do jogo de interesses” (DINIZ, 1998, p. 42).

Papadopoulos (2007) argumenta acerca do impacto das redes de políticas públicas na União Europeia em seus diversos níveis de poderes políticos e aponta que tal forma de conduzir a gestão pública, mesmo que possa parecer boa, à primeira vista, há sempre a possibilidade de conter prejuízos para a qualidade dos regimes democráticos. Para o autor, podem surgir problemas relacionados à representatividade e à legitimidade no acompanhamento público das decisões e dos resultados, pelo fato de ser mais tranquila a responsabilidade dos integrantes das redes (PAPADOPOULOS, 2007, p. 471).



Por fim, Aars e Fimreite (2005) abordam a questão sobre a *accountability* das redes de políticas públicas. Os autores se preocupam, como Papadopoulos, com a questão da informalidade das redes e do afrouxamento das regras para prestação de contas. Cria-se, então, uma encruzilhada, já que as redes têm como característica principal a informalidade e não a institucionalização, em outras palavras, um “dilema crucial da teoria democrática: a tensão entre o formal e o informal” (AARS; FIMREITE, 2005, p. 240).

Além das formas de participação já mencionadas até aqui, há ainda os conselhos gestores, que serão tratados de forma mais aprofundada no item 2.4 – principalmente pelo fato de os conselhos gestores representarem uma das principais formas de controle social institucionalizadas na saúde pública brasileira.

### 2.3 O CONTROLE SOCIAL

Para que se entenda o que significa controle social é importante estudar conceitos importantes, como *accountability* e a sociedade civil organizada, pois o controle social nada mais é que um controle exercido pela sociedade civil sobre o governo. Esse controle proporciona o envolvimento do cidadão para refletir e discutir os problemas e as suas soluções que assolam a vida coletiva. E *accountability* faz parte dos conceitos incluídos na ideia de controle social, já que se trata de uma forma de controle.

Campos (1990) publicou um dos primeiros textos sobre o controle social no Brasil. A autora estuda a dificuldade de traduzir o termo *accountability* para a língua portuguesa e acaba externalizando o problema acerca da falta de participação política dos cidadãos brasileiros. Segundo a autora, o termo não teria tradução porque a noção de cidadania é bastante baixa no Brasil e parece não autorizar o cidadão a cobrar transparência às autoridades públicas e aos representantes, em relação a suas atividades. A autora fala sobre a importância em promover a responsabilização de autoridades que atuarem de forma omissa em relação às regras pertinentes à administração pública, principalmente seus princípios de legalidade, publicidade, moralidade, eficiência e efetividade. Por fim, a autora ressalta alguns pontos importantes: o grau de *accountability* pode ser explicado por dimensões macroambientais, inclusive pela história do país; quanto menos desenvolvida for uma sociedade, menor será o grau de *accountability* existente – e, quando a indignação política for superada e o tecido institucional for fortalecido, é provável que o termo surja; a terceira conclusão refere-se à precariedade dos controles formais ao longo da história (CAMPOS, 1990, p. 17).

Vinte anos após a publicação de Campos (1990), Pinho e Sacramento (2009) fazem um ensaio denominado “*Accountability*: já podemos traduzi-la para o português?”, no intuito de responder e complementar a pesquisa feita na década de 1990. Os autores apontam que a análise sobre *accountability* tem “caráter progressivo, inesgotável” e que “os estudos que a sucederam acrescentaram qualificações à palavra, evidenciando sua elástica capacidade de ampliação para permanecer dando conta daquilo que se constitui na razão de seu surgimento: garantir que o exercício do poder seja realizado, tão somente, a serviço da *res publica*” (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1354). Por fim, afirmam que “esse conceito está em construção, assim como o de nação, e dentro dos parâmetros da democracia como valor universal, o que não é pouco para uma longa tradição de autoritarismo” (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1365).

Se o termo *accountability* não tinha tradução para o português, como afirmava Campos (1990), dezenove anos após, como afirmam Pinho e Sacramento (2009), ainda há dificuldades para traduzi-lo. No entanto, importa aqui ressaltar que se trata de uma dificuldade de compreensão existente mesmo em países de língua inglesa, conforme comenta Bovens (2007). Para o autor, o termo se presta para discursos políticos, porque passa uma imagem de seriedade e credibilidade aos que comprometem-se reforçar a prática da transparência, prestação de contas e incentivo à participação dos cidadãos. Bovens (2007) remonta às raízes anglo-normandas do termo e afirma que o mesmo surgiu por ocasião da conquista da Inglaterra pelos normandos no século XI. Para o autor, no intuito de conhecer todas as propriedades e riquezas nos novos domínios, não só para cobrança de impostos como também para avaliar a estrutura do reino, William I determinou que todos os possuidores de propriedades “apresentassem a conta de suas posses” (“*to rend a count of what they possessed*”) (BOVENS, 2007, p. 448). O termo se relaciona, então, com a ciência da contabilidade, em inglês *accountant*, e pressupõe a obrigação de o povo prestar contas aos governantes. No entanto, houve uma grande mudança de entendimento em relação ao significado original, com uma alteração completa de direção dos destinatários, isto é, a obrigação passou a ser, nas últimas décadas do século XX, do governo para com o povo, com as reformas na administração pública ocorridas na Inglaterra – *New Public Management* – e nos Estados Unidos – *Reinventing Government*. O termo não tem equivalente exato não só na língua portuguesa, como na francesa, alemã e outras, porque, segundo Bovens (2007, p. 449), retrata um fenômeno anglo-americano.

Bovens (2007, p. 450) aponta ainda que, atualmente, o termo *accountability* serve como um “guarda-chuva” conceitual (transparência, equidade, democracia, eficiência, responsividade, responsabilidade, integridade, boa governança ou comportamento virtuoso), e descreve ainda o que chama de “a mais concisa descrição que *accountability* poderia ter: a obrigação de explicar e justificar condutas”. Além disso, o autor sugere uma relação entre um ator, o *accountor*, e um fórum, o controlador ou *accountee*, o que acaba por conceituar *accountability* como uma relação entre um ator e um fórum, na qual o ator tem a obrigação de explicar e justificar sua conduta, o fórum pode fazer perguntas e julgar e o ator está sujeito a consequências (BOVENS, 2007, p. 450). Dessa forma, aproxima-se a ideia de *accountability* ao controle social, sendo que este pode ser considerado mais amplo, contendo aquele. Importa ressaltar aqui que o trabalho busca as formas de controle social existentes no IMESF e, porque dentro deste conceito se encontra a ideia de *accountability*, é indispensável revisar tal teoria e compreendê-la, a fim de elucidar a ideia de controle social.

Bovens et al (2008) avalia as perspectivas de resultados da prática da *accountability* no setor público através de três óticas. Primeiramente, a questão democrática (*accountability* vertical), que fala da possibilidade dos eleitores controlarem seus representantes, especialmente os do poder executivo – isso seria um controle social efetivo e aumentaria e reforçaria os preceitos democráticos. A segunda perspectiva é a constitucional (*accountability* horizontal), que diz respeito aos canais institucionais de *accountability*, regrados pela Constituição e relacionados à prevenção da corrupção e do abuso de poder. A última é a perspectiva do aprendizado que está relacionada com o círculo virtuoso criado pela participação da sociedade nos assuntos de governo. O que deve-se compreender é que, embora a tradução exata do termo *accountability* seja imprecisa na língua portuguesa, a prática deve ser compreendida para que os cidadãos entendam a importância do conceito ao aprimoramento da democracia representativa.

Streck e Adams (2006) buscam uma definição para “controle social”, que afirmam ser uma expressão ambígua. Os autores, primeiramente, tratam de desassociar o termo às teorias dos desvios de conduta – drogadição, delinquência etc. – e suas formas de repressão. Os autores ainda apontam que controle social tem um sentido amplo, que engloba, além da participação a cogestão pela sociedade em relação à autorregulação da sociedade para solucionar os problemas de forma harmônica, isto é, sem uso da força, através de procedimentos para definição dos objetivos sociais de forma racional. Para os autores, “a vigilância sobre a observação de regras e acordos faz parte desse processo, mas não o esgota,

uma vez que o controle social encerra também uma visão prospectiva, de formulação conjunta de metas e objetivos” (STRECK; ADAMS, 2006, p. 105).

Lavalle e Castello (2008) abordam o tema do controle social enquanto exercido por meio de organizações da sociedade civil. Além deste fator, os autores abordam a questão da *accountability*, ou seja, do compromisso dos representantes com os representados, as prestações de contas das ações empreendidas e as formas de interações dos representados com os representantes. Os autores apontam que há uma deficiência ou “franca inexistência de legitimidade das organizações civis que exercem funções de representação” (LAVALLE; CASTELLO, 2008, p. 83). No entanto, alertam que essas inéditas conformações da sociedade civil faziam parte de novas práticas de representação e inovações democráticas que devem ser estudadas e entendidas, entre elas os conselhos gestores de políticas públicas no Brasil.

Grau (2006), ao estudar o conceito, afirma que não termos a tradução exata para a palavra *accountability* não seria tão relevante, pois o que está em questão é a legitimidade da discricionariedade dos atos dos nossos representantes. Ela aponta ainda que o controle social pode atuar não só *ex-post* (após) em relação às ações empreendidas pelas autoridades (fiscalização), como *ex-ante* (durante), incluindo um novo termo, *responsiveness*, e criando, por neologismo, a palavra em português “responsividade”, entendida como qualidade do governo que responde satisfatoriamente às preferências dos cidadãos (GRAU, 2006, p. 264). Portanto, a autora abrange a fiscalização a todas as etapas de realização de políticas públicas, ou seja, o controle deve ocorrer sempre, seja antes das ações do governo, através da fiscalização do orçamento prévio, seja durante determinado processo e após sua finalização.

Conforme Kujawa (2005), nos anos 1970, o controle social era encarado como uma forma de manter a ordem social, desarticulando movimentos, isso porque naquela época o Estado tinha o caráter repressor. Já nos anos de 1980, a construção de uma institucionalidade democrática ganhou terreno e o controle social não era mais visto como uma ação do Estado em relação à sociedade, mas o contrário. O Estado não era mais entendido de forma monolítica, como aparelho repressor representante da burguesia, mas, sim, como possibilidade de interação na formulação de políticas públicas que ampliem a cidadania política e social.

Dessa forma, de acordo com Pontual (2008) e Kujawa (2005), a Constituição Federal de 1988 foi o marco legal que possibilitou a organização de sistemas nacionais de gestão,

participação e descentralização das políticas sociais. Segundo Pontual (2008) a aprovação de leis específicas para cada área (Lei Orgânica da Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Assistência Social, Estatuto das Cidades etc.) foi responsável pela criação de espaços de negociação e cogestão destas políticas, sendo que a sociedade civil teve papel fundamental nesse processo.

Complementando a análise acima, Diniz (1998) afirma que o Brasil é um país de democracia consolidada em termos de direitos e garantias individuais, mas que ainda existem problemas no que concerne a mecanismos de responsabilização dos governantes nos casos de desvios de condutas e mau uso dos recursos públicos. O autor acrescenta que haveria uma privatização do Estado por grupos de interesses e redes entre empresários e agentes públicos, visando à apropriação dos recursos públicos; por esse motivo, a melhor maneira de encarar tal problema seria aperfeiçoar sistemas de controle, transparência e prestações de contas dos governos (DINIZ, 1998, p. 40). Diniz (1998, p. 46) afirma que o caminho para a modernização e o fortalecimento das democracias latino-americanas passa pelos mecanismos de *accountability*, do aumento de controle externo e da aproximação com a sociedade civil. Para Frey (2000), a atuação da sociedade civil no ciclo das políticas públicas, principalmente na formulação e avaliação da execução das ações, é de fundamental importância. O autor acrescenta que “frequentemente, são a mídia e outras formas de comunicação política e social que contribuem para que seja atribuída relevância política a um problema peculiar” (FREY, 2000, p. 227). Convém destacar ainda que o Clad (2006) identifica cinco formas de avaliação da administração pública, nas quais fica evidenciado, mais uma vez, o caráter multidimensional da *accountability* pelos controles clássicos, o controle parlamentar, a introdução lógica dos resultados, a competição administrada e o controle social.

Segundo Costa (1997). os mecanismos de controle social, organizados e atuantes, tratam tanto de órgãos institucionalizados, como o Ministério Público e Tribunal de Contas, como do espaço público – a mídia e, por conseguinte, a opinião pública. O autor coloca ainda a questão de que a opinião pública sobre determinados temas pode gerar problemas na pauta do sistema político e influenciar decisões políticas concretas, ocorrendo o chamado *policy process* (COSTA, 1997, p. 181).

No tocante à conceituação de sociedade civil, verifica-se que esta já passou por inúmeras variações durante os anos. Para GOHN (2004, p. 21), o conceito “vem sofrendo reformulações que seguem, em linhas gerais, momentos da conjuntura política nacional e a

trajetória das lutas políticas e sociais do país”. Dessa forma, afirma-se que varia de acordo com a conjuntura política nacional vigente e surge, segundo Gohn, em um período chamado de transição democrática, no final dos anos 1970. Lembrando que esse período caracterizar-se-ia por manifestações políticas da sociedade civil organizada em todo país a favor de uma maior democratização, que, sobretudo, seriam as eleições. No entanto, após esse cenário, o que ocorre é uma nova ideia acerca do que seria cidadania, que, segundo Gohn (2004), foi incorporada aos discursos oficiais da época e ressignificada em uma direção próxima à ideia de participação civil, de exercício de civilidade e de responsabilidade social dos cidadãos – pois, para a autora, “trata não apenas dos direitos, mas também de deveres, ela homogeneiza os atores” (GOHN, 2004, p, 22).

Dessa forma que, nos anos 1990, com uma fragmentação e um novo caráter de Estado surgido a partir daí – o Estado gerencial –, é que a sociedade civil se amplia e se entrelaça com a sociedade política. É com o surgimento do gerencialismo no Brasil que um novo espaço é criado: o público não estatal. E, segundo Gohn (2004, p. 23), nesse “novo espaço público, denominado público não estatal, onde irão situar-se conselhos, fóruns, redes e articulações entre a sociedade civil e representantes do poder público para a gestão de parcelas da coisa pública que dizem respeito ao atendimento das demandas sociais”. Nesse sentido, delinea-se a sociedade civil organizada e a ideia de controle social quando esta participa dos conselhos gestores (como os conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais).

Segundo o governo federal brasileiro, controle social é a participação da sociedade civil no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos. Trata-se de uma ação entre sociedade e Estado, em que o compartilhamento de responsabilidades para a efetivação de políticas públicas eficazes é o foco central. Ainda nesse sentido, a Controladoria Geral da União (CGU) afirma que o controle social é a participação da sociedade no acompanhamento e na verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados. Segundo Gohn (2004), esse conceito se relaciona com a universalização dos direitos, na ampliação do conceito de cidadania para além da dimensão jurídica e numa nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo a definição das prioridades nas políticas públicas a partir de um debate público.

Fearon (1999) aborda a importância do povo em uma democracia e usa a definição do termo *accountability* na sua argumentação. O autor aponta que o conceito não é problemático – ou, pelo menos, não deveria ser. Propõe que, se uma pessoa A é *accountable* a uma outra B e se duas condições estão presentes – a saber: (i) o entendimento de que A é obrigado a agir de alguma maneira, em nome de B e (ii) B tem poderes, por alguma regra formal ou informal de punir ou premiar A por suas atividades ou desempenho –, portanto, os empregados são *accountables* para com seus empregadores, os conselhos para com seus acionistas e os políticos eleitos para com seus eleitores. Portanto, o autor entende que a teoria econômica aponta que relações envolvendo *accountability* seriam relações de *agência*, nas quais uma parte é considerada *agente* que toma decisões em nome do *principal*, e este teria poderes para punir ou premiar o agente.

Lavalle e Vera (2009, p. 131) complementam a importância da melhora dos conceitos e de sua ampliação, afirmando que “cabe ao desenvolvimento de teorias sensíveis às mudanças em curso explorar tanto o papel e valores da participação em contextos de representação extraparlamentar quanto as respostas que essas modalidades de representação podem oferecer perante os desafios de fundamentar sua legitimidade”. Além deles, Silva (2011) esclarece que a participação social é um elo importante para a governança e que as tecnologias de informação e comunicação provavelmente podem ser a solução para a ampliação da participação cidadã.

Neste sentido, Corbari (2004) também salienta a importância da *accountability* e do controle social para aprimorar o conceito de cidadania. Em seu artigo “*Accountability* e controle social: desafios para a construção da cidadania”, a autora efetua um estudo acerca das diferenças entre simplesmente publicizar informações para toda a população e tornar estas informações relevantes e entendíveis a todos que dela precisarem. Além disso, ela ressalta a dificuldade que a sociedade tem em avaliar a conduta de seus governantes justamente porque as informações geradas algumas vezes não são confiáveis e têm acesso complicado. Portanto, ela conclui que não basta “amesquinhar o princípio constitucional da publicidade”, os dados devem ser compreensíveis para que seja permitido o controle e o acesso da população às informações (CORBARI, 2004, p. 110).

Devido à importância das discussões acerca do tema *accountability*, autores vêm debruçando-se em compreendê-lo e estudando suas consequências em diversos campos. Mota (2006), por exemplo, estuda a ação popular entre os anos 2000 e 2005 como mecanismos de

*accountability*. A autora relaciona o conceito com participação, pois esta conduziria os representantes a agirem no “melhor interesse público” (MOTA, 2006, p. 232), além disso, faz com que os cidadãos possam questionar seus representantes a qualquer tempo e não somente nas eleições e, como exemplo desta possibilidade, introduz a *ação popular*, um recurso legal que, segundo ela, pode ser considerado uma forma de efetuar controle social, uma vez que “tem como fim proteger interesses públicos”, além do fato destes serem “veiculados nos meios de comunicação”. Por fim, ela aponta que “todas as dimensões de *accountability* estão presentes neste mecanismo de controle via ação popular” (MOTA, 2006, p. 236-237).

Freitas (2011) é outro autor que trabalha a questão de *accountability*. O autor trabalha o uso da Internet e dos meios eletrônicos nos governos para que estes possam ser responsabilizados por suas ações. Argumenta que a população é consideravelmente jovem no Brasil (cerca de 47% tem menos de 25 anos), o que, aliado à facilidade das novas gerações em lidar com ferramentas digitais, reforça a tese de que futuramente as informações digitais do governo serão uma grande fonte de controle social. Seu trabalho reforça os meios que podem ser utilizados para um maior controle da população sobre seus representantes. Argumentando nessa direção, Castells (2010) publicou um artigo acerca do vazamento de documentos estadunidenses pelo *site Wikileaks*, tratando da questão da liberdade de expressão em uma nova era de comunicação digital e afirmando que “nunca mais os governos poderão estar seguros de manter seus cidadãos na ignorância de suas manobras. Porque enquanto houver pessoas dispostas a fazer *leaks* e uma Internet povoada por *wikis*, surgirão novas gerações de *wikileaks*” (CASTELLS, 2010, p. 3).

Observa-se, a partir do exposto, a importância do controle social e de compreender a significado do termo *accountability* dentro daquele, para uma compreensão das práticas democráticas existentes atualmente entre os cidadãos. Pois, para um melhoramento das práticas de participação, citadas anteriormente, é essencial diversificar as formas de acesso a informações pela sociedade, para que esta possa efetuar um controle social pleno sobre a gestão pública. É neste momento que esta pesquisa tem ressaltada sua importância, pois objetiva verificar quais são as formas de acesso à informação em um serviço de saúde municipal, denominado IMESF. Além disso, é importante este estudo na área das ciências sociais, visto que, como relatado acima, a maior parte de tais estudos estão concentrados na área administrativa e jurídica e este trabalho busca aliar tal tradição à sociologia política.



Portanto, após verificar o significado de *accountability*, que está contido na gama de formas de participação geradoras da possibilidade da existência de controle social que este trabalho estuda, ou seja, um item do guarda-chuva conceitual de controle social. Percebe-se que a teoria, como será apresentada no Capítulo 5, auxiliou a escolha dos entrevistados, delimitando os partícipes relacionados ao IMESF. Além disso, é utilizada para explicar as formas de participação existentes e, inclusive, a formação de redes, para discutir o IMESF em Porto Alegre. Por fim, analisar a questão do controle social em saúde é imprescindível para finalizar a questão teórica relativa à democracia, participação e controle social na cidade.

## 2.4 CONTROLE NA GESTÃO PÚBLICA

A literatura acerca do assunto divide os controles sobre a gestão pública em institucionais e sociais. Por isso, em países com regimes democráticos, as estruturas de controles institucionais da gestão pública, os chamados mecanismos de controle e responsabilização horizontais (*accountability* horizontal), são compostos pelo controle parlamentar e pelos controles administrativos clássicos de cumprimentos de normas e princípios da administração pública, exercidos por órgãos públicos com competência para o exercício dessa função – Poder Judiciário, procuradorias de justiça (Ministério Público), tribunais de contas e órgãos de controles internos. Enquanto o controle social, que será tratado a seguir, diz respeito à atuação dos cidadãos, individualmente ou por meio de organizações da sociedade civil, por ocasião da formulação e no acompanhamento da execução das políticas públicas, a chamada *accountability* vertical (O'DONNELL, 1998).

A Constituição Federal aponta que o controle parlamentar sobre as ações administrativas é inerente à divisão de poderes. Nesse sentido, tal controle tem relação direta com o consagrado sistema de “freios e contrapesos”<sup>1</sup> do regime democrático. Nessa estrutura de divisão de poderes, o Poder Legislativo tem, basicamente, as funções de elaborar as leis e controlar a gestão governamental. As constituições estabelecem as atribuições de controle. Dois dispositivos da CF/88 são taxativos quanto a isso: o artigo 70 diz que a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta será exercida pelo Congresso Nacional e o artigo 166 estabelece que deve haver uma comissão permanente no legislativo, com a função de

---

<sup>1</sup> Para maiores informações sobre o conceito original *check and balances* buscar Vile, M. J. C. “Constitutionalism and the Separation of Powers”. Liberty Fund Inc. 1998.

operacionalizar essa atribuição de controlar as ações administrativas do governo (BRASIL, 1988).

Por esse motivo, na pesquisa de campo, a pesquisadora determinou ser de suma importância conversar com membros do legislativo que estivessem relacionados com a questão do IMESF e, também, que participassem da comissão acima relatada, o que será visto no Capítulo 5 deste trabalho. Observa-se, neste momento, como é importante que os partidos políticos efetuem uma fiscalização severa, principalmente quando é partido de oposição, já que há um interesse maior em tal fiscalização. Além disso, a possibilidade da pressão sobre parlamentares ou sobre os partidos, advinda de grupos de interesse (estudados anteriormente neste capítulo), pode influenciar decisões que não sejam de interesse público (GROISMAN; LERNER, 2006, p. 126; SCHATTSCHEIDER, 61, p. 58).

O'Donnell (1994) aponta um problema que pode fragilizar o controle legislativo nos países em que existe uma grande concentração de poder no Executivo, em especial quanto ao poder normativo, que no caso brasileiro se materializa pelas conhecidas medidas provisórias, atos pelos quais o Executivo baixa normas com força de lei. Essa característica se aproxima de um novo tipo de democracia, definida por O'Donnell (1994) como democracia delegativa, sistema democrático no qual o maior poder é delegado ao presidente e, embora seja considerado regime democrático enquadrado nas características definidas por Robert Dahl para as novas poliarquias, os controles institucionais (*accountability* horizontal) são extremamente fracos ou inexistentes nas democracias delegativas (O'DONNELL, 1994, p. 61).

Groisman e Lerner (2006) apontam que os tribunais de conta fazem parte do controle formal e atuam para promover a regularidade contábil e financeira, utilizando, para isso, planos aprovados no Legislativo e as normas da administração pública. Ainda sobre isso, Mileski (2003) aponta que os tribunais de contas, órgãos técnicos, autônomos e independentes, têm como competência a execução do controle externo da administração pública, exercendo a função fiscalizadora das ações governamentais sob os aspectos de natureza financeira. Além disso, eles atuam na observância dos princípios da administração pública – em especial, dos princípios da legalidade, legitimidade e economicidade (MILESKI, 2003, p. 254).

No Brasil, por conta da legislação, os governos prestam contas e são julgados pelo que fizeram, e não pelo que deixaram de fazer, em razão dos planos orçamentários serem meramente autorizativos. Isso significa dizer que a Lei Orçamentária aprovada autoriza o governo a realizar os planos, mas, no entanto, não impõe que este seja realizado por completo. Assim, as prioridades e discricionariedades para decidir entre o que fazer e o que não fazer fica totalmente a cargo do gestor, sem possibilidade de sanção administrativa pelos controles institucionais – salvo raras exceções – pelo que deixaram de fazer. Isso não ocorre no caso dos controles sociais, que podem exercer a *accountability* vertical permanente, atuando também sobre as escolhas políticas de prioridades na execução orçamentária.

São definidos como controles internos os mecanismos instituídos pelos próprios gestores públicos, também referidos como autocontroles ou autotutela. No Brasil, embora previsto já na Constituição Federal de 1967, somente com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (BRASIL – LRF, 2000), que estabeleceu diversas atribuições para o controle interno é que este passou a ser efetuado em todas as esferas de governo, em especial nos municípios. Neste momento, a atuação dos tribunais de contas passa a ser ainda mais importante, uma vez que estes exigem a presença do controle interno como condição para aprovação das contas da gestão fiscal. As principais atribuições dos órgãos de controles internos são avaliar o cumprimento das metas orçamentárias, fiscalizar a observância dos princípios e normas da administração pública (em especial o princípio da legalidade), avaliar a eficiência e eficácia da gestão quanto aos resultados produzidos e apoiar os órgãos de controles externos (MILESKI, 2003).

Segundo O'Donnell (1998), o controle social da administração pública, ou *accountability* vertical, é o controle exercido pelos cidadãos na forma de reivindicações ou contestações dos atos das autoridades públicas, de forma livre e direta, individualmente ou por meio de organizações. É por esse motivo que o conceito de controle social está intimamente relacionado ao conceito de participação e colaboração entre governo e sociedade na busca de soluções para os conflitos do processo social, tendo como norte o bem comum e o combate à injustiça social (STRECK; ADAMS, 2006, p. 105).

Bovens (2007, p. 463) aborda o controle social como a perspectiva democrática da *accountability*, que denomina de popular controle, referindo como a condição essencial para o reforço do processo democrático e suas estruturas, utilizando também o modelo “*principal-agent*”. Esse enfoque é dado no artigo de Prezeworski (2001), em que o autor descreve as

relações da sociedade com o governo e a soberania daquela sobre este. Além disso, é Grau (2006) quem aponta as condições mínimas para habilitar a cidadania ao exercício do controle social, são elas: “ter o poder de veto por meio de revogação de mandato e destituição de autoridades; os recursos administrativos; as ações de cidadania na defesa dos interesses públicos, expressas em recursos judiciais que possam obrigar as instâncias judiciais a ativar seus próprios mecanismos de controle; e as audiências públicas e exposição pública dos projetos de decisão. [...] reconhecimento jurídico do direito à informação sobre os atos administrativos e suas razões, expressa em dois recursos: a exigência da prestação de contas; e, certamente, o direito de livre acesso dos cidadãos à informação pública” (GRAU, 2006, p. 313).

O’Donnell (1998, p. 30) afirma que a interação dos cidadãos, individual ou coletivamente, organizados em ações de controle e responsabilização das autoridades públicas, ou seja, exercitando a *accountability* vertical, assegura que os países são democratizados, ou poliárquicos, no sentido de atenderem àqueles requisitos que configuram uma poliarquia, citados no início deste capítulo. O’Donnell (1998) adiciona ainda outros dois componentes das poliarquias: o liberalismo – que pressupõem respeito absoluto à esfera privada como direito que não pode ser subtraído nem pelo Estado – e o republicanismo, pelo qual as autoridades públicas tem o dever de sacrificar interesses privados em prol dos interesses públicos, pela absoluta sujeição à lei e aos princípios que norteiam a administração. Essa aproximação das práticas de participação e de controle social é comprovada no final deste trabalho, com o trabalho de campo, que comprova, no caso do IMESF, uma estrita aproximação entre as formas de participação relacionadas no item 2.2 deste trabalho, que são utilizadas para a efetuação do controle social em saúde na cidade de Porto Alegre.

Dessa forma, para que seja assegurada a dimensão republicana das poliarquias, são necessárias instituições fortes. Tais instituições são aquelas responsáveis pela chamada *accountability* horizontal, entendida como a estrutura institucional de controle e responsabilização dos gestores públicos, composta pelas agências reguladoras, tribunais de contas, poder judiciário, poder legislativo e outros órgãos instituídos e mantidos pelo Estado, para fins da gestão pública. Esses órgãos são importantes para a manutenção do regime, mas, para O’Donnell (1998), eles devem ser isentos de influências e pressões, tendo quadros profissionalizados e orçamentos próprios e suficientes para não dependerem do Executivo.

Portanto, quanto às condições políticas para o exercício do controle social, vê-se que o Brasil é apto, uma vez que se enquadra na teoria e na prática aos requisitos postos por Dahl para caracterizar uma poliarquia e que existem instituições para o exercício da *accountability* horizontal nos moldes preconizados por O'Donnell. Quanto à questão normativa, trata-se da necessidade da existência de regramentos claros que definam os papéis dos atores no cenário. No Brasil, o conjunto de normas, iniciando pela Constituição, é indispensável para possibilitar a atuação dos cidadãos, de forma individual ou coletiva, no processo de planejamento, acompanhamento e controle das ações do governo. O artigo 37 da Constituição Federal relaciona os princípios que devem nortear a administração pública, entre eles os princípios da legalidade e da publicidade. Tal fato sugere que, para serem válidos os atos dos gestores públicos, devem ser se autorizados legalmente e publicados. Normas regulam a forma dessas publicações, que, em certos casos, poderão ser realizadas por órgãos de divulgação local (jornais), ou mesmo em publicações internas, dependendo do vulto e da relevância do ato. Por esse motivo, os atos relacionados com a execução orçamentária devem ser apreciados em relatórios por conta da LRF e publicados (normalmente, através de um diário oficial, como no caso de Porto Alegre); além disso, são disponibilizados por meio eletrônico, ou seja, na Internet.

Segundo os artigos 48 e 49 da Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL – LRF, 2000), qualquer cidadão tem a possibilidade de acompanhar os atos dos gestores públicos. Essa mesma norma estabelece que o cidadão deva ser incentivado pelo governo a participar. Assim, a LRF estabelece que os instrumentos de transparência devem ser amplamente divulgados, sendo: os planos, os orçamentos e as leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o relatório resumido da execução orçamentária e o relatório de gestão fiscal; e as versões simplificadas desses documentos (BRASIL, LRF, artigo 47). Além disso, a legislação aponta que os entes da federação disponibilizarão a qualquer pessoa física ou jurídica o acesso a informações relacionadas à despesa e a todos os atos praticados pelas unidades gestoras no decorrer da execução da despesa. Por fim, as contas apresentadas pelo chefe do poder executivo ficarão disponíveis, durante todo o exercício, no respectivo poder legislativo e no órgão técnico responsável pela sua elaboração, para consulta e apreciação pelos cidadãos e instituições da sociedade (BRASIL – LRF, 2000).

Além destes acima mencionados, o parágrafo 4º do artigo 9º trata de formas de apreciação de contas. Tal dispositivo aponta que a prestação de contas pelo chefe do Poder

Executivo ou por seu representante, diretamente aos cidadãos, sobre o que foi realizado a cada quatro meses, deve ser apresentado na comissão do Poder Legislativo responsável pela fiscalização e controle da gestão pública municipal.

O terceiro requisito diz respeito aos meios disponíveis e empregados para o acesso às informações. Com as vantagens das novas formas de tecnologia da informação e de comunicações existentes atualmente e a difusão e popularização destes meios, o acesso às informações ficou facilitado. É claro que aqui devemos fazer um lembrete de que não é toda parcela do país que possui acesso à Internet. Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 36% da população brasileira tem acesso à Internet, considerando que na Região Norte, por exemplo, o acesso é de somente 26%, enquanto na Região Sudeste chega a 42%. A figura abaixo aponta algumas estatísticas.

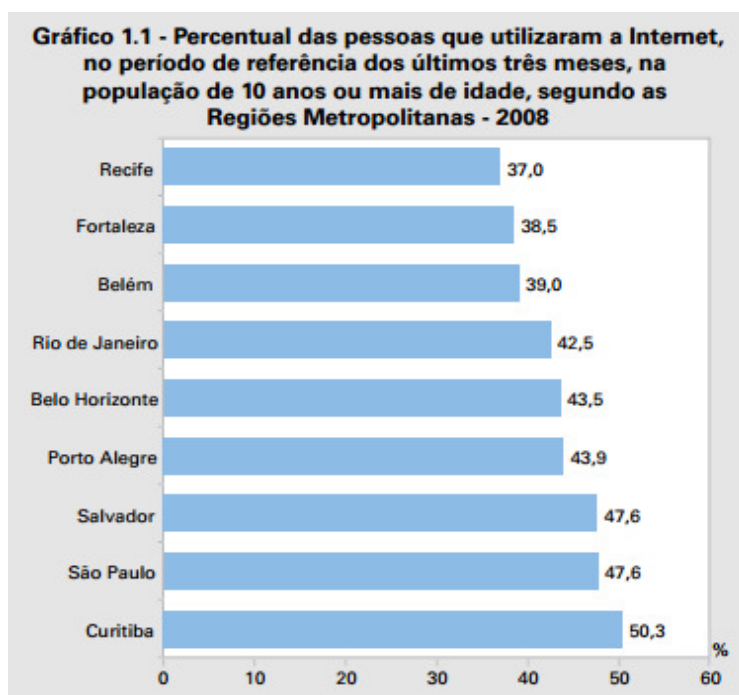


Figura 1 – Acesso a internet no Brasil.  
Fonte: IBGE (2008).

A figura aponta que, apesar da disponibilidade de informações, infelizmente não podemos considerar que o acesso é disponível a toda população. Por esse motivo, deve-se sempre observar a que região está-se referindo. Por exemplo, este trabalho trata especificamente da cidade de Porto Alegre, que tem 43,9% da população acessando a Internet. Dessa forma, é evidente que se menos da metade da população tem acesso à Internet, menor ainda é a quantidade de pessoas que acessam tais informações – o que implica, ainda, na importância da formação de redes e grupos para efetuar o controle social, sendo estes mais

preparados para acessar as informações, de acordo com o que veremos no Capítulo 5 deste trabalho.

Considerando que a LRF, abordada anteriormente, determina a publicação em meio eletrônico dos relatórios da execução orçamentária, essas informações deverão estar disponíveis, sob pena de ocorrer desobediência à lei, passível de punições. No intuito de conferir esse dado, esta pesquisa acessou tais informações nas cidades de Porto Alegre e Pinhal. Estes municípios foram escolhidos de forma aleatória, somente no intuito de verificar a presença da lei em dois polos distintos. O primeiro, melhor descrito na introdução deste trabalho, é a capital do estado; e o outro é um pequeno município do Litoral Norte do Rio Grande do Sul, com uma população de 11.840 (onze mil, oitocentos e quarenta) habitantes. Em ambos os casos é sempre possível acessar diretamente no *site* de cada prefeitura as informações acerca da execução orçamentária.<sup>2</sup> Deve-se observar que as informações não são de fácil compreensão àqueles que não possuem o mínimo de estudo e informação sobre o assunto. Além disso, elas não são padronizadas, o que prejudica qualquer tipo de comparação. Esses fatos foram apontados pelos entrevistados e serão mostrados no Capítulo 5 deste trabalho.

O Tribunal de Contas do Estado (TCE) disponibiliza informações de todos os municípios do gaúchos, com a vantagem de que na sua página *on-line* é possível fazer comparações entre secretarias. Todos os dados são encontrados no *site* do TCE, o qual, a partir da tela inicial, oferece opções para se escolher o município, ano, bimestre e tipo de relatório que se deseja consultar. Nessa mesma linha, a Controladoria-Geral da União (CGU) disponibiliza, via Internet, uma série de dados sobre a execução orçamentária da própria União.

Nos moldes do Portal Transparência da União, boa parte dos estados brasileiros também disponibiliza seus dados na Internet. O Rio Grande do Sul inaugurou seu portal, denominado Transparência RS, em agosto de 2009, onde constam informações não só do Poder Executivo, mas dos três poderes, do Ministério Público e do Tribunal de Contas. O que, mais uma vez, aponta para a disponibilidade de informações referente aos governos e seus gastos, o que já pode ser considerado um bom caminho para o melhor controle social.

---

<sup>2</sup> *Site* de Porto Alegre: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal\\_pmpa\\_novo/](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_novo/)>. *Site* de Pinhal: <<http://balneariopinhal.rs.gov.br/cidade/perfil>>.

## 2.5 CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

A participação popular é garantida pela Constituição Federal de 1988, em modelo de sistema único, mas se consolida com a Lei nº 8.142 de 1990 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. A participação dos cidadãos na gestão do SUS dar-se-á através de duas instâncias colegiadas, asseguradas pela referida lei, em seu artigo 1º – a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS):

A lei 8.142, de 1990, instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instrumentos do controle social, através dos quais deve acontecer a participação dos diversos segmentos da sociedade, ao lado do governo, no acompanhamento e na definição de políticas públicas de saúde. Os conselhos de saúde são hoje uma realidade nos estados e municípios.

É importante ressaltar que tais conquistas, relativas a formas de participação na saúde pública brasileira, devem-se em grande medida a movimentos sociais, articulados nas décadas de 1970 e 1980 – e que serão mais bem descritos no próximo capítulo. Portanto, tais formas de participação nascem de lutas de movimentos sociais que delinearão formas de participação e controle social na CF/88. Além disso, remanescentes da Reforma Sanitária ainda estão reunidos em movimentos de saúde, tal como o Fórum em Defesa do SUS, que, no caso do IMESF, manifestou-se de forma contrária à sua criação e atualmente luta pela possibilidade de tornar este ente inconstitucional no Brasil.

Ainda no parágrafo 3º do artigo 198 da CF/88 são dispostos os valores mínimos a serem aplicados anualmente por União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde. Esses valores, já regulamentados há algum tempo, sofreram nova revisão que, segundo a pesquisa, mostrará ser de vital importância para o melhoramento das formas de acesso às informações para sociedade.

Dessa forma, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, dispõe acerca dos valores mínimos a serem aplicados em saúde no Brasil e ainda estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Isso significa que a mesma trará inovações para o controle social, já que possui como meta estabelecer os critérios de rateio, que fará com que as contas sejam padronizadas e facilitará a comparação entre diversas cidades e estados brasileiros o que pode ser considerado um avanço legal importante.



Segundo o artigo 5º da Lei nº 141, de 2012, a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do produto interno bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual. Os estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos; já os municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos referentes a CF/88.

Além disso, a mesma lei regulamenta, em seu artigo 31, que os órgãos gestores de saúde da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase maior dada à comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, ao relatório de gestão do SUS e à avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da federação. Por fim, a Lei nº 141 de 2012 deixa claro que a transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

A mesma Lei citada acima confirma que o Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos tribunais de contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do conselho de saúde de cada ente da federação, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar. Além disso, o artigo 41 da referida lei aponta que os conselhos de saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão, a cada quadrimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução dessa lei nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao chefe do poder executivo do respectivo ente da federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Por fim, a União terá de prestar assistência técnica aos estados e municípios, para que estes consigam executar o que prevê a lei e, principalmente, para que a padronização ocorra em todo país. Dessa forma, a nova lei acaba por reafirmar o poder dos conselhos de saúde como agentes de controle social, além de padronizar a forma de prestação de contas e esclarecer o percentual de financiamento a ser aplicado em saúde no Brasil

Uma das formas presentes na CF/88 são as conferências de saúde, que ocorrem a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. As conferências são convocadas pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde local, e têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. Dessa forma, as deliberações das conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional.

Segundo o Ministério da Saúde, as conferências foram iniciadas há 76 anos, no intuito de cumprir o parágrafo único do artigo 90 da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937. Já em 1990, a obrigatoriedade da realização das conferências de saúde foi mantida quando a Lei n.º 8.142 as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. Segue uma tabela com as conferências nacionais realizadas no Brasil, destacando seu tema central:

Tabela 1 – Conferências Nacionais de Saúde

Conferência	Ano	Tema central
1ª Conferência Nacional de Saúde	1941	Situação sanitária e assistencial dos estados.
2ª Conferência Nacional de Saúde	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3ª Conferência Nacional de Saúde	1963	Descentralização na área da saúde.
4ª Conferência Nacional de Saúde	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde.
5ª Conferência Nacional de Saúde	1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e sua institucionalização.
6ª Conferência Nacional de Saúde	1977	Controle de grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde.
7ª Conferência Nacional de Saúde	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.
8ª Conferência Nacional de Saúde	1986	Saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial.
9ª Conferência Nacional de Saúde	1992	Municipalização é o caminho.

10ª Conferência Nacional de Saúde	1996	Construção do modelo de atenção à saúde.
11ª Conferência Nacional de Saúde	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção saúde com controle social.
12ª Conferência Nacional de Saúde	2003	Saúde, um direito de todos e um dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos.
13ª Conferência Nacional de Saúde	2008	Políticas de Estado e desenvolvimento.
14ª Conferência Nacional de Saúde	2012	Todos usam o SUS. SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro.

Fonte: elaborado pela autora, com base em dados do Ministério da Saúde.

O tema central das conferências aponta a principal preocupação relacionada à situação da saúde pública do país naquele ano e nos dá uma ideia da evolução do sistema de saúde que, a princípio, preocupava-se com questões relativas à prática sanitária brasileira e que, neste ano, por exemplo, voltava sua preocupação para a constituição de políticas públicas de saúde. Além disso, as conferências apontam para uma movimentação constante em relação à saúde pública nacional, no sentido de aprimorar mecanismos de controle social, já que tais conferências podem ser consideradas assim.

A cada nova conferência, segundo o Ministério de Saúde, pode ser observado um aumento importante da participação da sociedade civil. As conferências são consideradas fóruns privilegiados que a sociedade civil possui para discutir e apontar soluções para os problemas que envolvem a saúde da população brasileira. É nos espaços das conferências que a sociedade se articula, a fim de garantir os interesses e as necessidades da população na área da saúde e assegurar as diversas formas de pensar o SUS, assim como para ampliar, junto à sociedade, a disseminação de informações sobre o sistema, para fortalecê-lo.

Conferências estaduais e municipais antecedem a conferência nacional e são realizadas em todo o país. Elas tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional e servem para discutir e aprovar propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde e que serão levadas, posteriormente, para discussão mais ampla, durante a conferência nacional. Nas últimas conferências nacional, gaúcha e porto-alegrense foi discutida a questão da inserção das fundações públicas de direito privado, inclusive o IMESF. Ambas as conferências posicionaram-se contra a criação de tais entes na saúde pública de Porto Alegre. Inclusive, o relatório final da conferência nacional de saúde ressalta em uma de suas diretrizes que este deve “rejeitar a proposição das Fundações estatais de Direito Privado (FeDP), contida no Projeto de Lei 92/2007, e as experiências estaduais/municipais que já utilizam esse

modelo de gestão, entendido como uma forma velada de privatização/terceirização do SUS” (Ministério da Saúde, 2012, p. 26).

Quanto aos conselhos de saúde, estes existem nas três esferas governamentais. São órgãos permanentes e deliberativos, que reúnem representantes do governo e dos prestadores de serviços de saúde e usuários do SUS. Sua finalidade é formular estratégias e controlar a execução das políticas públicas, em cada instância correspondente. Trata-se de um mecanismo de controle, que, no entanto, não executa as políticas.

Lüchmann (2002) aborda a questão da construção dos conselhos gestores, ele aponta que tais conselhos seriam espaços para que a sociedade civil possa articular-se com o Estado no sentido de discutir, definir e deliberar acerca das políticas públicas. Além disso, Lüchmann (2002) define que tais conselhos deveriam funcionar como instâncias de definição, decisão e controle das principais metas e diretrizes do governo e que, embora tais metas não “quebrem com o monopólio estatal de produção e execução das políticas públicas, podem (e devem) obrigar o Estado a seguir diretrizes elaboradas em cogestão com a sociedade civil” (LÜCHMANN, 2002, p. 54).

Como verifica Gohn (2008), os conselhos gestores vêm apresentando novidades. Segundo a autora, eles são fruto de demandas populares e de pressões da sociedade civil pela redemocratização do país e, por isso, são importantes. Ela afirma ainda que os conselhos estão inscritos na CF/88 na qualidade de instrumentos de expressão, representação e participação da população. Dessa forma, eles se inserem na esfera pública e, por força de lei, integram-se com os órgãos públicos vinculados ao poder executivo, voltados para políticas públicas específicas; sendo responsáveis pela assessoria e suporte ao funcionamento das áreas onde atuam. Gohn (2008) aponta que eles são compostos por representantes do poder público e da sociedade civil organizada e se integram aos órgãos públicos vinculados ao Executivo. Além disso, a autora afirma que trata-se de um novo padrão de relações entre Estado e sociedade, porque viabilizam a participação de segmentos sociais na formulação de políticas sociais e possibilitam à população o acesso aos espaços onde são tomadas as decisões políticas.

Dessa forma, verificamos até aqui que, a partir das definições de democracia e participação na sociedade, chegamos à definição de controle social e verificamos que toda forma de acesso às informações pela sociedade contribui para o avanço do controle social em relação ao Estado. A partir de tais teorias, chega-se ao objetivo central deste trabalho, que é

analisar como ocorre o exercício do controle social sobre um agente prestador de serviços de saúde municipal, denominado IMESF, na cidade de Porto Alegre, portanto, estudar o controle social em uma fundação pública de direito privado que tem por objetivo a prestação de serviço de saúde e o estabelecimento da política pública nacional de estratégia de saúde da família. Para tanto, a definição utilizada de controle social, advém da prática deste termo usado em saúde no Brasil. Junta-se à prática aos autores revisitados durante este capítulo que tratam o tema como uma forma da sociedade acessar os meios de informação disponíveis sobre o assunto que deseja investigar e utilizando de tais informações efetuar um controle acerca da gestão pública em cada caso. Sendo assim, o controle social é a forma pela qual a sociedade controla e fiscaliza os atos da administração pública, utilizando das informações divulgadas e disponíveis para tal fim.

Por fim, para dar continuidade à questão teórica, o SUS e as modificações da gestão pública brasileira que levaram ao aparecimento de novas formas de administração pública indireta da saúde pública serão estudados no próximo capítulo. Ressalta-se, ainda, que o Capítulo 2 enfatizou os autores utilizados na sociologia política, mais especificamente sobre as discussões pertinentes à pesquisa e que o próximo capítulo, embora seja mais administrativo, também enfatiza tal área, visto que ela é fundamental aos objetivos deste trabalho.

### 3. A ORIGEM DAS FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE DIREITO PRIVADO NA SAÚDE BRASILEIRA

Este capítulo destina-se a esclarecer as origens de novas formas de administração pública, tais como as fundações públicas de direito privado, inseridas no Brasil na década de 1990. Far-se-á um recorte teórico a partir do surgimento da Nova Gestão Pública (NGP), inserida no Brasil, através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Pdrae), iniciado no ano de 1994. Além disso, pretende-se estudar como tais fundações se inseriram em nossa saúde pública e, para tanto, será feita uma leitura acerca do SUS: suas origens e suas alterações em função da NGP. Por fim, discute-se o fundamento teórico das fundações públicas de direito privado e sua inserção na saúde pública brasileira.

#### 3.1 O GERENCIALISMO NO BRASIL

A primeira observação importante acerca do tema é que não pode-se confundir a Reforma Gerencial com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, pois este surgiu para reafirmar o modelo de governo gerencialista. O Pdrae era, segundo Bresser-Pereira (2001, p. 22),<sup>3</sup> “o documento básico da reforma”, orientava a “ação reformadora do governo” e tentava “definir as instituições e estabelecer as diretrizes para a implantação de uma administração pública gerencial no país”. Além do Pdrae, a emenda constitucional nº 17 de 1988 também é considerada um dos documentos básicos da reforma; por isso, Bresser-Pereira (2001, p. 22) afirma que “é preciso, portanto, não confundir a Reforma Gerencial de 1995 com emenda constitucional, apresentada pelo governo em 1995, que ficou chamada de reforma administrativa”.

Segundo Bresser-Pereira (2001, p. 21-22), as informações necessárias à Constituição foram recolhidas em uma “viagem feita à Inglaterra onde estudou a nova gestão pública lá construída”. Além disso, o autor da reforma considera que “o Brasil retrocedeu enormemente em relação aos outros países com a Constituição de 1988” e, por esse motivo, ele constrói um plano que objetiva remodelar e modificar esse retrocesso. Fica clara a posição de Bresser-Pereira, ao afirmar que:

O **retrocesso burocrático ocorrido em 1988** resultou da crença equivocada de que a desconcentração e a flexibilização da administração pública que o Decreto-Lei 200 teria promovido estavam na origem da crise do estado, quando esta derivava, antes

---

<sup>3</sup> Bresser-pereira era, à época, Ministro da Administração e Reforma do Estado e idealizador do modelo gerencial no Brasil.

de mais nada da crise fiscal a que levou a estratégia desenvolvimentista” (BRESSER-PEREIRA, 2001, p. 21, grifo meu).

Bresser-Pereira distingue três formas de administração ocorridas no Brasil: a patrimonialista, a pública burocrática e a gerencial. O autor argumenta que nos documentos feitos por ele e nos trabalhos publicados sobre a Reforma da Gestão Pública de 1994 ele sempre efetuou a distinção entre as formas de administração pública que antecederam o gerencialismo: a administração pública patrimonialista e a administração pública burocrática. Para o autor, a primeira confundia o patrimônio público com o privado e a segunda torna o serviço público profissional baseado no princípio do mérito. O autor (2004, p. 13) aponta ainda que não subestimou os elementos já existentes na administração pública brasileira, mas “avançou na direção de uma administração mais autônoma e mais responsabilizada perante a sociedade, a partir do pressuposto de que a melhor forma de lutar contra o clientelismo e outras formas de captura do Estado é dar um passo adiante e tornar o Estado mais eficiente e mais moderno”.

O gerencialismo é um método para o país adaptar-se ao novo modo liberal e globalizado de sociedade. Em relação a isso, o documento escrito pelo Clad afirma que:

No que se refere às mudanças estruturais com impacto mundial, a América Latina tem que, em primeiro lugar, preparar-se para enfrentar a competição econômica internacional trazida pela Globalização. Neste caso, o estado deve alterar suas antigas políticas protecionistas, substituindo-as por medidas que induzam as empresas a serem mais competitivas no novo ambiente econômico mundial (Clad, 1998, p. 27).

Para tanto, o Clad aponta o gerencialismo como a forma de o Estado preparar-se para as mudanças vindas da globalização, no intuito de transformar os países latino-americanos em países liberais, globalizados e inseridos no cenário mundial. Acerca disso, a Agenda Nacional de Gestão Pública do ano de 2009 (p.6) afirma que “a reinvenção, para o setor público, de práticas e de paradigmas tradicionalmente associadas ao setor privado representa apenas parte pequena, embora importante, da obra a executar”. Essa lógica pode ser percebida pela Agenda 2009:

O regime administrativo ainda amplamente dominante, não só no Brasil, mas também no mundo, é o que se poderia chamar o fordismo administrativo, contrapartida ao fordismo industrial. Consiste o fordismo administrativo na **prestação de serviços públicos padronizados e de baixa qualidade pela burocracia do Estado**. Quer dizer: de qualidade mais baixa do que os serviços afins que quem tenha dinheiro possa comprar (Agenda Nacional de Gestão Pública, 2009, p. 6, grifo meu).

A principal referência concreta da NGP foi o modelo inglês. Na Inglaterra, com a vitória de Margaret Thatcher, em 1979 e a consequente hegemonia obtida pelo Partido Conservador até 1997, foram estabelecidas reformas que tiveram as seguintes características, segundo Ana Paula Paes de Paula (2005, p. 47):

[...] descentralização do aparelho de Estado, que separou as atividades de planejamento e execução do governo e transformou as políticas públicas em monopólio dos ministérios; privatização das estatais; terceirização dos serviços públicos; regulação estatal das atividades públicas conduzidas pelo setor privado; uso de ideias e ferramentas gerenciais advindas do setor privado.

Bresser-Pereira (2002, p. 13) aponta as características desse novo Plano. Afirma que a reforma da gestão pública “cria novas instituições e define novas práticas que permitem transformar os burocratas clássicos em gestores públicos”. Dessa forma, o autor aponta que o objetivo central era de “reconstruir a capacidade do Estado, tornando-o mais forte do ponto de vista administrativo, e, assim criando condições para que seja também mais forte em termos fiscais e em termos de legitimidade democrática” (BRESSER-PEREIRA, 2002, p. 13-14). Uma característica fundamental do modelo é o controle total sobre o administrador público, no intuito de evitar a corrupção e o desperdício, entre outros males.

É preciso lutar contra a corrupção e o desperdício, mas essa luta não alcança êxito se nos limitamos a travar a administração pública com controles e mais controles. Ao invés disso, é preciso tornar combinar confiança com controle, dar mais autonomia ao gestor público, e fazê-lo mas responsabilizado pelos seus atos (BRESSER-PEREIRA, 2004, p. 13).

Outra característica importante do modelo gerencial remete ao enxugamento do aparato do Estado, feito através da descentralização dos serviços. No entanto, muitos críticos do modelo apontam que o que houvera no Brasil denominava-se desconcentração, já que o poder de decisão continuava centralizado. Para explicar a diferença entre os termos, Caubet (2004, p. 116) aponta que:

é o fato de a primeira promover uma redistribuição efetiva e irreversível do poder de decisão, no sentido de ampliar a participação. A descentralização, pois, é uma modalidade democrática e democratizante de divisão do poder. Enquanto que a desconcentração é apenas uma modalidade de gestão administrativa, que preserva o poder de decisão da autoridade que a decide. Se essa autoridade afirmar que descentralizou, quando apenas desconcentrou, estará cometendo um equívoco técnico, ou agindo com motivação puramente demagógica, ou estará tratando de enganar as pessoas.

Em relação à saúde, a busca pela efetivação da descentralização vem ocorrendo há muito tempo. Prova disso é que em 1963 a Conferência Nacional de Saúde já discutia a importância de tal descentralização dos serviços e em 1992 a questão da municipalização (ver



Tabela 1) trata exatamente de aumentar o poder dos municípios. Além disso, um dos princípios fundamentais do SUS fala da importância de descentralizar tais serviços. Por fim, este trabalho discute exatamente um fenômeno ocorrido por conta da descentralização, já que é o município quem escolhe a forma de prestar determinado serviço de saúde (neste caso, o serviço denominado Estratégia de Saúde da Família); e o município de Porto Alegre decidiu prestar através de uma fundação pública de direito privado, enquanto a maior parte das cidades presta este serviço através da administração pública direta – são os casos de Belo Horizonte (MG) e do Rio de Janeiro (RJ), por exemplo.

Além da desconcentração, há também a questão da publicização e da diminuição das vagas no funcionalismo público, sempre tentando diminuir o tamanho do Estado, pois, segundo Bresser-Pereira (2004, p. 14), “os gestores públicos devem ser relativamente poucos, apenas os necessários para executar atividades exclusivas de Estado”. No intuito de resumir as principais características do modelo gerencial, Bresser-Pereira (*ibidem*) aponta que:

A Reforma da Gestão Pública de 1995/98 partiu do pressuposto que o Estado brasileiro já é democrático. A descentralização envolvida nesse tipo de reforma, com a transferência de decisões para agências e para organizações sociais, só é viável no contexto de uma sociedade dotada de imprensa livre e munida de organizações públicas não estatais com capacidade para exercer controle social, e, portanto, de tornar os políticos e servidores públicos razoavelmente responsabilizados. Enquanto as reformas burocráticas eram necessariamente centralizadoras, porque ocorreram no século XIX, em regimes políticos liberais mas ainda autoritários, as reformas da gestão pública podem adotar a política de descentralização e de publicização para organizações sociais, porque, durante o Século XX, o Estado tornou-se democrático, e as formas de responsabilização democrática tornaram-se disponíveis para a sociedade.

A questão da descentralização é uma das maiores discussões deste modelo, já que alguns autores afirmam que trata-se de uma máscara para a privatização dos serviços estatais. No caso do IMESF, como será mostrado no Capítulo 4, esta foi uma das teses daqueles que se posicionaram contrários ao instituto, já que acreditam ser esta uma forma de privatizar os serviços de saúde. Acerca disso, Dasso Junior (2006, p. 178) aponta que:

A criação de entes descentralizados, que atuam nos serviços sociais e científicos para o denominado “setor público não estatal” representa a privatização dos serviços públicos na área social. O exame das características da “Nova Gestão Pública” permite conceituá-la como uma teoria de Administração Pública que adota um enfoque empresarial para a gestão, dando ênfase à redução de custos, à eficácia e à eficiência dos aparelhos de Estado e propondo a clientelização dos cidadãos.

Isso ocorre pelo fato de que o modelo gerencial se inspirou na gestão privada para conceber um novo modelo público no Brasil. No entanto, Dasso Junior (2006, p. 179) afirma

que “inspirar-se na gestão privada é um erro conceitual grave, porque a gestão pública é, pelos fins e meios, absolutamente diferente da gestão privada”. Tal discussão amplia-se atualmente para as formas escolhidas pela gestão pública para prestar seus serviços. Portanto, neste momento torna-se imperativo verificar a constituição do SUS e, a partir daí, discutir a prestação dos serviços de saúde. Para isso, será feita, primeiramente, uma breve revisão histórica acerca do próprio SUS, para compreender o fenômeno que o criou, e, após, verificarmos como se dá tal prestação de serviço. Tudo isso para compreender as origens das fundações públicas de direito privado na saúde pública – neste caso, na cidade de Porto Alegre. E, compreendida as origens do IMESF, explicar como ocorre o controle social neste instituto.

### 3.2 A IDEALIZAÇÃO DO MOVIMENTO SANITARISTA BRASILEIRO

Para compreender a importância de um Sistema Único de Saúde, com acesso gratuito a toda a população, é importante remontar o processo acerca da saúde brasileira. Portanto, relembrar-se-ão momentos históricos importantes e que, de alguma forma, moldaram o que seria denominado SUS, na década de 1990. Assim, a partir deste momento será feito um resumo histórico acerca da saúde pública brasileira.

Inicia-se a descrição a partir do Brasil Colônia e do Império. Em tal época, a preocupação era apenas com questões de controle de saúde em navios e portos, sendo tais responsabilidades delegadas às juntas municipais. Somente no ano de 1851 é criada a Junta Central de Higiene Pública, que tinha por objetivo aumentar os cuidados de saúde e promover campanhas. Nesse sentido, a Junta inspecionava a vacinação, controlava a política sanitária da terra e a medicina em geral. Para tanto, os alimentos, farmácias, armazéns, cemitérios etc. eram inspecionados, já que tais lugares poderiam causar danos à saúde pública, caso houvesse algum tipo de contaminação (Ministério da Saúde).

Oliveira (1983), ao abranger o período de 1866-1896 da história da saúde brasileira, em especial no estado da Bahia, esclarece o papel de intelectuais formuladores de discursos científicos e políticos, em especial aqueles dirigidos a promover a intervenção médica no corpo social. Ele aponta que é possível estudar “os projetos médico-sociais, como uma das bases sobre a qual se apoiam tentativas de dominação de uma determinada fração ou classe sobre as demais” (OLIVEIRA, 1983, p. 102). O autor também analisa a forma como foi estruturado o modelo que compreende o sanitarismo no Brasil. Para isso, toma as propostas

desenvolvidas por dois grupos contemporâneos: a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e a Escola Tropicalista Baiana.

A proclamação da República, em 1889, e a modernização do Brasil, iniciada a partir desse período, foram importantes para melhorar as condições de saúde sanitária da população. Neste momento, a população brasileira ainda era rural e com altos índices de analfabetos e doentes, fato este que impulsionou o movimento sanitarista. Tal contexto inicia discussões sobre questões sociais, dentre elas a saúde.

Na Constituição Federal de 1891 é notável certa mudança em relação à saúde, sendo que existiam políticas sociais para essa área e responsabilização dos estados pelas ações de saúde, saneamento e educação. Nesse período, as principais enfermidades que acometiam a população eram as epidemias da varíola, malária, febre amarela e, mais tarde, peste bubônica. Esses problemas, associados à falta de controle por parte dos estados, trouxeram consequências econômicas, visto que navios estrangeiros não atracariam mais no porto do Rio de Janeiro. Em função disso, o governo republicano, auxiliado pela incorporação de novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos, resolveu, de acordo com documento do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) (2009), elaborar planos para combater as enfermidades, que diminuía a vida útil da população. Além disso, o Conass (2009) aponta que, diferentemente daquilo que vinha ocorrendo anteriormente, a participação do Estado nas esferas de saúde aumentou, ampliando da pequena questão das epidemias para todos os setores da sociedade.

O movimento sanitarista contribuiu, também, para a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS), em 1920, que, segundo o Ministério da Saúde, seria o responsável por uma série de serviços e campanhas direcionados para o controle de doenças, como a febre amarela e a malária.

Moraes (1983) estuda a conjuntura específica dentro do período de 1914 a 1930, especificamente o discurso da Academia Nacional de Medicina e da imprensa, através do jornal O Estado de São Paulo, sobre a saúde, ou seja, a análise do discurso de uma instituição e sobre uma instituição. Já Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978) apontam que, desde 1829, quando surge a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e, depois, a Academia Imperial de Medicina (instituída através de decreto regencial, em 8 de maio de

1835), tais instituições teriam como objetivo a defesa da ciência médica e a preocupação com a saúde pública.

Em 1923 foi aprovada a Lei Eloi Chaves e a assistência médica teve um reconhecimento legal como política pública. Essa lei regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores que recebiam benefícios de acordo com suas contribuições. Segundo o Conass (2009), nessa modalidade de seguridade o Estado não tinha participação, uma vez que se tratava de um sistema por empresa e estava bastante restrito às grandes corporações privadas e públicas existentes no país. Cada CAP possuía administração própria para os seus fundos, formada por um conselho constituído por representantes de empregados e empregadores.

No primeiro governo de Getúlio Vargas, houve certa mudança no cenário da previdência social, já que a política de Estado tratava de ampliar o benefício da previdência às categorias do operariado urbano organizado. Nesse intuito é que as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que passaram a ser a categoria dos funcionários marítimos, comerciários e bancários. Ainda em meados dos anos de 1950, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, que atendia àqueles não incluídos na medicina previdenciária. A esse órgão competia, segundo o Conass (2009, p. 19), a prestação de serviços daqueles identificados como “pré-cidadãos”, ou seja, pobres, desempregados, todos que exerciam atividades informais e todos os que não se encaixavam nos serviços das CAPs e da previdência.

Logo em seguida, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS), ao qual couberam as atividades que eram de responsabilidade do DNS, sendo apenas um instrumento legal das ações. De fato, o MS era a principal unidade administrativa de ação sanitária ligada ao governo; entretanto, essa função era distribuída entre outros ministérios e autarquias, o que acabava gerando uma disseminação de recursos financeiros e de pessoal técnico.

Segundo o MS, a década de 1960, no Brasil, foi marcada por problemas por conta do abismo social existente entre as camadas sociais da população, o que novamente fez levantar o discurso sanitarista em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. Os sanitaristas buscavam uma adequação entre o planejamento de metas de crescimento e melhorias com o planejamento em saúde. Dentre as propostas para adaptar os serviços de saúde pública à

situação que fora diagnosticada pelos sanitaristas, está a Formulação Nacional de Saúde, que teve como objetivo redefinir a identidade do MS e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social. Além disso, o Conass (2009) aponta que o contexto em volta das decisões que levaram a definir melhor a identidade do MS, mencionadas acima, era o da realização da III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, que previa em seu artigo 1º, parágrafo único, tratar de problemas de saúde e assistência, principalmente a questão da fixação de um plano nacional de saúde, fator importante nas discussões feitas à época.

Dentre as questões apontadas para discussão na III Conferência, está o fato de a municipalização dos serviços de saúde poder ser considerada essencial, juntamente com a distribuição de responsabilidades entre as três esferas de governo, itens que posteriormente voltariam a ser discutidos no âmbito da saúde brasileira – e itens discutidos neste trabalho, que trata de uma forma de prestação de serviços de saúde pelo município de Porto Alegre e seus métodos de controle social.

Posteriormente, entre 1964 e 1984, foi implantado o Sistema Nacional de Saúde. No intuito de centralizar a questão previdenciária, os militares unificaram os Institutos de Aposentadoria e Pensões e instituíram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, segundo o Conass (2009), concentrava todas as contribuições previdenciárias, além de órgão gerenciar as pensões e assistências médicas de todos os trabalhadores formais, embora deva ser ressaltado que uma gama de trabalhadores informais estava fora deste órgão.

Posteriormente, o INPS foi desdobrado em outros três institutos: Instituto de Administração da Previdência Social, Instituto Nacional de Previdência Social e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – que atendia somente aos trabalhadores com carteira assinada. Segundo Souza (2002), nesta época os brasileiros dividiam-se em três categorias quanto à assistência à saúde: os que poderiam pagar pelos serviços, os que tinham direito à assistência prestada pelo Inamps e aqueles que não possuíam direito algum. Mesmo com a grande expansão deste modelo de assistência, através de construção de hospitais e compras de leitos, o sistema entrou em crise, juntamente com a crise econômica dos anos 1970 e 1980.

Por conta da situação existente na saúde brasileira, houve a rearticulação de movimentos sociais que reivindicavam soluções para os problemas existentes naquele momento. Entre vários movimentos, destaca-se o movimento sanitário, que procurava

conciliar a produção do conhecimento e a prática política, através da chamada medicina social. A ideia era atender a todas as camadas da população, proporcionando atendimento igualitário. Acerca disso, a Declaração de Alma – Ata (1978), feita em uma das Conferências Internacionais de Saúde, foi essencial para reafirmar as discussões levantadas pelos sanitaristas, já que esta se manifestava a favor da acessibilidade dos serviços médicos à toda população.

Os anos 1980 são marcados por reivindicações ao sistema de saúde governamental. Democratização do sistema, acesso universal, defesa do caráter público e descentralização eram algumas das propostas de mudanças. Assim, a saúde seria vista como direito humano fundamental – um direito social. O marco desta década foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que resultou na legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária. Um ponto importante que este documento aborda é a questão do conceito de saúde, que foi ampliado e é resultante de outros fatores como, por exemplo, habitação, lazer, alimentação, emprego e outros. Além do fato de que a saúde passou a ser vista como um direito garantido pelo Estado.

Assim, após lutas por condições dignas de assistência à saúde, foi criado, na VIII Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde, uma proposta nova de modelo de saúde, com separação total da saúde em relação à Previdência. Outro tema importante do SUS é a tendência de cobertura universal, além da previsão de participação social – ideias estas frutos do Movimento Sanitarista em prol da democratização do nosso país. A nova Constituição Federal, promulgada em 1988, trouxe conquistas como a responsabilização dos agentes públicos por má administração e a preocupação com os direitos individuais, além de aprovar direitos civis e políticos. E, de modo muito significativo, garantiu saúde e seguridade social a todos os brasileiros. Dessa forma, após anos de luta dos chamados sanitaristas (aqueles que pertenciam ao Movimento de Reforma Sanitária), o direito à saúde é apontado na CF/88 como universal, ofertado a todos de forma igualitária pelo Estado.

Na CF/88 os direitos fundamentais (especificamente a saúde) estão dispostos no Título II, Capítulo II – “Os direitos sociais”. Sendo que o artigo 6º da CF/88 ressalta que “São direitos sociais a educação, a **saúde**, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, CF/88, 2004, p. 20, grifo meu).

A CF/88 confere à saúde o *status* de direito social e responsabiliza o Estado pela prestação adequada e pelo fornecimento a todos, garantindo, assim, as condições mínimas para a dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, o artigo 196 da CF/88 (2004, p. 117) vem reafirmar a importância do direito à saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O arcabouço legal do SUS está explicitado no texto da CF/88, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios, que incorporaram e detalharam os princípios da Carta Magna brasileira. As Leis Orgânicas da Saúde (LOS) são as responsáveis pela regulamentação do SUS, explicitando a organização e o funcionamento do sistema. São um conjunto de duas leis editadas, a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas sancionadas em 1990, com o objetivo de, segundo Gilberto Natalini (2001, p. 28):

[...] dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. [...] contém diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos municípios ao elaborarem suas próprias normas. São destinadas, portanto, a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde.

A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Ela define as áreas de atuação do SUS e suas competências, trata da gestão financeira, da transferência dos recursos e, principalmente, garante a gratuidade das ações de saúde – o que é evidenciado no seu artigo 2º: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Tal dispositivo constitui o SUS através do 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, além de prever a participação da iniciativa privada em caráter complementar, priorizando as entidades filantrópicas – em detrimento das privadas com fins lucrativos – na prestação dos serviços. Outro ponto importante é que essa lei define as áreas de atuação do sistema único de saúde, dentre as quais se destacam: assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; participação na área do saneamento; saúde do trabalhador; e vigilância epidemiológica e sanitária. Vê-se na lei acima que há previsão de que sejam constituídas fundações – embora estas não tenham sido

legalizadas pelo poder público federal, sua ideia de inserção encontra-se na criação do SUS. O artigo 7º dessa lei trata dos princípios e diretrizes do SUS e dispõe que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o sistema são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da CF/88.

Os princípios do SUS são: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; confirmando o artigo 196, onde a saúde é direito de todos; a integralidade de assistência, que pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde – doenças que afetam os indivíduos e as coletividades, com prestação continuada das ações e serviços preventivos e curativos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade, isto é, a igualdade da assistência à saúde, priorizando a oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais considerados de maior risco de adoecimento e morte decorrente da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços; e o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde e os riscos e condicionantes que afetam a saúde coletiva, atribuindo aos profissionais e aos gestores a responsabilidade por viabilizar esse direito.

Já as diretrizes do sistema são: descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de saúde; participação da comunidade, que demonstra o desejo dos atores sociais por uma democracia participativa, onde os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas de governo; e regionalização e hierarquização.

Neste momento, é vital ressaltar, mais uma vez o princípio denominado de descentralização político-administrativa, que acaba por fomentar novas formas de prestação de serviços de saúde, que serão vistas logo a seguir neste trabalho. Destacando, desde já, o fenômeno das fundações e do IMESF, objeto de pesquisa neste estudo e confirmando novamente a possibilidade de cada município escolher as formas pelas quais pode ofertar os serviços de saúde.

Ainda verificando a legislação do SUS, a Lei nº 8.080 de 1990 trata da organização, da direção e da gestão do sistema de saúde; da definição das competências e das atribuições dos entes federados; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados



na assistência à saúde; da política de recursos humanos; e dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

Do artigo 15º ao 19º da Lei 8.080/90, são detalhadas as competências e atribuições comuns e pertinentes a cada um dos entes federados que complementam a ideia da descentralização, já que pressupõe funções diferenciadas a cada ente da administração pública. Abaixo são elucidadas algumas delas:

- a) É função do Ministério da Saúde dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde e dando qualidade de vida ao brasileiro;
- b) É função das Secretarias Estaduais de Saúde promover a descentralização para os municípios, dos serviços e das ações de saúde; e
- c) É função das Secretarias Municipais de Saúde planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Ressalta-se novamente que as secretarias municipais de saúde têm por função executar os serviços de saúde, isso por conta da diretriz que insere a descentralização dos serviços de saúde. Por esse motivo, embora os programas e as políticas públicas venham do governo federal, são os municípios que têm a competência de prestá-los a população.

Seguindo o rol das leis referentes ao SUS, encontra-se a Lei nº 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de dar outras providências. Instituiu ainda, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, em cada esfera de governo, duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, ambas com participação da sociedade. Tal lei é parte essencial deste trabalho, já que tratará do controle social legal, ou seja, formas de controle social instituídas segundo a própria legislação. Em seu artigo 1º, § 1º, está estabelecido que a Conferência Nacional de Saúde:

reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

E, no § 2º, que Conselho de Saúde:

em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, Lei nº 8.142, 1990).

Destaca-se que essas duas instâncias colegiadas são os instrumentos que viabilizam a participação dos usuários no sistema de saúde. Cabe ressaltar que a Conferência Nacional de Saúde tem caráter consultivo, o que significa que formula políticas públicas em saúde e sugere ao poder executivo que as cumpra; enquanto os Conselhos de Saúde têm caráter deliberativo, que significa a possibilidade de tomar decisões e de controlar a execução das estratégias e das políticas públicas que são formuladas. Essas decisões serão acertadas entre representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários. Nos conselhos, a participação dos diferentes segmentos sociais permite que sejam discutidas as propostas e que se redirecionem os recursos para as prioridades. Ademais, há a previsão paritária de participação dos usuários, isto é, 50% em relação aos demais segmentos, o que representa uma conquista aos cidadãos.

A Lei nº 8.142 de 1990 define ainda a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) no Conselho Nacional de Saúde. Trata da alocação dos recursos do fundo nacional de saúde, do repasse regular e automático dos recursos aos municípios, estados e Distrito Federal, que, para receberem esses recursos de forma regular e automática, devem contar com: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, contrapartida de recursos em seus orçamentos, relatório de gestão e comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários. No caso da cidade de Porto Alegre, ela possui todos os requisitos e recebe um valor vindo do fundo nacional de saúde.

Portanto, após efetuar uma retrospectiva acerca do gerencialismo, do SUS e de sua legislação pertinente, é mister verificar qual foi o impacto na saúde pública brasileira deste novo sistema de governo, visto que a nova Constituição que impera direitos sociais diversos é do ano de 1988 e o projeto gerencial inicia-se no ano de 1994, com as pesquisas feitas por Bresser-Pereira. Portanto, cabe aqui verificar as modificações ocorridas na saúde pública brasileira a partir dessa reforma.

### 3.3 AS CONSEQUÊNCIAS DO MODELO GERENCIAL NA SAÚDE PÚBLICA

Após a promulgação da CF/88, inicia-se um processo político democrático no Brasil, exercido pela população através da continuidade e periodicidade das eleições para o poder executivo. Desse processo, resultou, em 1994, a eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) para presidente. Com a eleição desse novo presidente, uma de suas primeiras decisões foi o lançamento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Pdrea), redigido por Luiz Carlos Bresser-Pereira, à época, Ministro da Administração e Reforma do Estado (Mare), aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em reunião efetuado em 21 dias de setembro de 1995 e, em seguida, submetida e aprovada pelo então presidente da república, em novembro do mesmo ano.

Santos (2000, p. 11) afirma que com no governo FHC iniciou-se um “debate da mais alta relevância, relativo à ‘Reforma do Aparelho do Estado’”, que ocasionaria “profundas repercussões sobre as formas de organização adotadas pelo Estado para atender seus fins”. Segundo FHC, a necessidade de formulação desse plano surgiu a partir da crise brasileira da década de 1980, que, segundo o mesmo, constitui uma “crise de Estado”; por esse motivo, “a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia”. Acerca deste assunto, Dasso Junior (2006, p. 269) aponta que:

Esse foi um diagnóstico intencionalmente equivocado. A crise do Estado brasileiro era e ainda é uma crise de legitimidade, resultado da insuficiência da representação derivada do modelo de democracia burguesa. Mas isso nunca foi mencionado. A solução foi atribuir ao Estado desenvolvimentista brasileiro, que nunca se acercou ao Estado de bem-estar social europeu em prestação de serviços públicos, a responsabilidade pela crise do capitalismo. Afinal, com a globalização, com o fim da “Guerra Fria” e com a hegemonia do modelo capitalista, o Estado passou a representar um obstáculo para a maximização do lucro do setor privado. Esse contexto, central para a ascensão do ultraliberalismo, exigiu reformas no Estado, com ênfase nas privatizações num primeiro momento e na própria forma de gestão pública num segundo momento.

Esse diagnóstico efetuado por Dasso Junior é de suma importância na compreensão de tudo o que ocorreu na saúde brasileira após a implantação do Pdrea, pois o mesmo acarretou na privatização de várias empresas públicas, já que um dos aspectos centrais, segundo o Pdrea (1995, p. 6) “é o fortalecimento do Estado para que seja eficaz em sua **ação reguladora**, no quadro de uma economia de mercado”. O grifo, feito por esta autora, aponta a principal característica do modelo, que é deixar de ser um governo prestacional e tornar-se

regulador, utilizando a delegação das atividades do Estado para tal. Além disso, o próprio Plano (1995, p. 12) aponta que:

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de **promotor e regulador** desse desenvolvimento. (Grifo meu.)

O Pdrae é considerado o texto fundador do modelo gerencial no Brasil. Tal fato é confirmado por Fernando Henrique Cardoso, que considera o Plano um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de “gerencial”. Acerca desse fato, é interessante destacar a visão da Plataforma Interamericana de Derechos Humanos Democracia y Desarrollo (Plataforma Interamericana de Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento), que afirma:

se evidenciam las múltiples e iniquidades que se viven en el continente latinoamericano expresadas en profundas violaciones al derecho a la salud, agravadas por la **orientación dada a comienzos de la década del 90 por los organismos multilaterales** para estructurar los servicios de salud desde una lógica de mercado. (Grifo meu.)

O Pdrae (1995, p 6) “define objetivos e estabelece diretrizes para a reforma da administração pública brasileira” e salienta suas principais características:

a) redução do papel do Estado, caracterizada por uma “redefinição do papel do Estado”, que deixaria, portanto de “ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social”, e também da “via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento”;

b) utilização de eufemismos para moderar determinadas expressões que não agradavam a população, tais como a própria privatização, que no Pdrae é chamada de “publicização” e, segundo o mesmo, é a “descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica”, sendo todos esses serviços essenciais a dignidade do cidadão brasileiro;

c) liberalização da economia, que, segundo o PDRAE, envolve “ajuste fiscal” e “abandona a estratégia protecionista da substituição de importações” – que significam um alinhamento à característica liberal de não protecionismo estatal.

Salienta-se a característica denominada de publicização das atividades estatais, que na saúde ocasionou a inserção desta nas atividades ditas como públicas não estatais e tornou

possível ao Estado contratar os serviços de saúde através de entes como as fundações – e, como será explicitado no Capítulo 4, é o ponto de tensão dos grupos e das redes que discutem saúde pública e o governo na cidade de Porto Alegre

O Pdrae pressupunha que a administração seria “orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade” e que o Estado deveria adotar determinado conjunto de políticas com definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade e, sobretudo garantindo a autonomia do administrador e o controle ou cobrança dos resultados. Esses conjuntos de políticas são vistos atualmente na Agenda Nacional de Gestão Pública (2009, p. 5) brasileira, datada do ano de 2009, ou seja, apesar de o Plano datar de 1990, pode-se encontrar traços de suas políticas na gestão pública atual. No documento é possível verificar que a preocupação com uma “reinvenção do setor público” a partir de “práticas e de paradigmas tradicionalmente associados ao setor privado” representaria ainda “parte pequena” da “obra a executar”.

O Pdrae (1995, p 41-42) classifica setores de atividades exercidos pelo Estado em: núcleo estratégico, atividades exclusivas, serviços não exclusivos e produção de bens e serviços para o mercado. Esses setores são mais bem visualizados na figura abaixo:

	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
<b>NÚCLEO ESTRATÉGICO</b> Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	○				○
<b>ATIVIDADES EXCLUSIVAS</b> Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	○				○
<b>SERVIÇOS NÃO- EXCLUSIVOS</b> Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus		○ Publicização			○
<b>PRODUÇÃO PARA O MERCADO</b> Empresas Estatais			○ Privatização		○

Figura 2 – O aparelho do Estado e as formas de propriedade.  
Fonte: Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1995).

O núcleo estratégico, segundo o Pdrae (1995, p. 41), diz respeito ao “setor que define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento”, seria onde “as decisões estratégicas são tomadas” e corresponde “Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no poder executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas”. O

documento do Clad (1998, p. 7) mostra esse núcleo estratégico de atividades do Plano adequadas ao gerencialismo, quando afirma que “antes de qualquer coisa, constitua-se um núcleo estratégico dentro do aparelho estatal, capaz de formular políticas públicas e exercer atividades de regulação e controle da provisão dos serviços públicos”.

As atividades exclusivas são entendidas, segundo o Pdrae (1995, p. 41), como aqueles serviços que somente podem ser prestado pelo Estado, são “serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar”, são utilizados como exemplo desses serviços, como evidencia o Pdrae (1995, p. 41):

a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc.

Os serviços não exclusivos são aqueles que outras organizações podem atuar conjuntamente ao Estado. È aqui que ocorreram intensas mudanças no setor de saúde, já que esta ideia favoreceu o aparecimento de diversas formas de prestação de serviços de saúde, entre elas as Fundações, objeto de estudo deste trabalho. O Pdrae (1995, p. 41-42) afirma que:

correspondem ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da **saúde**, ou porque possuem ‘economias externas’ relevantes, na medida em que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. As economias produzidas imediatamente se espalham para o resto da sociedade, não podendo ser transformadas em lucros. São exemplos deste setor: as universidades, **os hospitais**, os centros de pesquisa e os museus. (Grifos meus.)

Por fim, a produção de bens e serviços voltados ao mercado é caracterizada pela atuação das empresas que, segundo o Pdrae (1995, p. 42), são “atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura” e que estariam nas mãos do Estado “porque faltou capital ao setor privado para realizar o investimento”.

Bresser-Pereira (2001, p. 24) argumenta que as nações modernas contam com três setores distintos: o setor das atividades exclusivas de Estado, dentro do qual estão o núcleo estratégico e as agências executivas e reguladoras; os serviços sociais e científicos, que não são exclusivos, mas que, considerando os direitos humanos que envolvem, justificariam um financiamento do Estado; e o setor de produção de bens e serviços para mercado, ou seja, o

setor privado. Além disso, o autor considera que o Estado deve reforçar o núcleo estratégico, tendo funcionários bem pagos e altamente qualificados.

Outra questão importante para o Pdrae consistia na propriedade, que é essencial ao modelo gerencial. Dessa forma, Bresser-Pereira (2001, p. 24) enfatiza a questão de que, nas atividades exclusivas do Estado, a propriedade será estatal; na produção de bens e serviços, a propriedade será não estatal; e no domínio dos serviços sociais e científicos, a propriedade deve ser essencialmente pública e não estatal. Essas atividades sociais seriam, principalmente, saúde, educação fundamental, garantia de renda mínima, realização de pesquisas com externalidades positivas e a preocupação com os direitos humanos. As atividades públicas não estatais a que Bresser-Pereira (2001, p. 24) se refere teriam essa característica pelo fato de serem atividades que o “mercado não pode garantir de forma adequada através do preço e do lucro” e que, no entanto, por não implicarem em exercício de poder de Estado, não existe razão para ser controlada por ele. Dessa forma, se não são nem privadas, nem estatais, essas atividades deveriam ser públicas não estatais.

Dessa forma, a reforma implementada e ora explicada modifica todos os setores da gestão pública brasileira – inclusive a gestão de saúde no Brasil. Na saúde, especificamente, alguns modelos foram adotados em diversas cidades, estados e, também, no governo federal. Tais modelos são explicitados na tabela a seguir. Eles são identificados pelos entrevistados no Capítulo 4 deste trabalho, e entre eles os principais são as Fundações Estatais; neste caso em questão, a que será estudada no próximo capítulo: o IMESF.

Tabela 2 – Novos modelos de prestação de saúde no Brasil.

Nomenclatura	Fundamento legal	Nomenclatura	Origem dos recursos
Novos modelos	Lei 9.637/1998 - Art. 5º	Contratos de gestão com OS's	Público
	Lei 9.790/1999 - Art. 9º	Termos de parceria com Oscios	Público
	Lei 11.079/2004 – Art. 22	Parceria público-privado	Público
	Projeto de Lei Complementar 92/2007	Fundações estatais	Público
	Lei 11.107/2005 - Art. 4º	Consórcios de direito privado	Público

Fonte: elaborada pela autora.

Além dos novos modelos explicitados acima, não pode-se deixar de citar que a atuação da iniciativa privada na área da saúde pode ser suplementar ou complementar. A atuação será considerada **complementar** quando for desenvolvida nos termos do artigo 199 da CF/88: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema

único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. É importante observar que todo e qualquer ente privado que preste serviço público de saúde, ou seja, serviço de saúde nos termos do SUS, deve ser considerado como saúde complementar.

As ações e os serviços privados de saúde podem ser prestados por meio de planos de saúde, oferecidos por operadoras; o setor denomina-se de saúde suplementar. Tal setor abriga os serviços privados de saúde prestados exclusivamente na esfera privada. Representa uma relação jurídica entre prestador de serviço privado e consumidor, organizada por meio de planos de saúde, conforme previsto nas leis 9.961/00 e 9.656/98. Na saúde suplementar não há vínculo direto com o SUS. A lógica intrínseca a esse setor não diz respeito a princípios como universalidade e integralidade, por exemplo.

São chamadas de os novos tipos de transferência de serviços de saúde, todas aquelas formas que vieram depois da implantação do Pdrae no Brasil. Neste trabalho, consideram-se como novos tipos: organizações sociais (OSs), organização da sociedade civil de interesse público (Oscips), parcerias público-privado (PPPs), fundações estatais e consórcios de direito privado.

As organizações sociais constituem-se em figura jurídica criada pela Lei n° 9.637/98, que define as organizações criadas a partir da transferência de atividades exercidas pelo Estado para a esfera privada e que obtêm autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo. Essas organizações são dirigidas por um conselho com participação minoritária de membros do governo, que formam de 20 a 40% da totalidade dos membros, conforme prevê o artigo 3° da sua lei de criação. O artigo 12 da presente lei prevê que poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários às OSs para cumprimento do contrato de gestão.

A referida lei cria o Programa Nacional de Publicização, com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de OSs, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União. Ainda, extingue o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron, integrante da estrutura do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e a Fundação Roquette Pinto, entidade vinculada à Presidência da República.



No setor de saúde, a cidade de São Paulo possui diversas OSs responsáveis pela gestão dos serviços de saúde na cidade. Segundo a secretaria municipal de saúde, as organizações sociais de saúde representam um modelo de parceria adotado pelo governo estadual para a gestão de unidades de saúde, finalizado entre 1998 e 2001 e previsto no Programa Metropolitano de Saúde. A experiência foi iniciada com um grupo de 15 hospitais localizados em regiões carentes de serviços, buscando melhorar o acesso da população à atenção hospitalar, principalmente na região metropolitana de São Paulo. Atualmente, 37 hospitais, 38 ambulatórios, um centro de referência, duas farmácias e três laboratórios de análises clínicas são administrados por essa forma de gerenciamento. Os novos hospitais colocaram a serviço do SUS cerca de 4.300 leitos no estado de São Paulo.

As Oscips são organizações da sociedade civil que, em parceria com o poder público, utilizam recursos do erário para suas finalidades. As Oscips são reguladas pela Lei nº 9.790/99, que trouxe a possibilidade de as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos serem qualificadas pelo poder público como Oscips e poderem com ele relacionar-se por meio de parceria, desde que seus objetivos sociais e as normas estatutárias atendam aos requisitos da lei.

As Oscips são classificadas como organizações não governamentais (ONGs), com finalidades públicas e sem fins lucrativos. Quando elas complementam ou substituem o trabalho do Estado, acabam por receber incentivos fiscais e financiamento de suas ações, conforme previsto no código tributário nacional. A princípio, as ONGs têm como objetivo organizar politicamente a sociedade civil, a fim de construir uma sociedade democrática e solidária. Para qualificarem-se como Oscips, devem atender ao previsto em sua lei de criação, onde consta, no artigo 4º, que é obrigatória a observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência, dentre outros, remetendo aos princípios da administração pública, previstos no artigo 37 da CF/88.

As Oscips foram criadas para descentralizar ações que deveriam ser realizadas pelo Estado, terceirizando as atividades deste, que se transforma em um ente “promotor e regulador”, como estabelece o Pdrae. Desta forma, seria possível adotar um modelo de gestão gerencial. Os recursos das Oscips são distribuídos de forma própria, independentemente se são repassados pelo governo ou não. Assim, o poder público não tem controle sobre os recursos a elas destinados e sua forma de aplicação, pois necessitam apenas cumprir as metas acordadas. Com o repasse de suas atividades, o Estado, além de se eximir de suas responsabilidades

básicas, favorece essas organizações prestadoras que, na maioria das vezes, competem com grupos privados.

Como exemplo na saúde, há o Instituto Vida e Saúde (INVISA), localizado no município de Tangará da Serra, no Paraná. Trata-se de uma Oscip no Paraná, mas que no estado do Espírito Santo possui, também, o certificado de OS. Esta trata de ações e serviços de saúde em Tangará e outras cidades do Paraná. Não pode-se deixar de citar aqui a Oscip que geriu a ESF na cidade de Porto Alegre, denominada Sollus, que será melhor trabalhada no Capítulo 4 deste trabalho, já que trata-se de uma das formas anteriores de prestar o serviço de ESF na cidade.

As parcerias público-privado (PPPs) são utilizadas em serviços ou atividades que incubem ao poder público, demandando elevado nível de investimento. São realizadas por particulares, havendo repartição de encargos financeiros e riscos entre parceiro públicos e privados, mediante compromissos recíprocos por longo prazo. Além disso, são firmadas por meio de contratos. Elas são menos comuns na saúde pública brasileira. Segundo Carrerra (2012), até janeiro de 2012 havia uma única PPP em funcionamento: o Hospital do Subúrbio, da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Carrerra estuda esta parceria sob o olhar da administração de empresas, não efetuando uma discussão acerca da PPP como nova forma de gestão do serviço de saúde, apenas estudando como se dá a tomada de decisão nestes entes.

No Brasil, as PPPs vêm conceituadas como contrato de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa. Na modalidade de concessão patrocinada é cobrada uma tarifa dos usuários; na concessão administrativa a administração é usuária direta ou indireta. Ambas as modalidades envolvem serviços públicos e obras públicas e só pode aplicar contrato de valor igual ou superior a vinte milhões de reais, com prazos entre cinco e 35. A contratualização das PPPs será precedida de licitação, na modalidade de concorrência. Ademais, as minutas de edital e do futuro contrato serão submetidas a consultas públicas.

Os consórcios de direito privado são regidos pela Lei nº 11.107, de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. O *caput* da referida lei afirma que: “Esta lei dispõe sobre normas gerais para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum e dá outras providências”.

De acordo com Maria Sylva Di Pietro (2009) os consórcios públicos são associações formadas por pessoas jurídicas políticas (União, estados, Distrito Federal ou municípios), com personalidade de direito público ou direito privado, criadas mediante autorização legislativa, para a gestão associada de serviços públicos. Podem constituir associação pública ou pessoa jurídica de direito privado. Quando seus objetivos situam-se na área da saúde, eles devem obedecer aos princípios e diretrizes e normas que regulam o SUS. Assim como as fundações, existem consórcios na saúde pública brasileira desde a década de 1980. Segundo o Ipea (1999), exemplos deste existem no estado do Rio de Janeiro entre municípios da região serrana, para formar um consórcio voltado ao provimento de serviços de maior complexidade. Há também o caso do Hospital da Posse, em Nova Iguaçu (RJ), inicialmente modelado como consórcio da Baixada Fluminense, mas que opera, na prática, como um convênio entre o Ministério da Saúde, a prefeitura local e a secretaria estadual de saúde do Rio de Janeiro, que dirige a unidade. Quanto a Minas Gerais, consórcios mais antigos, como o da Região do Alto São Francisco, coexistem com os mais recentes, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba, sediado em Betim, em que seus gestores propõem um modelo no qual não seja formada uma sociedade civil de direito privado, como ocorre nas demais experiências do gênero.

Em relação às fundações estatais, pode-se simplificar esta considerando que esta trata da vinculação de um patrimônio a determinado fim, transformando este patrimônio em uma personalidade jurídica. Isso significa dizer que o patrimônio adquire a condição de pessoa, passando a ser sujeito de direitos, ao mesmo tempo em que pode assumir obrigações jurídicas (DALLARI, 1995). Maria Helena Diniz complementa, afirmando que fundação “é um complexo de bens livres colocado por uma pessoa física ou jurídica a serviço de um fim lícito e especial com alcance social pretendido por seu instituidor, em atenção ao disposto em seu estatuto” (DINIZ, 1997, p. 48).

No Brasil, o primeiro registro da figura das fundações é de 10 de setembro de 1893, data em que passou a vigor a Lei nº 173, que atribuía personalidade jurídica a entidades de fins literários, científicos e religiosos (LACERDA DE ALMEIDA, 1979). As fundações a que se referem tal lei eram privadas, normalmente conectadas à Igreja Católica, e prestavam serviços de caridade e atendimento à saúde. Ressalta-se aqui que, mesmo antes de tal legislação, essas organizações já existiam com o mesmo formato das fundações, porém não

havia regramento para tais entidades, sendo as fundações tratadas como associações ou corporações.

São exemplos das primeiras fundações do país a Fundação Diocesana Pão dos Pobres, de Porto Alegre, a Fundação Abrigo Cristo Redentor, a Fundação Darcy Vargas, a Fundação Getúlio Vargas e Fundação Brasil Central (COELHO, 1978, p. 4). Pode-se verificar, com isto, que o nome *fundação* é usado atualmente para definir, no setor privado, atividades sem fins lucrativos que possuem como finalidade o interesse social.

As fundações públicas existentes segundo o formato legal atual surgiram em 1987, após a aprovação da Lei nº 7.596, que incluiu, novamente, as fundações públicas no texto do Decreto-Lei nº 200/1967 e, além de trazer uma definição, inovou determinando que o termo “fundação pública” refere-se somente às entidades dotadas de personalidade jurídica de direito privado:

Art. 5º Para os fins desta lei, considera-se: [...] IV - Fundação Pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes. (Incluído pela Lei nº 7.596, de 1987). (BRASIL, 1967.)

Além da Lei nº 7.596/1987, o principal marco legal das fundações públicas foi a Constituição Federal de 1988. O texto constitucional originário fazia referências às fundações já no *caput* do artigo 37, que trata dos princípios e fundamentos básicos da Administração Pública, que possuía a seguinte redação:

Art. 37. A Administração Pública direta, indireta e fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade [...] (BRASIL, 1988).

Grifa-se no texto acima o termo “fundacional” ao lado da administração pública direta e indireta, lembrando que “o Constituinte (à semelhança dos primeiros textos do Decreto-Lei nº 200/67) entendia que a fundação não compunha essa administração indireta” (MILHOMEM, 2008, p. 105) e, muito menos, a administração direta. Além do termo “fundacional”, o legislador inseriu as “fundações mantidas pelo Poder Público”, no inciso XVII, e as “fundações públicas”, no inciso XIX, do mesmo artigo 37.

Milhomem (2008, p. 105) identifica diversas outras formas que a Constituição Federal faz referência às fundações públicas, “que padeciam dos mesmos problemas de linguagem dúbia” – a utilização paralela de tais expressões (administração fundacional, fundação mantida pelo poder público, fundação instituída e mantida pelo poder público, fundação pública, fundação) “constitui, por si só, fonte de diferentes interpretações e constantes dúvidas”.

Reale Junior (1991) afirma que a ausência de rigor científico e de uma linguagem uniforme para referir-se às fundações estatais serviu, então, de base fértil para argumentação e sustentação de diferentes correntes doutrinárias. Esse fato, segundo o autor, pode ter gerado a falta de consenso e, principalmente, as contínuas discussões acerca da natureza jurídica das fundações estatais. A partir deste fato surgiram três correntes distintas. A primeira defende a existência de fundações públicas somente sob o regime de direito público; a segunda entende que a existência de fundações somente podem ocorrer em regime de direito privado; e a terceira aceita a existência de fundações de públicas sob o regime de direito público e também de direito privado.

Quem analisa tais correntes de pensamento dos juristas ao longo da evolução legislativa é Milhomem (2008). O autor identificou juristas que sustentam a tese dualista – da recepção da dupla natureza jurídica das fundações estatais – e outros que defendem a tese monista – da não recepção da dupla natureza jurídica das fundações estatais. A tese monista está dividida entre (a) aqueles que defendem a recepção apenas das fundações estatais de direito privado e (b) aqueles que defendem a recepção somente das fundações estatais de direito público.

Entre os autores que se posicionam quanto à tese dualista, encontram-se Cretella Júnior, Tomáz de Aquino Resende, Maria Sylvia Zanella Di Pietro e Odete Medauar. Da mesma forma, diversos são os administrativistas que defendem a tese da recepção somente de Fundações Públicas de Direito Público, entre os quais destacam-se: Celso Antônio Bandeira de Mello, Gustavo Saad Diniz, Adílson Abreu Dallari e Edimur Ferreira de Faria. Sendo somente um autor, Marcos Juruena Villela Souto, que se posiciona a favor das fundações públicas somente de direito privado.

Ainda em relação às fundações, mesmo após a promulgação da Constituição de 1988, ainda houve mudanças legais referentes às fundações públicas, com destaque à Emenda

Constitucional (EC) nº 19, de 4 de junho 1998. Já em seu primeiro artigo a EC 19/1998 alterou o inciso XXVII do artigo 22 do texto original da CF/88, que tratava das “fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público” como entidades componentes do aparelho do Estado, porém externas à Administração direta e indireta.

No tocante às fundações públicas, a Emenda nº 19/1998 também alterou os artigos 37, 38, 39 e 169 da CF/88. Milhomen (2008) efetua uma comparação das modificações realizadas e afirma que estas teriam por fundamento a padronização da designação constitucional para as fundações públicas. Além disso, o autor aponta que, após a EC 19/1998, o texto da Constituição contaria com duas formas de referência, que seriam “fundacional” e “fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público”. Ainda assim, tais alterações não pacificaram as divergências existentes quanto ao caráter jurídico das fundações. A rigor, vistas as modificações, tudo indica que o legislador pretendeu utilizar uma única linguagem, ou seja, um único modo de expressão e/ou de designação para as fundações, muito certamente imbuído da vontade de estancar interpretações diversas que vinham ocorrendo da linguagem dúbia no texto constitucional (MILHOMEM, 2008, p. 137).

Outro fato importante sobre as Fundações ocorreu com a EC 19/1998, que modificou a estrutura do Artigo 39 da CF/88. Tal artigo trata do regime jurídico único e dos planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. A redação original do *caput* do artigo 39 previa que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios instituíssem regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. O que significa dizer que todos servidores seriam regidos pelo Estatuto dos Servidores Federais e não pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), utilizada para os servidores privados.

A nova redação do *caput* do artigo 39, conforme EC 19/1998, determinava que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios instituirão conselho de política de administração e remuneração de pessoal, integrado por servidores designados pelos respectivos poderes. Essa modificação levou a interposição da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 2.135 MC/DF, com entrada no Superior Tribunal Federal (STF) em 27 de janeiro de 2000. Nesta ADI, houve a concessão de liminar pelo STF, que suspendeu a vigência da redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/1988 ao *caput* do artigo 39, mantendo-se, portanto, até decisão final, a redação anterior do artigo. Assim, impôs obrigatoriedade de sujeição das fundações públicas ao Regime Jurídico Único de que trata a

redação original do *caput* do artigo 39 da Constituição Federal de 1988, tanto as fundações públicas de direito público quanto as fundações públicas de direito privado.

O Supremo Tribunal Federal, na decisão da ADI nº 191/RS, aponta a existência de diversas fundações públicas (de direito público e de direito privado), cada uma criada com regime jurídico específico, bem como poderes distintos, sendo que a distinção entre fundações públicas e privadas decorre da forma como foram criadas, da opção legal pelo regime jurídico a que se submetem, da titularidade de poderes e também da natureza dos serviços por elas prestados (BRASIL, 2008).

Cavalcanti (1958) fala da dificuldade em compreender a existência de entidades de direito privado realizando a prestação de serviços da área social que compõem o poder público, pois, segundo, ele tais entidades escapariam da estrutura geral dos órgãos administrativos. O autor enfatiza que seriam organizações privadas, mas criadas por lei e que gozam de certas prerrogativas e às quais se atribuem finalidades mais próximas dos serviços públicos, do que os privados e lucrativos. Ele salienta ainda que não deve-se confundir o serviço público quanto a sua estrutura e subordinação aos órgãos hierarquizados da administração, mas dele se aproximam quanto aos objetivos e finalidades (CAVALCANTI, 1958, p. 347-348).

Mello (2005) afirma que para saber se determinada entidade criada pelo Estado é de direito público ou privado basta examinar o jurídico estabelecido na lei que a criou. Se este atribui a titularidade a poderes públicos, e não meramente o exercício deles, e disciplinou-a de maneira a que suas relações sejam regidas pelo direito público, a pessoa será de direito público, ainda que se lhe atribua outra qualificação. Na situação inversa, a pessoa será de direito privado, mesmo inadequadamente nominada (MELLO, 2005).

Considera-se, assim, que as fundações públicas imbuídas por caráter de direito privado não constituem nem a administração pública direta, nem a administração indireta. Ferreira, por exemplo, não conseguiu “posicionar” tais entidades, sugerindo apenas que eram componentes do aparelho do Estado. Além disso, o autor já admitia o uso da expressão “paraestatais”, termo que ganhou maior notoriedade ao ser utilizado por Bresser-Pereira, principalmente em artigos em que expunha o conteúdo de suas ideias quando da elaboração do Pdrae.

Modesto resume a atual situação jurídica e administrativa das fundações públicas no Brasil. Afirma que a ausência de uma norma geral em matéria de organização administrativa permite que em cada lei ordinária se redefina conceitualmente as entidades da administração indireta do Estado. Dessa forma, a lei específica que cria ou autoriza a criação de entidade pública pode estabelecer um tipo de forma que vale apenas para aquela entidade criada ou autorizada, mas não para as demais, em diversos aspectos, como o âmbito de autonomia da entidade, a composição dos seus quadros dirigentes e o controle ou supervisão de sua atuação pela administração direta. Por outro lado, o autor fala que o risco constante de fragmentação e fluidez dos arranjos organizacionais, ao contrário de ser algo positivo, terminou por produzir grave confusão no próprio legislador, no administrador, na jurisprudência dos tribunais e entre juristas, gerando incerteza e ineficiência no que se refere ao *modus operandi* específico de cada tipo de entidade, inclusive seu regime jurídico predominante e a sua forma de relacionamento com os órgãos de controle interno e externo. Portanto, o autor concorda que faltaria um quadro normativo nítido do regime jurídico das entidades públicas, enquanto sobram soluções originais, desencontros conceituais e mal entendidos em matéria essencial para o funcionamento regular e ágil da administração pública (MODESTO, 2008).

Percebe-se, portanto, que, juridicamente, as fundações ainda são motivo de discussão em todo país pelos juristas. Esse é um dos motivos que levou a grandes discussões na cidade de Porto Alegre, quando da vontade de inserir o IMESF na administração pública indireta. Como será relatado nos capítulos 4 e 5, o IMESF ainda está imerso em tais discussões, já que ainda existe uma ADI contra a estrutura do instituto. Além disso, pode-se perceber que o SUS, criado a partir de lutas efetuadas por diversos setores da sociedade e, principalmente, pelo Movimento da Reforma Sanitária, sofreu diversas modificações durante os anos em que vem estabelecendo-se no país, através de novas formas de gestão pública. Percebe-se, também, que, embora tais formas sejam inseridas na administração pública, os movimentos de saúde discutem se sua finalidade melhora a prestação do serviço de saúde. E este trabalho, portanto, considerando a linha histórica de constituição do SUS, as reformas da administração pública que o modificaram e as novas formas de prestação dos serviços de saúde, em especial o IMESF, vem estudar como a sociedade pode acessar as informações e participar no intuito de efetuar um controle social sobre o IMESF. Nesse sentido, o próximo passo do trabalho é conhecer o próprio IMESF, suas origens na gestão pública de Porto Alegre e suas discussões em seu processo de criação, para, por fim, elucidar as questões relativas às formas de acesso à informação da sociedade.



#### **4. A TRAJETÓRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE**

O Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa). A essência do ESF é consolidar a atenção primária à saúde como um dos mecanismos mais eficientes à melhora da qualidade de vida da população.

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes têm por responsabilidade o acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em determinado região, delimitada geograficamente. Elas trabalham com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde das comunidades às quais estão destinadas. Há de se acrescentar aqui que a responsabilidade pelo acompanhamento faz com que as equipes de saúde da família tenham a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

A ESF é um projeto diferenciado do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Por isso, este capítulo destinar-se-á a esclarecer as formas pelas quais a ESF já foi promovida na cidade de Porto Alegre, corroborando a pesquisa no sentido de esclarecer o modelo de saúde que orienta a cidade de Porto Alegre e modifica as formas de prestação de um serviço de saúde importante para a própria continuidade do SUS.

É importante esclarecer, novamente, as informações recolhidas para este capítulo do trabalho, em sua maioria, foram feitas através das primeiras 13 entrevistas com diversos atores sociais que participaram do processo de criação deste instituto. E, assim como foi citado no Capítulo 1 deste trabalho, tais entrevistas foram feitas através do método “bola de neve”, em que o primeiro entrevistado indica os seguintes. Dessa forma, a partir das entrevistas pode-se esclarecer as formas pelas quais a ESF foi construída ao longo destes anos na cidade de Porto Alegre. Além disso, serviu, principalmente para mostrar a gama de organizações interessadas e envolvidas com os problemas relativos à saúde pública na cidade de Porto Alegre.

Dessa forma, para este capítulo da pesquisa foram entrevistados os seguintes atores sociais participantes do processo de criação do IMESF e preocupados com a saúde pública municipal:

1. Simers – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, na figura do assessor da diretoria;
2. SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na figura do vice-presidente do IMESF;
3. Hospital Cristo Redentor, na figura de um funcionário da unidade de pessoal, bastante ativo na questão dos sindicatos envolvidos;
4. MPT – Ministério Público do Trabalho, na figura do procurador geral da 4ª Região;
5. Simpa – Sindicato dos Municípios de Porto Alegre, na figura do seu diretor de saúde do trabalhador;
6. Sergs – Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul, na figura de sua presidente;
7. Poder Legislativo Municipal, na figura de dois vereadores que foram bastante citados como presentes nas questões acerca do IMESF – Sra. Sofia Cavedon e Sr. Pedro Ruas;
8. Sindisprev – Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência no Rio Grande do Sul, na figura de seu presidente;
9. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre – CMS, através de duas representantes: a presidente à época das discussões do IMESF e uma das atuais assessoras técnicas;
10. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, através da figura do seu presidente;
11. Procurador da República aposentado Sr. Derocy Giacomo Cirillo da Silva.

Tais entrevistas foram efetuadas no período de janeiro a abril de 2012. Todas foram marcadas através de contato prévio, via telefone ou *e-mail*, com os entrevistados e foram gravadas. Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, optando, inclusive, pela publicação de seus nomes, sem prejuízos ao que foi dito. No entanto, a pesquisadora optou por preservar alguns dos nomes de seus entrevistados, implicando na divulgação de seus nomes. Dessa forma, os que não foram identificados pelos nomes, foram-no através dos cargos que ocupavam à época das entrevistas.

O primeiro a ser entrevistado foi o representante do Simers, já que este esteve à frente de todas as notícias envolvidas acerca do IMESF no seu período de discussão, antes da aprovação pela Câmara Municipal de Porto Alegre. Foi através dele que se obteve acesso a todos os outros entrevistados. Neste caso, foi aplicada a entrevista livre, já que a intenção era obter o máximo de informações possíveis sobre os eventos anteriores e posteriores ao projeto de lei que criava o IMESF, no intuito de esclarecer as origens desta fundação e, principalmente, clarear o universo pelo qual a pesquisa estaria caminhando. Por isso, penas questionava-se o entrevistado para que ele falasse sobre o IMESF e suas origens.

Ressalto, por fim, que o objeto da pesquisa aqui é a questão do controle social no caso do IMESF. No entanto, resta evidente que o conhecimento de como essa fundação surgiu e quem participou deste processo é imprescindível para esclarecer as formas de participação existentes atualmente, visto que, por ser uma organização recente, há pouca ou nenhuma informação sua registrada em livros e revistas. Todo o capítulo que segue foi escrito através da contribuição desses 13 entrevistados, que esclareceram as fases pelas quais a ESF passou na cidade de Porto Alegre.

#### 4.1 ESCLARECENDO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu último relatório, *Informe sobre la salud en el mundo, do ano de 2008 acerca de “La atención primaria de salud – más necesaria que nunca”*, cita a ESF como exemplo de reforma sanitária orientada pela atenção primária, tendo em vista a magnitude e a integralidade dessa política e sua significativa contribuição para a melhoria no equilíbrio entre atenção hospitalar especializada e atenção primária em saúde.

Percebe-se, pela afirmação acima, a relevância internacional do tema, já que a atenção primária é, por seus princípios, de suma importância para a saúde. Dessa forma, no

Brasil o Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (MS), é o responsável, institucionalmente, por operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por estados, Distrito Federal e municípios. Ao DAB cabe, ainda, desenvolver mecanismos de controle e avaliação, prestar cooperação técnica a estas instâncias de gestão na implementação e organização da estratégia saúde da família e ações de atendimento básico como o de saúde bucal, diabetes e hipertensão, alimentação e nutrição, gestão e estratégia e avaliação e acompanhamento.

Portanto, cada cidade pode implementar e executar o ESF da forma que considerar melhor. Algumas cidades trabalham com Departamentos de Estratégia de Saúde da Família, como Belo Horizonte, em Minas Gerais – que, segundo o MS, possui um dos melhores indicadores de saúde da família do país. Estes departamentos são ligados diretamente à secretária municipal de saúde de cada município. Já a cidade de Porto Alegre optou, desde sempre (como será trabalhado logo mais neste trabalho), por efetuar contratos para a prestação destes serviços, até que, por fim, criou uma fundação pública de direito privado para prestar este serviço na cidade (IMESF).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), as equipes de saúde da família são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliadas com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, acima da média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se por: ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; realizar atividades de educação e promoção da saúde; criar vínculos de compromisso e de corresponsabilidade para com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; e atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade da área, e que têm efeitos

determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos e das famílias de uma comunidade.

O Ministério da Saúde (2013) afirma que, dentro da ESF existe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC), que hoje é considerado parte do ESF. Nos municípios onde há somente PAC, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PAC, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

O modelo de atenção à saúde do Brasil é referência internacional, segundo o Ministério da Saúde (2013). O MS aponta ainda que estudos acadêmicos em curso demonstram que o Saúde da Família, no período de 1992 a 2002, apresentou indicadores animadores, como a redução da mortalidade infantil. Além disso, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, demonstra que a cada 10% de aumento de cobertura o índice de mortalidade infantil cai em 4,6%.

O Ministério da Saúde (2013) afirma que, entre as funções estabelecidas pelo DAB para a esfera Federal, encontram-se: elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; cofinanciar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, o controle, a regulação e a avaliação da atenção básica; e manter as bases de dados nacionais. Dessa forma, quando o mesmo afirma que o Estado cofinancia, significa dizer que nem todo recurso para a ESF vem da União, pode-se perceber, claramente, através dos seguintes dados retirados da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre, acerca das receitas para a execução do IMESF, especificadas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Receitas e despesas do IMESF

DESPESAS ESF	R\$3.056.906,83
Receita do governo estado ESF	R\$186.000,00
Receita do governo estado ESB	R\$4.000,00
Subtotal:	R\$190.000,00
Receita governo federal ESF	R\$502.000,00
Receita governo federal PACS	R\$216.132,00
Receita governo federal ESB	R\$17.950,00
Subtotal:	R\$736.082,00

Receita SMS/PMPA	R\$2.130.824,80
TOTAL RECEITA	R\$3.056.906,80

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Percebe-se aqui que grande parte dos recursos é disponibilizado pelo próprio município. Esse é outro motivo pelo qual torna-se fundamental investigar o caso acerca do IMESF, já que trata-se de uma fundação pública de direito privado dentro do sistema público municipal, que recebe seus recursos também pelo seu município, que é o órgão fiscalizador. Por esse motivo, torna-se importante o estudo acerca das formas de controle social, que, neste caso, dizem respeito, também, à divulgação de informações para a sociedade no intuito desta ter a oportunidade de fiscalizar esta forma de prestação de serviço.

O Ministério da Saúde (2013) aponta que, na esfera estadual, são relacionadas as seguintes competências, que no caso em questão são responsabilidades do estado do Rio Grande do Sul: acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações intermunicipais; coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; cofinanciar as ações de atenção básica e auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Por fim, os municípios têm como funções, segundo o Ministério da Saúde (2013): definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência), cofinanciar as ações de atenção básica, alimentar os sistemas de informação e avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

Percebe-se que os municípios concentram a maior parte das atividades de execução da política da ESF. Isso ocorre devido ao fato de um dos princípios fundamentais do SUS, já mencionado no Capítulo 3 deste trabalho, ser a descentralização dos serviços de saúde. Dessa forma, o município tem autoridade para efetuar a contratação deste serviço da forma como considerar melhor. Além disso, o fato de o município criar uma fundação pública de direito privado para gerir uma importante política pública, que é financiada pelo próprio município, cria a dúvida de como este serviço poderá ser fiscalizado pela sociedade em geral – para responder a esta questão, este trabalho é vital.

Importa, também, verificar alguns dados gerais do ESF, a fim de compreender a importância deste programa para a saúde pública brasileira e, principalmente, entender porque

é tão importante a existência de formas de controle social para, entre outras questões, existir acesso às informações destes programas a todos que buscarem, seja população ou organizações interessadas. Por esse motivo, neste momento será efetuada uma breve análise acerca dos autores que efetuaram este trabalho nos últimos anos no Brasil.

Facchini et al (2006) fez uma avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica em municípios de grande porte no Sul e no Nordeste do país. Neste trabalho, o autor observou um desempenho melhor da ESF do que dos serviços tradicionais, em ambas as regiões estudadas, apesar de as equipes da ESF estarem normalmente localizadas nas comunidades mais carentes. Ele aponta ainda que os resultados da ESF foram melhores na percepção dos gestores, na adesão dos profissionais de saúde, na oferta de serviços e na utilização das ações programáticas pela população (FACCHINI, 2006).

Harzheim (2006) também estudou o ESF e aponta que, em Porto Alegre, as equipes da ESF apresentaram adequação maior às dimensões da atenção primária do que as equipes tradicionais na atenção à saúde da criança. Quanto à equidade no acesso, o autor enfatiza que crianças negras apresentam maiores chances de receber cuidados adequados e similares às brancas nas unidades da ESF (HARZHEIM, 2006).

Sampaio (2008) afirma que os efeitos da expansão da ESF têm sido comprovados por um número crescente de estudos divulgados em periódicos nacionais e internacionais, congressos e eventos no Brasil e no exterior. Ele expõe que, nos últimos cinco anos, o volume de publicações sobre a Saúde da Família (um total de 2.205 publicações) foi quase sete vezes maior do que o registrado nos primeiros anos de implantação dessa estratégia (um total de 325 publicações) (SAMPAIO, 2008).

O estudo “Uma avaliação do impacto do Programa Saúde da Família sobre a mortalidade infantil no Brasil” (tradução minha), de Macinko et al (2006), evidenciou que, a cada 10% de aumento da cobertura da Saúde da Família nos estados, foi observada uma redução de 4,6% na mortalidade infantil, um impacto mais significativo do que outras intervenções, como a ampliação do acesso à água (2,9%) ou ampliação de leitos hospitalares (1,3%).

O impacto da ESF sobre a saúde da população não se limita às regiões mais pobres. Seus resultados também têm sido evidenciados em estados como o Rio Grande do Sul, onde a taxa de mortalidade infantil é uma das menores do país (quarta menor em 2005, segundo o

Ministério da Saúde). Um estudo recente demonstrou que 10% de acréscimo na cobertura da Saúde da Família esteve associado à redução de 1 ponto percentual na mortalidade infantil, de 1994 a 2004, nesse estado (ZANINI, 2009).

Segundo relatório do Ministério da Saúde (2009), apesar da existência de uma prioridade em abarcar regiões menos favorecidas, social e economicamente, na implantação da Saúde da Família, a estratégia também tem expandido sua cobertura nas grandes metrópoles brasileiras. O relatório aponta que São Paulo e Belo Horizonte são os municípios com maior número de equipes ESF implantadas, sendo que este último já superou os 70% de cobertura populacional. Com o objetivo de estimular a reorientação do modelo de atenção nos grandes centros urbanos, o Ministério da Saúde está executando, desde 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

O relatório do Ministério da Saúde (2009) aponta ainda que foi efetuado um acordo de empréstimo com o Banco Mundial, que já disponibilizou mais de 46 milhões de dólares a 185 municípios brasileiros para investimentos em modernização institucional, adequação da rede de serviços, fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação e capacitação das equipes de profissionais e de gestão da atenção básica. Como resultado desse projeto, observou-se, nos últimos cinco anos, um aumento de 50% no número de equipes de Saúde da Família nesse grupo de municípios, beneficiando mais de 30 milhões de pessoas com a expansão de cobertura de ações como pré-natal, imunizações, visitas domiciliares e redução significativa de internações hospitalares de crianças por diarreia e infecções respiratórias, particularmente naqueles municípios que já alcançaram maiores coberturas da Saúde da Família.

Em uma entrevista feita para a rede BBC Brasil, o editor responsável pelo relatório da OMS sobre a saúde no mundo, do ano de 2008, citado no início deste capítulo, Win Van Lerberghe, reconheceu o êxito da Estratégia Saúde da Família na expansão da atenção primária brasileira. Ele afirma que se trata de "um dos exemplos mais impressionantes do impacto da adoção dos cuidados básicos e de como esses cuidados devem ser implementados para que proporcionem melhoria na qualidade da saúde e tragam resultados".

Ainda verificando estudos acerca deste tema, o estudo "Uma avaliação do impacto do Programa Saúde da Família sobre a mortalidade infantil no Brasil", de Macinko et al (2006), soma mais dados ao tema. Nesse estudo, o autor aponta que, a cada 10% de aumento



da cobertura da Saúde da Família nos estados, foi observada uma redução de 4,6% na mortalidade infantil, um impacto mais significativo do que outras intervenções, como a ampliação do acesso à água (2,9%) ou ampliação de leitos hospitalares (1,3%) (MACINKO et al, 2006).

Por fim, o estudo “Experiência global de trabalhadores em saúde da comunidade para alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio: uma revisão sistemática, estudos de caso de países e recomendações para expansão”, publicado pela Global Health Workforce Alliance, reconheceu a experiência brasileira do PACS/ESF como o programa com melhor nível de funcionalidade na comparação com outros oito países, tendo obtido 34 pontos, em um total de 36, na avaliação realizada por esse estudo.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o ESF se mostrou mais efetivo nas regiões Norte e Nordeste do Brasil e nos municípios com alta proporção de população rural e baixa cobertura de infraestrutura de saúde pública (acesso a água tratada e sistema de saneamento). Além disso, anos de exposição ao ESF está associado com a redução da mortalidade em menores de um ano, quando comparado a municípios sem ESF. São consequências da atuação das ESF, também, o aumento na ocupação de adultos entre 18 e 55 anos, mais crianças entre 10 e 17 anos matriculada na escola, redução na probabilidade de mulheres entre 18 e 55 anos com experiência de parto num intervalo de 21 meses, entre outros. Além disso, o efeito sobre o aumento da oferta da força de trabalho e ocupação de adultos foi mais significativo entre mulheres. Entre os homens, os maiores efeitos foram observados na faixa etária de 41 a 55 anos. Os resultados mais significativos sobre a população feminina seriam explicados como efeito secundário da redução da fecundidade e aumento da escolarização de crianças, o que liberaria a força de trabalho feminina para o mercado. Já nos homens de meia idade, o aumento da ocupação seria explicado pela melhoria do acesso a serviços de saúde para um grupo populacional em que a empregabilidade torna-se mais vulnerável às condições de saúde.

Além das informações acima, o Ministério da Saúde aponta que cerca de 30% das internações hospitalares poderiam ser evitadas pela atenção primária, representando 15% do gasto público total em saúde. Enquanto o custo médio desses tratamentos em ambiente hospitalar é de 374 dólares, seria de 17 dólares em unidades básicas de saúde (BANCO MUNDIAL, 2004). Contudo, já existem evidências de que a expansão da Estratégia Saúde da Família tenha reduzido internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Básica.

Estima-se que, num período de três anos, cerca de 126 mil hospitalizações tenham sido evitadas, gerando uma economia potencial de aproximadamente 63 milhões de dólares (dados do MS). A expansão das coberturas por equipes Saúde da Família e agentes comunitários está associada particularmente à redução de internações por diabetes, problemas respiratórios e circulatórios (GUANAIS; MACINKO, 2009).

O Banco Mundial (2005) estima que o desequilíbrio existente entre atenção hospitalar especializada e atenção primária em saúde e as fragilidades do modelo de gestão do SUS, adicionariam, em cinco anos, 34 bilhões de dólares à conta do sistema de saúde brasileiro, resultando, ainda, em custos de 38 bilhões de dólares em perda de produtividade, totalizando cerca de 10% do PIB. No Brasil, o Estado é o principal financiador dos serviços de saúde e, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), apenas cerca de 26% da população brasileira é coberta por planos privados de saúde. Por todos esses motivos, torna-se imperativo estudar toda natureza de políticas públicas de saúde brasileira – no caso deste estudo, a política específica do ESF e como a sociedade acessa as informações acerca desta fundação pública de direito privado e, por consequência, toda saúde pública municipal porto-alegrense. Dessa forma, após uma introdução acerca do próprio ESF, este trabalho explicará o surgimento do IMESF, efetuando uma linha do tempo do programa ESF na cidade de Porto Alegre.

#### 4.2 O ESF EM PORTO ALEGRE

A cidade de Porto Alegre iniciou o Programa de Saúde da Família no ano de 1995, através de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Tal projeto fora aprovado por debates realizados no Conselho Municipal de Saúde da cidade.

O GHC é uma rede pública de hospitais e postos de saúde porto-alegrense, que realiza atendimento pelo SUS. É formado por quatro hospitais de grande porte e mais 12 postos de saúde do serviço de saúde comunitária. Vinculada ao Ministério da Saúde, forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde.

Em 1996, o projeto foi aprovado e os critérios foram definidos para a implantação das primeiras unidades de ESF. Tais critérios seriam os seguintes: as unidades a serem implementadas de ESF seriam nas regiões da cidade que observassem indicadores

socioeconômicos desfavoráveis, em áreas em que estavam ocorrendo assentamentos, em regiões com indicadores epidemiológicos mais desfavoráveis e, por fim, as equipes do PSF deveriam ser instaladas em conjunto com as unidades públicas já existentes, configurando uma rede assistencial que abrangeria todo o território selecionado (LEÃO, 2009, p. 66).

No ano de 1996 foram implantadas, portanto, as primeiras 24 equipes de ESF da cidade de Porto Alegre. O sucesso do primeiro ano do programa se deu, em grande parte, ao convênio firmado entre a Prefeitura e as associações de moradores, o que possibilitou a utilização de espaços físicos nas associações pelas equipes, além da contratação de moradores das regiões onde foram implantadas ESF e posterior capacitação. Segundo Gralha e Marais (2007), no ano de 1997 foram montadas mais quatro equipes. Em 1998 o crescimento foi menor, sendo implementada somente uma equipe. Todos os profissionais contratados foram efetivados através da CLT, cabendo à prefeitura repassar os recursos para os intermediários, que neste caso eram as associações de moradores. Na ocasião, a prefeitura de Porto Alegre firmou convênio com 24 associações comunitárias devidamente regularizadas (GRALHA; MORAIS, 2007).

O convênio com as associações de moradores durou até o ano 2000, quando a SMS decidiu modificar a relação existente em relação à ESF e passou a contratar uma única intermediária, no intuito de realizar toda a gestão, a partir de então, de forma terceirizada. Esta intermediária seria a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Faurgs).

A Faurgs é uma entidade privada sem fins lucrativos, que, segundo seu estatuto (disponível *on-line*: <<http://www.faurgs.ufrgs.br/>>), tem como principais objetivos: colaborar na elaboração e execução de projetos de pesquisa, ensino, extensão e desenvolvimento institucional, científico e tecnológicos aprovados pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com atuação em todo território nacional, em benefício de toda a comunidade; prestar serviços remunerados à UFRGS e à comunidade; realizar e promover atividades científicas e culturais; conceder bolsas de estudo e de pesquisa, de graduação, pós-graduação e extensão; e promover, difundir e coordenar a cooperação técnica entre organizações e instituições nacionais e estrangeira.

Dessa forma, no ano 2000, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) celebrou convênio para a gestão das unidades básicas do PSF de Porto Alegre com a Faurgs. Tal

convênio foi um importante marco para a terceirização completa da gestão dos recursos públicos destinados à saúde. A partir deste fato, a Faurgs passou a ser responsável pela seleção e contratação dos profissionais de saúde que atuavam nos PSFs de Porto Alegre.

A partir do convênio supracitado, entre os anos de 2000 e 2007 (período de vigência do convênio com a Faurgs), as contratações de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde da Capital se deram pelo regime das Consolidações das Leis Trabalhistas, sem que houvesse processos públicos de seleção. Em 2001, já sob a gestão da Faurgs, houve a implementação de mais seis equipes do PSF. Em 2002 foram inauguradas mais 21 novas equipes, além de três equipes de saúde bucal.

No entanto, houve um percalço na relação entre PMPA e Faurgs, no ano de 2005. Um parecer jurídico do próprio município concluiu que o pagamento de uma taxa de administração não estava previsto no contrato, sendo, portanto, irregular. Por conta de tal parecer, a PMPA suspendeu o pagamento dessa taxa (cerca de 240 mil reais mensais, equivalentes a 10% do valor contratado). No entanto, a Faurgs não concordou com este parecer, alegando que o valor da taxa administrativa era necessário para custear despesas de administração dos contratos. Por não ocorrer nenhum tipo de acerto entre os envolvidos, o convênio foi rompido em julho de 2007. Nessa data, a taxa administrativa (que estava sendo discutida judicialmente) estava acumulada em uma dívida de 2,8 milhões de reais da Prefeitura com a Faurgs.

Dessa forma, após o fim do convênio firmado com a Faurgs, e com a Lei Federal das Organizações da Sociedade Civil para Interesse Público difundindo-se pelo território nacional, a prefeitura de Porto Alegre optou por transferir o gerenciamento de todas as equipes de ESF da capital para uma Oscip. As Oscips já foram estudadas no Capítulo 3 deste trabalho – já que compõe, desde sua lei de criação, um número crescente de instituições atreladas à administração pública. Segundo dados do Ministério da Justiça, que é o órgão responsável pela aprovação de novas Oscips e pela divulgação das informações financeiras destas em seu *site*, existem hoje no Brasil um total de 6.311 (seis mil, trezentas e onze) entidades. Entre elas, consta a entidade denominada Instituto Sollus, sediada na cidade de São Paulo desde 3 de março de 2006. Um detalhe importante é que esse instituto deveria realizar, anualmente, a prestação de contas eletrônica, por meio do Cadastro Nacional de Entidades de Utilidade Pública do Ministério da Justiça (CNEs/MJ). Caso não seja feita a prestação, elas podem

perder a Certidão de Regularidade, que é prova de transparência da instituição, além de ser exigida pelos órgãos governamentais para o repasse de recursos públicos ou doações.

Após a finalização do contrato com a Sollus, fora efetuado um Termo de Ajuste de conduta (TAC), efetuado no intuito de refazer a ESF na cidade. Desta forma, em 28 de março de 2008, o poder executivo municipal encaminhou um projeto de lei à Câmara de Vereadores, com o intuito de criar o Departamento do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre (Dpsf). Na Exposição de Motivos do Projeto de Lei do Dpsf era exposta a situação do Programa de Saúde da Família no município, após os insucessos dos contratos de terceirização com Faurgs e com a Oscip Sollus:

Os estudos demonstraram que a estrutura concebida para o PSF nesta Capital já deu sinais suficientes de sua obsolescência, necessitando ser aparelhada tanto no que pertine aos recursos humanos quanto aos recursos físicos. Neste sentido, a criação de um novo órgão público dentro da estrutura administrativa do SUS local é a figura que mais se amolda a tais necessidades, permitindo uma preponderância de fins e não de meios (PORTO ALEGRE, 2010a).

A votação ocorreu dia 17 de dezembro de 2009 e seu projeto de criação foi aprovado por unanimidade. No mesmo dia, momentos antes da aprovação do Dpsf, os vereadores aprovaram a proposta, também do Executivo, que prorrogou o contrato do PSF vigente à época. Dessa forma, ao mesmo tempo em que mantinha a contratação via Fundação Universidade de Cardiologia, no intuito de adequar-se às exigências dos órgãos fiscalizadores que ali interferiram. Portanto, em setembro de 2009, a prefeitura e a Fundação Universitária de Cardiologia (FUC) assinaram um convênio para o gerenciamento da Estratégia de Saúde da Família na cidade.

Tal convênio teve por finalidade a ampliação e consolidação da ESF, efetivando-o como política prioritária da atenção básica à Saúde em Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2007c). Tal convênio previa o gerenciamento inicial de 86 equipes de saúde da família e 12 equipes de saúde bucal. Dessa forma, em setembro de 2009, a FUC deu início a mais uma etapa de gerenciamento realizado por entidades não governamentais na ESF de Porto Alegre, continuando sua atuação até os dias de hoje, pois, embora o IMESF já esteja em funcionamento, como veremos adiante, ainda não conseguiu efetuar a contratação do efetivo total de funcionários, de modo que a contratação ainda é feita através do convênio com a FUC, em caráter temporário, enquanto o IMESF entra lentamente em funcionamento.

A população atendida pela ESF de Porto Alegre (IC/FUC), então chamada “adscrita”, está hoje na ordem de 252.509 pessoas, pertencentes principalmente, às comunidades mais carentes, que recebem assistência médica, de enfermagem, visitas domiciliares, além das realizações dos programas de prevenção, promoção, educação e manutenção da saúde. Some-se a isso as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal, que prestam atendimentos odontológicos curativos e preventivos a uma clientela de aproximadamente 24 mil cidadãos. Dentre as atividades de prevenção de agravos, promoção social e educação sanitária, inúmeros eventos são realizados por todas as equipes junto às comunidades assistidas. Destacam-se os grupos de: Diabéticos e Hipertensos, Educação Alimentar, Saúde da Mulher, Corpo Saudável, Bem-Viver, Asma, Saúde Mental, Tabagismo, Gestantes, Melhor Idade, Terapia Comunitária, Sorriso, Saúde Bucal, Meninas Adolescentes, Planejamento Familiar, Pra-Nenê Coletivo, de Higiene Pessoal, Escovação Supervisionada, Caminhadas, Guardiões do Horto, Convivência e Artesanato, dentre outros.

#### 4.3 O INSTITUTO MUNICIPAL ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Após a cronologia escrita neste trabalho, é imperativo esclarecer como o Instituto Municipal Estratégia de Saúde da Família foi criado. Para isso, é necessário citar as discussões acerca de seu processo de formação e, mais adiante, descrever sua situação atual. Dessa forma, será efetuada uma retrospectiva do processo de formação do IMESF, já que ocorreu com uma significativa interferência da sociedade porto-alegrense e que é importante, desde já, perceber as formas de acesso à informação, que permitem o controle social.

Após a revogação da lei do Dpsf, a Secretaria de Saúde criou um grupo de trabalho (GT), que funcionou durante todo o ano de 2010 com a responsabilidade de elaborar um novo modelo de gestão para o PSF da cidade. Esse GT era composto principalmente pelo Poder Executivo (Secretaria de Saúde, Secretaria de Administração e Procuradoria-Geral do Município), mas também possuía participação de alguns sindicatos, todos convidados pelo Poder Executivo (Sindac/RS, Sergs, Simers e Soergs etc.).<sup>4</sup>

Cada entrevistado descreveu à sua maneira o GT. Para o representante do Simers, o GT funcionou simplesmente para efetivar uma ideia que já teria vindo pronta pela prefeitura municipal da cidade. Por outro lado, o poder executivo afirma que o GT foi de suma

---

<sup>4</sup> SINDACS/RS – Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; SERGS – Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul; SIMERS – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul; SOERGS – Sindicato dos Odontologistas do Rio Grande do Sul.

importância, para levar em consideração as ideias ali propostas. O GT funcionou durante dez reuniões e, segundo o Simers a intenção principal seria organizar uma forma de prestação de serviços que melhorasse a relação entre os agentes da Equipe de Saúde da Família e a prefeitura, enfatizando essa questão através de um regime estatutário. Ocorre que, em junho de 2010, o secretário adjunto de Saúde Marcelo Bósio inseriu a ideia de criação de uma fundação pública com regime de trabalho CLT para os profissionais da saúde, todos concursados, substituindo assim a lei de criação do Dpsf que havia sido revogada.

Tal fato ocasionou uma quebra nas relações existentes entre a prefeitura e alguns atores partícipes do processo, já que tal medida fez com que parte do GT se voltasse contra a criação da fundação e, então, criasse uma força-tarefa no combate a ela. Dessa forma, em novembro de 2010 o prefeito José Fortunati enviou ofício ao presidente da Câmara Municipal de Porto Alegre (CMPA), vereador Nelcir Tessaro, no qual encaminhava o projeto de lei. No documento, o prefeito explica que a Fundação IMESF se trata exatamente de uma reformulação da Lei nº 10.861/2010, que criou o Dpsf, mas acabou sendo revogada.

Como é de conhecimento público, em razão das dificuldades jurídico-operacionais advindas da promulgação da Lei Municipal n. 10.861, de 22 de março de 2010, este Poder Público realizou inúmeras reuniões com representantes dos Ministérios Públicos Estadual, do Trabalho e do Tribunal de Contas, da Câmara Municipal de Vereadores e de várias entidades que congregam profissionais da área da saúde (SIMERS, SOERGS, SERGS, CRO, SINDACS/RS, etc.), com o intuito de debater e formular uma proposta estruturante, para a execução das atividades da Estratégia de Saúde da Família nesta Capital. Fruto dessas discussões plenárias, concluiu-se pela criação de uma Fundação Pública de Direito Privado que, sob a égide do regime celetista, execute as atividades de atenção básica à saúde nesta Capital (PORTO ALEGRE, 2010c.)

O ofício enviado pelo prefeito ao presidente da CMPA expressa a vontade de tornar imediata a votação do projeto de lei, através do regime de urgência. Tal manifestação ocorreu há poucos dias do recesso parlamentar de fim de ano, o que fez com que as entidades contrárias à criação do instituto, e tentando ampliar a discussão para toda sociedade, efetuassem manobras estratégicas dentro da própria Câmara de Vereadores, no intuito de adiar o máximo possível a aprovação. Dessa forma, membros de sindicatos iniciaram uma busca de aliados políticos, a fim de adiar e, mais adiante, não aprovar tal projeto de lei.

Nesse sentido, frisa-se a importância da participação da sociedade na promoção da discussão de questões importantes, neste caso, relacionadas à saúde pública, pois foi através da reunião de diversos atores da sociedade que ocorreu, inclusive uma audiência pública para discutir a criação do IMESF. Toda essa movimentação foi registrada pela pesquisadora

através de *e-mails* recebidos e da presença desta nas reuniões sobre o assunto. Além disso, a manifestação das entidades envolvidas culminou na criação do Fórum em Defesa do SUS, que, inicialmente, discutia a questão do IMESF, mas hoje atua como grande entidade pró-SUS no Brasil todo. O Fórum se reuniu em 3 de janeiro de 2011 e iniciou uma estratégia para vetar a criação do IMESF.

Como esta pesquisadora vem estudando a saúde pública porto-alegrense há algum tempo e já estava em contato com a questão, no intuito de estudá-la no mestrado, sempre recebeu convocações do Fórum, podendo saber como ele se movimentava em sua articulação contra a criação do IMESF. Assim, no dia 4 de janeiro de 2011, recebe o primeiro *e-mail*, que explica a movimentação e convida para uma nova mobilização, a ser realizada em 6 de janeiro, no auditório do CMS de Porto Alegre. Segue transcrição da mensagem:

**NOSSA MOBILIZAÇÃO ALCANÇOU NOVA VITÓRIA: A AUDIÊNCIA PÚBLICA DEBATERÁ O IMESF.** Contrariando os interesses daqueles que queriam a votação às pressas, sem dar o devido conhecimento e satisfação à sociedade, o **Fórum de Entidades em Defesa do SUS**, cumprindo a estratégia estabelecida em 03/01/2011, alcançou uma vitória importantíssima: **a nova Presidenta da Câmara Municipal de Vereadores, Sofia Cavedon, se comprometeu em atender o nosso pedido de AUDIÊNCIA PÚBLICA para debater o IMESF** (acesse foto e notícia no site SIMERS [http://www.simers.org.br/http://www.simers.org.br/monta\\_conteudo.php?src=noticias&id=2448&c=#](http://www.simers.org.br/http://www.simers.org.br/monta_conteudo.php?src=noticias&id=2448&c=#)). No site da Câmara Municipal, em suas notícias, do dia 03/01/2011, consta que “*A Câmara entre em recesso hoje e retoma os trabalhos a partir de 1º de fevereiro.*” Portanto não há quaisquer informações sobre votação durante o recesso de janeiro. Na semana passada, no dia 30/12/2010, finalmente o Executivo encaminhou oficialmente o projeto do IMESF, o qual será pauta da reunião Plenária do Conselho Municipal de Saúde, no dia **06/01/2011, a partir das 18h30min.**

**PRECISAMOS CONTINUAR E REFORÇAR ESTE MOVIMENTO PARA ALCANÇARMOS A VITÓRIA** Assim convocamos o **Fórum de Entidades em Defesa do SUS** para novo encontro no mesmo dia **06/01/2011 (quinta-feira), a partir das 16h30, no auditório da SMS**, para fins de debater e encaminhar as novas estratégias de mobilização e, ainda, iniciar a preparação da AUDIÊNCIA PÚBLICA (*E-mail* recebido pela pesquisadora de seus contatos no Fórum das Entidades).

Após esse encontro, ficou decidido que a mobilização continuaria, visto que, segundo tais entidades, o IMESF seria uma forma de privatizar a saúde e delegar a entes não federativos a responsabilidade do serviço único de saúde, que deveria ser estatal (estas afirmações foram anotadas pela pesquisadora no evento). Deixo claro que, apesar de participar como ouvinte das reuniões do Fórum das Entidades e ter sido convidada a participar do grupo, a pesquisadora jamais aderiu de fato, julgando que seria pouco proveitoso à pesquisa tomar partido em um dos lados da disputa.



Novo encontro do Fórum foi marcado – e a pesquisadora foi convocada via *e-mail*, novamente:

**NOSSA MOBILIZAÇÃO TEM SIDO VITORIOSA: NÃO PODEMOS DESCUIDAR DELA** Graças à intensa movimentação que o Fórum de Entidades em Defesa do SUS estabeleceu em sua estratégia conseguimos o que mais queríamos: atingir os meios de comunicação e colocar o debate para a sociedade e, ainda, uma Audiência Pública, para discutir com os vereadores o PLE 53/10.

**PRECISAMOS ESTAR PREPARADOS PARA A AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 03/02/2011** Precisamos, de forma eficiente e eficaz, apresentar os motivos de nossa contrariedade ao projeto que pretende criar uma fundação de direito privado para gerir a Atenção Primária de Saúde em nosso Município. Assim, convocamos todas as Entidades para estarem presente nesta reunião preparatória: **AUDITÓRIO DA SMS (Av. João Pessoa, 325) NO DIA 20/01/2011, ÀS 9H30MIN.**

Dessa forma, o Fórum das Entidades em Defesa do SUS conseguiu a abertura da discussão em rede pública, pois, em janeiro e fevereiro de 2011, foram efetuadas discussões na rede pública de televisão e rádio rio-grandense, com debates na RBS TV e na TVCOM, em diversos horários, em programas como Conversas Cruzadas e Jornal do Almoço. Grandes jornais locais – como Zero Hora, O Sul e Correio do Povo – e redes de rádios também veicularam a contenda, contando com depoimentos de representantes das entidades e do governo municipal.

Ressalta-se aqui que, de acordo com a literatura estudada no Capítulo 2 – de autores como Frey (2000), Santos (2005), Schneider (2005) e Przeworsk (1995) – houve a formação de uma rede de política pública, interessada em discutir a prestação dos serviços do IMESF. E, embora Aars e Finrete (2005) apontem que as redes teriam como característica principal a informalidade, há de se acrescentar que nas discussões de saúde tais redes geralmente são bem articuladas e, com o tempo, formalizam-se – exatamente como ocorreu com o Fórum das Entidades em Defesa do SUS, em Porto Alegre, que, atualmente, embora ainda seja informal, tem rumado à formalização, com uma expansão para todo o Brasil. Esse foi um dos motivos que atraiu esta pesquisadora a estudar a questão do controle social de saúde em um novo meio de prestação de serviços da Estratégia de Saúde da Família, que, desde suas discussões de lançamento, incluía um número significativo de interessados dentro da sociedade em participar desta discussão.

Nesse sentido, o Fórum continuou reunindo-se (esta pesquisadora participou de várias reuniões) e dividido tarefas, tais como: confecção de cartazes e faixas, protelação da proposta de votação e definição de quem representaria o lado contra o IMESF na audiência pública programada. Todo esse movimento aponta uma habilidade da sociedade para

organizar-se em prol de algo em que a mesma acredita. A protelação da aprovação do Projeto de Lei nº 053 de 2010 (PLE 053/10) era embasada nos seguintes argumentos jurídicos, advindos do regimento da Câmara de Vereadores e da Lei Orgânica do Município, que estabelece:

**Art. 33** - O regime jurídico dos servidores da administração centralizada do Município, das autarquias e fundações por ele instituídas será único e estabelecido em estatuto, através de lei complementar, observados os princípios e normas da Constituição Federal e desta Lei Orgânica.

**Art. 160** [...] § 4º - A instalação de quaisquer novos serviços públicos de saúde deve **ser discutida e aprovada** no âmbito do Sistema Único de Saúde e do **Conselho Municipal de Saúde**, levando-se em consideração a demanda, cobertura, distribuição geográfica, grau de complexidade e articulação do sistema (PORTO ALEGRE, Lei Orgânica do Município, grifo meu.)

Além disso, o Fórum das Entidades organizou o seminário “Não à Fundação no SUS”, no dia 26 de janeiro de 2011, no auditório Ana Terra, da Câmara de Vereadores, no intuito de discutir as fundações no SUS e continuar a preparação para a audiência pública, que ocorreria em 3 de fevereiro de 2011. Com relação à preocupação do Fórum das Entidades em terceirizar os serviços de saúde, o executivo municipal respondeu, na audiência pública, o seguinte:

A prestação do serviço público de saúde será mantida sob o controle estatal, evitando a terceirização ou a privatização desses serviços. A fundação possuirá um regime jurídico preponderantemente público, de modo que não haverá transferência para o campo da iniciativa privada, exceto em caráter complementar, da responsabilidade pela entrega de bens e serviços essenciais à população. **No formato gerencial que está sendo proposto pelo Município**, será possível a criação de um quadro diferenciado de profissionais para atender todas as exigências da Estratégia de Saúde da Família, com agilidade na reposição dos profissionais e cumprimento rigoroso da carga horária contratual, o que, sem dúvida alguma, contribuirá para o alcance da eficiência e eficácia da prestação do serviço público de saúde. (Afirmção do prefeito na Exposição de Motivos do projeto, durante a audiência pública, anotada por esta autora; grifo meu.)

Vê-se na fala do prefeito que ele aplica na cidade de Porto Alegre as premissas gerenciais propostas pelo Pdrae na saúde pública. Pois, como será visto adiante, no Capítulo 5, o executivo pretende, com a criação do IMESF, flexibilizar as ações de saúde municipal para, com isso, facilitar as atividades de gestão pública, diminuindo significativamente o percentual de gastos com funcionários estatutários relativos à LRF (também estudada no Capítulo 2) e possibilitando aumentar investimentos em saúde.

Em relação à Audiência Pública, esta ocorreu através de um debate. Paulo de Argolo Mendes, representante do Simers, afirmou que bastava o poder público cumprir as promessas feitas ainda no governo José Fogaça: “Não precisa criar o IMESF para ter uma saúde com

capacidade de atender à população”. Além deste, a coordenadora do Conselho Municipal de Saúde, Maria Letícia Garcia, lembrou que o projeto não prevê investimentos que promovam avanços à saúde. Disse também que a expansão das equipes de saúde é possível sem a criação da Fundação. Em contraponto a estes, o secretário municipal da Saúde, Carlos Henrique Casartelli, afirmou que o projeto é constitucional e já recebeu apoio de várias entidades ligadas à saúde.

O representante da Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre (Grampal), Aloísio Zimmer Júnior, concorda que o tempo dado à reflexão do tema foi suficiente. "A Constituição Federal estabelece que é compromisso do poder público manter a saúde para todos. A questão é pública". Aloísio Zimmer é considerado, pelo Fórum das Entidades, o pensador por trás do modelo de prestação de serviços públicos através de uma fundação, já que tentou, anos antes, tornar o Grupo Hospitalar Conceição uma fundação pública de direito privado.

Ainda durante a audiência, as entidades se manifestaram contrárias ou favoráveis à criação e instalação do IMESF. Também tomaram a palavra os vereadores líderes de bancadas. A reunião foi conduzida pela presidente da Câmara Municipal de Porto Alegre, vereadora Sofia Cavedon (PT). Aqui é importante adicionar o seguinte fator, segundo os entrevistados o fator principal para o adiamento das discussões foi a vereadora Sofia ter-se tornado presidente da CMPA, já que era aliada do Fórum das Entidades. Participaram também o procurador da república aposentado, Derocy Cirillo da Silva, o representante do Conselho Estadual da Saúde, Cláudio Augustin, o subprocurador geral de Justiça para Assuntos Institucionais, Luiz Carlos Ziomkowski, o procurador do Trabalho, Noedi Rodrigues da Silva, e o diretor do Departamento Hospitalar e Ambulatorial da Secretaria do Estado da Saúde, Marcos Lobato.

Como argumentos favoráveis à criação de uma fundação pública de direito privado, definida em sua lei de criação como componente de administração indireta, o Executivo municipal utilizou a questão da limitação de gastos com pessoal, imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000) como o principal fator responsável. Isso ocorre, pois, como componente da administração indireta, o IMESF não constará na previsão orçamentária de Porto Alegre, pois toda sua receita será advinda de contrato de gestão firmado entre a própria fundação e a Secretaria Municipal de Saúde. Segundo a prefeitura, a criação do IMESF “auxiliará na efetivação do SUS municipal,

ampliando a governabilidade pública sobre a APS, e desonerará o orçamento municipal sobre o índice da folha de pagamentos, sendo uma alternativa à Lei de Responsabilidade Fiscal” (PORTO ALEGRE, 2010d, p. 360).

O aumento da governabilidade foi citado durante a audiência pública e durante a entrevista, descrita no início deste capítulo, com o vice-presidente do IMESF como fator importante, já que geraria maior liberdade orçamentária e poderia desamarrar as obrigações burocráticas que atrasam os processos públicos e diminuem a velocidade de resposta do setor às exigências da comunidade. No sentido de justificar a implantação do IMESF, a questão da LRF também é importante, pois seria o grande limitador governamental para a prestação direta dos serviços, devido à limitação que a referida lei oferece às despesas com pessoal no orçamento municipal.

Após todas as manobras e movimentações, na madrugada de 15 de fevereiro de 2012, o Projeto de Lei nº 53/2010 foi aprovado, com 26 votos a favor. No intuito de apoiar sua decisão legalmente, o Projeto de Lei que cria o IMESF passou também pela aprovação da Procuradoria Geral do Município (PGM) que, como órgão fiscalizador, manifestou-se através de um parecer:

Na mesma linha de manifestação exarada pela Procuradoria da Câmara de Vereadores de Porto Alegre, sob o influxo da recente manifestação do Pretório Excelso quanto à higidez da Emenda Constitucional n. 19/98, que operou a alteração da redação do art. 39 da Constituição (que na redação original continha previsão da instituição de regime jurídico único no âmbito de competência de cada um dos entes da federação), tal posicionamento preliminar sobre a temática tende a apontar a inconstitucionalidade da opção por regime celetista. [Porém] A fonte de legitimidade normativa do Projeto de Lei do Poder Executivo Municipal não reside no Título III, capítulo VII da Constituição (Da Organização do Estado: da Administração Pública, no qual está inserido o artigo 39), mas no Título VIII, capítulo II (Da Ordem Social: da Seguridade Social). Daí são colhidos os nexos normativos que nos permitem afirmar a relação de pertinência do texto enviado à Câmara para com o ordenamento jurídico pátrio (PORTO ALEGRE, 2008, p. 2-3).

Além do parecer da PGM, a Procuradoria Geral da Câmara de Vereadores (PGCV) apresentou seu parecer a seus membros. No entanto, este divergia da tese da PGM, pois se posicionava de forma contrária à criação de uma fundação pública de direito privado, argumentando que:

a natureza jurídica das fundações públicas é tema controverso na doutrina. Antes da Constituição de 1988, nas décadas de 60 e 70 prevalecia a tese privatista, que inadmitia a inexistência de fundações de direito público, mas aos poucos foi ganhando fôlego a doutrina publicista brasileira. Tinha-se então aqueles que defendiam a natureza privada das fundações instituídas e mantidas pelo Estado,

outros a sua natureza jurídica de direito público. Ou ainda a possibilidade assumirem personalidade de direito privado ou público (PORTO ALEGRE, 2010e, p. 02).

A PGCV afirma que o Superior Tribunal federal (STF), em decisão de 1984, admite a existência de fundações públicas de direito público, bem como fundações públicas de direito privado. Contudo, entende que todas as fundações públicas, não importando a definição de sua lei de criação ou sua denominação, sempre serão consideradas pessoas de direito público, por razão de sua responsabilidade, competência, forma de obtenção de recursos, constituição de patrimônio, escolha de dirigentes e regime dos servidores (que será único). Por isso tudo, posiciona-se contra a criação de uma fundação pública de direito privado com regime CLT para seus funcionários. Essa procuradoria afirma que:

Quanto ao regime de pessoal cabe observar que sendo pessoa de direito público, por força da liminar concedida, com efeitos ex nunc na ADI nº 2.135 -4 não pode adotar o regime celetista. Salvo para os agentes comunitários de saúde e de combate às endemias em razão da promulgação da Emenda nº 51/2006, com amparo nos §§ 4º, 5º e 6º do art. 198 da Constituição Federal, e Lei Federal nº 11.350/2006, que permite a contratação desses profissionais sob o regime de emprego da CLT. Mesmo assim, seriam necessários ajustes no art. 20 e seguintes do projeto em exame (PORTO ALEGRE, 2010e, p. 12).

Enfim, o parecer prévio da Procuradoria Geral da Câmara de Vereadores se apresentou contrário à criação de uma fundação pública de direito privado para atuar na área da saúde – “por tudo isso, é que tenho como inconstitucional atribuição de personalidade de Direito Privado à Fundação que se propõe criar, e de tudo que daí decorre e que consta no projeto de lei em exame” (PORTO ALEGRE, 2010e, p. 12). Além disso, a procuradoria argumenta que “Isso posto, ao nosso ver o projeto apresenta inconstitucionalidades, especialmente no que concerne a possibilidade de instituição de fundação de direito privado pelo Município (PORTO ALEGRE, 2010e, p. 14).

O CMS de Porto Alegre, como órgão legal de controle social da cidade, fez uma reunião no dia 6 de janeiro de 2011, para tratar do IMESF. Convidados pelo conselho, compareceram à reunião o Secretário Municipal de Saúde e seu Secretário Adjunto, munidos de uma apresentação em *data show* para esclarecer o CMS sobre o Projeto de Lei em questão. Após a apresentação do projeto pelos representantes do Poder Executivo, a coordenadora do CMS refletiu sobre a importância da institucionalização da ESF na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. A coordenadora também recordou a Resolução 37 do CMS, que estabeleceu a ESF como modelo de Atenção Básica a ser adotado pelo Município, além de vetar sua execução por meio de cooperativas, ONGs ou Oscips.

Após essa manifestação, a coordenadora realizou leitura de uma análise realizada pelos conselheiros do CMS e levantou alguns questionamentos direcionados aos representantes do Poder Executivo, dentre os quais, destacam-se os seguintes:

a) O inciso XIX do artigo 37 da Constituição Federal de 1988 não prevê a possibilidade de fundação pública de direito privado, como pretende o projeto. Exige Lei Complementar para definir as áreas de atuação de fundações e, sem isso, a legislação somente prevê a existência das fundações previstas no Código Civil.

b) Concurso Público para os trabalhadores, em regime CLT: A CF/88, em seu artigo 39, define, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. Além dela, a Lei Orgânica de Porto Alegre propõe, em seu artigo 33, que o regime jurídico dos servidores da administração centralizada do município, das autarquias e fundações por ele instituídas será único e estabelecido em estatuto, através de lei complementar, observados os princípios e as normas da Constituição Federal e desta Lei Orgânica.

c) A fundação terá em sua estrutura organizacional básica os seguintes órgãos: conselho curador, conselho fiscal e diretoria executiva. A estrutura proposta acrescenta um quantitativo de quatro cargos de direção (quatro cargos comissionados – CCs), mais dois administradores, um contador, um assessor jurídico, dois técnicos em contabilidade, oito assistentes administrativos e um técnico em segurança do trabalho. Esse quantitativo de pessoal deveria ser agregado à estrutura da SMS para atender à Secretaria de uma maneira geral. Conselho curador, com participação dos trabalhadores e do Controle Social, é composto por nove membros – dos quais o prefeito indica cinco, dois são eleitos em audiência pública convocada pelo CMS e dois são eleitos pelos empregados. Além disso, o secretário de saúde tem o voto de qualidade em caso de empate. Ou seja, o prefeito detém o completo controle do IMESF.

d) A atribuição do CMS é de controle social e não de gestor. Cria-se uma contradição de papéis, pois não é possível fiscalizar a si mesmo. Além disso, audiência pública não é instância de deliberação. Conselho fiscal, com participação dos trabalhadores órgão de fiscalização interna, com três membros e respectivos suplentes: dois indicados pelo prefeito e um indicado pelo representante dos empregados do quadro permanente. Novamente, não há paridade; o governo tem total controle deste órgão também.

e) Diretoria executiva (em alguns artigos, denominada de Conselho Deliberativo), órgão de administração superior, terá um presidente, que não será CC: o secretário de saúde (que pode ser CC). Os cargos CC terão mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos. Presenciamos a “migração” de pessoas vinculadas ao Sollus e à “negociação” com a FUC na gestão do atual contrato. Isso poderá continuar a ocorrer no IMESF. O projeto não discrimina as atribuições deste órgão.

f) Estatuto do IMESF será aprovado por decreto do prefeito, podendo ser alterado por proposta conjunta do conselho fiscal, da diretoria executiva e do conselho curador. Como o prefeito tem o controle sobre todas as instâncias, detém o poder de alterar o estatuto a qualquer momento. Deste modo, não há qualquer garantia de continuidade administrativa. Cada prefeito pode alterar o conteúdo do estatuto da fundação sem qualquer explicação ao controle social ou ao parlamento.

g) O patrimônio do IMESF será transferido do município. O patrimônio do instituto será composto a partir da transferência patrimonial de bens do município, sendo prevista a aquisição, alienação e gravame de bens imóveis, bem como a celebração de contratos, convênios e acordos que envolvam, direta ou indiretamente, o comprometimento dos seus bens patrimoniais.

h) As receitas do IMESF serão oriundas da prestação de serviços, mediante contrato de gestão. Dessa forma, o CMS pergunta: Quanto custa a prestação de serviços? Haverá toda uma estrutura administrativa que deverá ser “mantida” por recursos transferidos. Além da folha de pagamento de pessoal, haverá pagamento de Procedimentos da Atenção Básica (PAB)? Hoje, o contrato com a FUC consome praticamente todo o PAB para atender 25% da população. Esses cálculos nunca foram apresentados no GT. Por que não se otimiza a gestão da SMS, qualificando sua estrutura administrativa? Isto beneficiaria toda a cidade.

i) Finalidade do IMESF – operar a Estratégia de Saúde da Família mesmo que esteja administrativamente vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, a autonomia prevista para o IMESF segregaria uma parcela fundamental da rede de atenção à saúde, num outro órgão, tornando definitivo o paralelismo hoje existente.

j) Criação de incentivo por desempenho da ESF, de forma gradual, até 10% do salário básico, instituído por decreto. A instituição de incentivos por desempenho não tem o consenso das entidades profissionais, especialmente quando se estabelece que os critérios

serão definidos por decreto. Tal dispositivo não garante estabilidade e segurança ao conjunto dos trabalhadores da ESF.

k) As despesas com o instituto não contabilizariam para fins da LRF. Essa justificativa também é inconsistente, na medida em que estas despesas serão contabilizadas como despesas com pessoal.

l) Uma fundação tem maior agilidade administrativa, tanto para contratar pessoal, como para realizar despesas. Essa justificativa também é falsa, na medida em que o que emperra a gestão pública é a ineficiência e insuficiência das estruturas administrativas e não a legislação a que está submetida. A burocratização de procedimentos administrativos e a centralização do poder de decisão é escolha de governo. Se o IMESF estará atrelado à SMS, a sua subordinação ao centro de governo, no que tange à utilização de recursos transferidos do fundo municipal de saúde ou do tesouro municipal, não alterar-se-á.

m) Os serviços finalísticos do instituto ficarão sujeitos ao controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde. O projeto fere frontalmente as disposições constitucionais, na medida em que considera a participação do CMS de forma pontual, finalística. (PORTO ALEGRE, 2011, p 10.)

Tal explanação mostra, primeiramente, que na cidade de Porto Alegre o CMS tem conhecimento acerca de suas atribuições e funções e que efetua estudos para compreender as questões advindas do poder executivo. Além disso, embasa-se legalmente para discutir tais questões. Por fim, adiciono que os questionamentos levantados e arrolados acima são os mesmos utilizados pelo Fórum de Entidades em Defesa do SUS.

Depois da apresentação realizada pela SMS e dos questionamentos apontados pelos conselheiros, houve a votação, para saber se o Conselho Municipal de Saúde se posicionaria a favor ou contra o projeto. A proposta da fundação IMESF foi derrubada quase por unanimidade: 28 votos foram contrários e somente dois votos, dos representantes do Poder Executivo, foram favoráveis a proposta.

Para endossar o posicionamento do Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Estadual e o Conselho Nacional de Saúde também se posicionaram contrários à criação do instituto, sendo este último contrário, inclusive, à criação de fundações públicas de direito privado, “O Conselho Nacional de Saúde manifesta posicionamento contrário à criação de



Fundação Pública de Direito Privado no município de Porto Alegre” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 19).

O Fórum em Defesa do SUS reúne diversas entidades, conselhos de classe, sindicatos, associações de servidores e federações, em um movimento que luta para assegurar o direito à saúde pública e de qualidade. A ideia do Fórum é reunir entidades ligadas à saúde e que possuem uma posição contrária aos novos modelos de gestão desses serviços, surgidos com a Reforma Gerencial da Administração Pública, arrolados no Capítulo 3 deste trabalho. O Fórum coloca-se contrário ao modelo de gestão de serviços de saúde das OSs, das Oscips, das fundações públicas de direito privado e das empresas públicas. Há pouco tempo, o mesmo inclui em sua titulação: “Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização”. Esse Fórum atua neste momento em todo território nacional e trata de um grupo com orientações vindas do Movimento Sanitarista, já citados no Capítulo 3 deste trabalho.

Tais entidades se unem por meio deste Fórum para realizar atividades e manifestações que busquem assegurar os direitos previstos na CF/88. Em relação ao projeto de criação da Fundação IMESF, as entidades se manifestaram por meio da figura do Fórum, porque entenderam que esta era a maneira mais fácil de defender e difundir sua oposição ao IMESF, ganhando maior notoriedade.

O Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul é composto por muitas entidades ligadas à saúde pública, algumas com atuação constante, enquanto outras se mostram mais atuantes em determinados momentos. No contexto do movimento de oposição à fundação IMESF, destacaram-se as seguintes entidades: Associação Brasileira Em Defesa dos Usuários de Sistemas de Saúde – Abrasus; Associação dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde – ASSMS; Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição – Aserghc; Associação dos Técnicos de Nível Superior do Município de Porto Alegre – Astec; Centro dos Professores do Estado do Rio Grande do Sul – Sindicato dos Trabalhadores em Educação – Cpers; Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB/RS; Central Única dos Trabalhadores – CUT/RS; Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – CES/RS; Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre – CMS; Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Crefito 5ª Região; Conselho Regional de Nutricionistas – CRN; Conselho Regional de Serviço Social – Cress 10ª Região; Fed. Nacional dos Sindicatos e Trabalhadores em saúde em Saúde, Trabalho e Previdência Social – Fenasps; Federação dos Municipários do Estado do Rio Grande do Sul – Femergs; Federação Nacional dos

Nutricionistas – FNN; Sindicato dos Enfermeiros do RS – SERGS; Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio Grande do Sul – Sindifars; Sindicato dos Municípios de Canoas – Simca; Sindicato dos Municípios de Porto Alegre – Simpa; Sindicato dos Previdenciários – Sindisprev; Sindicato dos Servidores da Câmara Municipal de Porto Alegre – Sindicamâra; Sindicato dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul – Sindsepe/RS; Sindicato Médico do Rio Grande do Sul – Simers; Sindicato dos profissionais e empregados em Hospitais e Casas de Saúde do RS – Sindisaúde; Sindicato dos Profissionais e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do Vale do Sinos.

Essas entidades realizaram plenárias e reuniões e atuaram em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, com o objetivo de realizar manifestações e divulgar posicionamento contrário à aprovação do Projeto de Lei nº 53/2010 na Câmara de Vereadores. O Fórum também buscou apoio junto à Câmara de Vereadores, onde conseguiram apoio público com a bancada do Partido dos Trabalhadores (PT), do Partido Socialista Brasileiro (PSB) e do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL).

Na Câmara, a posição dos vereadores de Porto Alegre quanto ao PL 53/2010 foi bem diversificada. Houve aqueles que apoiaram completamente o projeto do governo, outros que foram contrários em parte, sugerindo a criação de uma fundação pública de direito público, com regime de contratação de servidores estatutários e alguns que se mostraram contra todo o projeto.

A votação foi finalizada com 26 votos favoráveis – das bancadas do PDT, PMDB, PTB, PPS, PSDB, DEM e PRB. Foram, portanto, os votos de Reginaldo Pujol (DEM); Nelcir Tessaro, Nilo Santos, Alceu Brasinha, DJ Cassiá e Elói Guimarães (PTB); Bernardino Vendruscolo, Haroldo de Souza, Idenir Cecchim, Dr. Raul, Professor Garcia e Sebastião Melo (PMDB); Beto Moesch, João Antônio Dib e João Carlos Nedel (PP); Dr. Thiago Duarte, Luciano Marcantônio, Mario Fraga, Mauro Zacher e Tarciso Flecha Negra (PDT); Luiz Braz e Mário Manfro (PSDB); Paulinho Rubem Berta, Elias Vidal e Toni Proença (PPS); e, Waldir Canal (PRB).

Votaram contra a criação da Fundação IMESF os 10 vereadores que compõem as bancadas do PSB, PSOL e PT, que mostraram esse posicionamento desde a proposição do projeto de lei. Os votos contrários foram dos vereadores: Aírto Ferronato (PSB); Pedro Ruas e

Fernanda Melchionna (PSOL); Carlos Todeschini, Engenheiro Comassetto, Maria Celeste, Mauro Pinheiro, Sofia Cavedon, Adeli Sell e Aldacir Oliboni (PT).

A votação do PL 53/2010 ocorreu em 14 de fevereiro de 2011 (uma segunda-feira), em sessão ordinária iniciada às 14 horas e presidida pela Vereadora Sofia Cavedon (PT), presidente da Câmara. De acordo com o regimento, na sessão de votação, as emendas rejeitadas pela reunião conjunta das comissões não podem ser reapresentadas. Após muitas horas de debates, revisão do texto do projeto de lei e muitas outras emendas apresentadas, a Câmara Municipal de Porto Alegre aprovou o PL 53/2010, já na madrugada de terça-feira, dia 15 de fevereiro de 2011, em sessão extraordinária. Foram 26 votos favoráveis ao projeto e 10 contrários. Este PL originou, por fim, a Lei nº 11.062, de 19 de abril de 2011, que cria, portanto, o IMESF.

Segue abaixo uma compilação dos principais atores sociais participantes do processo de criação do IMESF e seu posicionamento, já relatado nesta seção (servindo, portanto, apenas para orientar a leitura e finalizar esta etapa do trabalho):

Tabela 3 – Relação dos partícipes do processo de criação do IMESF

<b>Entidade</b>	<b>Posicionamento e argumentação</b>
<b>Poder Executivo, papel desenvolvido principalmente pelo secretário municipal de saúde de Porto Alegre.</b>	A favor, por conta do aumento de governabilidade e da LRF.
<b>Procuradoria Geral do Município de Porto Alegre</b>	A favor, utilizando o argumento da LRF e governabilidade, além de uma interpretação diversa acerca da constitucionalidade do IMESF.
<b>Procuradoria Geral da Câmara de Vereadores de Porto Alegre</b>	Contra, por conta da inconstitucionalidade acerca da atribuição à personalidade de pessoa jurídica e ao regime dos servidores contratados.
<b>Conselho Municipal de Saúde</b>	Contra, utilizando o argumento da inconstitucionalidade, além da questão da terceirização e privatização dos serviços.
<b>Conselho Nacional de Saúde</b>	Contra, utilizando os mesmos argumentos do CMS.
<b>Conselho Estadual do Saúde</b>	Contra, utilizando os mesmos argumentos do CMS.
<b>Fórum em Defesa do SUS (como representante de todas as entidades arroladas acima e que assinam por este movimento no RS)</b>	Contra, utilizando, principalmente, o argumento contrário à privatização do SUS.
<b>Poder Legislativo</b>	A favor, através de votação (26 votos a favor e 10 contra).

Fonte: elaborada pela autora.

Mesmo após a derrota daqueles que se posicionaram contra a criação do IMESF, o Fórum de Entidades, apoiado financeiramente pela Central Única dos Trabalhadores (CUT),

através de um parecer de José Neri da Silveira, ministro aposentado do Supremo Tribunal Federal, efetuou uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI). A ação foi apresentada no dia 16 de dezembro de 2011, no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul e acompanha ações já impostas nos municípios de Novo Hamburgo e Sapucaia do Sul, que, na esteira dos debates acerca de fundações públicas de direito privado, criaram também as suas.

Em Sapucaia do Sul, a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas – que comanda a Fundação Hospital Municipal Getulio Vargas, o serviço de pronto-atendimento da cidade, o Hospital de Tramandaí e o pronto-atendimento de Viamão – alterou sua personalidade jurídica no ano de 2010, com a criação da Fundação Hospital Municipal Getúlio Vargas, passando a configurar como fundação pública de direito privado. Esse momento consolidou um novo modelo de gestão e de assistência, tendo como eixos norteadores: ampliação de serviços, articulação com as demandas da rede local e regional de saúde e aprimoramento das relações entre as equipes e a comunidade.

No caso de Sapucaia do Sul, os desembargadores do órgão especial do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em sessão realizada no dia 23 de abril de 2012, consideraram inconstitucional a Lei Municipal nº 3.224, de 25 de junho de 2010, que transformou o Hospital Getúlio Vargas, antes autarquia municipal, em fundação pública com personalidade jurídica de direito privado. A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) foi proposta pelo Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos e Serviços de Saúde do Vale dos Sinos e pelo Sindisaúde, sustentando que a transformação viola o princípio da reserva legal, uma vez que autarquia só pode ser extinta por lei específica, conforme artigos 37 da Constituição Federal e 8º da Constituição Estadual. Também afirmam que a lei pretende driblar a necessidade de concurso público para a contratação de pessoal submetido ao regime estatutário, em evidente violação ao princípio da moralidade administrativa.

Em Novo Hamburgo corre também ADI contra a Fundação de Saúde Pública. No dia 19 de maio de 2009 foi sancionado o projeto de Lei (1980/2009), que transformou a autarquia municipal, denominada Hospital Municipal de Novo Hamburgo, em fundação estatal de direito privado. Com a denominação de Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo, a entidade foi criada com o objetivo de responder às dificuldades enfrentadas pelo município na área da saúde pública, funcionando como instrumento para a formatação de uma nova perspectiva do setor, focalizando no cuidado da saúde, em vez do cuidado da doença. A ADI de Novo Hamburgo ainda não foi julgada, assim como a ADI referente ao IMESF.

Continuando as tratativas legais sobre o assunto, uma liminar do desembargador Marco Aurélio dos Santos Caminha, emitida em 26 de dezembro de 2011, anulou a criação do IMESF. A decisão foi provocada por uma ADI protocolada pela Abrasus, no início de dezembro de 2010. Segundo o desembargador, o IMESF não pode ser uma fundação pública de direito privado, pois gere recursos da prefeitura de Porto Alegre. O magistrado afirmou que “deve prevalecer a sua real natureza, que é determinada pela destinação e vinculação dos bens a fins públicos e não a mera qualificação que possui”, acrescentando que o instituto é uma “entidade de natureza pública, pois, embora dotada de personalidade jurídica de direito privado, tem como finalidade desempenhar atividades voltadas para o interesse público e de caráter essencial, com seu funcionamento custeado por recursos provenientes do erário municipal” (O SUL, 2012).

No entanto, apenas alguns dias após, o próprio desembargador Marco Aurélio dos Santos Caminha, do órgão especial do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, reconsiderou, em 12 de janeiro de 2013, a decisão de 26/12, que suspendera a vigência da Lei nº 11.062/11. A legislação autorizou o município de Porto Alegre a instituir o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde e Família. Reconheceu o magistrado que há risco de prejuízo considerável à população com a manutenção da liminar, neste momento em que se analisa liminarmente o pedido, para que seja reconhecida a inconstitucionalidade da lei. Sem comentar a discussão jurídica acerca da personalidade da entidade, reconheceu o magistrado a existência de risco de prejuízo considerável à população com a manutenção da liminar, superior àquele eventualmente decorrente da concretização do Instituto, razão já suficiente para revogar a medida. Considerou ainda o desembargador Caminha a relevante questão social que abarca a matéria, sabendo-se que a prevenção de doenças e a qualidade do primeiro atendimento da população – considerada finalidades precípuas do IMESF – minimizam os custos com a manutenção da dignidade do cidadão com relação à prestação dos serviços públicos de saúde que são essenciais, mas que devem ser de qualidade e eficiência, também. Portanto, volta à constitucionalidade, por ora, do IMESF.

Dessa forma, após verificar-se todos os rumos da ESF na cidade de Porto Alegre, desde sua implantação, passando, inclusive, por graves problemas ainda não resolvidos em relação à contratação da Sollus e, finalmente, a constituição de uma fundação pública de direito privado, o trabalho pôde perceber a realidade em que se encontra estruturado o IMESF. Portanto, este capítulo, que tratou de apresentar o ESF – que se encontra atualmente em funcionamento, tendo já efetuado concurso público no decorrer de 2012 –, que está em

processo de homologação e admissão dos convocados. Segundo o executivo municipal, é por esse motivo – no intuito de não parar a prestação do serviço – que ainda se mantém o convênio com a FUC, até que todos os concursados ingressem.

Por fim, tendo visto o IMESF e estando a par de seu funcionamento como um novo ente da administração pública, sem questionar seu funcionamento ou sua regularidade legal, o próximo capítulo destinar-se-á a verificar como esta nova modalidade de prestação de serviços sofre controle social – ou seja, após percorrer, no Capítulo 2 deste trabalho, todo teor teórico acerca de participação, controle social e acesso às informações, passou-se a enfrentar a discussão sobre o modelo de gestão brasileiro que dá origem às fundações e ao próprio SUS e suas origens atreladas ao fundamento da participação (isto no Capítulo 3).

No último capítulo, far-se-á a explanação final, mostrando, de fato, quais as formas existentes de acesso à informação do IMESF pela sociedade, para que esta consiga efetuar o controle social deste novo ente administrativo e, de uma forma mais abrangente, da própria administração pública municipal, já que esta é amplamente discutida nas entrevistas do próximo capítulo. Para finalizar, adiciono a fundamental importância deste estudo, como um estudo único, que alia a sociologia política (nos fundamentos acerca de democracia, participação e controle social) com a administração pública (nos estudos acerca do modelo gerencial e do próprio SUS), no intuito de mostrar uma visão diferenciada do tema.

## 5. O CONTROLE SOCIAL NO IMESF

Para a constituição deste capítulo, a pesquisadora foi novamente a campo, utilizando entrevistas semiestruturadas (Apêndice A deste trabalho). Esse tipo de interpelação, segundo Flick (2007, p. 106), tem como característica a utilização de “questões mais ou menos abertas”, que “sejam levadas à situação de entrevista na forma de um guia da entrevista”. Cada grupo de entrevistados possui questões específicas, no intuito de identificar as seguintes problemáticas deste trabalho:

- o IMESF e, dentro deste, o posicionamento de cada ente em relação a esta nova forma de prestação de serviços de saúde e seu funcionamento atual;
- a questão da prestação de contas municipal, o orçamento público e o acesso às informações pela sociedade;
- as ações de controle social existentes, tais como o CMS, o OP e as audiências públicas;
- os incentivos à participação da sociedade e os principais problemas e dificuldades do controle social em saúde.

Esses pontos da pesquisa surgiram a partir do embasamento teórico vindos de autores como Parry, May e Day (1992). Estes estão melhor explicados no Capítulo 2; mas, em suma, definem as formas pelas quais a sociedade pode participar: pelo voto, por *e-mails*, audiências públicas, discussões das políticas públicas e contato com membros do legislativo. A partir delas foram elaboradas, então, as problemáticas do trabalho, expressadas acima. Além disso, a partir disso, esta pesquisadora aprontou questionários específicos a cada grupo de entrevistados, a fim de responder às questões levantadas. Esses questionários encontram-se dispostos do Apêndice B ao F, ao final do trabalho.

Esta pesquisa abrangeu todos os espectros da sociedade com interesse em acessar as informações ou contribuir para a facilitação deste acesso, no intuito de melhorar o controle social existente. Para isso, como explicitado no Capítulo 1, a estratégia de amostragem utilizada aqui trata de um critério abstrato, segundo Flick (2007, p. 77), já que os entrevistados foram escolhidos a partir de “uma ideia de tipicidade e distribuição do objeto pesquisado” – tem em vista a ideia de verificar as formas existentes para a sociedade acessar

as informações de saúde e, principalmente, as informações do IMESF. Além disso, utilizou-se novamente do referencial teórico, com autores como Streck e Adams (2006), que apontam que determinados atores sociais são relevantes ao processo de participação. Para tanto, foram entrevistados membros do Poder Executivo, que são os divulgadores oficiais das informações acerca de saúde e sobre o IMESF, na cidade de Porto Alegre. Além destes, foram entrevistados membros do Poder Legislativo, que, por prerrogativa legal, tem como função a fiscalização de todas as ações do serviço público municipal. Também foram entrevistados membros de órgãos fiscalizadores legais, mencionados já no Capítulo 2 deste trabalho, além de membros do próprio Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e da sociedade civil. O extrato das entrevistas está no Apêndice G deste trabalho; o modelo do Consentimento Livre e Esclarecido, no Apêndice A. Este fora assinado por todos os entrevistados e encontra-se sob custódia da pesquisadora, assim como as gravações efetuadas nas entrevistas, que serão guardadas até o final da pesquisa e, então, serão eliminadas, de acordo com o que consta no consentimento assinado.

Todas as entrevistadas desta fase foram feitas pessoalmente. O contato inicial se deu por *e-mails*, trocados entre as partes, e telefonemas. A duração de cada entrevista foi de quarenta minutos a uma hora e meia – e o extrato, que se encontra em apêndice, exclui afirmações relacionadas às conversas pessoais dos entrevistados.

Do Poder Executivo, foi entrevistado o secretário adjunto de Saúde, que durante o ano de 2012 era o secretário municipal de Saúde de Porto Alegre; além deste, o atual vice-presidente do IMESF. O objetivo destas entrevistas era verificar como o IMESF efetua a prestação de contas e como a Secretaria de Saúde incentiva a participação da sociedade, além de compreender a relação entre estes entes da administração pública e o Conselho Municipal de Saúde.

Do Poder Legislativo, foi entrevistado o presidente da Comissão de Economia Finanças, Orçamento e do Mercosul (Cefor), onde ocorrem, por força de lei (LRF, 2000, art. 9º), as audiências públicas quadrimestrais de prestações de contas do executivo. Além disso, essa comissão exerce o acompanhamento e a fiscalização da execução orçamentária municipal. Essas entrevistas pretendem obter a percepção do Legislativo sobre as prestações de contas do Executivo, a forma de divulgação e incentivo à comunidade para participar e como ocorre a presença e a participação da comunidade nas audiências públicas – além, é claro, de verificar o posicionamento do executivo em relação ao IMESF.



Como mencionado no Capítulo 2 deste trabalho, os órgãos fiscalizadores são importantes mecanismos de controle social. Por isso, entrevistou-se a procuradora-geral do município de Porto Alegre, que também é presidente da Comissão Permanente de Inquérito, atuando duplamente como fiscalizadora na cidade e que esteve presente na elaboração das justificativas favoráveis à aprovação do IMESF, mencionada no Capítulo 4 deste trabalho.

No segmento considerado controle social legal, onde encontram-se os conselhos de saúde, foi entrevistadas a atual coordenadora do Conselho Municipal de Saúde e, também, a ex-coordenadora, muito presente nas questões relativas ao IMESF. O objetivo dessas entrevistas era verificar como se dá a prestação de contas da Secretaria de Saúde e do IMESF, além de verificar as formas que este órgão utiliza para acessar as informações públicas de saúde e o incentivo à participação da sociedade.

Por fim, no segmento considerado participação da sociedade civil, entrevistou-se a equipe do Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPOA). Além destes, foram entrevistados o ex-secretário da administração do estado do Rio Grande do Sul (atual vice-presidente do Conselho Regional de Contabilidade do Rio Grande do Sul) e um membro da Central Única dos Trabalhadores estadual e federal (e que também é presidente do Sindserf-RS). Todos foram escolhidos por estarem ativos nas discussões acerca do IMESF ou da problemática do controle social, além de haverem sido citados na primeira parte das entrevistas por todos os demais, como assaz importantes ao entendimento do IMESF.

O ObservaPOA disponibiliza uma ampla base de informações georreferenciadas sobre Porto Alegre – segundo o grupo, para contribuir com a consolidação da participação cidadã na gestão da cidade. Disponibiliza, também, indicadores que sejam capazes de qualificar a gestão participativa (OP, Conselhos Municipais e governança solidária local) a partir de três perspectivas: (1) social – impactos na melhoria da qualidade de vida e de convivência das pessoas; (2) gestão – impactos na eficácia, transparência e descentralização da gestão municipal; (3) política – impactos no desenvolvimento democrático e na cidadania, expansão do capital social e resgate da identidade local. Ressalta-se que a criação do Observatório se insere no contexto maior referente aos objetivos do Observatório Internacional de Democracia Participativa (OIDP) da Rede 3 – Urb-AI e da organização Cidades e Governos Locais Unidos (CGLU). Com efeito, no que concerne aos objetivos do OIDP, o Observatório proporciona informações e estudos que permitem conhecer e avaliar comparativamente a qualidade do desenvolvimento das múltiplas formas de democracia

participativa. No que concerne aos objetivos da CGLU, a criação do Observatório vai de encontro ao compromisso desta organização, que representa cem mil cidades, de todos os continentes, quanto ao cumprimento das metas do milênio da ONU para 2015. O Observatório é um espaço da cidade, para a cidade, construído em parceria com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

O CRC-RS foi escolhido porque, atualmente, promove seminários temáticos sobre diversos temas, pelo Brasil afora. Entre eles, destaca-se o tema acerca de controle social, participação e transparência. Esse seminário incita a sociedade a acessar as informações disponibilizadas pelos governos e por outras fontes da sociedade (tais como observatórios sociais), no intuito de efetuar o papel de fiscalizador e acompanhante do processo de gestão de sua cidade. Tais seminários são levados, principalmente, à classe contábil brasileira, pois o CRC acredita que estes são empoderados pela capacidade de compreender completamente as contas acerca do orçamento e execução das contas públicas e poderiam utilizar este conhecimento para efetuar uma melhor fiscalização das contas públicas, uma vez que estas se tornaram disponíveis *on-line*, após a Lei de Transparência.

Por fim, foi entrevistado também um membro da CUT estadual e nacional, membro do Conselho Estadual de Saúde e presidente do Sindserf, que esteve diretamente envolvido com questões relativas à saúde pública porto-alegrense durante todo exercício do programa ESF. Durante a questão da Sollus e em todas manifestações acerca do IMESF, esteve sempre presente. Além disso, na primeira parte da pesquisa, em que foram entrevistados membros de vários representantes da sociedade civil, verificou-se que estes sempre mantiveram certo vínculo com a entidade citada neste parágrafo.

Portanto, o resultado da pesquisa feita em campo, baseado nas respostas dos entrevistados, será dividido em quatro temas básicos, no intuito de abranger as principais temáticas e responder a questão-chave do trabalho, relacionada às formas de acesso à informação pela sociedade dentro da abrangência do controle social: 5.1 O IMESF; 5.2 A prestação de contas, o orçamento e o acesso às informações pela sociedade; 5.3 As ações de controle social; 5.4 Os incentivos a participação da sociedade e os principais problemas e dificuldades do controle social em saúde.

## 5.1 O IMESF

Em relação ao IMESF, evidenciou-se duas posições distintas entre os entrevistados, confirmando a pesquisa efetuada no Capítulo 4 deste trabalho. Há aqueles que posicionaram-se a favor da criação de uma fundação pública de direito privado na saúde de Porto Alegre, dentre estes os dois entrevistados do Poder Executivo, o representante do Legislativo, que é presidente da Cefor, e a Procuradoria Geral do Município. Segundo estes a fundação pública de direito privado é uma forma de desburocratizar a administração pública, tornando-a mais ágil e facilitando a prestação dos serviços de saúde:

Nosso exemplo de briga esta servindo para muita coisa. No final do governo Lula tivemos a construção de empresas públicas de direito privado, que geraram um problema, já que a Lei ainda não existe o governo esta preocupando-se me legislar novamente. Sei que não será feito em todas as esferas, a ideia é que será defendido exclusivamente na saúde. Paralelo a isso, o governo federal, em função das empresas que foram criadas sem Lei complementar, seguramente será regulamentada. O IMESF tem uma alternativa de independência financeira e orçamentária que facilita o processo e que não é nada ilegal, porque não facilitar o processo. Em 2005 quando chegamos aqui tínhamos 65 equipes e hoje nós temos 185 equipes porque rompemos paradigmas e fomos avançando. (Vice-presidente do IMESF.)

A estrutura do IMESF é o caminho mais leve para ao estado e que mais interessa a sociedade, porque é possível ao gestor no momento da aferição modificar e mudar o funcionalismo. Já que no funcionalismo público, por exemplo, não existem ferramentas como a questão da meritocracia, que é entendida pelos sindicatos como uma forma neoliberal, e que é extremamente importante, porque deve-se saber se ele cumpriu as horas, se atendeu com qualidade (Vereador presidente da CEFOR.)

Tirar a ESF de dentro dessa estrutura mais pesada, mais dura da administração, que pudessem atuar em bases mais modernas de gestão, ter um pouco mais de agilidade. Tudo que é demanda de saúde é muito epidérmica porque é pra ontem, contratos de saúde chegam hoje e devem entrar em funcionamento ontem. É sempre urgente e emergencial, todos prazos judiciais de saúde são contados em horas. A diretriz do poder público municipal sempre foi de ser mais arejada, para atuar em bases mais modernas de gestão. O desafio maior foi botar essa figura jurídica nova dentro do ordenamento jurídico. Ideias novas na casa velha é uma expressão que eu costumo utilizar. Foi uma longa construção, porque o mais perto que se tinha do ponto de vista jurídico para prestar este serviço era a fundação pública de direito privado. (Procuradora Geral do Município.)

Os trabalhadores eram contra porque queriam o estatuto, e com eles o sindicato. O que tínhamos naquele momento e que era importante, primeiramente era uma situação com o limite de gasto com pessoal por conta da LRF. Temos hoje a seguinte situação: aplicamos 21,85% das receitas do município em saúde, deste 18,97 foi pagamento de pessoal, onde deveria ser, de acordo com a Lei de responsabilidade fiscal apenas 15%. No entanto, gastamos bem mais, ou seja, apesar de a saúde precisar de gente, precisa também de medicamentos, de equipamentos e de investimentos. Por isso não tínhamos perspectivas de poder aumentar os serviços e para podermos aumentar os 1500 trabalhadores necessários para o funcionamento do ESF infringiríamos ainda mais a LRF. As fundações públicas de direito privado são uma alternativa de trazer a terceirização para dentro do poder público. Fizemos um contrato de gestão, então ela tem autonomia porque não depende do orçamento do município e ai não entra na LRF e possuímos a possibilidade de aumentar o gasto em saúde e então os investimentos. Além disso, a autonomia administrativa financeira, a agilidade dos processos sem transitar por dentro da máquina de toda prefeitura. Além disso, tenho a garantia do contrato, porque o próximo prefeito não

pode terminar o contrato com o IMESF, somente por lei do legislativo, por isso tenho garantia de continuidade do serviço. (Secretário adjunto de Saúde de Porto Alegre.)

Percebe-se que o gestor salienta a independência financeira dessa entidade. Além disso, justifica a criação de uma fundação pelo fato de que, no governo Dilma, no ano de 2011, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, uma fundação pública de direito privado para efetuar a gestão dos hospitais universitários. Dessa forma, considera que o governo federal está bem perto de legalizar tais instituições na saúde pública brasileira. O secretário lembra a questão da LRF já estudada neste trabalho, que seria o maior problema da prefeitura e o que incitou a criação do IMESF. O vereador entrevistado justifica principalmente a agilidade e desburocratização da gestão pública, mostrando o porquê de a lei haver sido aprovada pela maioria na Câmara de Vereadores, segundo apresentou-se no Capítulo 4 deste trabalho.

Por fim, a procuradoria responsável pela regulamentação e justificativa legal de criação do instituto também o aprovou, considerando tratar-se de uma forma mais “leve” para prestar serviços de saúde. Além disso, destaca que as discussões jurídicas em torno da fundação ainda estão vigentes – tal qual exposto no Capítulo 3, onde foram discutidas, entre outras questões, a legalidade das fundações. Tais justificativas remontam, principalmente, o Capítulo 3 deste trabalho, em que é apresentada a Reforma Gerencial, e que possui como principais prerrogativas a diminuição do aparelho do Estado através da transferência da prestação dos serviços para outros entes administrativos, entre eles, as fundações. Além disso, a reforma previa o gerencialismo, substituindo a forma burocrática que então engessava a administração pública – exatamente da forma pela qual tais entrevistados relatam as vantagens da criação desta instituição.

Deve-se ressaltar, neste caso, o lado oposto a estas ideias, que também foi exposto no Capítulo 3 deste trabalho, daqueles que não concordam com as ideias do gerencialismo e que acreditam que repassar os serviços públicos de saúde a entidades como as fundações públicas de direito privado é apenas uma forma de o governo eximir-se de responsabilidades na prestação destes serviços. Além disso, alguns deles acreditam que trata-se de uma forma de privatizar as políticas públicas de saúde, como pode ser evidenciado no jornal institucional Informa Andes (do Sindicato dos Docentes das Instituições de Ensino Superior), documento entregue à pesquisadora pelo entrevistado que é presidente do Sindserf. Neste jornal de circulação interna, há uma matéria acerca da Ebserh, onde faz-se uma crítica dura a este novo

ente administrativo logo na primeira página: “[a Ebserh] carrega em si o gene da privatização das políticas públicas, com a flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público, a transferência da execução de políticas sociais para instituições de direito privado, os contratos de gestão e a ausência de controle social” (INFORMA ANDES, 2012, p. 1). Essa tese é comprovada pelas palavras dos entrevistados a seguir:

Não compreendemos porque os servidores conseguem ser contratados via CLT e não podem ser concursados. Como teremos confiança numa equipes que esta sempre girando. **Não esta sendo assegurado o direito a política publica aqui, com o IMESF.** O IMESF é um dinheiro que agente não sabe de onde vêm com um vinculo que é precário. Estamos num momento de refundar o SUS, porque estamos correndo um risco abismal de **privatizar**, o SUS que é lei, um exemplo em vários países, estamos andando para trás. A plenária que decidiu contra a criação do IMESF foi 28 votos contra e somente dois a favor. O SUS ganhou. O IMESF é um passo muito forte na lógica de maquiagem, porque agora não é mais um convênio, é uma fundação descolada da gestão pública e ao mesmo tempo engessada porque o secretario é presidente, como vai-se construir um debate aí? (Atual coordenadora do CMS; grifo meu.)

Bom em relação ao IMESF nós somos contrários na medida em que ele contraria a lei orgânica do município que impede e não prevê a criação de uma fundação deste porte, que prevê a contratação via estatuto. Além disso, a fundação contraria a própria CFB. Acreditamos que **as ações de saúde devem ser responsabilidade do estado, no caso aqui de Porto Alegre.** Que o município tem responsabilidade e paulatinamente tenta se desfazer dela, não somente aqui mas outros municípios tem feito isso. No Brasil como um todo também acontece. A saúde é bem publico, direito da população e dever do estado. Este deve se capacitar para oferecer serviços de qualidade para sociedade. É o queremos, é o que diz a CFB e por isso lutamos, inclusive contra o IMESF. (Ex-coordenadora do CMS; grifo meu.)

O IMESF foi a alternativa que a prefeitura de Porto Alegre encontrou, assim como outras prefeituras, de organizar a estratégia da família e a atenção básica, para se **desresponsabilizar da saúde.** Como o governo federal se desresponsabilizou, o governo do estado também e a prefeitura municipal também, que é o que menos gasta em saúde. Com isso, as receitas para saúde são baixas, por isso eles se desresponsabilizam dos serviços através da precarização destes. (Presidente do Sindserf; grifo meu.)

Percebe-se, com as entrevistas descritas acima e diante da pesquisa feita no Capítulo 5 deste trabalho, que muitas entidades são contrárias à efetivação do IMESF. O CMS posiciona-se efetivamente a favor da boa e efetiva prestação dos serviços e acredita que estes são precarizados quando prestados por fundações. Enquanto o Sindserf acrescenta que trata-se de uma proposta neoliberal de desresponsabilização por conta do gestor de saúde. Além disso, o Informa Andes trata exatamente da questão relacionada à prerrogativa gerencial existente nestas novas formas de administração pública, referindo-se às modificações que o SUS sofreu após a reforma, todas estudadas no Capítulo 3 deste trabalho:

O Tucano Fernando Henrique Cardoso não fez seu sucessor e desde 2003 o Brasil passou a ser governado por Luis Inácio Lula da Silva e posteriormente por Dilma Rousseff. Mas, apesar da derrota eleitoral, o PSDB foi vitorioso no que diz respeito

a implementação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE, elaborado por Bresser-Pereira, sob os auspícios do Banco Mundial, para ser um dos pilares do governo de FHC. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), as Organizações Sociais (OS) que administram as Unidades de Pronto – Atendimento (Upas), as organizações da Sociedade civil de Interesse Público (Oscips) e as Fundações Estatais de Direito privado (FEDB) são exemplos claros de que o PDRAE peessedebista vem sendo implantado com vigor pelo governo petista. (INFORMA ANDES, p. 8, 2012.)

Observa-se no informativo acima as ideias acerca da reforma gerencial arroladas nos capítulos 3 e 4 deste trabalho sendo defendidas pelas entidades citadas anteriormente. Por fim, ressalto que a equipe do ObservaPOA não se manifestou quanto às questões do IMESF. Isso ocorreu porque esta apenas poderia tratar das informações de saúde, já que eles recebem as informações diretamente da Vigilância Sanitária de Porto Alegre, não possuem nenhum vínculo direto com o IMESF e, até o momento, não precisaram pedir informações diretamente a eles, embora já tenham trabalhado com a SMS em ações conjuntas para agilizar processos do Orçamento Participativo da cidade. Além destes, o vice-presidente do CRC/RS acrescentou que não presenciou as discussões relativas ao instituto em particular e que pretende observar as implicações destes entes pelos próximos anos, para ter ideia se funcionam ou não – e, por isso, preferiu não manifestar-se, por ora.

No intuito de perceber como o IMESF está estruturado atualmente, como estava dois anos após sua criação e como os entrevistados o veem no futuro, observemos as seguintes respostas:

O IMESF foi criado há dois anos e até agora não foi efetivado. Nós entramos com uma ADIN, ganhamos a liminar. A prefeitura argumenta uma afirmação que não se sustenta. Estamos há um ano da ADIN e até agora não foi implementado. Os argumentos que sustentaram a quebra da liminar até agora não apareceram, isso mostra uma ação questionável da prefeitura. Em relação ao modelo de fundação, tivemos uma decisão unânime da fundação da sapucaia que foi julgada inconstitucional, só não saiu o acórdão. Tem outra ação de novo Hamburgo esta faltando apenas um voto, do desembargador Rui Porta Nova, que prometeu pautar isso em março. A ação de Porto Alegre está pronta para julgamento. (Presidente do Sindserf.)

Por exemplo, no caso do IMESF o que nós vemos: ele tem uma lei e deve ser analisada através da lei. Um dos argumentos era que através do IMESF teríamos maior agilidade para contratar pessoas e serviços. No entanto, o que vemos através do relatório de gestão é que os serviços estão sendo feitos por aqui, pela Secretaria, pela assessoria de contratos, de projetos e de comunicação. Por exemplo, quem comprou pastas e mochilas foi a SMS. Então, qual é a necessidade tão premente de contratar um instituto deste. Tudo que previmos está acontecendo, há pessoas que não poderiam estar ali, os mesmos que estavam no Instituto Sollus, por exemplo. Então, mais uma vez vai acontecer o problema do Sollus com o IMESF. (Ex-coordenadora do CMS.)

A ADI em sapucaia foi aceita por unanimidade, Em Novo Hamburgo falta um voto, mas acredito que vamos ganhar por unanimidade também. E Porto Alegre

acreditamos que será a próxima. Isso é bom, porque gera jurisprudência e é bom porque elimina ideias futuras. (Atual coordenadora do CMS.)

Fizemos o concurso público para 1145 funcionários. Homologamos o concurso dia 6 de julho e, a partir dali, iniciamos as contratações. E, para dirimir ações eleitoreiras fora decidido completar todas as equipes que estavam com falta de pessoal, no entanto tivemos dificuldades na contratação de médicos. Foram criadas novas dez equipes. Estamos bem perto da meta de contratação. Pretendemos, até julho de 2013, estar com 1396 contratos e, a partir daí, o IMESF poderá assumir toda Estratégia de Saúde da Família. (Vice-presidente do IMESF.)

E acredito que por conta da Ebserh o governo deve estar tentando regularizar isso. Se acaso acontecer de o supremo tornar inconstitucional a estrutura poderemos tornar o IMESF uma fundação pública de direito público, já que os funcionários todos entraram via concurso público, portanto transformamos em estatutários e teremos de pensar como fazer com a LRF. Passaremos a contabilidade privada para a pública, mas teremos garantia de continuidade, apesar de grandes prejuízos para a administração. Nesse acaso a discussão é a seguinte, se a prestação da assistência é de caráter exclusivo do estado, já que a própria constituição diz que esta pode ser feita por entes privados. Por exemplo, as atividades consideradas poder de polícia, como a fiscalização, cobrança de impostos e a própria polícia são exclusivas do estado e não podem ser prestadas por outro ente, mas a saúde é também poder de polícia? Ela deve ser prestada pelo estado? Acredito que a própria constituição já aponta a resposta quando diz que a saúde pode ser prestada por entes privado, ou seja, não ser exclusiva do Estado. (Secretário adjunto de Saúde de Porto Alegre.)

Acerca disso, temos dois posicionamentos conflitantes: do Executivo, que afirma ter efetuado contratações e ampliado os serviços, e do CMS, que aponta que nada foi efetuado e que os contratos existentes ainda vigem. O que acontece, na realidade, é que os contratos não foram revogados – entre eles, o contrato com o Instituto de Cardiologia –, mas, segundo o próprio Executivo, isso ocorreu porque ainda não foi efetuada a completa contratação dos servidores, sendo que entre os fevereiro e abril de 2013, devem estar sendo cancelados tais contratos, em vista de novas contratações.

Além disso, não pode-se verificar se houve realmente um aumento no número de equipes, visto que as informações de saúde da família não são atualizadas. Dessa forma, apenas é possível questionar o fato de que em dois anos a mudança mais visível que ocorreu no ESF foi de localização: a partir de 2013, encontra-se em uma sala nova, situada em um prédio comercial, ao lado da SMS de Porto Alegre. No restante, infelizmente, não houve avanços significativos, embora as contratações estejam ocorrendo pelo IMESF, segundo os editais publicados na SMS. Acrescenta-se ainda que o Conselho Municipal de Saúde, apesar de ter escolhido não participar da estrutura, não abdicou de sua posição como fiscalizador e, por este motivo, pretende observar de perto o funcionamento do IMESF. E, embora a fiscalização deva acontecer somente após o ano fiscal, o CMS pretende buscar, via Ministério Público, todas as contas do IMESF também durante seu funcionamento.

Observa-se aqui que os órgãos fiscalizadores agem como fornecedores importantes de informação para os agentes de controle social e que, no caso do CMS de Porto Alegre, este mantém-se adiantado em relação às discussões, utilizando todas prerrogativas legais para conseguir informações, no intuito de cumprir seu papel de agente fiscalizador de saúde na cidade.

Além disso, deve-se destacar a fala do secretário adjunto de Saúde, que preocupa-se pouco com a ADI e sugere que, na pior das hipóteses, ou seja, se a ADI for concedida e o IMESF tornar-se inconstitucional, a prefeitura tem a possibilidade de tornar o instituto uma fundação pública de direito público e trazer os funcionários para dentro da administração direta. Além disso, o secretário deixa claro que a administração da cidade trabalha em premissas gerenciais, exemplificando, no final de sua fala, o próprio modelo gerencial de saúde. De acordo com esse modelo, como foi estudado no Capítulo 3 deste trabalho, a administração pública concentraria somente as atividades consideradas de Estado, enquanto que a saúde e a educação, por exemplo, seriam consideradas atividades públicas, porém não estatais, podendo, portanto, estar fora da administração direta. É exatamente desse ponto que o restante dos entrevistados discorda, já que, segundo eles, a saúde, por ser direito fundamental, deve ser prestada pelo Estado (neste caso, pelo município de Porto Alegre, visto que a ESF é atividade de cada município brasileiro).

Dessa forma, o tópico mostra que, apesar de ter sido criado há dois anos, o IMESF encontra-se em plena discussão acerca de sua forma de funcionamento e prestação dos serviços. Além disso, por ora, não pode-se verificar nenhum avanço em relação à prestação dos serviços, a não ser a contratação de servidores, via concurso público, que, cabe salientar aqui, não farão mais que substituir aqueles que já atendem neste serviço – por isso, não pode ser considerada uma ampliação do ESF. Além disso, embora o IMESF tenha sido criado em regime de urgência pela CMPA, até o momento ele caminha em passos lentos a uma plena regularização e concretização de seu ideal de atendimento de saúde.

## 5.2 A PRESTAÇÃO DE CONTAS, O ORÇAMENTO E O ACESSO ÀS INFORMAÇÕES PELA SOCIEDADE

De acordo com o que foi explicitado no Capítulo 2 deste trabalho, em que se estudou a questão da democracia participativa brasileira, desde a redemocratização e da Constituição Federal de 1988, entre todas as benesses ocasionadas por um governo mais inclusivo, foram



inseridas, com o passar do tempo, leis que abriram as contas do governo para toda a sociedade. Entre elas, uma das mais importantes é a Lei de Responsabilidade Fiscal, que, entre outras coisas, obriga a divulgação das informações através da abertura da prestação de contas do governo. Por esse motivo, este trabalho procurou verificar, nas entrevistas com diversos segmentos da sociedade, como esta lei tem sido trabalhada na cidade de Porto Alegre, de uma forma geral, e, mais especificamente, na questão da saúde e do IMESF. O vice-presidente do CRC/RS aborda a questão:

Considero que a tecnologia da informação e das comunicações facilitou muito a interação da sociedade com os governos. A democracia participativa, ideal ou pura com a TI, claro nunca se conseguiria este ideal, mas a participação é muito facilitada se da casa da gente ou do escritório se consegue acessar as informações do governo. (Vice-presidente do CRC/RS.)

Percebeu-se nas entrevistas que, com relação à prestação de contas, todos foram unânimes em considerar que a Lei de Transparência melhorou o acesso às informações e, ainda, que na área da saúde, a Lei nº 141 de 2012 tem a perspectiva de organizar a prestação de contas e a divulgação das informações em saúde. É importante adicionar que, de acordo com o que a ex-conselheira municipal de saúde indicou, trata-se de uma experiência teórica, que não fora implementada ainda, pois é uma legislação nova; contudo, pode-se considerar um avanço. Ademais, a equipe do ObservaPOA aponta que, apesar da divulgação das informações, ainda existem assuntos que sequer são comentados na administração pública municipal, o que diminui a possibilidade de considerar a transparência algo já alcançado apenas com a Lei e Transparência.

A Lei de Responsabilidade Fiscal faz com que a prestação de contas e a forma de apresentá-la vai melhorando. Além disso, todos podem efetuar pedidos sobre o orçamento e prestação de contas e a prefeitura tem um prazo legal para responder demandas o que é muito bom. Não podemos esquecer, no entanto, que a palavra transparência por muito tempo causou desconforto. Por exemplo, a questão do transporte coletivo, toda vez que falam em transparência nessa área tu vê grupos pulando. Talvez, em médio e longo tenhamos que incorporar dados sobre isso aqui. Apesar de existir lei de transparência é pouco publicizada, é um mecanismo que a população tem e ela não sabe. O próprio CMS tem problemas em comunicar o que eles fazem. (ObservaPOA.)

Esse é um processo da democracia da informação. Eu tenho um estado democrático quando as pessoas, além de participarem no processo de decisão dos representantes, tem a oportunidade de acessar do que é feito do recurso público. Temos ainda a cultura do estado autoritário, depois da eleição delegamos a este representante a possibilidade de se apropriar do estado. A informação já é pública no Brasil, mas não é transparente. Isso é um processo de democratização da informação, de empoderar a sociedade dos seus direitos. Nisso o controle social na área da saúde tem avançado. Nesse aspecto a Lei Complementar 141 avança em algumas coisas. (Presidente do Sindserf.)

Verificou-se também que o Legislativo possui papel fundamental, pois a Cefor é aquele que tem por objetivo central fiscalizar as ações municipais – entre elas, as ações da Procuradoria Geral do Município. Além disso, importa ressaltar que é na Câmara Municipal que são abertas audiências públicas para a sociedade participar do orçamento e planejamento municipal. A participação ocorre, pois as emendas ao orçamento correm somente depois das audiências públicas. Portanto, esse é um espaço e também uma oportunidade de que sejam inseridas no orçamento emendas populares, que podem ser pedidas por um grupo de pessoas, ou seja, incrementa a participação da sociedade. Acerca do orçamento e da prestação de contas, o vereador e presidente da Cefor aponta que:

Temos um calendário anual em que o executivo torna transparente seu orçamento. A lei obriga que o executivo faça três audiências públicas em que a população pode comparecer. Além das três audiências de metas fiscais, temos a de Lei Orçamentária Anual (LOA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e o Plano Plurianual (PPA) que também produz audiências onde são discutidas tais informações. O PPA, por exemplo, deve chegar até o dia 5 de junho e, após marcamos uma audiência pública e demonstrarmos o que o executivo planejou, tais oportunidades são mais fáceis e visíveis da população entender os planos do executivo. (Vereador e presidente da Cefor.)

Além deste, a procuradora responsável pela Comissão Permanente de Inquérito (CPI) afirma que a fiscalização feita pela câmara também incide na PGM e que este órgão ainda centraliza as demandas da Lei de Transparência – no caso de uma das secretarias negar alguma informação à sociedade, é a PGM que obriga a transmitir a informação. Segue a transcrição da entrevista com as afirmações:

A PGM é fiscalizada na prestação de contas e tudo que passa pelo município passa antes na PGM. Mas somos submetidos ao controle da câmara e do tribunal de contas.

Nossa corregedoria centraliza as informações a respeito da Lei de Transparência e o que diz respeito a PGM é respondido pela corregedoria. Todas as outras secretarias tem uma via de acesso para que a sociedade pergunte e ela responda. Se uma secretaria não responder, nunca aconteceu, mas se acontecer a PGM vai se manifestar para que esta secretaria responda. Pois a PGM tem a função de controle de legalidade. (Procuradora geral do município.)

Verificou-se, também, a forma pela qual a SMS presta contas ao CMS. Neste caso, a prestação de contas é feita através de relatórios, que, até ano passado, eram entregues trimestralmente, mas que, com a Lei nº 141 de 2012, passa a ser entregue a cada quatro meses. Além disso, o secretário adjunto de Saúde aponta que sempre são enviados relatórios da SMS à prefeitura, ao TCE e a outros órgãos fiscalizadores (quando estes requerem à SMS). O CMS aponta que, embora em anos anteriores tivesse havido dificuldades em receber a prestação de contas, atualmente ela vem sendo entregue na data certa pela prefeitura. Tal fato

facilita, portanto, a efetivação do controle social e gera bons frutos, como a investigação da Sollus, que, de certa forma, foi iniciada a partir de uma investigação feita no CMS. Por esse e por outros motivos (que serão tratados adiante neste capítulo), o CMS de Porto Alegre é considerado um dos conselhos mais atuantes do país. Além disso, foi verificado que o orçamento da prefeitura é feita através de programas, o que dificulta a exata percepção dos valores que vão para a Saúde, já que, dentro de cada programa, estão englobadas várias secretarias diferentes. Seguem os trechos das entrevistas que confirmam essas afirmações.

É feito por um relatório. Existe um plano de ação, que é elaborado e acompanhado pelo conselho, é deliberado e aprovado pelo CMS porque ele precisa ser cumprido. Todo plano de ação tem uma previsão orçamentária, então nosso acompanhamento é de análise e fiscalização, do ponto de vista de sua correção. O CMS trabalha na relação como o plano anual de saúde, neste momento estamos terminando a análise do plano. Não calculamos quanto ele gasta (executivo), nossa competência é verificar se ele cumpre o plano aponta, verificamos quando a comprovação dos gastos não é efetiva. Podem ter processos específicos em que o mercado faz o valor variar, agora não ter o serviço ou ele não estar efetivo e o gasto foi feito, isso não pode acontecer. (Coordenadora do CMS.)

A prestação de contas é feita através da apresentação dos relatórios de gestão, que anteriormente eram trimestrais, mas com a Lei 141 torna o envio quadrimestral. No CMS requeríamos a prestação de contas, no entanto durante algum tempo não recebemos, porém isso foi efetuado o pedido ao ministério público e após um inquérito tudo acabou ficando regular. Além disso, o plano municipal de saúde é o melhor instrumento para acompanhar o orçamento. Ano a ano tem um plano de saúde que é acompanhado quadrimestralmente. Ocorre que desde 2006 tínhamos uma ação judicial para determinar o envio dos relatórios e em 2009 foi feito um acordo também em âmbito judicial e desde então os relatórios são entregues na data correta. Hoje em dia, conseguimos ver melhor estes instrumentos porque são apresentados ao conselho. Neste momento estamos aguardando o relatório do último quadrimestre, então, até março teremos de receber. (Ex-coordenadora do CMS.)

O orçamento vem através de programas. Dentro do programa existem diversas ações, por exemplo, em cada programa estão presentes várias áreas, então, não há um orçamento por secretária. Por conta da interface entre as ações o do governo este trabalha dessa forma. Portanto para saber o orçamento total da saúde tem que entrar dentro de cada programa relacionado a saúde e separar o valor orçamentário que vai especificamente para a secretaria de saúde. (Vereador e presidente da CEFOR.)

Temos uma etapa, que é da saúde, através dos relatórios de gestão. Nós apresentamos este ao CMS. Entregamos este relatório ao estado que recebe e acompanha também. Temos relatórios que vão para município e o Tribunal de Contas do Estado que analisa nossas contas. Alguns relatórios vão ao governo federal, principalmente os repasses de fundo municipal de saúde. Quando demandado podem ir também para o Ministério Público Federal e Tribunal de Contas da União, entre outros. A prefeitura tem o portal da transparência onde todas as contas estão listadas, além do tribunal de contas que dispõe o pagamento de pessoal, tudo esta publicado na Internet. (Secretário adjunto de saúde de Porto Alegre.)

Com relação à prestação de contas do IMESF, o próprio executivo admitiu que ainda não fora implementada da forma correta, porque o IMESF é um órgão novo. Por isso, ainda não organizou muitas coisas, como a prestação de contas. Esta tem sido feita para a Secretaria

Municipal de Saúde, e a falha encontrada é a de que, mesmo a Lei 141/2012 prevendo a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde, a prestação de contas do IMESF não está sendo enviada a este – fato ratificado tanto pelo executivo como pelo CMS. Sobre isso, o vice-presidente do IMESF afirma que não envia as contas ao CMS porque eles não aceitaram suas cadeiras no Conselho Curador do IMESF (por terem posicionado-se contra a criação do instituto). No entanto, o CMS afirma que, mesmo não aceitando a fundação e não concordando com sua existência, eles não deixarão de fiscalizar o IMESF. A SMS aponta que deve ampliar o acesso às informações e possui a ideia, ainda não praticada, de criar um portal da transparência somente para a saúde, com informações em tempo real, acessíveis à sociedade. Se esse movimento consolidar-se, poderá ser considerado um avanço expressivo no acesso às informações pela sociedade. Podem-se confirmar estas informações abaixo:

Trimestralmente, é encaminhada ao Conselho Fiscal a prestação de contas e este faz um parecer. Neste período de implantação estamos usando o Conselho Curador e este ratifica os atos. Além disso, entregamos a Secretária Municipal da Saúde, trimestralmente, juntamente com o parecer do Conselho Fiscal, o extrato da prestação de contas. Além disso, sofremos a fiscalização do Tribunal de Contas. O que não vem acontecendo, embora previsto por lei, é a entrega das contas ao Conselho Municipal de Saúde. Teríamos que encaminhar a prestação de contas ao Conselho, no entanto eles nos enviaram um documento negando-se a participar nos conselhos curador e fiscal. Eles foram convidados a participar de comissões e negaram-se. Nossa relação com o Conselho Municipal de Saúde não existe, até porque eles não concordam com o IMESF. (Vice-presidente do IMESF.)

Nós já pedimos a prestação de contas para o IMESF e eles devem enviar, eles têm de enviar. O recurso também deve ser encaminhado, que é uma das questões que foram levantadas na constituição deste. Hoje sabemos que ocorrem vários desmandos, agentes comunitários que não são das áreas e estão sendo contratados. O Instituto de Cardiologia continua contratando, mesmo tendo o IMESF, são várias questões ilegais. Nós já enviamos ao prefeito e este está ciente; além disso, enviamos para TCE, TCU e Ministério Público, portanto eles precisam divulgar as informações. Nós já sabemos que há indícios de irregularidades e isso nos leva a crer que pode haver mais irregularidades. Tanto que na última plenária do IMESF fizemos um grupo de trabalho que tem a responsabilidade de coletar e estudar as informações do IMESF (Ex-coordenadora CMS.)

Ainda sobre o IMESF e a divulgação de informações, ainda há pouca transparência, já que é um órgão relativamente novo e que ainda não possui sua estrutura adequada. Por ora, as informações são limitadas ao portal da transparência municipal, com informações acerca dos funcionários do instituto. Além disso, o Sindserf aponta que, mesmo que os dados sejam divulgados, a forma pela qual o IMESF fora concebido em sua lei o torna suscetível a problemas relativos ao acompanhamento das contas, já que apenas precisa divulgar suas contas finais, onde o dinheiro fora gasto, não havendo possibilidade de acompanhar todo o processo.

Em relação à suficiência deles, temos de melhorar. Nós temos o portal de transparência. Temos os relatórios de gestão, que apesar de terem muita informação não são muito acessados. Estamos trabalhando numa lógica de criar um portal da transparência da saúde, para termos indicadores e disponibilizar dados em tempo real para população, como os indicadores mais importantes, tais como: o número de consultas, pessoas atendidas, tempo de espera de consultas, situações das emergências. Para uma informação mais clara para toda população. (Secretário adjunto de Saúde.)

Podemos acompanhar, mas no caso do IMESF podemos fiscalizar o resultado do processo e não o processo em si, isso prejudica a fiscalização. Além disso, até agora não, porque não teve nenhuma informação divulgada. Por exemplo, se aplicarmos a mesma regra do IMESF para o Sollus, não teríamos analisado as contas e verificado o desvio àquela época, por isso nossa preocupação com este novo ente administrativo. O controle no caso do IMESF só pode fiscalizar a prestação de contas final. Claro que tivemos avanços como a Lei Complementar 141, que definiu os gastos com saúde. Muitas vezes o dinheiro da saúde é mal gasto. Hoje, como o IMESF não funciona, não tem o acompanhamento de contas, mas nesse aspecto a Lei Complementar 141 fez grandes inovações. No entanto, como é recente, essas inovações não foram testadas. (Presidente do Sindserf.)

No portal da transparência temos todos os funcionários do IMESF e seus respectivos salários. Além disso, possuímos todos os meios de divulgação habituais da prefeitura. Todas as convocações e licitações saem no Diário Oficial do Município. Independente disso, possuímos o nosso endereço eletrônico, que, por ora, está em construção e com mais informações sobre as contratações. No entanto, pretendemos melhorar o site e abrir mais informações até o final deste ano. (Vice-presidente do IMESF.)

No atual momento, em que o site ainda esta pobre de informações, ainda não. Mas, obviamente, nossa ideia é divulgar indicadores, informações importantes da saúde em um fácil acesso através do *site*. A ESF tem na vigilância de saúde do município vários indicadores e informações disponíveis importantes. O Datasus tem todas estas informações, que são alimentadas pela SIAPI, que por sua vez é alimentado com dados dos postos de saúde e ESF de todo município, então seriam as mesmas informações, mas apresentadas num site próprio. No entanto, o IMESF ainda não tem tais informações regularizadas, por isso pretende organizar o site para que este possa informar o que for possível. (Vice-presidente do IMESF.)

No IMESF, especificamente, como ele não está em funcionamento, não temos nada, também não procuramos saber por que ele não está em funcionamento. Não tenho informações e não buscamos informações sobre este. (Presidente do Sindserf.)

Há, também, fortes críticas em relação à questão da transparência, pois, embora haja publicidade das questões governamentais, elas ainda não são transparentes e compreensíveis pela sociedade. Apesar de haver divulgação da informação, órgãos que efetuam o controle social como CMS tem dificuldade de acessar toda informação necessária para este fim. Além disso, ainda vê-se dificuldades em compreender todas as informações. Tal fala é vista no CMS.

Em tese com a lei de transparência todos temos acesso. [...] Pedi para apresentarem o esgotamento da LRF para justificar a criação do IMESF, no entanto, nunca fora apresentado. Nós pedimos informação e ela nunca é clara, tudo é atravessado, permeado num jogo que ninguém ganha. Não temos acesso, as questões financeiras

são o que tem no portal. Avaliamos que a gestão não corresponde. (Coordenadora do CMS.)

Eles não são suficientes. São necessários e importantes, mas para um órgão como o nosso não são suficientes. Para exemplificar pedimos informações sobre os laboratórios de Porto Alegre em maio e recebemos apenas em outubro. Deve haver um tipo de informação disponível a toda cidade, mas no caso do CMS que precisa de mais informações e esta não está disponível. (Ex-coordenadora do CMS.)

O vice-presidente do CRC considera os meios suficientes e critica a própria sociedade, que tem pouco interesse em acessar as informações. Importa nessa comparação lembrar que, talvez, o que ocorra é que os meios são suficientes para a sociedade em geral. No entanto, para órgãos responsáveis por fiscalizar determinada área, tais como os conselhos de saúde, as informações poderiam ser mais completas no intuito de facilitar tal fiscalização.

Os meios são suficientes, o problema é que a sociedade, por meio dos cidadãos e de forma organizada é que tem que ir lá, buscar as informações, analisar, criticar. Então se o povo interessado na saúde é mais organizado, tem mais recurso para ele, se o povo da educação é mais interessado a verba vai para ele. O Orçamento Participativo é um exemplo. Quando falta recurso aqueles mais organizados e que mais pressionam recebem. Os meios são suficientes o problema é cultura da sociedade em participar em se organizar. O que falta é a faixa da sociedade que pode ter um olhar mais crítico de forma sistêmica, se organizar o começar a acompanhar. De forma pontual e por área já existem. (CRC-RS.)

Por fim, o ObservaPOA declara ter outros problemas com relação ao acesso das informações. Eles afirmam que, embora nunca tenham sido impedidos de acessar qualquer informação, têm problemas relacionados ao consenso de algumas informações importantes e, também, com o fato de que muitas vezes a informação está tão compartimentalizada, em diferentes tipos de programas e acessos que eles mal conseguem compreendê-la, quanto mais utilizá-la da melhor forma possível. Nesse momento, é feita uma alusão ao que foi estudado no Capítulo 3 deste trabalho sobre o gerencialismo, quando este critica a burocracia, pois neste caso ela compartimentaliza a informação e a torna de difícil acesso, inclusive, culminando com uma possibilidade de ocorrer desvios, já que o caminho da informação é tão intrincado que fica difícil analisá-lo e fácil perder-se e deixar algumas informações para trás.

O governo não impede o acesso à informação, talvez porque nunca buscamos uma informação delicada. O problema da informação é que muitas vezes ela não existe, o dado está compartimentalizado, não filtrado e fica difícil saber o dado correto. Por exemplo, o governo tem programas de habitação, e são diversos programas, mas o sujeito se inscreve em todos eles, como vamos saber qual é o déficit de habitação neste caso? Outro problema é o consenso em relação a algumas informações. Os próprios técnicos de determinada área divergem quanto ao que é certo ou não usar como dado. Por exemplo, o que é área verde. Existem diversas respostas, e nossa tarefa fica complicada, já que não sabemos como agente usa este dado e é importante que os dados que repassamos sejam confiáveis. O próprio orçamento é complicado, cada compra vai para diversos processos, então como verificar esta distribuição. É uma sobreposição da burocracia, de estruturas burocráticas que

dificultam a coleta da informação, não conseguimos juntar os dados, aí a informação é complicada de acessar. Acho que isso depõe contra questão da transparência também, porque tu “superburocratiza” e mal consegue entender determinado dado. Deve-se lembrar que quando as informações são difíceis de acessar e compreender acontece que os desvios ficam mais fáceis de acontecer. (ObservaPOA.)

Portanto, a análise relativa à prestação de contas aponta para uma melhora dos meios desta, principalmente com relação à saúde em Porto Alegre. De outro lado, percebe-se que o IMESF ainda não se efetivou e não tem enviado essa prestação ao controle social do CMS. Também, descobriu-se que, embora a Lei de Transparência tenha avançado, ainda há um caminho a ser percorrido no sentido de tornar as informações compreensíveis pela sociedade e, principalmente, publicar todas informações, erradicando a ideia de que algumas informações são consideradas sigilosas. Por fim, a crítica feita à própria desorganização da administração pública (ObservaPOA) em que as informações estão completamente fragmentadas e desconectadas, tornando sua compilação quase impossível, é mais um alerta da importância em padronizar os sistemas de informação e a forma pela qual cada setor trata seus dados, lembrando que toda informação gerada é importante.

### 5.3 AS AÇÕES DE CONTROLE SOCIAL

Nesta seção, serão tratadas as formas mais lembradas pelos entrevistados como importantes ao controle social na gestão pública e, principalmente, no controle social do IMESF. Como primeira observação, importa notar que todos os entrevistados, por estarem atrelados à gestão de alguma forma, conhecem e utilizam a expressão “controle social” para designar as formas pela qual a sociedade pode acessar às informações e efetuar certo controle sobre a administração pública.

Como fator comum, todos entrevistados citaram o Orçamento Participativo, já estudado no Capítulo 2 deste trabalho e que há muito tempo é considerado uma forma importante de incluir a sociedade na gestão pública. Foi consenso, portanto, a importância deste instrumento também como fonte de informações da gestão pública.

É uma forma interessante de gestão. Teve um papel importante em Porto Alegre, hoje continua tendo um espaço privilegiado, no entanto ele discute somente investimentos, e a parcela do que é discutido em investimento é uma parcela pequena. E uma possibilidade de controle pelo poder executivo é ainda muito alta. (Presidente do Sindserf.)

O próprio OP funciona, senão a melhor forma de participação ao menos as pessoas se reconheçam como fazendo parte de uma localidade podendo ter influência e minimamente podem indicar o que é importante para sua comunidade. (Ex-coordenadora do CMS.)

Portanto, como se observa nas citações acima, mesmo percebendo a importância deste instrumento de participação, existem algumas críticas pertinentes a ele. A primeira, relatada no trecho acima, diz respeito à parcela que é discutida no OP, que, para os entrevistados, ainda é muito baixa. Além disso, o ObservaPOA lembrou que uma das suas principais funções é justamente embasar a sociedade para tornar suas demandas do OP factíveis, efetuando, inclusive, pesquisas a partir de demandas vindas das equipes do OP:

As informações funcionam para mostrar que dentro de Porto Alegre existem diversas realidades e é importante saber qual território e quais as características de cada território. Trazemos informações da cidade para a cidade pensando em subsidiar as pessoas na tomada de decisão. Ai se faz o link com a democracia participativa, o ObservaPOA tem esse caráter, ele quer informar com o objetivo de que as pessoas possam tomar decisões pautada em informações. Para que cada bairro possa usar os dados, por exemplo, como justificativa no próprio OP para reafirmar o que ela quer.

Por fim, especificamente sobre o IMESF, embora este não receba as demandas do OP, visto que tais demandas vão diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, esta é repassada ao instituto, que terá como objetivo atender, efetuando as contratações necessárias para este fim. O IMESF prevê, no entanto, que, futuramente, possa receber diretamente tais demandas.

O IMESF tem um contrato com a Secretaria de Saúde, o objetivo atual é RH. Quem recebe as demandas do OP é a secretária de saúde e esta nos repassa tais demandas. Temos um casamento eterno com a secretária. Podemos futuramente receber diretamente alguma demanda vinda do OP, mas por ora, apenas completar o número de contratados. (Vice-presidente do IMESF.)

A Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre lembra do OP e do CMS como os principais agentes de controle social da cidade. Os dois, segundo o secretário adjunto, trazem demandas de saúde que são priorizadas. Além disso, a SMS aponta que tem feito estudos pré-OP, para que as demandas sejam embasadas em estudos técnicos e possuam uma viabilidade maior de ocorrer. Além disso, a SMS afirma que trabalha junto com o ObservaPOA, no intuito de melhorar as informações deste órgãos, para que seja uma fonte fidedigna de informação de saúde para a sociedade.

Temos duas fontes de participação popular que trazem demandas de saúde. Uma é o OP e outra o CMS. Hoje, todas as demandas do OP são prioridades de investimento. Tentamos vincular tudo que vem deste para o orçamento. Inclusive estamos trabalhando numa questão de inversão, estamos mapeando e enviando ao OP onde devem estar tais demandas. Nós fizemos estudos técnicos e conseguimos estabelecer onde deve ser alocada os investimentos, então passamos esta estrutura ao OP e eles podem auxiliar a SMS. Este planejamento faz com que possamos fazer uma discussão com o OP e com o CMS de forma mais organizada. Para que as demandas feitas sejam aquelas que o cidadão precisa, mas também que sejam viáveis. Trabalhamos também com o ObservaPOA e tentamos manter os dados atualizados



para que possam ser os dados oficiais de informação da SMS. O volume e a complexidade das informações em saúde é muito grande, e para população geral ela deve ser mais simplificada. Principalmente para definir o que deve ser feito primeiro. Além disso, quanto mais informações disponibilizarmos para a população, mais ela consegue entender a questão técnica envolvida e compreender o que a SMS faz. Esse processo é importante para manter a equidade porque assim quem ganha é a comunidade que, de acordo com os dados precisa e não somente aquela que mais se mobiliza. (Secretário adjunto de Saúde de Porto Alegre.)

Outra forma de controle social mencionada foi o CMS, lembrado como deveras importante na cidade de Porto Alegre e considerado no Brasil como um exemplo no sentido de cumprir seu dever como agente fiscalizador. Tal fato já fora mostrado neste trabalho no final do Capítulo 2, onde se trata especificamente de controle social em saúde. Dessa forma, percebe-se em todas as entrevistas que o CMS é lembrado e considerado importante no fortalecimento do controle social.

Acho que os conselhos em geral cumprem seu papel. Na questão da saúde em particular, sei que o CMS cumpre seu papel, mas podem criar alguns entraves/obstáculos para a administração pública. Acredito que pessoas que conheçam mais acerca de saúde pública e estejam imbuídos na tese de ajudar a resolver, independente de partido político. (Vice-presidente do IMESF.)

Como é uma diretriz legal a gestão democrática e a participação social, isso se dá de maneira difusa. A PGM tem participação e assento em alguns conselhos municipais. Além disso, a questão de roubos ou problemas dentro do executivo é apurado aqui dentro, a sindicância ocorre dentro da própria secretaria e quando é mais grave ele vem para a PGM, para a Comissão de Inquérito apurar a questão de responsabilidade. (Procuradora geral do município.)

O embrião do controle social, o encorajamento da sociedade foi a criação dos conselhos, embora os conselhos também não consigam controlar adequadamente porque são paritários, e algumas vezes o governo acaba sendo o controlador. É interessante porque metade é sociedade, por exemplo, o CMS de Porto Alegre é muito atuante e consegue resultados, porque são organizados, tanto que não raramente a presidência do conselho não é exercida pelo governo. Isso é uma forma muito importante se houver efetiva participação de representantes da sociedade civil. Outra forma são as organizações da sociedade que apareceram a partir da década de 1990, elas acompanham a administração, mesmo que de forma segmentada. Exemplo: todos pela educação, AMARIBO (Associação dos Amigos de Ribeirão Bonito) criada ainda na década de 1990 para acompanhar as ações do governo municipal de Ribeirão Bonito. E, depois, com a LRF eles tiveram uma ferramenta efetiva. Outra questão são os observatórios sociais que estão trabalhando bem naquilo que eu imaginava como ideal porque é uma organização de pessoas para acompanhar a gestão de forma global com excelência. Mas os cidadãos individualmente têm o poder de fazer este acompanhamento, segundo inclusive a própria lei responsabilidade fiscal. (Vice-presidente do CRC/RS.)

Ressalta-se, na afirmação do vice-presidente do CRC/RS, que, embora o CMS trabalhe como um agente de controle social, sendo majoritariamente coordenado por usuários do sistema, na maior parte dos outros conselhos de saúde ainda há uma ligação muito estreita com o Executivo, o que pode fazer com que sejam apenas uma extensão da própria gestão. No entanto, no caso da saúde, um dos fatores que pode fazer com que este conselho seja diferente

é a luta efetuada pela Reforma Sanitária, na qual vários integrantes deste conselho participaram. Essa reforma, que originou o próprio SUS e foi estudada no Capítulo 3 deste trabalho, preservou a participação plena da sociedade nas decisões de saúde, e esta consciência ainda é vista nos componentes do CMS de Porto Alegre.

Sobre os conselhos de saúde, ficou evidenciado que a lei de criação do IMESF aponta para uma fiscalização feita apenas no final do processo orçamentário, o que, em tese, diminuiria a potencialização da atuação do CMS, prejudicando a plena fiscalização deste segundo os parâmetros legais. No entanto, importa verificar aqui que mesmo com a lei não incluindo a fiscalização integral, o CMS acaba por efetuar-la de forma completa – foi o que fez no caso da Sollus e em todo o processo do ESF, estudados no Capítulo 4 deste trabalho. Esse fato é bastante importante, pois aponta para a verdadeira efetivação do controle social, com todos os conselhos atuando de forma completa na gestão pública.

Devemos lembrar que a lei orgânica da saúde afirma que a atenção básica é municipal e a ESF é o modelo de saúde brasileiro para atender atenção básica. E que a prefeitura passou a responsabilidade deste para o IMESF. Além disso, no caso do IMESF eu não tenho na Lei o amplo acesso para fazer o controle social, dessa forma evita o controle social. Temos uma estrutura que transfere para um ente que não possui legalidade confirmada, sem controle social e que a prefeitura se desresponsabiliza. É um processo amplo e nacional de terceirização e privatização do SUS. Embora a CFB preveja que o setor privado auxilie na saúde, mas de forma complementar. O que vemos hoje é que o setor público tornou-se o complementar. (Presidente do Sindserf.)

Ainda ressaltando o importante papel do CMS na cidade de Porto Alegre, vemos tem for função principal verificar se o serviço está sendo efetuado, se a política de saúde é cumprida. Por isso, envolve-se nas questões da forma pela qual a cidade escolhe prestar este serviço, neste caso através do IMESF. Além disso, o próprio CMS efetuou diversas conquistas pela saúde da cidade, cumprindo não somente o papel de fiscalizador, mas também de promotor de direitos relativos à saúde.

É função do CMS verificar se o serviço esta acontecendo. Nós devemos garantir que a política de saúde seja cumprida. Nós temos conhecimento do valor que Porto Alegre investe, e o valor é razoável, Porto Alegre investe até mais que outras cidades. No entanto atualmente não temos a política sendo efetiva, resolutiva e isso é preocupante. Acompanhamos a prestação de contas, o que acontece é que muitas vezes não aprovamos o relatório de gestão. As políticas públicas existem para assegurar o direito, e o direito a saúde é fundamental, porque sem ele não acessamos o direito a escola, trabalho e por aí vai. (Coordenadora do CMS.)

Aumentamos a visibilidade, somos a voz da sociedade, 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestão. Essa é a voz do conselho, especialmente a voz de quem esta sendo atendido. Mesmo quem tem plano é usuário do SUS, e este garante as campanhas de vacina, os procedimentos de maior complexidade. Não é vazio este lugar e esta luta, porque corresponde a todos nós. O lugar de controle social é uma

conquista dos movimentos, assegurada na legislação porque foi elaborada no movimento, nos grupos, no coletivo, porque a sociedade se deu conta de que precisava. Geralmente falam que a política pública é para pobre, mas não! Ela é feita para a sociedade, ela deve incluir todos. Por isso que toda população deve exigir o direito de ter saúde e esta deve ser prestada da melhor forma pela gestão. Principalmente porque vivemos numa sociedade que produz desigualdade de uma forma violenta e, por isso, não podemos banalizar a violação dos direitos. Agente tem que desmanchar estes preconceitos que alimentam a desigualdade, o sistema capitalista que tu vale o que tu tem esquece o humano, por isso que o conselho está aqui e ele funciona, para garantir direitos. Por exemplo, vemos o papel dos Conselhos no caso do hospital da independência, o CES e CMS organizaram-se para que a gestão prestasse o atendimento, e se não fosse possível fosse efetuada uma licitação, exatamente o que fora feito, isso fora uma conquista da luta dos conselhos. (Coordenadora do CMS.)

Em Porto Alegre, temos muitas conquistas que demonstram a importância. O próprio plano de saúde que é o instrumento de gestão, onde estabelece as prioridades através da situação epidemiológica de uma comunidade através de ações que podem ser controladas por uma localidade. A gestão deve de ser forçada a fazer o próprio papel, mas enfim, através de articulação, com MP isso acaba acontecendo. A própria questão do IMESF, houve uma mobilização importante, a primeira ADIN ganha contra uma fundação que foi importante por ser em Porto Alegre. Alguns serviços de saúde conquistados e que a população nem sabem que foi o CMS que lutou e conquistou. Muitas vezes porque os governantes tomam ou louros para eles e o CMS quer mesmo é que o serviço seja feito. A criação da emergência psiquiátrica do IAPI conquistada através de uma ação civil pública do MP. Os Capes que estão constituindo-se na cidade oriundos dessa ação, embora não seja da melhor forma através do serviço público que era como gostaríamos. Os dois hospitais: Álvaro Alvin e hospital independência, que o ministério da saúde queria abrir com a Ulbra novamente, nós conseguimos transferir um para o Hospital de Clínicas e outro para o Divina Providência, também um conquista da ação do controle social articulado com CES. A municipalização do Murialdo que há muito tempo era uma demanda aprovada. Fizemos um movimento grande, com atos e manifestações, o MP entrou com uma ação e então acabou acontecendo. Os serviços foram entregues ao município. Isso mudou o perfil epidemiológico da população, isso foi um ganho e uma conquista encaminhada por nós. (Ex-coordenadora do CMS.)

As afirmações acima demonstram conquistas efetuadas pelos órgãos de controle social quando estes vão além da fiscalização e conseguem organizar-se pelas demandas da sociedade. Considerando que os conselheiros conhecem a comunidade e trabalham em seu favor, eles cumprem seu papel, lembrando que alguns destes vêm dos conselhos locais que pertencem às regiões específicas da cidade. Sobre esse fato, cabe ressaltar que existe no CMS programas de capacitação dos conselheiros para que estes entendam o que é o controle social e a importância deste na saúde pública.

A capacitação é uma preocupação e uma meta do CMS e esta sempre funcionando. Estamos divulgando e ampliando o alcance para o conselho local, incentivando este para entender seu lugar nessa rede. Chamamos de ciclo de formação não capacitação, assim como os usuários deveriam ser chamados de destinatários. E acredito que essa denominação coloca a população num lugar de protagonista. Lembrando que os conselhos locais têm representatividade no conselho distrital e este tem dois assentos no CMS, por isso é importante que estes conselheiros locais entendam a importância de sua atuação. (Presidente do CMS)

Ainda em relação ao CMS, foi pesquisada a relação entre este, a SMS e o IMESF. Apesar de se tratarem com o devido respeito e identificarem que o trabalho feito por ambos é importante, é fácil perceber que a relação é tensa, principalmente por conta das inúmeras pressões e denúncias feitas pelo CMS à SMS e ao IMESF, já mostradas no Capítulo 4 deste trabalho – vide o caso da Sollus, por exemplo. Por esse mesmo motivo, a relação entre CMS e o IMESF é de desconfiança, pelo que foi relatado no item 5.1 deste capítulo, já que o CMS, contrário à prestação de serviços de saúde através de uma fundação, está bastante empenhado em fiscalizá-la de perto. Por conta de todas as denúncias efetuadas, o CMS constituiu uma linha de articulação forte com outros órgãos fiscalizadores, entre eles o Tribunal de Contas do Estado, o Ministério Público Estadual (MPE), o Ministério Público Federal (MPF), a Polícia Federal (PF), entre outros. Tais afirmações são extraídas das entrevistas feitas no CMS:

Relação de respeito de ambas as partes, em outras ocasiões não foi. No mínimo há um reconhecimento da prefeitura com relação a importância e capacidade política do CMS em se movimentar, e da parte do CMS. Há um respeito e um esforço da SMS em tocar as coisas minimamente, isso que há quatro anos atrás não aconteceu. Claro que temos críticas fortes em relação a postura da SMS, o próprio IMESF mostra isso, as vezes observamos uma lentidão em resolver problemas de saúde que são importantes a população. A própria desresponsabilização, por isso há preocupação em aprovar uma lei de responsabilidade sanitária para que o gestor seja responsável quando não haja prestação de um serviço com qualidade. (Ex-coordenadora do CMS.)

Tem sido uma estratégia da gestão nos desconstituir, eles não esperavam que o CMS fosse tão ativo. Porque agente questiona, elabora e se posiciona. E não fazemos isso de forma superficial! A relação é mais tensa impossível, difícil desgastante. Acho que a gestão deveria conduzir politicamente, eles atravessam com questões pessoais de desrespeito, não agregam e não reconhecem o lugar o controle social. A judicialização de algumas questões acaba funcionando para que o CMS tenha voz, já que nossas resoluções não são respeitadas pela SMS. O IMESF foi encaminhado para a justiça estadual, a questão das equipes incompletas estão no Ministério Público, os CAPS estão com um Termo de Ajuste de Conduta. Quase tudo acaba indo para a justiça porque não há conversa. Entregamos recentemente um relatório no Tribunal de Contas acerca dos laboratórios que não têm contrato, nem nada com a prefeitura. (Coordenadora do CMS.)

A articulação existe com todos os órgãos, o caso da Sollus foi emblemático para Porto Alegre, neste sentido, e para o Brasil. Eu hoje considero sim, porque fizemos um enfrentamento importante, nós antevemos o problema, nós sabíamos que havia falcatrua, apontamos, fizemos análise e tivemos retorno positivo, porque teve resultado e reconhecimento dos órgãos de controle do estado para com o CMS. O TCU o TCE, o MPF, MPC a CGU e o MPF. Então, hoje, quando chega alguma coisa do CMS, já tem um respeito. (Ex-coordenadora do CMS.)

Somos diferentes e compomos uma mesma mesa. Não gostamos de judicializar. No entanto, levamos situações que violam os direitos de saúde. Nós temos boa relação com Ministério Público. Somos bem recebidos e estamos construindo legitimidade nessa articulação, temos vários processos, mas todos bem embasados e articulados com essas esferas. (Coordenadora do CMS.)

Ainda com relação aos conselhos, é visível a interferência da justiça para resolver os problemas relativos à saúde pública. Apesar de não ser o foco da pesquisa, ressalta-se que sempre há interferência judicial na saúde e que esta tem movido a gestão pública no que diz respeito a resolver os problemas de prestação de serviços de saúde. Tal fato é evidente na própria constituição do IMESF, que somente foi efetuada após um Termo de Ajuste de Conduta ser enviado à Prefeitura de Porto Alegre e ter obrigado a mesma a repensar sua forma de prestação do ESF, fato discutido no Capítulo 4 deste trabalho.

Além do OP e do CMS como formas importantes de controle social, as audiências públicas foram lembradas por todos os entrevistados, pois, além de tornar transparente a gestão pública, no caso das audiências feitas na Câmara Municipal pela Cefor, por conta da divulgação do orçamento e planos dos governos, são uma forma de controle social, na medida em que são eventos de que a sociedade pode participar.

Este ano serão seis audiências públicas, sendo três sobre metas fiscais e três de orçamento. Pelo Diário Oficial da União e jornais de grande circulação. As audiências públicas ainda são feitas previamente ao período de emendas, que podem ser feitas por entidades da sociedade. Dessa forma a participação pode ser efetiva. No entanto, as posições já vêm definidas nas audiências públicas. As pessoas que participam são as mesmas, os interesses são os mesmos. Conseguir oxigenar com novas posições e pessoas diferentes são sempre difíceis. Quase sempre é um embate de posições ideológicas. Eu vejo que instâncias que deveriam ser apropriadas pela sociedade, como CMS acabam transformando-se em aparelhos de interesse, mais do que partidários, mas ideológicos. Trabalham sim em interesse para sociedade, mas muitas vezes para seus interesses corporativos e ideológicos. Com uma atuação aparelhada. (Presidente da Cefor.)

Audiências públicas são importantes na medida em que tratam um tema que a sociedade se ocupa. Para nós da saúde geralmente, nos ocupamos em darmos direção para um tema que não está devidamente sendo tratado. Por exemplo, discutimos saúde mental em 2008, fizemos uma audiência pública, e dali desdobraram-se diversas ações importantes, entre elas o plano de saúde mental, que até então não existia na cidade. Além disso, tivemos outra que funcionou para desenrolar o processo, que é o caso do Hospital da Restinga. Fizemos uma audiência pública na Restinga e a partir dali elaboramos um cronograma de início de obras, sempre com o Ministério Público acompanhando de cima. Embora de um pouco de trabalho, acredito que funciona. Naquele caso este ano será inaugurado o hospital. (Ex-coordenadora CMS.)

Ainda sobre as audiências públicas, os problemas relatados, principalmente com relação à divulgação destas, serão mais bem descritos no próximo item deste trabalho. Para finalizar a questão das formas de controle social lembradas pelos entrevistados, verificamos que foram citados diversos mecanismos, tais como o CMS, as audiências públicas e os órgãos fiscalizadores – que acabam por agir como controladores e fiscalizadores, como o CMS. Além disso, citaram a ouvidoria do SUS, que, apesar de ser um canal federal de comunicação, encaminha as denúncias, requisições ou informações aos responsáveis por respondê-las.

Portanto, quando dirigidas à cidade de Porto Alegre, é a Secretaria Municipal de Saúde quem responderá. Segundo o vice-presidente do IMESF, “existem vários canais, tais como a ouvidoria do SUS, que é outro canal interessante. No IMESF, pretendemos ter essa interação dentro das unidades de saúde, de forma mais próxima das pessoas”.

Dessa forma, verificamos que a participação na saúde pública pode ser considerada bastante intensa, visto que há várias entidades envolvidas em qualquer discussão feita nesta área. Lembrando o que foi escrito no Capítulo 4, em que é feita uma lista de várias entidades partícipes das discussões relacionadas ao IMESF. Novamente, aliando tais processos de participação com a já mencionada Reforma Sanitária, percebemos que, em qualquer debate sobre a saúde pública, as discussões ocorrem de forma intensa, assim como o controle social e suas fiscalizações. Não podemos esquecer de que saúde faz parte de um rol de direitos fundamentais conquistados através da Constituição Federal de 1988 e que aqueles que participam têm plena consciência de sua obrigação em manter tal direito aos cidadãos.

#### 5.4 OS INCENTIVOS À PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE E OS PRINCIPAIS PROBLEMAS E DIFICULDADES DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Este subcapítulo dedica-se a verificar dois fatores importantes na pesquisa acerca de controle social em saúde: o grau de participação e o incentivo à participação da sociedade, vistos os meios existentes para isso (já retratados neste trabalho) e os principais problemas e dificuldades relatados pelos entrevistados que tentam melhorar e fortalecer o controle social.

De forma geral, o Executivo acredita que os meios para participação existem e que o incentivo também. A SMS aponta que tem incentivado sobremaneira a sociedade a participar e atuar fortemente nas questões relativas à saúde pública. O IMESF mostra-se de portas abertas e receptivo inclusive às demandas pontuais que lhe são encaminhadas diretamente, de acordo com o relato do seu vice-presidente. No entanto, o mesmo relata que será pouco tolerante a atitudes consideradas extremas, como o caso do CMS em relação ao IMESF. Por isso, a prestação de contas não vem ocorrendo – em resposta à negativa do CMS em participar do IMESF.

Embora estejamos construindo nosso comportamento em relação a sociedade, organizações sociais, conselhos e todas formas de interação, nossa preocupação será manter-se abertos. A ideia é ficar sempre de portas abertas a todas demandas. Por exemplo, recebemos semana passada um grupo que precisava de respaldo de um sindicato, então encaminhamos. Vivemos numa forma de relação entre poder público e sociedade em que devemos conviver, protestar quando for necessário e aceitar as diferenças, já que este é o jogo entre os prestadores de serviços. O que não

aceitaremos é a radicalização de processos, como a questão do que está acontecendo com o CMS. O CMS é uma das coisas mais importantes do processo, no entanto eles precisam aparelhar-se, ter visão e conhecer as dificuldades, que não critiquem por criticar. Essa dificuldade que estamos tendo, não será aceita. As relações serão as melhores se houver respaldo acerca disso. (Vice-presidente do IMESF.)

Foram criados incentivos para a população e sociedade participar. Porém, os conselhos emergiram de uma questão sindical muito forte no Brasil, eles tomaram conta do processo. O CMS é um conselho de sindicalistas onde o usuário do sistema não tem voz e nem vez. As oportunidades foram dadas, no entanto a sociedade não tomou parte. Não há ninguém melhor que a população para reivindicar suas demandas. E, como o CMS não recebe as demandas, eles têm vindo diretamente ao IMESF e aqui nós conversamos e verificamos as demandas. Semana passada, recebi o representante de um bairro e conversamos por uma hora acerca dos principais problemas. O caminho que foi construído, através dos conselhos, está totalmente obstruído, mas a sociedade pode vir diretamente aqui. Portanto, todos podem participar. (Vice-presidente do IMESF.)

Temos feito um trabalho grande de incentivar a sociedade em participar. Para efetuar um debate no intuito de melhorar os serviços. O incentivo é grande, mas temos o problema de que a mobilização da comunidade para estas situações é momentânea. Então, quanto tu tem uma crise ou problema, aí a comunidade participa e exige seus direitos, nos outros momentos aí o individualismo entra e cada um cuida de sua vida. Por conta disso, incentivamos muito as lideranças comunitárias. Temos que avançar muito porque o processo exige certo sacrifício no sentido de investir seu tempo para fazer isso, já temos um histórico em Porto Alegre, mas ainda vemos um percentual muito pequeno de participação dos usuários. (Secretário adjunto de Saúde de Porto Alegre.)

O Executivo acredita, dessa forma, que, apesar de atuarem fortemente, os conselhos estão impregnados de uma questão sindical muito forte, que faz com que a voz do usuário seja diminuída. Lembramos aqui que essa ideia é do Executivo e de alguma forma, é apoiada pelo Legislativo, que considera este o principal entrave a uma melhoria do controle social. Além disso, o vereador que representa este poder aponta para uma dificuldade bastante atual, relacionada à participação, que é a falta de mobilização da sociedade:

Não afirmo que a extinção dos conselhos fosse uma alternativa, mas acredito que estes deveriam ser mais equilibrados. Mas acho que a burguesia é acomodada, não quer participar destas coisas e dessa forma os conselhos acabam sendo gerido por pessoas de partido de esquerda, que impõem suas visões. (Presidente da CEFOR.)

O incentivo existe. O brasileiro é que não tem cultura para participar. As ferramentas estão aí, no entanto, é mais fácil assistir ao BBB à noite do que ter uma ação de exercer sua cidadania. Reclamar no Facebook também é bem mais fácil. (Presidente da CEFOR.)

Já os Conselhos de Saúde apontam outras dificuldades específicas destes para o aprimoramento do controle social, entre elas a existência de assessorias. Devemos lembrar aqui que os conselheiros não possuem salários ou benefícios quando conectados ao CMS. E efetuam um trabalho extenso no acompanhamento e na fiscalização da gestão. Dessa forma,

preocupam-se que, sem uma assessoria eficiente, quando estes não mais participarem com seus esforços individuais para fiscalizar a gestão, este processo seja prejudicado.

Já pedimos acessória contábil, porque há coisas que nos escampam. O controle social deve estar garantido e os cidadãos que estão aqui devem estar conscientes da responsabilidade que eles têm. Nós não recebemos de presente esta instância, lutamos muito, ela veio junto com a CFB, com o SUS e o fato de assegurar que a sociedade se mantivesse num lugar legítimo de fiscalização, de deliberação de acompanhamento. Nós não temos a competência de fiscalizar as ações de saúde, a gestão desenvolve e precisamos de ferramentas para isso. (Coordenadora do CMS.)

Aqui no CMS precisamos de assessoria jurídica, contábil e de comunicação. Isso está no Ministério Público porque cansamos de pedir à prefeitura, aí acabamos lá. O espaço de controle social é vital para assegurar a política pública e esta assegura o direito à saúde. Somos responsáveis por este lugar que conquistamos, devemos continuar as lutas, fortalecer e ampliar. (Coordenadora do CMS.)

Acho que é força de vontade política em reconhecer a autonomia que tem um conselho e respeitar. Precisamos de uma estrutura já que estes não ganham salário para estar aqui e por isso precisam de apoio, já que nem tudo eles conseguem fazer, pois tem seu próprio trabalho cada um. (Ex-coordenadora do CMS.)

Além disso, o CMS aponta que este não é o único meio de participar existente. Embora sua atuação seja importante, existem diversas formas de a sociedade participar e fiscalizar o gestor público. Os movimentos sociais, todos eles, de alguma forma são capilares essenciais da participação ao agregarem um elevado número de interessados em determinado assunto que é interesse público.

O CMS não substitui o movimento, mas ele agrega, os conselhos locais são os capilares, ali ele está aberto e tem uma representação que faz contato com o conselho distrital. Só depende do amadurecimento da consciência política. Nós temos uma estrutura aberta, a deliberação passa por uma legitimação de determinados atores que são os conselheiros, é uma plenária. A sociedade é a base do debate, embora esta não possa votar, ela pode opinar e se posicionar. Como fortalecemos os processos de participação, o controle social é uma parte linda da política porque este não está submisso à gestão. (Coordenadora do CMS.)

Ainda sobre ideias para melhorar a participação, o CMS acredita que talvez um incentivo à educação, visando explicitar já nesta fase às crianças que todas fazem parte de um país no qual possuem direitos e que há possibilidade de participar da gestão pública e fiscalizá-la, para que seus direitos sejam garantidos.

Deveria existir uma ação melhor articulada. Principalmente na educação, em que as crianças deveriam aprender na escola, que elas deveriam saber que participar é importante, fiscalizar é importante. Vimos recentemente a tragédia de Santa Maria, sim tem responsáveis, mas se as pessoas estivessem mais atentas com o que é seu o que é sua responsabilidade. Ocorre que nas democracias participativas as pessoas votam e depois disso, elas simplesmente transferem a responsabilidade e acham que terminou ali. No entanto cidadania é um pouco mais, é tu realmente ter consciência do teu lugar na sociedade e da tua responsabilidade em participar. Além disso, tem a própria questão da saúde, da participação que é ofertada através da CFB e as pessoas



de uma maneira geral não fazem acontecer. Por outro lado é difícil ter um governo que facilite a participação e que não queira cooptar a participação. Infelizmente, vê-se muitas lideranças comunitárias trabalhando para o governo. Muitas vezes recebendo recursos, cargos e salários. Acho isso muito sério e vemos muito isso. O CMS é um dos poucos órgãos de participação de Porto Alegre que ainda não se dobrou, embora muitos conselheiros já, é muito difícil trabalhar com isso. (Ex-coordenadora do CMS.)

Observa-se nas palavras da ex-coordenadora do CMS vários problemas relativos ao controle social. O principal é que o cidadão não se apropria de seus direitos e, após a eleição, entrega uma carta branca ao seu candidato, deixando-o responsável por toda a gestão. Além disso, é salientado que muitos movimentos sociais são cooptados, ou seja, trazidos para dentro do governo, o que os torna meras extensões de governança e não mais fiscalizadores. Ademais, a PGM cita exatamente tais dificuldades e os interesses da participação:

Foram vários entes da sociedade que participaram legitimamente, sindicatos, conselhos e todos interessados. Lembro aqui que uma pessoa que mora longe, lá no morro, não tem dinheiro nem para o vale transporte, por isso quem teve acesso e foi é quem, primeiro sabe o que é audiência pública, são estas esferas que participam. A população que recebe os serviços não sei se participa. Essa população está interessada no serviço, não em como ele é prestado. Eles querem o serviço regular contínuo e bem prestado porque eles sabem que tem o direito. O usuário de serviço comparece quando o serviço descontinua. Quem dialoga é quem tem interesse, sempre, por isso estes atores específicos se manifestaram. (Procuradora geral do município.)

Por fim, o CRC/RS fala sobre o interesse da sociedade em participar e que, aos poucos, acredita vai-se construindo interesse em participar. Além disso, ele aponta que é importante que aqueles indivíduos qualificados, que possuem argumentação e conhecimento, auxiliem ao efetivo acompanhamento e fiscalização da gestão pública, colaborando para o espalhamento da ideia e auxiliar no que for possível os movimentos que trabalham para melhorar transparência e participação da sociedade.

Aos poucos vai se criando essa cultura de participação e os órgãos de controle vêm incentivando isso. Os próprios portais de transparência vêm divulgando e incluindo. A criação da cultura de participação, não que a sociedade brasileira se abstenha de ações voluntárias, o problema é o direcionamento destas ações. Eu acredito que quem tem uma qualificação, mesmo que não seja de uma profissão regulamentada, se usar essa qualificação para acompanhar o que os governos estão fazendo e exigir do governo que aplique adequadamente os valores arrecadados, temos um resultado melhor em favor da sociedade. Quem tem qualificação tem que enxergar uma forma de potencializar esse conhecimento. Por isso no CRC/RS nós fazemos este trabalho de levar seminários temáticos pelo Brasil e entre os seminários um deles especificamente acerca da questão do controle social, para levar à classe contábil a possibilidade de esta atuar como controlador da gestão pública. É o despertar da sociedade para o controle social da administração pública de forma sistêmica. (Vice-presidente do CRC/RS.)

Corroborando com a ideia do CRC/RS, o Sindserf aponta que a participação coletiva é importante para ampliar as discussões. Além disso, aponta a importância de cada instância

trabalhar conjuntamente para o melhoramento da transparência. Também é questionada aqui a qualidade da representação nos conselhos, onde muitas vezes os representantes enviados não participam efetivamente, o que se torna um problema para a efetivação do controle social. Além disso, ainda é reforçado o problema da cooptação dos movimentos pelo governo, o que os enfraquece e fragiliza o controle social efetuarium. Por fim, lembra que a lógica existente em todo SUS é de criar novos mecanismos de prestação de serviços e tais mecanismos, vindos diretamente das ideias do gerencialismo, estão diminuindo a atuação do SUS e desresponsabilizando o gestor por seus atos.

A sociedade só vai entender este processo no momento que tiver participação, mas não individual, porque ninguém tem conhecimento suficiente para conhecer tudo. Por isso os processos de controle social coletivo são muito mais eficazes. É importante, portanto, haver boa representação no controle social. Se tu começa a fazer com que as discussões fechadas se ampliem, tu amplias e tem mais gente para auxiliar. Não é transformar o conselheiro de saúde no auditor do tribunal de contas, mas cabe a eles trocar as informações, porque enquanto eles fazem a legalidade dos fatos, nós fizemos a análise da eficácia dos fatos. Os atos administrativos têm análise completa e fortalece a transparência. Tenho que ter representação coletiva, qualidade na representação, não podemos enviar para representar no conselho quem atrapalha na entidade, devemos enviar alguém que se aproprie e que seja um conselheiro pleno. Se conseguirmos que o controle social se aproprie da saúde, se conseguirmos isso, iremos salvar o SUS. O que está vingando é o que vem da reforma gerencial do Bresser é de que o Estado deve ficar apenas com as atividades essenciais. Dessa forma, corremos o risco de perder o SUS. Por isso, deveríamos ter mais formas da sociedade participar, mas ainda não sei bem como fazer isso. O controle social só funciona se existem movimentos sociais organizados. Então podemos fortalecer estes movimentos. Outra questão é importante, o ingresso do sistema neoliberal no Brasil e o modo de produção que produz privatização e fragmenta as relações do trabalho e também o movimento sindical. Dessa forma, a sociedade civil e o movimento social acabam sendo enfraquecidos. Somados a isso, a partir do governo Lula, há um processo do cooptação dos movimentos sociais e hoje parte do movimento social brasileiro esta adormecido, cooptado ou lutando para não ser destruídos. Isso enfraquece o controle social. (Presidente do Sindserf.)

Sobre os incentivos para participar, o Observapoa apresenta que, talvez, os movimentos sociais precisassem de uma injeção de ânimo e que uma forma de efetuar isso seria indo até as comunidades e incitando a participação – o que o grupo vem fazendo.

Acredito que os movimentos precisam de injeção de animo, de motivação. Acredito que o poder público deveria fazer isso de alguma forma para ampliar a participação. O incentivo precisa existir, mas as pessoas precisam acreditar que todos somos responsáveis. O incentivo vem de fora, mas a vontade vem de dentro, talvez tenhamos que ser pessoas mais responsáveis e assumir mais esse espaço da nossa responsabilidade. Tem de ir até as comunidades mais carentes e fomentar a ideia de participação, porque se elas perceberem que a participação surte efeitos, elas perceberão que é importante. Enquanto as pessoas não se derem conta de que estamos distantes de produzir poder, através da informação. O ObservaPOA é o primeiro foco disso, mas precisamos que continue e que haja mobilização e participação a partir da divulgação da informação. (ObservaPOA.)

Por fim, o Sindserf insere também a discussão complexa acerca do individualismo da sociedade neoliberal, que acaba por fomentar vários problemas já citados, tais como a falta de interesse da sociedade em participar e a fragmentação dos movimentos sociais, que enfraquece o controle social. Acerca do mesmo tópico, o secretário municipal de Saúde concorda que o individualismo faz com que a sociedade se manifeste apenas quando se trata de um momento de tensão generalizado, tal qual uma greve ou problema de doença grave (como a gripe H1N1, por exemplo). Este seria o maior problema, pois, sendo a sociedade a beneficiada direta dos programas de saúde, deveria ela participar de todo processo.

Essa geração neoliberal pensa apenas no eu e não no nós, acaba fragmentando e enfraquecendo toda sociedade. É neste momento que estamos nesta sociedade. Neste processo, vemos o outro sempre como inimigo e não como parceiro. Criamos formas de remuneração conforme a produtividade e isso reflete apenas os interesses do gestor, eu tenho que produzir seja o que for, então não vou contribuir pra o trabalho do outro eu vou sabotar, porque aí vou me destacar. Não há um processo de cooperação de trabalho e isso não é bom para o conjunto dos serviços. Essa distorção de não enxergar no outro um parceiro faz com que tu não consigas grandes reivindicações e todo mundo perde com isso. Tem que fortalecer os movimentos sociais, embora posso criar mecanismos. Como exemplos têm a alteração da lei do CES que hoje tem entidades fixa e estamos tirando isso. Será escolhida a entidade por um processo de eleição da representação, isso é uma forma de aumentar a participação, porque incluiremos entidades que querem participar em detrimento daquelas que não tem interesse. Acho que precisamos fortalecer e unificar os movimentos sociais, pois a fragmentação esta matando estes. (Presidente do Sindserf.)

Nós temos uma cultura, que é o principal problema, normalmente a participação de algumas pessoas nas estâncias democráticas se dá pela troca de favores e isso é um problema. Uma dificuldade, porque não há debate daquilo que é benefício para a comunidade. Porque a partir do poder que esta liderança, elas podem utilizar para conduzir seus próprios processos e não para o bem comum. Temos de conseguir separar os ganhos individuais e avançarmos no coletivo teremos avanços significativos. (Secretário adjunto de Saúde de Porto Alegre.)

Em linhas gerais, esta pesquisa identificou que, embora existam avanços, vindos principalmente de forma legal, a partir da década de 2000, ainda há muito a percorrer para o melhoramento do controle social e para uma nova cultura da participação na sociedade. Portanto, os principais problemas estão relacionados à fragmentação dos movimentos sociais, que diminui a participação da sociedade em diversos temas. E na saúde, especificamente, o CMS, que tem sido um órgão atuante, precisa ser levado a sério e incentivado pela gestão pública municipal. Por isso, completar seu quadro técnico e suas assessorias será básico para comprovar um sentimento de respeito ao controle social conquistado com a CF/88 e o SUS.

Além disso, o caso específico IMESF demonstra-se ainda em vias de construção, com poucos mecanismos de acesso à informação pela sociedade, ainda em vias de discussão acerca de sua legalidade e legitimidade frente à saúde pública municipal. Portanto, embora

possua mecanismos legais de transparências, ainda não oferece informações à sociedade, já que ainda está em formação como ente da administração pública. Ainda assim, recentemente a Lei nº 141 de 2012 trouxe avanços significativos, inclusive ao adicionar as fundações como formas de prestação de serviços de – saúde, mesmo ainda não existindo aparato legal, parece ser este o principio das mudanças.

Por fim, efetua-se aqui uma breve revisão de todo o trabalho, que, discutindo democracia e participação, formulou bases para compreender o controle social atual e delineou como o controle social ocorre, seja através de órgãos fiscalizadores, conselhos de saúde, conferências, audiências de saúde, formação de redes de políticas públicas etc. Conseguiu-se, ao fim do trabalho, verificar que, na cidade de Porto Alegre, em relação ao IMESF, existem diversas formas de acessar a informação necessária para efetuar este controle social. Apesar de a sociedade, em geral, ainda manter-se longe destas discussões e de a participação ainda ser incipiente, há novas formas de acessar tais dados e, talvez, num futuro onde haja também um percentual maior da população com acesso a tais fontes, a participação seja ampliada.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de campo envolveu um trabalho extenso durante os dois anos deste curso, em que a pesquisadora se envolveu efetivamente com todos os passos relativos ao objeto de pesquisa: o IMESF. Foram entrevistadas, no total das duas fases da pesquisa, mais de 20 pessoas de entidades e organizações diferentes. Foram horas de gravações e conversas, contatos via *e-mail* e participações em audiências públicas, reuniões do CMS e, inclusive, em manifestações. Tanto trabalho foi recompensado pelo fato de a pesquisa ter atingido seu objetivo: identificar e analisar todas as formas possíveis de acessar a informação e de efetuar controle social no IMESF. Neste momento, uma breve retrospectiva relativa a todo trabalho estudado é pertinente.

Este trabalho, primeiramente, verificou entre as teorias da democracia aquela que traria a possibilidade de participação existente atualmente e que, portanto, implicasse em formas efetivas de controle social. Entre todas as formas de controle, deu-se importância à questão de *accountability*, já que esta pareceu ser uma das formas mais atuais e presentes na administração pública. Todo este trabalho teve intuito de verificar as formas de controle social e participação contidas na literatura, para que, ao final, pudessem ser enfrentadas pela realidade local.

Num segundo momento, estudou-se o SUS, em uma retrospectiva sobre os acontecimentos da história do Brasil que fizeram com que este sistema de saúde fosse criado. Lembrando, inclusive, de aspectos importantes, como o Movimento Sanitarista, que acompanhou e lutou pelo SUS – e ainda o acompanha, sempre preocupado com a manutenção dos direitos auferidos pela Constituição Federal de 1988. Após, verificou-se como a Reforma Gerencial, proposta na década de 1990, no Brasil, pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, inserindo novos pensamentos de gestão, advindos do setor privado para dentro da gestão pública municipal – além de haver modificado a prestação de serviços de saúde, através da criação de novas formas de gestão de tais serviços. E ainda, mesmo imersos em brigas, disputas e grandes discussões, servem para que sejam estudados e discutidos, ainda que, ao final, sejam deixados de lado pela administração, por serem considerados inconstitucionais, ou por outro motivo qualquer. O que importa é que, se tais meios existem, se existe a possibilidade de estudá-los, cabe ao pesquisador fazê-lo.

Ainda após, identificar todas as novas formas de gestão de saúde que puderem ocorrer no Brasil por força das reformas de gestão foi estudado a rigor uma delas: a fundação pública de direito privado. Esta foi detalhada para que se compreendesse as discussões que sucederam na saúde pública brasileira nos últimos anos, em função de sua aplicação – para, então, por fim, estudar com cautela o IMESF, antes como ESF, discutindo todos que trabalharam ou não (visto caso do Sollus) para o bem da saúde pública em Porto Alegre.

Criado em meio a polêmicas, o IMESF anda devagar nas questões de transparência, acesso à informação e controle social. O CMS tem dado tempo a este para que ele torne-se tudo aquilo que fora prometido pela gestão para a sociedade. Mas, como também foi constatado pelo trabalho, o CMS se destaca por ser realmente referência em controle social, unir a sociedade em torno das questões e discussões de saúde e buscar alternativas e formas de fazer com que a sociedade mantenha-se no poder dentro da gestão pública. Portanto, espera-se que o IMESF cumpra seu papel, modifique e melhore a saúde pública municipal e consiga ampliar a divulgação das informações.

Foi importante constatar que as discussões em torno da criação do IMESF fizeram surgir uma rede de políticas públicas, compostas por vários sindicatos, conselhos de saúde e outros agentes, que compõem o Fórum das Entidades em Defesa do SUS. Estes se organizaram, discutiram, promoveram encontros, palestras e reuniões, a fim de envolver todos os interessados no tema – cumprindo, assim, um importante papel para o fortalecimento do controle social em saúde.

Além disso, resalto a união, mesmo com não raras brigas, entre a SMS e o CMS, no intuito de a primeira levar em consideração as ideias para a gestão pública municipal e aplicá-las de fato, como o que aconteceu com o Planejamento Anual de Saúde, que foi um pedido do CMS, acatada pela SMS e que hoje está em funcionamento. Por fim, estes dois entes, atualmente, encontram-se em tratativas de desenvolverem juntos, pela primeira vez, o Plano Anual de Saúde. Este seria mais um avanço importante, colocando o controle social diretamente dentro da formulação das políticas de saúde. Embora seja recente, considerando que as reuniões para tentar por em prática tal ideia estão sendo desenvolvidos entre fevereiro e março de 2013, este trabalho não pode ainda analisar o alcance destes fatos – o que se configura em um objeto interessante para futuros trabalhos nesta área.

Verificou-se com o trabalho que o Orçamento Participativo, as audiências públicas, as ouvidorias e os conselhos de saúde são as formas mais utilizadas para efetivação do controle social. Percebeu-se, também, que estes utilizam-se dos mais variados canais para acessar informações. Entre eles, destaca-se o recente ObservaPOA, criado em parceria com instituições internacionais e que, apesar de estar conectado com a administração pública municipal, declarou-se isento de qualquer tipo de influência – tendo, portanto, a liberdade de publicizar informações importantes para gestores e para a sociedade. Deve-se destacar aqui sua atuação junto ao OP, no auxílio das demandas da população, efetuando cursos e palestrar e buscando dados quando demandados. Além disso, o Observatório consegue informar, de maneira mais simples, através de indicadores que facilitam o entendimento do cidadão comum, fazendo que este se apodere de informação e compreenda as demandas da sua comunidade.

Obviamente, nem tudo são fatores positivos. Dessa forma, a pesquisa serve também para apontar possíveis problemas que foram encontrados. Entre estes, destaca-se, primeiramente, a preocupação legítima dos movimentos sociais de uma desconstituição do SUS, visto que os governos, em todas as esferas, têm efetuado o máximo de esforço possível para manter os serviços e as ações de saúde distantes da administração direta, provocando uma crise no sistema que, como pudemos ver em seu histórico, pretendia trazer a saúde de volta para o rol de direitos fundamentais, sob responsabilidade do Estado. Isso é preocupante, caso o gestor queira eximir-se das responsabilidades do serviço, evitando escândalos políticos, já que não seria o prestador oficial de saúde.

Além disso, convém ressaltar que o baixo acesso à Internet na cidade (por 43,9% da população) torna os próprios meios de divulgação digital pouco efetivos. Se menos da metade da população tem acesso aos meios de transparência, menor ainda será a possibilidade de uma parcela da sociedade reunir-se em busca de efetuar maior fiscalização da gestão. Dessa forma, não pode-se esquecer que existem diversos fatores que corroboram para uma baixa participação da sociedade. Um dos principais, como a maior parte dos entrevistados denominou, é a falta de cultura de participação.

Por fim, embora muitos entrevistados considerem baixa a participação da sociedade, acredito que a saúde em Porto Alegre é um fenômeno diversificado. Mantém-se à frente de todas as discussões, por dentro de todos os problemas e junto da gestão, em prol de resolver o que for preciso. Prova disso é a quantidade de entes envolvidos em vários aspectos com o

IMESF e que possuem opinião fundamentada acerca do assunto. Portanto, embora seja notável que a sociedade em geral ainda não possui uma cultura de participação que a torne parte da administração, preconizada por diversos teóricos da participação. E, por este motivo movimentos como o efetuado pelo CRC/RS, no sentido de alertar e promover esta participação, são importantíssimos. Ainda assim, a cidade se destaca por movimentar-se, assim como o Brasil inteiro, em prol das discussões acerca de saúde pública.

Verificou-se que, embora houvesse um grande número de envolvidos (diversos sindicatos, movimentos, organizações e também a própria gestão pública), um denominador comum entre eles é o que motivou também a pesquisa a ser feita: a garantia da prestação digna do direito à saúde, em Porto Alegre e no Brasil. Dessa forma, embora o objetivo principal da pesquisa fosse verificar o acesso às informações e o controle social de uma política pública bem específica que é o ESF, ela colaborou para mostrar como o movimento de saúde é articulado e preocupado com as demandas de saúde.

Ressalta-se que este trabalho não se encerra aqui. São imprescindíveis análises acerca das novas formas de gestão na saúde pública brasileira, visto que são escassos tais estudos. Além disso, seria interessante verificar as mudanças ocorridas na prestação dos serviços de saúde aos cidadãos, pois esta parcela de participação não foi objeto da pesquisa, que procurou trabalhar com a sociedade organizada. Por esse motivo, um estudo nestes termos seria interessante.

Vale mencionar, ainda, que a união de estudos vindos da sociologia política e da administração em saúde foi, ao final do trabalho, complementar e fundamental, no sentido de abranger um espectro diferente da investigação. Para a pesquisadora, foi um desafio e também uma gratificação poder revelar os resultados finais, no Capítulo 5 deste trabalho.

É preciso, portanto, que cada cidadão se posicione, primeiramente, individualmente de seus direitos como cidadão e além de sua capacidade, dentro de um movimento, a fim de modificar, fiscalizar e garantir que tais direitos sejam cumpridos. Quando isso acontecer, as informações serão suficientes, pois, se não forem, saberemos onde buscá-las – e o gestor terá na sociedade que o cerca aliados em prol da manutenção e do crescimento do acesso público e do sistema público como um todo.



## REFERÊNCIAS

- AARS, Jacob; FIMREITE, Anne Lise. Local government and governance in Norway: stretched accountability in network politics. **Scandinavian Political Studies**, v. 28, n° 3, p. 239-256, 2005.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTIL, Pablo (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, pp. 09-23.
- ARNSTEIN, S. R. Uma escada da participação cidadã. **Revista da Associação Brasileira para o Fortalecimento da Participação**. PARTICIPE, Porto Alegre/Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, p. 4-13, jan. 2002.
- AVRITZER, Leonardo. Reforma política e participação no Brasil. In: AVRITZER, Leonardo; ANASTASIA, Fátima. (orgs.). Reforma política no Brasil. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- BINDERKRANTZ, Anne. Interest group strategies: navigating between privileged access and strategies of pressure. **Political Studies**, v. 53, p. 694-715, 2005.
- BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: Uma defesa das regras do jogo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- BOURDIEU, Pierre. **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BOVENS, Mark. Analysing and assessing accountability: a conceptual framework. **European Law Journal**, v. 13, n. 4, jul. 2007.
- \_\_\_\_\_; SCHILLEMANS, Thomas; HART, Paul T. Does public accountability work? An assessment tool. **Public Administration**, vol. 86, n. 1, jul. 2008.
- BOXBERGER, Gerald; KLIMENTA, Harald. **As dez mentiras da globalização**. São Paulo: Aquariana, 1999.

BRASIL. **Agenda nacional de gestão pública**. Brasília: Imprensa Nacional, 2009.

\_\_\_\_\_. Câmara da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do estado Brasília**, 1995.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2004.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Texto original, revogado pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969**. Texto original.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986**. Altera o Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 17, de 22 de novembro de 1997**.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006**. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília, em 14 de fevereiro de 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 173, de 10 de setembro de 1893**. Regula a organização das associações que se fundarem para fins religiosos, morais, científicos, artísticos, políticos ou simples recreio.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916**. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Texto original, revogado pela Lei nº 10.406, de 2002.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.596, de 10 de abril de 1987**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, pelo Decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em:  
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em 10 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.** Disponível em:  
<[www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)>. Acesso em: 10 jun. 2009. Acesso em: 10 de Nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm)>. Acesso em: 10 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998.** Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm)>. Acesso em: 10 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.** Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005.** Disponível em  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm)>. Acesso em: 17 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012.** Disponível em  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei de Responsabilidade Fiscal. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 08 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **Medida Cautelar nº 2.135-4, de 2 de agosto de 2007.**

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei nº 92, de 2007.** Dispõe sobre as áreas de atuação das fundações públicas e dá outras providências, 2007.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI nº 2.135-4 MC/DF**. Relator(a): Ministra Ellen Gracie. Entrada no STF: 27/01/2000. Julgamento: 02/08/2007.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI nº 191/RS**. Relator(a): Ministra Cármen Lúcia. Julgamento: 20/11/2007 – Órgão Julgador: Tribunal Pleno – DJE nº 041. Publicação: 07/03/2008.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria. Desafios do controle social na atualidade. **Revista do Serviço social**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Instituições, bom Estado, e reforma da Gestão Pública. In: BIDERMAN, Ciro; ARVATE, Paulo (orgs.). **Economia do Setor Público no Brasil**. São Paulo: Campus Elsevier, 2004.

\_\_\_\_\_. Uma resposta estratégica aos desafios do capitalismo global e da democracia. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Balanço da reforma do Estado no Brasil: a nova gestão pública**. Brasília: Seminário de 06 a 08 de agosto de 2002.

\_\_\_\_\_. Do estado patrimonial ao gerencial. In Pinheiro, Wilhelm e Sachs (orgs), **Brasil: Um Século de Transformações**. São Paulo: Cia das Letras, 2001.

CAMPOS, Ana Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português. *Revista Administração. Pública*, Rio de Janeiro, n. 2, p 30-50, 1990.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: 2006.

CARLOS, Euzineia. Participação e cultura política no Orçamento Participativo. **Revista Civitas**, v. 6, n. 1, jan.-jun. 2006.

CARRERA, Mariana Baleeiro Martins. Parceria público-privada na saúde no Brasil: Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. **Dissertação** (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2012.

CASTELLS, Manuel. **A ciberguerra do wikileaks**. Observatório de imprensa. Disponível em: <<http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/a-ciberguerra-do-wikileaks>>. Acesso em: 30 jul. 2012.

CAUBET, Christian Guy. **A água, a lei, a política... e o meio ambiente?** Curitiba: Juruá, 2004.

CAVALCANTI, Themístocles. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: 1958.

CLAD, Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento. Uma nova gestão pública para a América Latina. Documento em espanhol, português e inglês, preparado pelo Conselho Científico e aprovado pelo Conselho Diretor do **CLAD**, 14 de outubro, 1998.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamá, 1996.

COELHO, Luiz Fernando. **Fundações Públicas**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

COOVER, Comunidade dos Vereadores brasileiros. **PSF: Três semanas para finalizar avaliação**. Disponível em: <<http://www.coover.com.br>>. Acesso em: 06 jan. 2012.

CORBARI, Ely Célia. Accountability e controle social: desafio a construção da cidadania. **Cadernos da escola de negócios da UniBrasil**. Jan./jun., 2004.

COSTA, Sérgio. Contextos da Construção do espaço público no Brasil. **Novos Estudos**, n. 47, mar. 1997.

COUTINHO, Carlos Nelson. **A Democracia como Valor Universal**: Notas sobre a questão democrática no Brasil. São Paulo: Humanas, 1980.

CROTY, Sean Nicholson; CROTY, Jill Nicholson. Interest group influence on managerial priorities in public organizations. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 4, n. 4, 2004.

DAHL, Robert A. **Poliarquia**: Participação e Oposição. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

DAHL, Robert A. **Sobre a Democracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Fundações Públicas e Suas Limitações. **Revista Adusp**, jul. 1995.

DINIZ, Maria Helena. **Código Civil Anotado**. São Paulo: Saraiva, 1997.

DASSO JUNIOR, Aragon Erico. Reforma do estado com participação cidadã? Déficit democrático das agências reguladoras brasileiras. Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Disponível em:

<[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2009.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. São Paulo: 2008.

DIAS, Márcia Ribeiro. Da capilaridade do sistema representativo. **Civitas**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 235-256, 2004.

DIAS, Márcia Ribeiro. **Sob o signo da vontade popular: o Orçamento Participativo e o dilema da Câmara Municipal de Porto Alegre**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

DINIZ, Eli. Uma perspectiva analítica para a reforma do Estado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 29-48, 1998.

DINIZ, Eli; BOSCHI, Renato. **Empresários, interesses e mercado: dilemas do desenvolvimento no Brasil**. Belo Horizonte: Ed UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004.

DÜR, Andreas; BIÈVRE, Dirk de. The question of interest group influence. **Journal of Public Policy**, v. 27, p. 1-12, 2007.

FACCHINI, L.A. (*et al.*). “Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica á Saúde”. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669–681, 2006.

FEARON, James d. Electoral accountability and the control of politicians: selecting good types and sanctioning poor performance. In: PRZEWORSKI, Adam; STOKES, Susan C.; MANIN, Bernard (orgs.). **Democracy, accountability and representation**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

FLICK, Uwe. **Uma Introdução a pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

\_\_\_\_\_. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FREITAS, Ilton Luis Pacheco de. E-governo e accountability nas democracias: as pectos teóricos e desenvolvimentos recentes no Brasil. Tese (doutorado em Ciência Política), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e relexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, jun. 2000.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, – mar./abr. 1995.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n. 2, p. 20-31, 2004.

\_\_\_\_\_. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 54, p. 439-455, set./dez. 2008.

GRALHA, R. S.; MORAIS. E. P. PSF em Porto Alegre: aspectos sócio-históricos da implantação. In: LOPES, M. J. M.; PAIXÃO, D. X. **Saúde da Família: histórias, práticas e caminhos**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

GRAU, Nuria Cunill. Responsabilização pelo controle social. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (coords.); GROISMANN, Henrique *et al.* **Responsabilização na administração pública**. São Paulo: CLAD/Fundap, 2006.

GROISMAN, Henrique; LERNER, Emilia. Responsabilização pelos controles clássicos. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (coords.); GROISMANN, Henrique *et al.* **Responsabilização na administração pública**. São Paulo: CLAD/Fundap, 2006.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations. Evidence from Brazil. **J. Ambulatory Care Manage**, vol. 32, n. 2, pp. 115–122, 2009.

GUEDES, Leandro. Ética no capitalismo contemporâneo das finanças globalizadas. Monografia apresentada ao Curso de Graduação de Ciências Econômicas da Fundação Armando Álvares Penteado, 2007.

GUGLIANO, Alfredo Alejandro. Alternativas de participação dos cidadãos na gestão pública: Uma comparação entre Porto Alegre e Montevideú. **Revista Civitas**, ano 2, n. 1, jun. 2002.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 3. ed. rev. e atual. Petrópolis: Vozes, 1992.

HARZHEIM, Erno *et al.* Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no programa saúde da família e em modelos alternativos na rede de atenção primária no município de Porto Alegre. **Revista HCPA**, Porto Alegre, n. 27, 2007.

\_\_\_\_\_. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública** [online], 2006, v. 22, n. 8, pp. 1649-1659.

\_\_\_\_\_. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Serv**, v. 6, n. 156, 2006.

HOLYLOKE, Thomas T. Interest group competition and coalition formation. **American Journal of Political Science**, v. 53, n. 2, 2009.

INFORMA ANDES. **Informativo impresso**, n. 15, out. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

– \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional Por amostras de Domicílio**. Acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (Ipea). Disponível em: <[www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)>. Acesso em: 10 jan. 2013.

JORNAL CLIC RBS. Sollus pode provocar rombo de mais de 11 milhões aos cofres públicos. Disponível em: <<http://wp.clicrbs.com.br/andremachado/2012/12/06/sollus-pode-provocar-novo-rombo-de-mais-de-r-11-milhoes-aos-cofres-publicos/>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

JORNAL O GLOBO. PF descobre quadrilha que desviou R\$ 9 milhões da saúde no Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/cidades/mat/2010/01/20/pf->



descobre-quadrilha-que-desviou-9-milhoes-da-saude-no-rio-grande-do-sul-915657269.asp>.

Acesso em: 20 nov. 2011.

JORNAL O SUL. Liminar do TJ-RS suspende criação do IMESF. Disponível em:

<<http://sul21.com.br/jornal/2011/12/liminar-do-tj-rs-suspende-criacao-do-imesf/>>. Acesso

em: 10 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. TCE libera instituto paulista. Disponível em:

<[http://portal.tce.rs.gov.br/pls/portal\\_prod/PK\\_PORTAL\\_NOTICIAS\\_INTRANET.PRC\\_Mostra\\_Clippling\\_Estatico?p\\_noticia=763&p\\_setor=169](http://portal.tce.rs.gov.br/pls/portal_prod/PK_PORTAL_NOTICIAS_INTRANET.PRC_Mostra_Clippling_Estatico?p_noticia=763&p_setor=169)>.

Acesso em: 20 nov. 2011.

JORNAL ZERO HORA. Eliseu Santos reia procurado MP para relatar novas ameaças.

Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/noticia/2010/02/eliseu-santos-teria-procurado-o-mp-para-relatar-novas-ameacas-2822840.html>>.

Acesso em: 17 jan. 2013.

KUJAWA, H. A. Os Movimentos Sociais, controle social das políticas públicas e cidadania.

In: II Congresso Sul-Americano de História, 2005, Passo Fundo. **II Congresso Sul-**

**Americano de História**. Passo Fundo: UPF, 2005.

LACERDA de Almeida. In: CUSTÓDIO, Helita Barreira. Associações e Fundações de

Utilidade Pública. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 1979.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia Científica**. 5. ed. São

Paulo: Atlas, 1991.

LAVALLE, Adrian Gurza; CASTELLO, Graziela. Sociedade civil, representação e a dupla

face da accountability: cidade do México e São Paulo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 52,

p. 67-86, jan./abr. 2008.

\_\_\_\_\_; VERA, Ernesto Isunza. A trama da crítica democrática: da participação à

representação e à *accountability*. **Revista Lua Nova**, São Paulo, v. 84, p. 353-364, 2011.

LEÃO, Marize do Socorro Vulcão. Programa de saúde da família: dificuldades, méritos e

contradições no município de Porto Alegre. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa

de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto

Alegre, 2009.

LOSURDO, Domenico. **Democracia ou Bonapartismo**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

LÜCHMANN, Ligia Helena Hahn. Participação, Oportunidades e Interesses. **Revista Civitas**, v. 6, n. 1, jan./jun. 2006.

MACHADO, R.; Loureiro, A.; LUZ, R.; MUCRICY, K. **Da-nação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. An evaluation of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, p. 13-9, 2006.

MANIN, Bernard. As metamorfoses do governo representativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, ano 10, n. 29, p. 5-34, 1995.

MARTINS, Carlos Estevam. Liberalismo: O direito e o Averso. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 619-660, 2003.

MARTINS, Ives Gandra da Silva. **Filantropia e renúncia fiscal**. São Paulo: 2002.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista**. Porto Alegre: L&PM, 2006.

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de gestão pública contemporânea**. São Paulo: 2007.

MEDAUAR, Odete. Direito administrativo moderno. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2009.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo: 1989.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

MILESKI, Helio Saul. **O Controle da gestão pública**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MILHOMEM, Celma Mendonça. As fundações estatais no direito brasileiro. Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito. Porto Alegre, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 217ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 26 e 27/01/2011.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre a Estratégia de saúde da família**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de saúde. **Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

MODESTO, Paulo. As Fundações Estatais de Direito Privado e o Debate sobre a nova estrutura orgânica da Estado. **Revista Eletrônica sobre a Reforma da administração pública**, n. 14, jun./jul./ago. 2008.

MORAES N. A. Saúde e poder na República Velha: 1914-1930. Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1983.

MORAES, João Quartim de. Contra a canonização da democracia. **Revista Crítica Marxista**, São Paulo, n. 12, p. 9-40, 2001.

MOTA, Ana Carolina H. de Andrade. Accountability no Brasil: os cidadãos e seus meios institucionais de controle dos representantes. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. USP. 2006.

MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia de. **Teoria geral da administração**. 2. ed. São Paulo: Thomson, 2004.

NATALINI, Gilberto. Princípios básicos do SUS. In: **SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**, v. II, p. 21-34, São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2000.

O'DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova**, São Paulo, n. 44, p. 27-54, 1998.

\_\_\_\_\_. Delegative Democracy. **Journal of Democracy**, v. 5, n. 1, p. 55-69, 1994.

OLIVEIRA C. R. Medicina e Estado, origem e desenvolvimento da medicina social na Bahia: 1866-1896. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1983.

OMS – Organização mundial de saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

PAPADOPOULOS, Yannis. Problems of democratic accountability in network and multilevel governance. **European Law Journal**, v. 13, n. 4, p. 469-486, 2007.

PARRY, Geraint; MOYSER, George; DAY, Neil. **Political Participation and democracy in Britain**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria Democrática**. Rio de Janeiro: Luz e Terra, 1992.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PINHO, Jose Antônio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6: p. 1343-1368, nov./dez. 2009.

PITKIN, Hanna Fenichel. **The Concept of representation**. Berkley: University of California Press, 1972.

PIZZORNO, A. Introducción ai estudio de la participación política. In: PIZZORNO; KAPLAN; CASTELLS. **Participación y cambio social en la problemática contemporânea**. Ed. Siap-Planteos, 1975.

PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS DEMOCRACIA Y DESARROLLO. Disponível em: <[www.pidhdd.org](http://www.pidhdd.org)>. Acesso em: 23 out. 2009.

PONTUAL, Pedro. Desafios à construção da Democracia Participativa no Brasil: a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas. **Cadernos da Cidade**, v. 12, n.14, 2008.

PORTO ALEGRE. Secretários explicam a sindicatos nova parceria do PSF. Agência POA: Assessoria de Imprensa, 2007a. Disponível em:

<[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cs/default.php?reg=78182&p\\_secao=3&di=2007-08-20](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cs/default.php?reg=78182&p_secao=3&di=2007-08-20)>. Acesso em: 06 jan. 2012. 2007a

\_\_\_\_\_. SMS Estuda Medidas Para Garantir Parceria com Instituto Sollus. Agência POA: Assessoria de Imprensa, 2007b. Disponível em:  
<[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal\\_pmpa\\_novo/default.php?p\\_noticia=78389&SMS+ESTUDA+MEDIDAS+PARA+GARANTIR+PARCERIA+COM+INSTITUTO+SOLLUS](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_novo/default.php?p_noticia=78389&SMS+ESTUDA+MEDIDAS+PARA+GARANTIR+PARCERIA+COM+INSTITUTO+SOLLUS)>. Acesso em: 06 jan. 2012. 2007b.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei do DPSF**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nphbrs?s1=000030991DOCN.&l=20&u=%2Fnethtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT=TEXT>>. Acesso em: 06 jan. 2013. 2010a.

\_\_\_\_\_. **Ofício 242/2010 de 22/03/2010**. Gabinete do Prefeito. 2010b.

\_\_\_\_\_. **Ofício 1047/GP de 24/11/2010**. Gabinete do Prefeito. 2010c.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Disponível em: <[lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2011. 2010d

\_\_\_\_\_. Procuradoria-Geral da Câmara Municipal de Porto Alegre. **Parecer Prévio PLE nº 53/2010**. Porto Alegre, 2010e.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Ata nº 01 de 06 de janeiro de 2011**. Porto Alegre, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Ata nº 21/09, da plenária realizada em 17/08/2009**. Porto Alegre: PMPA/CMS, 2009. Disponível em:  
<[http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu\\_doc/ata\\_21.09.doc](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_21.09.doc)>. Acesso em: 25 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.062 de 6 de abril de 2011**. Disponível em [www.camarapoa.rs.gov.br](http://www.camarapoa.rs.gov.br). Acesso em: 10 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei orgânica do Município**. Disponível em:  
<[www.camarapoa.rs.gov.br/biblioteca/lei.../LEI%20ORGÂNICA.html](http://www.camarapoa.rs.gov.br/biblioteca/lei.../LEI%20ORGÂNICA.html)>. Acesso em: 10 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Procuradoria-Geral do Município de Porto Alegre. **Parecer individual n° 1.147/2008**. Porto Alegre, 2008.

PRADO, Eleutério F. S. **Uma formalização da mão invisível**. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 20 out. 2009.

PRZEWORSKI, Adam. **Estado e Economia no Capitalismo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PRZEWORSKI, Adam. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINKS, Peter Kevin (orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Tradução de Carolina Andrade. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

RAICHELIS, Rachel. “Desafios da gestão democrática das políticas sociais”, originalmente publicado em Política Social. Módulo 03. Capacitação em Serviço Social e Política Social. **Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais**. Brasília, CFESS, ABEPSS, CEAD/NED-UNB, 2000.

REALE JÚNIOR, Miguel. Fundações: fiscalização de contas pelo Ministério Público. **Revista de Direito Público**, São Paulo, v. 24, n. 98, p. 70-74, 1991.

RIO GRANDE DO SUL. Audiência pública expõe divergência sobre fraude. Assessoria de Imprensa do Tribunal de Contas do Estado: Porto Alegre, 2009. Disponível em: <[http://al.tce.rs.gov.br/pls/portal\\_tcers/PK\\_PTL\\_NOTICIAS.prc\\_mostra\\_noticia?p\\_setor=0195&p\\_cd\\_noticia=4955](http://al.tce.rs.gov.br/pls/portal_tcers/PK_PTL_NOTICIAS.prc_mostra_noticia?p_setor=0195&p_cd_noticia=4955)>. Acesso em: 22 dez. 2011.

ROSSEAU, Jean-Jacques. **O Contrato Social**. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2001.

SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. Debate sobre o artigo de Conill. **Cad. Saúde Pública** [online]. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-11X2008001300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2008001300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 dez. 2012.

SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Para Ampliar o Cânone Democrático. **Revista Eletrônica Eurozine**, 2003.

SANTOS, Hermílio. Grupos de Interesse e redes de políticas públicas: Uma análise de formulação de política industrial. **Revista Civitas**, ano 2, n. 1, jun. 2002.

\_\_\_\_\_. Perspectivas contemporâneas para a constituição de redes de políticas públicas. **Civitas**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 59-68, 2005.

SANTOS, Luiz Alberto dos Santos. **Agencificação, publicização, contratualização e controle Social: possibilidades no âmbito da reforma do aparelho do estado**. Brasília: DIAP, 2000

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de saúde. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

SARTORI, Giovanni. **A Teoria da democracia revisada**. São Paulo: Ática, 1994.

SCHATTSCHNEIDER, E. E. **The semi-sovereign people**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1961.

SCHNEIDER, Volker. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. **Civitas**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 29-58, 2005.

SHUMPETER, Joseph A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SILVA, Francisco Carlos da Cruz. Controle Social: Reformando a Administração para a Sociedade. **Revista Organização & Sociedade**, v. 9, n. 24, mai./ago., 2002.

SILVA, Grazielle Roberta Freitas; MACEDO, Kátia Nêyla de Freitas; REBOUÇAS, Cristiana Brasil de Almeida *et al.* Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. **Online**, v. 5, n. 2, abr. 2006. Disponível em: <[http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-42852006000200028&lng=pt&nrm=iso](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852006000200028&lng=pt&nrm=iso)>.

SILVA, Marcelo Kunrath. Construção da Participação: Análise comparativa do processo de participação social da discussão pública do orçamento em municípios da região Metropolitana de Porto Alegre. Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de título de doutor em sociologia do curso de pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2001.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações** - investigação sobre sua natureza e suas causas. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

SOBOTTKA, Emil A. Orçamento Participativo: conciliando direitos sociais de cidadania e legitimidade do governo. **Civitas**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 95-110, 2004.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: Uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. In: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas, 2002, São Paulo. **Seminário Internacional**, 11 a 14 de agosto de 2002.

STRECK, Danilo Romeu e ADAMS, Telmo. Lugares da participação e formação da cidadania. **Civitas**, Porto Alegre, v. 6 n. 1, p. 95-117, 2006.

TATAGIBA, Luciana. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Rev. Sociologia e Política**, Curitiba, n. 25, p. 205-213, nov. 2005.

TEATER, Barbra. Your agenda is our agenda: State legislator' perspectives os interest groups influence on political decision making. **Journal of Community Practice**, v. 16, n. 2, p.201-220, 2008.

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2003.

WOOD, Ellen Meiksins. O que é (anti)capitalismo. **Revista Crítica marxista**, v. 17 p. 37-50. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/cemarx/criticamarxista/critica17-A-wood.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2009.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANINI, Roselaine Ruviano; MORAES, Anaelena Bragança de; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo; RIBOLDI, João. “Tendência da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 1-11, 2009.



## **APÊNDICE A – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

PESQUISA: CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DO INSTITUTO MUNICIPAL DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (IMESF).

**VENHO POR MEIO DO PRESENTE INSTRUMENTO CONVIDÁ-LO(A) A PARTICIPAR DE UMA PESQUISA ACADÊMICA QUE VISA ESTUDAR O CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO CASO DO IMESF.**

A pesquisa tem como objetivo estudar esse processo, analisando a percepção de todos os envolvidos no processo de criação do IMESF, que é uma política pública de saúde da cidade de Porto Alegre. Esta pesquisa não terá nenhum custo nem será efetuado nenhum tipo de pagamento ao participante, sendo de sua livre e espontânea vontade optar por participar ou não, tendo em vista que o objetivo é de cunho acadêmico. Os dados serão utilizados apenas para pesquisa acadêmica e não haverá nenhum risco ao participante, sendo o sigilo preservado.

A pesquisa iniciará após a leitura desse termo de consentimento e da explicação de todas as dúvidas que possam surgir; será pedida permissão ao participante para registrar as respostas, que serão gravadas, única e exclusivamente para que o pesquisador não perca nenhum detalhe do que for dito ao longo dos questionamentos. Ao final da pesquisa, as gravações serão eliminadas. A participação na pesquisa não acarretará em nenhum prejuízo ao participante. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins científicos e a identidade do participante será preservada. A participação na pesquisa envolverá respostas a perguntas feitas pelo entrevistador. A participação neste estudo será voluntária e não será obrigado o entrevistado a responder a todas as perguntas, podendo interromper ou cancelar sua participação a qualquer momento. O participante poderá, a qualquer momento, retirar o seu consentimento.

Em caso de dúvida, esclarecimentos ou cancelamento da minha participação na pesquisa, entrarei em contato com a pesquisadora Estéfani Sandmann de Deus, pelo telefone (51) 9168-1604.

DATA:     /     /

Nome do participante:

---

Assinatura

**APÊNDICE B – ENTREVISTA APLICADA AO PODER EXECUTIVO**

1. Fale sobre o IMESF atualmente e as projeções para o futuro.
2. Como funciona a questão da prestação de contas?
3. Fale sobre o Orçamento Participativo e outras formas de interação com a sociedade?
4. Como ocorre a divulgação das informações de saúde?
5. Você acredita que existam incentivos suficientes para a participação da sociedade?
6. Fale sobre a vontade da sociedade em participar?
7. Qual a posição do executivo em relação ao IMESF?
8. Fale sobre a atuação do CMS como agente de controle social.
9. Fale sobre as formas de a sociedade acessar as informações do IMESF?
10. Quais são as principais dificuldades relacionadas ao fortalecimento do controle social em saúde?

**APÊNDICE C – ENTREVISTA APLICADA NO PODER LEGISLATIVO**

1. Fale sobre você.
2. Fale sobre a ação fiscalizadora do legislativo.
3. Como funciona a prestação de contas em Porto Alegre?
4. Fale sobre as audiências públicas como instrumento de controle social.
5. Fale sobre o orçamento municipal. Como é feito?
6. Fale sobre o IMESF.
7. Fale sobre o incentivo à participação da sociedade?
8. Você considera importante a atuação dos conselhos de saúde?
9. Quais são os principais problemas e dificuldades relacionados ao controle social?

## **APÊNDICE D – ENTREVISTA APLICADA AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

1. Fale sobre a prestação de contas do executivo ao CMS.
2. Quais são as funções do CMS?
3. Você considera o CMS como uma forma de efetuar a transparência?
4. Como melhorar a prestação de contas municipal?
5. Fale sobre o acesso as informações. Vocês possuem dificuldade em obter informação?  
Como poderia ser melhor?
6. Fale sobre a divulgação das audiências públicas.
7. Fale sobre o IMESF. Quais são as perspectivas em relação a este Instituto?
8. Você considera suficiente o incentivo à participação da sociedade?
9. Como funciona a capacitação dos conselheiros?
10. Como é a relação entre CMS e SMS?
11. Como é a articulação com outros órgãos fiscalizadores?
12. Quais são os principais problemas e dificuldades relacionadas ao fortalecimento do controle social?

**APÊNDICE E – ENTREVISTA APLICADA AOS ÓRGÃOS FISCALIZADORES**

1. Fale sobre a PGM e suas funções.
2. Quais os canais existentes na PGM para receber iniciativas da sociedade?
3. Fale sobre a prestação de contas municipal.
4. Como é tratada a temática da saúde na PGM? E o IMESF?
5. Fale sobre a importância da transparência para fortalecer o controle social?
6. Como a PGM se posicionou em relação ao IMESF?
7. Fale sobre o interesse da sociedade em participar.

## **APÊNDICE F – ENTREVISTA APLICADA AOS REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL**

1. Fale sobre você como agente de controle social – sua atuação e o funcionamento da entidade.
2. Fale sobre o acompanhamento do processo orçamentário. Quais são as maiores dificuldades enfrentadas?
3. Fale sobre o processo de participação da sociedade nos últimos anos.
4. Fale sobre os canais existentes para efetuar transparência. Quais são os meios de acesso às informações?
5. Qual é o papel dos movimentos sociais como agentes de transparência?
6. Quais são as formas existentes de prestação de contas são suficientes?
7. Fale sobre o IMESF. Vocês estavam a par desta questão? Como foi seu posicionamento?
8. Você percebe interesse da sociedade em participar?
9. Fale sobre o acesso às informações. Este é facilitado? Poderia ser diferente?
10. Há articulação com outras esferas governamentais?
11. Quais os principais problemas e dificuldades relacionadas ao controle social.

## **APÊNDICE G – EXTRATO DAS ENTREVISTAS**

### **PODER EXECUTIVO**

No Poder executivo foi entrevistado o atual vice-presidente do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, que, por ter uma trajetória na Secretaria Municipal de Saúde e ter o papel de implantar o modelo na cidade, tornou-se essencial a esta pesquisa. Além deste, foi entrevistado o secretário adjunto de saúde, que trabalha neste cargo há três anos e durante o ano de 2012 fora secretário de Saúde de Porto Alegre – também essencial para compreendermos as ideias do Executivo municipal.

#### **Entrevista com atual vice-presidente do IMESF**

##### ***Sobre o IMESF atualmente e as projeções.***

Fizemos o concurso público para 1145 funcionários. Homologamos o concurso dia 6 de julho e, a partir dali, iniciamos as contratações. E, para dirimir ações eleitoreiras, fora decidido completar todas as equipes que estavam com falta de pessoal. No entanto, tivemos dificuldades na contratação de médicos. Foram criadas novas dez equipes. Estamos bem perto da meta de contratação. Pretendemos, até julho de 2013, estar com 1396 contratos e, a partir daí, o IMESF poderá assumir toda Estratégia de Saúde da Família.

##### ***A questão da prestação de contas***

Trimestralmente, é encaminhada ao Conselho Fiscal a prestação de contas e este faz um parecer. Neste período de implantação estamos usando o Conselho Curador e este ratifica os atos. Além disso, entregamos a Secretária Municipal da Saúde, trimestralmente, juntamente com o parecer do Conselho Fiscal, o extrato da prestação de contas. Além disso, sofremos a fiscalização do Tribunal de Contas. O que não vem acontecendo, embora previsto por lei, é a entrega das contas ao Conselho Municipal de Saúde. Teríamos que encaminhar a prestação de contas ao Conselho; no entanto, eles nos enviaram um documento negando-se a participar nos conselhos curador e fiscal. Eles foram convidados a participar de comissões e se negaram. Nossa relação com o Conselho Municipal de Saúde não existe, até porque eles não concordam com o IMESF.

##### ***O Orçamento Participativo e outras formas de interação com a sociedade***

O IMESF tem um contrato com a Secretaria de Saúde, o objetivo atual é RH. Quem recebe as demandas do OP é a secretária de saúde e esta nos repassa tais demandas. Temos um casamento eterno com a Secretaria. Podemos futuramente receber diretamente alguma demanda vinda do OP, mas, por ora, apenas completar o número de contratados.

***Sobre a divulgação de informações do IMESF.***

No Portal da transparência, temos todos os funcionários do IMESF e seus respectivos salários. Além disso, possuímos todos os meios de divulgação habituais da prefeitura. Todas as convocações e licitações saem no Diário Oficial do Município. Independente disso, possuímos o nosso endereço eletrônico, que, por ora, está em construção e com mais informações sobre as contratações. No entanto, pretendemos melhorar o *site* e abrir mais informações até o final deste ano.

***Sobre os incentivos para a participação***

Embora estejamos construindo nosso comportamento em relação à sociedade, organizações sociais, conselhos e todas as formas de interação, nossa preocupação será mantermo-nos abertos. A ideia é ficar sempre de portas abertas a todas as demandas. Por exemplo, recebemos semana passada um grupo que precisava de respaldo de um sindicato, então encaminhamos. Vivemos numa forma de relação entre poder público e sociedade em que devemos conviver, protestar quando for necessário e aceitar as diferenças, já que este é o jogo entre os prestadores de serviços. O que não aceitaremos é a radicalização de processos, como a questão do que está acontecendo com o CMS. O CMS é uma das coisas mais importantes do processo, no entanto, eles precisam aparelhar-se, ter visão e conhecer as dificuldades, que não critiquem por criticar. Essa dificuldade que estamos tendo não será aceita. As relações serão as melhores se houver respaldo acerca disso.

***Sobre a vontade da sociedade em participar***

Foram criados incentivos para a população e sociedade participar. Porém, os conselhos emergiram de uma questão sindical muito forte no Brasil, eles tomaram conta do processo. O CMS é um conselho de sindicalistas onde o usuário do sistema não tem voz e nem vez. As oportunidades foram dadas, no entanto a sociedade não tomou parte. Não há ninguém melhor que a população para reivindicar suas demandas. E, como o CMS não recebe as demandas, eles têm vindo diretamente ao IMESF e aqui nós conversamos e verificamos as demandas. Semana passada, recebi o representante de um bairro e conversamos por uma hora acerca dos principais problemas. O caminho que foi construído, através dos conselhos, está totalmente obstruído, mas a sociedade pode vir diretamente aqui. Portanto, todos podem participar.

***A posição do executivo em relação ao IMESF***

De total apoio, foi o patrocinador e que defendeu a duras penas na época. Nosso exemplo de briga esta servindo para muita coisa. No final do governo Lula, tivemos a construção de empresas públicas de direito privado, que geraram um problema, já que a Lei ainda não existe o governo está preocupando-se em legislar novamente. Sei que não será feito em todas as



esferas, a ideia é que será defendido exclusivamente na saúde. Paralelo a isso, o governo federal, em função das empresas que foram criadas sem Lei complementar, seguramente será regulamentada.

O IMESF tem uma alternativa de independência financeira e orçamentária, que facilita o processo e que não é nada ilegal, porque não facilitar o processo. Em 2005, quando chegamos aqui, tínhamos 65 equipes e hoje nós temos 185 equipes, porque rompemos paradigmas e fomos avançando.

#### ***A atuação do CMS como agente de controle social***

Acho que os conselhos em geral cumprem seu papel. Na questão da saúde em particular, sei que o CMS cumpre seu papel, mas podem criar alguns entraves/obstáculos para a administração pública. Acredito que pessoas que conheçam mais acerca de saúde pública e estejam imbuídos na tese de ajudar a resolver, independente de partido político.

#### ***Outras ações de controle social***

Existem vários canais, tais como ouvidoria do SUS, que é outro canal interessante. No IMESF pretendemos ter essa interação dentro das unidades de saúde de forma mais próxima das pessoas.

#### ***Acerca das formas de acessar as informações do IMESF pela sociedade***

No atual momento, em que o *site* ainda está pobre de informações, ainda não. Mas, obviamente nossa ideia é divulgar indicadores e informações importantes da saúde, em um fácil acesso através do *site*. A ESF tem na vigilância de saúde do município vários indicadores e informações disponíveis importantes. O Datasus tem todas estas informações, que são alimentadas pela SIAPI, que por sua vez é alimentado com dados dos postos de saúde e ESF de todo município. Então, seriam as mesmas informações, mas apresentadas num site próprio. No entanto, o IMESF ainda não tem tais informações regularizadas, por isso pretende organizar o *site* para que este possa informar o que for possível.

#### ***Sobre as principais dificuldades relacionadas ao fortalecimento do controle social***

Deve ser revista a questão do CMS. Há uma grande vontade, não saberia te dizer exatamente de onde surgiu, mas acredito que do próprio Ministério da Saúde, em extinguir os Conselhos de saúde, já que estes vêm trancando o processo. Estamos muito atrasados e estamos presos a algumas questões que foram importantes lá nas “Diretas Já!”, mas que aqui não seriam mais importantes. Os conselhos têm uma coisa ortodoxa, mofada, pesada, que ficam lá falando em Marx e Engels e que está para lá de ultrapassado. Os conselhos são extremamente importantes, mas têm uma linha de equilíbrio e os dois devem estar em cima, tanto o gestor quanto o controlador. O Conselho acaba sendo patrocinador de que as coisas não aconteçam.

## **Entrevista com o secretário adjunto de Saúde de Porto Alegre**

### ***As principais preocupações da Secretária Municipal de Saúde***

Primeiramente, consolidar o Sistema Único de Saúde. Isso se reflete em identificar necessidades dos cidadãos em suas mais diversas áreas, organizar uma estrutura que de conta de atender tais necessidades e verificar em que tempo podemos atender tais demandas. Desde consultas até a alta complexidade. Temos uma responsabilidade sobre este território, que abrange todo o estado, pois a população vem de todo o estado, por isso precisamos diagnosticar e mapear a situação de saúde para podermos atender da melhor forma. Além disso, preocupamo-nos com a qualificação destes profissionais e formação adequada para atender com qualidade. Além disso, a tecnologia deve ser adequada para atender à demanda da população, por isso, a informatização do sistema e a regularização dos processos de trabalho são importantes. Devemos também reorganizar a articulação das redes para termos um atendimento continuado para que independente de onde o paciente seja atendido haja continuidade do serviço.

### ***Sobre a prestação de contas***

Temos uma etapa, que é da saúde, através dos relatórios de gestão. Nós apresentamos este ao CMS. Entregamos este relatório ao estado que recebe e acompanha também. Temos relatórios que vão para município e o Tribunal de Contas do Estado, que analisa nossas contas. Alguns relatórios vão ao governo federal, principalmente os repasses de Fundo Municipal de Saúde. Quando ,demandado podem ir também para o Ministério Público Federal e Tribunal de Contas da União, entre outros. A prefeitura tem o Portal da Transparência, onde todas as contas estão listadas, além do tribunal de contas que dispõe o pagamento de pessoal, tudo está publicado na Internet.

### ***Sobre as demandas do O.P.***

Temos duas fontes de participação popular que trazem demandas de saúde. Uma é o OP e outra o CMS. Hoje, todas as demandas do OP são prioridades de investimento. Tentamos vincular tudo que vem deste para o orçamento. Inclusive, estamos trabalhando numa questão de inversão, estamos mapeando e enviando ao OP onde devem estar tais demandas. Nós fizemos estudos técnicos e conseguimos estabelecer onde devem ser alocados os investimentos; então, passamos esta estrutura ao OP e eles podem auxiliar a SMS. Este planejamento faz com que possamos fazer uma discussão com o OP e com o CMS, de forma mais organizada – para que as demandas feitas sejam aquelas que o cidadão precisa, mas também que sejam viáveis.

Trabalhamos também com o ObservaPOA e tentamos manter os dados atualizados para que possam ser os dados oficiais de informação da SMS. O volume e a complexidade das informações em saúde é muito grande, e para população geral ela deve ser mais simplificada. Principalmente para definir o que deve ser feito primeiro. Além disso, quanto mais informações disponibilizarmos para a população, mais ela consegue entender a questão técnica envolvida e compreender o que a SMS faz. Esse processo é importante para manter a equidade, porque assim quem ganha é a comunidade que, de acordo com os dados, necessita disso – e não somente aquela que mais se mobiliza.

### ***Sobre os meios da SMS para informar a sociedade***

Em relação à suficiência deles, temos de melhorar. Nós temos o Portal de Transparência. Temos os relatórios de gestão, que, apesar de terem muita informação, não são muito acessados. Estamos trabalhando numa lógica de criar um portal da transparência da saúde, para termos indicadores e disponibilizar dados em tempo real para população, como os indicadores mais importantes, tais como: o número de consultas, pessoas atendidas, tempo de espera de consultas, situações das emergências – para uma informação mais clara para toda população.

### ***Sobre as audiências públicas***

Acho que nos temos dois aspectos: um sobre as reuniões com a comunidade que, sim, é uma importante ferramenta. Há também as outras audiências que são promovidas com o Ministério Público e a sociedade organizada e, às vezes, tem outro viés, que é um processo político partidário, onde agente participa, mas muitas vezes perde o debate daquilo que deve ser atendido, porque cada um tem uma posição, onde discutem quem tem mais força para manter sua posição e aí não há crescimento. O debate é melhor quando conversamos com a comunidade e ela pede o que precisa e nós compreendemos e tentamos efetuar com a gestão e contribuimos para o melhoramento do serviço. Tentamos colocar o cidadão no centro do debate, procuramos verificar a demanda que ele pede.

### ***Sobre o IMESF***

Os trabalhadores eram contra porque queriam o estatuto e, com isso, o sindicato. O que tínhamos naquele momento e que era importante, primeiramente era uma situação com o limite de gasto com pessoal por conta da LRF. Temos, hoje, a seguinte situação: aplicamos 21,85% das receitas do município em saúde, deste 18,97 foi pagamento de pessoal, onde deveria ser, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal, de apenas 15%. No entanto, gastamos bem mais, ou seja, apesar de a saúde precisar de gente, precisa também de medicamentos, de equipamentos e de investimentos. Por isso, não tínhamos perspectivas de

poder aumentar os serviços e para podermos aumentar os 1.500 trabalhadores necessários para o funcionamento do ESF infringiríamos ainda mais a LRF. As fundações públicas de direito privado são uma alternativa de trazer a terceirização para dentro do poder público. Fizemos um contrato de gestão; então, ela tem autonomia porque não depende do orçamento do município e, aí, não entra na LRF e possuímos a possibilidade de aumentar o gasto em saúde e então os investimentos.

Além disso, a autonomia administrativa financeira, a agilidade dos processos sem transitar por dentro da máquina de toda prefeitura. Além disso, tenho a garantia do contrato, porque o próximo prefeito não pode terminar o contrato com o IMESF, somente por lei do Legislativo, por isso tenho garantia de continuidade do serviço.

### ***Sobre uma preocupação com a ADIN***

Nos preocupa no sentido de uma pressão do governo federal de regularizar o setor. A ação aqui não nos preocupa porque não tem efeito prático nenhum, porque tudo é passível de recurso e vai para o supremo e só então será decidido. E acredito que por conta da Ebserh o governo deve estar tentando regularizar isso. Se acaso acontecer de o Supremo [Tribunal Federal] tornar inconstitucional a estrutura poderemos tornar o IMESF uma fundação pública de direito público, já que os funcionários todos entraram via concurso público. Portanto, transformamos em estatutários e teremos de pensar como fazer com a LRF. Passaremos a contabilidade privada para a pública, mas teremos garantia de continuidade, apesar de grandes prejuízos para a administração. Nesse acaso a discussão é a seguinte, se a prestação da assistência é de caráter exclusivo do estado, já que a própria constituição diz que esta pode ser feita por entes privados. Por exemplo, as atividades consideradas poder de polícia, como a fiscalização, cobrança de impostos e a própria polícia, são exclusivas do Estado e não podem ser prestadas por outro ente. Mas, a saúde é também poder de polícia? Ela deve ser prestada pelo Estado? Acredito que a própria constituição já aponta a resposta quando diz que a saúde pode ser prestada por entes privados, ou seja, não ser exclusiva do Estado.

### ***Sobre participação da sociedade e o interesse desta em participar***

Temos feito um trabalho grande de incentivar a sociedade em participar. Para efetuar um debate no intuito de melhorar os serviços. O incentivo é grande, mas temos o problema de que a mobilização da comunidade para estas situações é momentânea. Então, quando tu tem uma crise ou problema, aí a comunidade participa e exige seus direitos, nos outros momentos, aí o individualismo entra e cada um cuida de sua vida. Por conta disso, incentivamos muito as lideranças comunitárias. Temos que avançar muito porque o processo exige certo sacrifício no

sentido de investir seu tempo para fazer isso, já temos um histórico em Porto Alegre, mas ainda vemos um percentual muito pequeno de participação dos usuários.

***Principais problemas e dificuldades relacionados ao controle social em saúde***

Nós temos uma cultura, que é o principal problema, normalmente a participação de algumas pessoas nas estâncias democráticas se dá pela troca de favores e isso é um problema. Uma dificuldade, porque não há debate daquilo que é benefício para a comunidade. Porque, a partir do poder que esta liderança, elas podem utilizar para conduzir seus próprios processos e não para o bem comum. Temos de conseguir separar os ganhos individuais e avançarmos no coletivo teremos avanços significativos.

***Como é a relação com o CMS***

Quando conseguirmos diminuir a relação pessoal dos agentes de controle social e da gestão a relação é boa. Mas quando não conseguimos balancear essa relação, aí a relação é horrível, aí não há diálogo. Todo trabalho é uma mediação para tirar isso. Retirar os interesses individuais para que a população ganhe. Claro que em certos momentos a divergência é benéfica, porque crescemos e aprendemos. O problema todo é que devemos defender o interesse coletivo e não o individual.

**PODER LEGISLATIVO**

No Poder Legislativo foi entrevistado o vereador que atualmente é Presidente da Comissão de Economia, Finanças e Orçamento e do Mercosul - Cefor.

**Entrevista com vereador, atual presidente da Cefor**

***Sobre o vereador e que este representa***

Como vereador de dois mandatos do PMDB, tenho posição de centro. Fui secretário da Indústria e Comércio. Tenho interesse especialmente com a questão do desenvolvimento econômico.

***Sobre a Cefor***

A comissão tem duas funções: uma fiscalizatória e outra propositiva. A propositiva ajuda a pensar o desenvolvimento da cidade e estimular a iniciativa privada a fazer seu papel nesta discussão, que implica em emprego, em impostos e tudo que precise para que sejam efetuadas as ações para o desenvolvimento da cidade.

A Cefor se ocupa historicamente de dar parecer nos termos da sua competência: PPA, orçamento da cidade e LDO, mas estas são tarefas de lei. O que faremos este ano é indicar potencialidades de segmentos econômicos e eventos na cidade, como, por exemplo, Copa do

Mundo, como a questão da infraestrutura, transporte, telefonia e tudo que impacta no dia a dia da cidade. Trabalhar os *clusters* da cidade, que nasceram de forma natural, se é possível que o poder público direcione estas questões e estimular o que já existem, pensar novas formas de desenvolvimento como incubadoras tecnologias, resgatar uma vocação industrial que porto alegre perdeu já faz algum tempo. Faremos seminários sobre estes assuntos e no final de ano faremos uma publicação com os materiais acerca destes assuntos.

### ***Sobre a prestação de contas***

Temos um calendário anual em que o Executivo torna transparente seu orçamento. A lei obriga que o Executivo faça três audiências públicas em que a população pode comparecer. Além das três audiências de metas fiscais, temos a de LOA, LDO e PPA, que também produz audiências onde são discutidas tais informações. O PPA, por exemplo, deve chegar até o dia 5 de junho e, após, marcamos uma audiência pública e demonstramos o que o Executivo planejou. Tais oportunidades são mais fáceis e visíveis da população entender os planos do executivo.

### ***Sobre a divulgação das Audiências***

Este ano, serão seis audiências públicas, sendo três sobre metas fiscais e três de orçamento, pelo Diário Oficial da União e jornais de grande circulação. As audiências públicas ainda são feitas previamente ao período de emendas, que podem ser feitas por entidades da sociedade. Dessa forma, a participação pode ser efetiva.

No entanto, as posições já vêm definidas nas audiências públicas. As pessoas que participam são as mesmas, os interesses são os mesmos. Conseguir oxigenar com novas posições e pessoas diferentes é sempre difícil. Quase sempre é um embate de posições ideológicas. Eu vejo que instâncias que deveriam ser apropriadas pela sociedade, como CMS acabam transformando-se em aparelhos de interesse, mais do que partidários, mas ideológicos.

### ***Sobre as formas de prestação de contas***

Toda forma de transparência é bem-vinda e ainda é insuficiente, porque temos muitos escaninhos que só são conhecidos por quem de fato tem conhecimento técnico, temos muitos mecanismos. No entanto, hoje existem várias formas de controle, O Tribunal de Contas com uma burocracia toda formada para fazer este controle. O Ministério Público, que hoje também têm uma posição de sombreamento com relação a estas outras instituições. O próprio Executivo tem, por força da LRF e do próprio receio do administrador em ser apontado e lesado, por isso este criou suas próprias formas de controle, tal qual o GPO (Gabinete de Programação Orçamentária), que é uma secretaria de controle orçamentário. No entanto “donde hay lei hay trampo”, sempre é possível que haja desvio. É da natureza humana.

***Fale sobre o orçamento***

O orçamento vem através de programas. Dentro do programa existem diversas ações, por exemplo, em cada programa estão presentes várias áreas, então, não há um orçamento por secretaria. Por conta da interface entre as ações do governo, este trabalha dessa forma. Portanto, para saber o orçamento total da Saúde, tem que entrar dentro de cada programa relacionado à Saúde e separar o valor orçamentário que vai especificamente para a Secretaria de Saúde.

***Fale sobre o IMESF***

Neste período eu não estava em exercício, mas estava anteriormente. No entanto, votamos a semente da ideia. Não é uma experiência só de Porto Alegre, inclusive em cidades administradas pelo PT. Havia um paradoxo nos discursos destes movimentos albergados pelo PT. É muito difícil para o Estado a criação destas estruturas, que vão-se tornando pesos dentro da sociedade, por mais que elas façam um trabalho importante. As corporações são feitas de pessoas que tendem a lutar por direito, e estas tornam-se conquistas que das quais não podem abrir mão e tornam pesadas as estruturas. Ao mesmo tempo os controles sociais acabam não existindo, porque lutam pela corporação e não pela sociedade, lutam pelo trabalho de tantas horas, mas não pela dona Maria, que precisa do posto de saúde aberto à meia-noite, por exemplo. A estrutura do IMESF é o caminho mais leve para ao Estado e que mais interessa a sociedade, porque é possível ao gestor no momento da aferição modificar e mudar o funcionalismo. Já que no funcionalismo público, por exemplo, não existem ferramentas como a questão da meritocracia, que é entendida pelos sindicatos como uma forma neoliberal, e que é extremamente importante, porque deve-se saber se ele cumpriu as horas, se atendeu com qualidade. Acho que o IMESF é bom, a ideia é positiva.

***Incentivo para participação da sociedade***

O incentivo existe. O brasileiro é que não tem cultura para participar. As ferramentas estão aí, no entanto, é mais fácil assistir BBB à noite do que ter uma ação de exercer sua cidadania. Reclamar no Facebook também é bem mais fácil.

***Atuação dos conselhos de saúde***

Trabalham sim em interesse para sociedade, mas muitas vezes para seus interesses corporativos e ideológicos. Com uma atuação aparelhada.

***Principais problemas e dificuldades ao controle social***

Não afirmo que a extinção dos conselhos fosse uma alternativa, mais acredito que estes deveriam ser mais equilibrados. Mas acho que a burguesia é acomodada, não quer participar

destas coisas e dessa forma os conselhos acabam sendo gerido por pessoas de partido de esquerda que impõe suas visões.

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde foi escolhido por tratar-se da forma legal de controle social garantida no Brasil pelo SUS. E, para esta pesquisa, é um órgão muito atuante nos problemas relacionados ao IMESF, tanto em sua formação quanto sobre a continuação de seus trabalhos. Nesse intuito, foram entrevistadas a atual coordenadora do CMS de Porto Alegre e a ex-coordenadora do CMS, presente nas discussões relacionadas ao IMESF.

### **Entrevista com a atual coordenadora do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre** *Sobre a prestação de contas do executivo ao CMS*

É feito por um relatório. Existe um Plano de Ação, que é elaborado e acompanhado pelo conselho, é deliberado e aprovado pelo CMS, porque ele precisa ser cumprido. Todo plano de Ação tem uma previsão orçamentária, então, nosso acompanhamento é de análise e fiscalização, do ponto de vista de sua correção. O CMS trabalha na relação como o Plano Anual de Saúde. Neste momento, estamos terminando a análise do plano. Não calculamos quanto ele [Executivo] gasta; nossa competência é verificar se ele cumpre o plano aponta, verificamos quando a comprovação dos gastos não é efetiva. Podem ter processos específicos em que o mercado faz o valor variar, agora não ter o serviço ou ele não estar efetivo e o gasto foi feito, isso não pode acontecer.

### *Papel do CMS*

É função do CMS verificar se o serviço está acontecendo. Nós devemos garantir que a política de saúde seja cumprida. Nós temos conhecimento do valor que porto alegre investe, e o valor é razoável, Porto Alegre investe até mais que outras cidades. No entanto, atualmente não temos a política sendo efetiva, resolutiva e isso é preocupante. Acompanhamos a prestação de contas, o que acontece é que muitas vezes não aprovamos o relatório de gestão. As políticas públicas existem para assegurar o direito – e o direito à saúde é fundamental, porque sem ele não acessamos o direito à escola, ao trabalho e por aí vai.

### *CMS e a questão da transparência*

Aumentamos a visibilidade, somos a voz da sociedade, 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestão. Essa é a voz do conselho, especialmente a voz de quem está sendo atendido. Mesmo quem tem plano é usuário do SUS, e este garante as campanhas de vacina, os procedimentos de maior complexidade. Não é vazio este lugar e esta luta, porque corresponde



a todos nós. O lugar de controle social é uma conquista dos movimentos, assegurada na legislação, porque foi elaborada no movimento, nos grupos, no coletivo, porque a sociedade se deu conta de que precisava.

Geralmente, falam que a política pública é para pobre, mas não! Ela é feita para a sociedade, ela deve incluir todos. Por isso que toda a população deve exigir o direito de ter saúde e esta deve ser prestada da melhor forma pela gestão. Principalmente porque vivemos numa sociedade que produz desigualdade de uma forma violenta e, por isso, não podemos banalizar a violação dos direitos. A gente tem que desmanchar estes preconceitos que alimentam a desigualdade. O sistema capitalista, que tu vale o que tu tem, esquece o humano, por isso que o conselho está aqui e ele funciona, para garantir direitos. Por exemplo, vemos o papel dos conselhos no caso do Hospital da Independência, o CES e CMS organizaram-se para que a gestão prestasse o atendimento e, se não fosse possível ser efetuada uma licitação, exatamente o que fora feito, isso fora uma conquista da luta dos conselhos.

#### ***Como melhorar a prestação de contas***

Já pedimos assessoria contábil, porque há coisas que nos escampam. O controle social deve estar garantido e os cidadãos que estão aqui devem estar conscientes da responsabilidade que eles têm. Nós não recebemos de presente esta instância, lutamos muito, ela veio junto com a CFB, com o SUS e o fato de assegurar que a sociedade se mantivesse num lugar legítimo de fiscalização, de deliberação de acompanhamento. Nós não temos a competência de fiscalizar as ações de saúde, a gestão desenvolve e precisamos de ferramentas para isso.

#### ***Sobre acesso as informações***

Em tese, com a Lei de Transparência, todos temos acesso. No entanto, estão conveniando tudo, estão privatizando toda saúde. Um convênio não sustenta uma política, uma fundação não sustenta também, porque o vínculo é fraco. E as políticas públicas são estruturas permanentes que não podem estar fora da gestão que responde por elas. Pedi para apresentarem o esgotamento da LRF para justificar a criação do IMESF. No entanto, nunca foi apresentado. Pedimos informação e ela nunca é clara, tudo é atravessado, permeado num jogo que ninguém ganha. Não temos acesso, as questões financeiras são o que tem no portal. Avaliamos que a gestão não corresponde.

#### ***Sobre a divulgação das audiências públicas***

O nosso *site* é desatualizado e a prefeitura não divulga, porque ela divulga o que lhe interessa. A comunicação é uma das pautas deste ano. Falta divulgação em relação às audiências. A comunicação é uma preocupação, o *site* está complicado, porque estamos dentro da estrutura da prefeitura e nossa verba não paga isso. As pessoas deixam de ter informações e se informar

porque elas não estão disponíveis, é um instrumento de visibilidade a internet e este fica prejudicado.

### ***Sobre o IMESF***

Não compreendemos porque os servidores conseguem ser contratados via CLT e não podem ser concursados. Como teremos confiança numa equipes que está sempre girando. Não está sendo assegurado o direito à política pública aqui, com o IMESF. O IMESF é um dinheiro que a gente não sabe de onde vem, com um vínculo que é precário. Estamos num momento de refundar o SUS, porque estamos correndo um risco abismal de privatizar, o SUS que é lei, um exemplo em vários países, estamos andando para trás.

A plenária que decidiu contra a criação do IMESF foi 28 votos contra e somente dois a favor. O SUS ganhou. O IMESF é um passo muito forte na lógica de maquiagem, porque agora não é mais um convênio, é uma fundação descolada da gestão pública e, ao mesmo tempo, engessada, porque o secretário é presidente, como vai-se construir um debate aí?

Em portaria do ano de 2008 do CMS, discutimos a atenção básica. Naquele momento decidimos que o município deveria criar as condições estruturais necessárias para que se mantenha a estrutura das equipes de saúde da família. Para que estas tenham vínculos regulares, através do estatuto, vetando-se contratos por cooperativas, ONGs e OSCIP. Lembrando que já no ano de 2008, sabe onde o CMS falhou? Não adivinhamos que as fundações cercariam essa portaria do conselho. Esta é uma posição do conselho de saúde já em 2008. A posição contrária do CMS está alinhada com as portarias e deliberações do conselho há muito tempo.

### ***Perspectivas em relação ao IMESF***

A ADIN em Sapucaia foi aceita por unanimidade, Em Novo Hamburgo, falta um voto, mas acredito que vamos ganhar por unanimidade também. E Porto Alegre acreditamos que será a próxima. Isso é bom, porque gera jurisprudência e é bom porque elimina ideias futuras.

### ***Incentivo à participação da sociedade***

O CMS não substitui o movimento, mas ele agrega, os conselhos locais são os capilares, ali ele está aberto e tem uma representação que faz contato com o conselho distrital. Só depende do amadurecimento da consciência política. Nós temos uma estrutura aberta, a deliberação passa por uma legitimação de determinados atores que são os conselheiros, é uma plenária. A sociedade é a base do debate, embora esta não possa votar, ela pode opinar e se posicionar. Como fortalecemos os processos de participação, o controle social é uma parte linda da política, porque este não está submisso à gestão.

### ***Capacitação dos conselheiros***

Há comissão permanente que trata destes assuntos. Temos duas assessoras que fazem este trabalho. A capacitação é uma preocupação e uma meta do CMS e está sempre funcionando. Estamos divulgando e ampliando o alcance para o conselho local, incentivando este para entender seu lugar nessa rede. Chamamos de ciclo de formação não capacitação, assim como os usuários deveriam ser chamados de destinatários. E acredito que essa denominação coloca a população num lugar de protagonista. Lembrando que os conselhos locais têm representatividade no conselho distrital e este tem dois assentos no CMS, por isso é importante que estes conselheiros locais entendam a importância de sua atuação.

### ***A relação entre CMS e SMS***

Tem sido uma estratégia da gestão nos desconstituir, eles não esperavam que o CMS fosse tão ativo. Porque a gente questiona, elabora e se posiciona. E não fazemos isso de forma superficial! A relação é mais tensa impossível, difícil desgastante. Acho que a gestão deveria conduzir politicamente, eles atravessam com questões pessoais de desrespeito, não agregam e não reconhecem o lugar o controle social.

A judicialização de algumas questões acaba funcionando para que o CMS tenha voz, já que nossas resoluções não são respeitadas pela SMS. O IMESF foi encaminhado para a justiça estadual, a questão das equipes incompletas está no Ministério Público, os CAPS estão com um Termo de Ajuste de Conduta. Quase tudo acaba indo para a justiça, porque não há conversa. Entregamos recentemente um relatório no Tribunal de Contas acerca dos laboratórios que não tem contrato, nem nada com a prefeitura.

### ***Articulação com outros órgãos fiscalizadores***

Somos diferentes e compomos uma mesma mesa. Não gostamos de judicializar; no entanto, levamos situações que violam os direitos de saúde. Nós temos boa relação com Ministério Público. Somos bem recebidos e estamos construindo legitimidade nessa articulação, temos vários processos, mas todos bem embasados e articulados com essas esferas.

### ***Principais problemas e dificuldades relacionadas ao fortalecimento do controle social***

Aqui no CMS, precisamos de assessoria jurídica, contábil e de comunicação. Isso está no Ministério Público, porque cansamos de pedir à prefeitura, aí acabamos lá. O espaço de controle social é vital para assegurar a política pública e esta assegura o direito à saúde. Somos responsáveis por este lugar que conquistamos, devemos continuar as lutas, fortalecer e ampliar.

## **Entrevista com a ex-coordenadora do Conselho Municipal de Saúde**

### ***Sobre a prestação de contas municipal***

A prestação de contas é feita através da apresentação dos relatórios de gestão, que anteriormente eram trimestrais, mas com a Lei 141 torna o envio quadrimestral. No CMS requeríamos a prestação de contas; no entanto, durante algum tempo não recebemos, porém isso foi efetuado o pedido ao ministério público e após um inquérito tudo acabou ficando regular. Além disso, o Plano Municipal de Saúde é o melhor instrumento para acompanhar o orçamento. Ano a ano, tem um plano de saúde que é acompanhado quadrimestralmente. Ocorre que desde 2006 tínhamos uma ação judicial para determinar o envio dos relatórios e em 2009 foi feito um acordo também em âmbito judicial e desde então os relatórios são entregues na data correta. Hoje em dia, conseguimos ver melhor estes instrumentos porque são apresentados ao conselho. Neste momento, estamos aguardando o relatório do último quadrimestre. Então, até março teremos de receber.

#### ***O CMS como agente de transparência***

O CMS sim é um agente de transparência, embora as respostas não venham ao conselho na velocidade que deveriam. Algumas vezes, usamos inclusive a Lei de Transparência para questionar. No entanto, muitas vezes não somos atendidos. Mas sempre que isso ocorre procuramos o Ministério Público e, então, somos respondidos. Na questão da Sollus, por exemplo, foi isso que fizemos.

#### ***Sobre a prestação de contas do IMESF***

Nós já pedimos a prestação de contas para o IMESF e eles devem enviar, eles têm de enviar. O recurso também deve ser encaminhado, que é uma das questões que foram levantadas na constituição deste. Hoje sabemos que ocorrem vários desmandos, agentes comunitários que não são das áreas e estão sendo contratados. O Instituto de Cardiologia continua contratando, mesmo tendo o IMESF, são várias questões ilegais. Nós já enviamos ao prefeito e este esta ciente, além disso, enviamos para TCE, TCU e Ministério Público, portanto eles precisam divulgar as informações. Nós já sabemos que há indícios de irregularidades e isso nos leva a crer que podem haver mais irregularidades. Tanto que na última plenária do IMESF fizemos um grupo de trabalho que tem a responsabilidade de coletar e estudar as informações do IMESF.

Um problema é o seguinte: o plano de saúde não vem com os valores, a ideia é que agora no plano plurianual de saúde vai constar o valor e aí poderíamos comparar. Nós temos o que vai para saúde, mas não temos descrito quanto e para onde vai esse valor.

#### ***Quanto a não participação do CMS no IMESF***

Enviamos uma carta dizendo que não iríamos participar da estrutura do IMESF, não contra somente por ser contra, mas por conta de argumentos que tu já sabes, já te passei argumentos legítimos e legais e, por conta disso, não vamos participar. Mas não vamos renegar a Lei 8142 e a Constituição Federal, que nos dá como dever e direito participar dos aspectos financeiros. Portanto, não vamos renegar nosso dever e vamos fiscalizar o IMESF.

### ***Sobre a disponibilização das informações***

Eles não são suficientes. São necessários e importantes, mas para um órgão como o nosso não são suficientes. Para exemplificar pedimos informações sobre os laboratórios de Porto Alegre em maio e recebemos apenas em outubro. Deve haver um tipo de informação disponível a toda cidade, mas no caso do CMS, que precisa de mais informações e esta não está disponível.

### ***Audiências públicas e Orçamento Participativo como forma de participação da sociedade***

Audiências públicas são importantes na medida em que tratam um tema que a sociedade se ocupa. Para nós da saúde geralmente, nos ocupamos em dar direção para um tema que não está devidamente sendo tratado. Por exemplo, discutimos saúde mental em 2008, fizemos uma audiência pública e dali desdobraram-se diversas ações importantes, entre elas o plano de saúde mental, que até então não existia na cidade.

Alem disso, tivemos outra que funcionou para desenrolar o processo, que é o caso do Hospital da Restinga. Fizemos uma audiência pública na Restinga e a partir dali elaboramos um cronograma de início de obras, sempre com o Ministério Público acompanhando de cima. Embora de um pouco de trabalho, acredito que funciona. Naquele caso, este ano será inaugurado o hospital.

O próprio OP funciona, senão a melhor forma de participação ao menos as pessoas se reconheçam como fazendo parte de uma localidade podendo ter influência e minimamente podem indicar o que é importante para sua comunidade.

### ***Acerca do posicionamento em relação ao IMESF***

Bom, em relação ao IMESF, nós somos contrários na medida em que ele contraria a Lei Orgânica do Município, que impede e não prevê a criação de uma fundação deste porte, que prevê a contratação via estatuto. Além disso, a fundação contraria a própria CFB. Acreditamos que as ações de saúde devem ser responsabilidade do Estado, no caso aqui de Porto Alegre. Que o município tem responsabilidade e paulatinamente tenta se desfazer dela, não somente aqui mas outros municípios tem feito isso. No Brasil como um todo também acontece.

A saúde é bem público, direito da população e dever do Estado. Este deve se capacitar para oferecer os serviços de qualidade para sociedade. É o que queremos é o que diz a CFB e por isso lutamos, inclusive contra o IMESF.

### ***Relação entre CMS e SMS***

Relação de respeito de ambas as partes, em outras ocasiões não foi. No mínimo há um reconhecimento da prefeitura com relação à importância e à capacidade política do CMS em se movimentar, e da parte do CMS. Há um respeito e um esforço da SMS em tocar as coisas minimamente, isso que há quatro anos atrás não aconteceu. Claro que temos críticas fortes em relação à postura da SMS, o próprio IMESF mostra isso, às vezes observamos uma lentidão em resolver problemas de saúde que são importantes a população. A própria desresponsabilização, por isso há preocupação em aprovar uma lei de responsabilidade sanitária para que o gestor seja responsável quando não haja prestação de um serviço com qualidade.

### ***Sobre o incentivo a participação da sociedade***

Poderia ser diferentes, vejo muitas falhas. Deveria existir uma ação melhor articulada. Principalmente na educação, em que as crianças deveriam aprender na escola, que elas deveriam saber que participar é importante, fiscalizar é importante. Vimos recentemente a tragédia de Santa Maria, sim tem responsáveis, mas se as pessoas estivessem mais atentas com o que é seu, o que é sua responsabilidade. Ocorre que nas democracias participativas as pessoas votam e depois disso elas simplesmente transferem a responsabilidade e acham que terminou ali. No entanto, cidadania é um pouco mais, é tu realmente ter consciência do teu lugar na sociedade e da tua responsabilidade em participar. Além disso, tem a própria questão da saúde, da participação que é ofertada através da CFB e as pessoas de uma maneira geral não fazem acontecer.

Por outro lado, é difícil ter um governo que facilite a participação e que não queira cooptar a participação. Infelizmente, vê-se muitas lideranças comunitárias trabalhando para o governo, muitas vezes recebendo recursos, cargos e salários. Acho isso muito sério e vemos muito isso. O CMS é um dos poucos órgãos de participação de Porto Alegre que ainda não se dobrou, embora muitos conselheiros já, é muito difícil trabalhar com isso.

### ***Sobre a importância do controle social em saúde***

Em Porto Alegre, temos muitas conquistas que demonstram a importância. O próprio plano de saúde que é o instrumento de gestão, onde estabelece as prioridades através da situação epidemiológica de uma comunidade através de ações que podem ser controladas por uma

localidade. A gestão deve de ser forçada a fazer o próprio papel, mas enfim, através de articulação, com MP isso acaba acontecendo.

A própria questão do IMESF, houve uma mobilização importante, a primeira ADIN ganha contra uma fundação que foi importante por ser em porto alegre.

Alguns serviços de saúde conquistados e que a população nem sabem que foi o CMS que lutou e conquistou. Muitas vezes porque os governantes tomam ou louros para eles e o CMS quer mesmo é que o serviço seja feito. A criação da emergência psiquiátrica do IAPI, conquistada através de uma ação civil pública do MP. Os Capes que estão constituindo-se na cidade, oriundos dessa ação, embora não seja da melhor forma através do serviço público, que era como gostaríamos. Os dois hospitais: Álvaro Alvin e Hospital Independência, que o Ministério da Saúde queria abrir com a Ulbra novamente, nós conseguimos transferir um para o Hospital de Clínicas e outro para o Divina Providência, também um conquista da ação do controle social articulado com CES.

A municipalização do Murialdo, que há muito tempo era uma demanda aprovada. Fizemos um movimento grande, com atos e manifestações, o MP entrou com uma ação e então acabou acontecendo. Os serviços foram entregues ao município. Isso mudou o perfil epidemiológico da população, isso foi um ganho e uma conquista encaminhada por nós.

***Posso concluir que se os órgãos fiscalizadores não tivessem intervindo as ações mencionadas anteriormente não teriam acontecido?***

Sim, acredito que sim. O controle social articulou-se com estes órgãos para conseguir, o melhor seria a relação direta, acontece que os governos ainda não efetivam o CMS. Nós temos uma história, somos atuantes, assim como o CMS de Belo Horizonte (MG).

***Sobre a articulação com outros órgãos fiscalizadores***

A articulação existe com todos os órgãos, o caso da Sollus foi emblemático para Porto Alegre, neste sentido, e para o brasil. Eu hoje considero sim, porque fizemos um enfrentamento importante, nós antevemos o problema, nós sabíamos que havia falcatrua, apontamos, fizemos análise e tivemos retorno positivo, porque teve resultado e reconhecimento dos órgãos de controle do Estado para com o CMS, O TCU o TCE, o MPF, o MPC a CGU e o MPF. Então, hoje, quando chega alguma coisa do CMS, já tem um respeito.

***Como o CMS analisa a prestação de contas***

Geralmente, dividimos em grupos de trabalho. Hoje em dia temos os indicadores de qualidade, acessamos o que foi gasto, os argumentos e analisamos todo o conjunto. Por exemplo, no caso do IMESF o que nós vemos: ele tem uma Lei e deve ser analisada através da lei. Um dos argumentos era que através do IMESF teríamos maior agilidade para contratar

pessoas e serviços, no entanto, o que vemos através do relatório de gestão é que os serviços estão sendo feitos por aqui, pela secretaria, pela assessoria de contratos, de projetos e de comunicação. Por exemplo, quem comprou pastas e mochilas foi a SMS. Então qual é a necessidade tão premente de contratar um instituto deste. Tudo que previmos esta acontecendo, há pessoas que não poderiam estar ali, os mesmos que estavam no instituto Sollus, por exemplo. Então mais uma vez vai acontecer o problema Sollus com o IMESF.

### ***Principais problemas e dificuldades relacionadas ao fortalecimento do controle social***

A própria organização interna, nossas pernas digamos assim. Não conseguimos ampliar porque temos alguns instrumentos que não são ampliados. É um espaço de controle social, só que quem banca isso é o gestor e ele, claro, gostaria que todos conselheiros dançassem conforme a música, no entanto não é o que acontece.

Vou te dar exemplos práticos. Temos no regimento que o CMS deveria ter assessoria de comunicação, jurídica e contábil – e nós não temos. Acabamos levando isso ao Ministério Público e estamos resolvendo estes problemas por esta via. Precisamos estar em diálogo constante com a sociedade e não temos pessoal que faça isso. Por exemplo, só aprontamos agora o livrinho de 20 anos, o aniversário do CMS foi em maio e o livro somente saiu agora. A agenda de 2013 ainda nem está pronta. Assessoria jurídica também não temos, por este motivo, em alguns processos que foram movidos contra o conselho, nossa defesa foi feita sem advogado e nós até ganhamos muitas delas. Muitas vezes, usamos os advogados das nossas entidades (aquelas que compõem o CMS). Precisamos também de uma assessoria contábil, pois quem analisa as informações somos nós, a nossa assessora técnica que analisa não é ruim, porque ela é uma boa profissional, mas precisamos de uma estrutura física, temos de crescer, caminhar e se perpetuar. Eu e mais algumas seis pessoas que trabalham muito não ficarão para sempre no CMS; por isso, precisamos ter continuidade e uma estrutura boa é importante para isso.

Acho que é força de vontade política em reconhecer a autonomia que tem um conselho e respeitar. Precisamos de uma estrutura já que estes não ganham salário para estar aqui e por isso precisam de apoio, já que nem tudo eles conseguem fazer, pois tem seu próprio trabalho cada um.

## **ÓRGÃOS FISCALIZADORES**

Fora entrevistada uma Procuradora Geral do Município, responsável pela Comissão Permanente de Inquérito e que esteve envolvida durante muitos anos nas questões relativas à Saúde pública municipal.



## **Entrevista com Procuradora Geral do Município, responsável pela Comissão Permanente de Inquérito**

### ***Sobre os canais existentes na PGM para receber iniciativas da sociedade***

Todos os canais legalmente previstos. Os próprios conselhos municipais e o Orçamento Participativo são importantes. Além disso, qualquer tipo de iniciativa é apreciado pela PGM. Atendendo as diretrizes de participação e gestão democrática.

### ***Sobre a prestação de contas***

A PGM é fiscalizada na prestação de contas e tudo que passa pelo município passa antes na PGM. Mas somos submetidos ao controle da Câmara e do Tribunal de Contas.

### ***Função da PGM***

Ela trabalha com o controle prévio de legalidade, todos os contratos passam aqui que analisa a rigidez processual do contrato. E um controle repressivo de legalidade, quando a matéria já esta legalizada. Tudo passa pela PGM, alarga bastante as responsabilidades da casa. Os contratos (licitação, doação, permissão de uso, tudo) eles são demandados pelas pastas temáticas, um processo com autorização orçamentária, Lá na origem eles fazem uma análise prévia, vem para cá e aqui é um segundo controle, segunda revisão e depois vai para que o procurador geral assine.

### ***Tratamento da temática da saúde na PGM***

Temos procuradorias especializadas, onde o conteúdo mais duro da matéria jurídica é tratado. Temos o conselho superior, quando a matéria é de maior envergadura, aí se leva a este para discutir o assunto e, se necessário for, efetuar um parecer.

### ***O IMESF***

O IMESF foi discutido na Assessoria de Assuntos Legislativos Institucionais da PGM, eu era coordenadora, por isso participei ativamente. Porque demandava um projeto de lei e tinha varias questões legais envolvidas. A ESF é uma das políticas publicas de saúde mais relevantes dentro da capital é uma política de saúde muito epiderme. Atende milhares de pessoas, é a porta de entrada na saúde na capital, por isso sua discussão era de grande envergadura e envolveu também o procurador geral.

A formação do IMESF foi uma coisa muito plenária, foi acompanhado pela PGM, pelo Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal, Tribunal de Contas, Conselho Municipal de Saúde, sindicatos e Câmara de Vereadores. Foram três anos de discussões. Sem falar da própria Secretaria de Saúde, a Secretaria de Governança e a Secretaria de Planejamento Estratégico, foram muitos atores nessa cena. No

final das discussões, agregaram-se outros municípios, porque Novo Hamburgo, Canoas e São Leopoldo pensaram em algo semelhante ao município de Porto Alegre.

Tirar a ESF de dentro dessa estrutura mais pesada, mais dura da administração, que pudessem atuar em bases mais modernas de gestão, ter um pouco mais de agilidade. Tudo que é demanda de saúde é muito epidérmica porque é pra ontem, contratos de saúde chegam hoje e devem entrar em funcionamento ontem. É sempre urgente e emergencial, todos prazos judiciais de saúde são contados em horas. A diretriz do poder público municipal sempre foi de ser mais arejada, para atuar em bases mais modernas de gestão. O desafio maior foi botar essa figura jurídica nova dentro do ordenamento jurídico. “Ideias novas na casa velha”, é uma expressão que eu costumo utilizar. Foi uma longa construção, porque o mais perto que se tinha do ponto de vista jurídico para prestar este serviço era a fundação pública de direito privado.

#### ***Sobre transparência***

Nossa corregedoria centraliza as informações a respeito da Lei de Transparência e o que diz respeito à PGM é respondido pela corregedoria. Todas as outras secretarias têm uma via de acesso para que a sociedade pergunte e ela responda. Se uma secretaria não responder, nunca aconteceu, mas, se acontecer, a PGM vai se manifestar para que esta secretaria responda. Pois a PGM tem a função de controle de legalidade.

#### ***Sobre controle social***

Como é uma diretriz legal a gestão democrática e a participação social, isso se dá de maneira difusa. A PGM tem participação e assento em alguns conselhos municipais. Além disso, a questão de roubos ou problemas dentro do Executivo é apurado aqui dentro, a sindicância ocorre dentro da própria secretaria e quando é mais grave ele vem para a PGM, para a Comissão de Inquérito apurar a questão de responsabilidade.

#### ***Posição da PGM em relação ao IMESF***

Durante o período de discussão, foram três anos reafirmando a ideia e amadurecendo estas. Desde o tempo da ESF com a FAURGS. A PGM fez infindáveis reuniões, pois havia a dificuldade jurídica posta muito forte que era a questão do regime único. Dormiu no escaninho do supremo durante muitos anos uma ação contra o caput do artigo 39 da CF, seis anos depois o supremo deferiu a tutela e declarou inconstitucional a norma inscrita no caput 39 da CF e com essa declaração o Supremo ripristinou a redação original do artigo 39. O que dizia era que o poder público devia adotar regime jurídico único, foi encontrada a brecha porque o agente comunitário de saúde precisa ser da comunidade e ser de regime CLT. No primeiro momento, fizemos um parecer e discutimos essa questão. Foram varias discussões,

audiências públicas e teve a maratona da aprovação na Câmara de Vereadores. Foi um longo processo e a PGM participou ativamente de tudo. Tirando o conteúdo jurídico da questão, era um pouco a tese do mundo possível, o que poderíamos fazer do ponto de vista jurídico para atender uma diretriz de saúde.

### ***Interesse da sociedade em participar***

Foram vários entes da sociedade que participaram legitimamente, sindicatos, conselhos e todos interessados. Lembro aqui que uma pessoa que mora longe, lá no morro, não tem dinheiro nem para o vale-transporte, por isso quem teve acesso e foi é quem, primeiro, sabe o que é audiência pública, são estas esferas que participam. A população que recebe os serviços não sei se participa. Essa população está interessada no serviço, não em como ele é prestado. Eles querem o serviço regular contínuo e bem prestado porque eles sabem que têm o direito. O usuário de serviço comparece quando o serviço descontinua. Quem dialoga é quem tem interesse, sempre, por isso estes atores específicos se manifestaram.

## **REPRESENTANTES DA SOCIEDADE**

No intuito de abarcar a sociedade em suas diversas formas e conversar com pessoas que se envolveram com a questão do controle social e do IMESF, foram entrevistados o atual vice-presidente do Conselho Regional de Contabilidade (CRC), ex-secretário da Administração do estado, que atua com a divulgação em todo país da importância do controle social, utilizando o CRC para promover palestras que incentivem a atuação de diversas áreas, no intuito de auxiliar a ampliação do controle social. Além deste, foi entrevistado o presidente do Sindserf, que também é membro da CUT (nacional e estadual) e membro de Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (Conselhão). Por fim, foi entrevistada a equipe do ObservaPOA, que, embora tenha certa vinculação com a prefeitura, representa um dispositivo diferente, que abriga informações e promove o acesso às informações e aos dados da cidade de Porto Alegre.

### **Entrevista com vice-presidente do CRC/RS**

#### ***Sobre você***

Sou graduado em Ciências Contábeis, em 1981. Ingressei na Secretaria da Fazenda do estado em 1986; na CAGE, passei por todos os cargos. Passei pela área de processamento de dados, pela auditoria, estudos e orientação. Fui contador e auditor geral do estado. Fui secretário da administração do estado do rio grande do sul. Fui presidente da PROCERGS. Depois, eu vim para o Conselho de Contabilidade para ser vice-presidente de Relações Institucionais.

Comecei a me interessar pelo controle social da gestão pública a partir da LRF. Percebi que os órgãos institucionais de controle interno, a Cage, os controles internos dos municípios e os controles externos, auditorias externas, como Tribunal de Contas e Ministério Público, não atuam de forma eficaz, por vários motivos. Não conseguem evitar que os problemas aconteçam. O principal é a estrutura: se criasse sistemas de controles governamentais para evitar fraudes, improbidades precisaríamos de sistemas muito oneroso. Então, eu comecei a perceber que o controle social eu via como um complemento muito importante, como atuação da sociedade que viria a completar os órgãos institucionais de controle.

### ***Sobre o acompanhamento do processo orçamentário***

Considero que a tecnologia da informação e das comunicações facilitou muito a interação da sociedade com os governos. A democracia participativa, ideal ou pura com a TI, claro nunca se conseguiria este ideal, mas a participação é muito facilitada se da casa da gente ou do escritório se consegue acessar as informações do governo. Além disso, as normas que começaram a ser criadas.

### ***Sobre uma diferença ou melhora no processo de participação da sociedade***

Tudo é muito recente, a participação e governos que permitem participação, no Brasil a CF1988, que prevê muita participação, também fora um marco. Melhoria de normas sobre licitações na década de 1990, antes ainda a Lei da Improbidade Administrativa e, principalmente, a Lei de Responsabilidade Fiscal, que obrigou os governos a dar transparência às suas contas. O observatório social do Brasil e observatórios que surgiram são importantes para divulgar também. O tribunal de contas publica todos os dados e o acesso é fácil. Acredito que o povo tem como fazer um grupo e acompanhar a gestão do município, o tribunal de contas já não tem estrutura para isso. Vejo muita diferença significativa a partir do ano 2000.

### ***Transparência***

O governo disponibiliza as informações; a sociedade é que não sabe. Houve uma mudança significativa na disponibilidade das informações pelo governo.

### ***As formas existentes de prestação de contas são suficientes?***

Os meios são suficientes, o problema é que a sociedade, por meio dos cidadãos e de forma organizada é que tem que ir lá, buscar as informações, analisar, criticar. Então, se o povo interessado na saúde é mais organizado, tem mais recurso para ele, se o povo da educação é mais interessado a verba vai para ele. O Orçamento Participativo é um exemplo. Quando falta recurso, aqueles mais organizados e que mais pressionam recebem. Os meios são suficientes o problema é cultura da sociedade em participar em se organizar. O que falta é a faixa da

sociedade que pode ter um olhar mais crítico de forma sistêmica, se organizar o começar a acompanhar. De forma pontual e por área já existem.

### ***Interesse da sociedade em participar***

Aos poucos vai se criando essa cultura de participação e os órgãos de controle vêm incentivando isso. Os próprios portais de transparência vêm divulgando e incluindo.

### ***Sobre controle social***

O embrião do controle social, o encorajamento da sociedade, foi a criação dos conselhos, embora os conselhos também não consigam controlar adequadamente porque são paritários, e algumas vezes o governo acaba sendo o controlador. É interessante porque metade é sociedade. Por exemplo, o CMS de Porto Alegre é muito atuante e consegue resultados, porque são organizados, tanto que não raramente a presidência do conselho não é exercida pelo governo. Isso é uma forma muito importante se houver efetiva participação de representantes da sociedade civil. Outra forma são as organizações da sociedade que apareceram a partir da década de 1990, elas acompanham a administração, mesmo que de forma segmentada. Exemplo: todos pela educação, AMARIBO (Associação dos Amigos de Ribeirão Bonito), criada ainda na década de 1990, para acompanhar as ações do governo municipal de Ribeirão Bonito. E, depois, com a LRF, eles tiveram uma ferramenta efetiva. Outra questão são os observatórios sociais, que estão trabalhando bem naquilo que eu imaginava como ideal, porque é uma organização de pessoas para acompanhar a gestão de forma global com excelência. Mas os cidadãos individualmente têm o poder de fazer este acompanhamento, segundo, inclusive, a própria Lei de Responsabilidade Fiscal.

### ***Principais problemas e dificuldades relacionadas ao controle social***

A criação da cultura de participação, não que a sociedade brasileira se abstenha de ações voluntárias, o problema é o direcionamento destas ações. Eu acredito que quem tem uma qualificação, mesmo que não seja de uma profissão regulamentada, se usar essa qualificação para acompanhar o que os governos estão fazendo e exigir do governo que aplique adequadamente os valores arrecadados, temos um resultado melhor em favor da sociedade. Quem tem qualificação tem que enxergar uma forma de potencializar esse conhecimento. Por isso, no CRC/RS nós fazemos este trabalho de levar seminários temáticos pelo Brasil e entre os seminários um deles especificamente acerca da questão do controle social, para levar a classe contábil a possibilidade desta atuar como controlador da gestão pública. É o despertar da sociedade para o controle social da administração pública de forma sistêmica.

## **Entrevista com a Equipe do OBSERVAPOA**

### ***Sobre o ObservaPOA, atuação e funcionamento***

O ObservaPOA iniciou em 2006. Antes deste, havia uma equipe que construiu um mapa de exclusão e inclusão social de porto alegre. Feito a partir de um grupo de trabalho com pessoas de diversas secretarias encarregadas de cada área. Reunimos dados de varias áreas da cidade de porto alegre sobre educação, saude, trabalho etc., e fizemos uma publicação acerca do assunto. A partir deste trabalho e na necessidade de interligar as áreas da cidade, os técnicos continuaram a encontrar-se independente da área em que cada um trabalhava. Este livro fora escrito ainda no governo PT. Mas mesmo com a mudança de governo, fomos chamados a continuar o trabalho. E constituiu-se um setor na Secretaria de Governança somente para ofertar informações sobre a cidade ao governo. Após, houve um evento internacional em Barcelona e foi feita a proposta de um observatório, da rede Urb-AI, eram recursos para criar observatórios locais de democracia. E usamos este recurso para criar este observatório.

As informações funcionam para mostrar que dentro de porto alegre existem diversas realidades e é importante saber qual território e quais as características de cada território. Trazemos informações da cidade para a cidade pensando em subsidiar as pessoas na tomada de decisão. Aí, se faz o *link* com a democracia participativa, o ObservaPOA tem esse caráter, ele quer informar com o objetivo de que as pessoa possam tomar decisões pautada em informações. Para que cada bairro possa usar os dados, por exemplo, como justificativa no próprio OP para reafirmar o que ela quer.

### ***Maiores dificuldades enfrentadas***

O mais difícil é medir se o gestor está usando os dados e se estes dados modificaram a tomada de decisão. Por exemplo, trabalhamos com demandas pontuais da tomada de decisão, porque temos demandas de secretarias, mas ainda é esporadicamente. Além disso, alguns conselhos distritais de saúde nos chamam para mostrar informações. O que fazemos é ir para as regiões quando há convite, apresentamos informações. Apesar de saber que ainda é pouco usado.

Temos dificuldade de conseguir os dados, temos o senso que é decenal e leva muito tempo para divulgar a informação. Lidamos com o desafio de todos os lados, porque nem sempre temos a informação que as pessoas precisam. Na prefeitura, nós temos informações diárias, porque exemplo todo dia os hospitais repassam as informações. Mas há ainda os problemas da qualidade da informação, que nem sempre é confiável. Nós buscamos obter o dado que as pessoas precisam para contribuir para suas demandas, auxiliar na inclusão de participação. Os produtores da informação têm melhorado suas formas e tentado deixar a informação mais clara e integrada, para que os sistemas conversem e os dados fiquem mais fáceis de serem

cruzados. Um problema comum é ter informações em *softwares* diferentes, que não conversam e acabam dificultando a coleta e filtro das informações.

Também devemos lembrar que uma coisa é participação outra é deliberação, muita gente quer fazer determinada coisa, nem sempre essa demanda é a que vale, tem a questão dos espaços de poder no orçamento. Quem tem mais poder dentro do orçamento e, quem é mais cidadão, isso também ocorre e não podemos esquecer. Talvez o observatório funcionasse para isso, porque se não tem o respaldo político, ela tem o respaldo técnico, não produzimos dados por si só, produzimos dado com qualidade que podem ser usadas para garantir a demanda, ou auxiliar esta.

### ***Movimentos novos dentro do ObservaPOA***

Desde 2010 existe um movimento das redes que perceberam a necessidade de interligar três áreas: educação, assistência social e saúde. Dessa forma, além da regionalização fora estabelecido um território comum para facilitar que as pessoas daquela região saibam o que estão recebendo.

### ***Outras preocupações da Equipe***

Existem níveis de organização da informação, cada área deve saber que níveis de informação podem ser disponibilizadas. O que tem de estar disponível para toda a população e como tornar a informação menos técnica e de fácil acesso, não adianta dar informação por informação, deve ser de forma amigável, tem que atender do rico ao pobre, do que nunca trabalhou até aquele que conhece o indicador.

Nós fazemos uma tradução, tornar inteligível para qualquer pessoa este dado. Não adianta ter uma linguagem tão erudita que ninguém compreende. Outra coisa é que disponibilizamos informação sobre os mais diversos sistemas para toda cidade, mas sabemos que para cada área existem informações mais detalhadas. Não reproduzimos todas as informações, o que buscamos é juntar estas áreas específicas e publicar as informações mais relevantes. E decidimos coletivamente o que é importante para estar no *site*. Por exemplo, a taxa desemprego na área de trabalho: claro que existem informações melhores dentro de cada área, mas procuramos abranger o possível. Temos apenas dois anos de funcionamento e estamos construindo o fluxo das informações que são mais emblemáticas de cada área.

### ***O principal meio de coleta de informações***

Os indicadores que são importantes são todos coletados. Não produzimos informações, somente poucas, de áreas específicas, como, por exemplo, da área de educação ou trabalho. Mas muito pontuais. Nosso objetivo é disponibilizar e auxiliar a buscar a informação.

### ***Sobre a questão da prestação de contas***

A Lei de Responsabilidade Fiscal faz com que a prestação de contas e a forma de apresentá-la vá melhorando. Além disso, todos podem efetuar pedidos sobre o orçamento e prestação de contas e a prefeitura tem um prazo legal para responder demandas o que é muito bom.

Não podemos esquecer, no entanto, que a palavra transparência por muito tempo causou desconforto. Por exemplo, a questão do transporte coletivo, toda vez que falam em transparência nessa área tu vê grupos pulando. Talvez em médio e longo tenhamos que incorporar dados sobre isso aqui. Apesar de existir a Lei de Transparência, é pouco publicizada, é um mecanismo que a população tem e ela não sabe. O próprio CMS tem problemas em comunicar o que eles fazem.

### ***Sobre a participação da sociedade***

A organização de grupos sociais para reivindicar é uma questão muito complicada, não tem jeito de obrigar as pessoas. Mas notamos movimentos de bairros que tem ido até o governo e pedido o que precisa, por exemplo, no bairro Bom Fim e Cidade Baixa. Acho que mesmo iniciando aos poucos, esse movimento vem criando uma nova conscientização. O processo acadêmico de demonstrar o quanto é importante essa participação é essencial.

### ***O papel do observatório para transparência***

Estimular o uso da informação.

### ***Sobre a dificuldade ao necessitar informações necessárias pelo Observapoa***

O governo não impede o acesso à informação, talvez porque nunca buscamos uma informação delicada. O problema da informação é que muitas vezes ela não existe, o dado está compartimentalizado, não filtrado e fica difícil saber o dado correto. Por exemplo, o governo tem programas de habitação, e são diversos programas, mas o sujeito se inscreve em todos eles, como vamos saber qual é o déficit de habitação neste caso?

Outro problema é o consenso em relação a algumas informações. Os próprios técnicos de determinada área divergem quanto ao que é certo ou não usar como dado. Por exemplo, o que é área verde. Existem diversas respostas e nossa tarefa fica complicada, já que não sabemos como agente usa este dado e é importante que os dados que repassamos sejam confiáveis.

O próprio orçamento é complicado, cada compra vai para diversos processos, então, como verificar esta distribuição. É uma sobreposição da burocracia, de estruturas burocráticas que dificultam a coleta da informação, não conseguimos juntar os dados, aí a informação é complicada de acessar. Acho que isso depõe contra a questão da transparência também, porque tu “superburocratiza” e mal consegue entender determinado dado. Deve-se lembrar que quando as informações são difíceis de acessar e compreender, acontece que os desvios ficam mais fáceis de acontecer.



### ***Sobre a articulação com outras esferas***

É tranquilo, já escutamos coisa do tipo não devemos publicar tal informação, mas é raro. Tentamos andar junto com as secretarias, não saímos divulgando dados sem conversar nas áreas. E mesmo que atrasemos a divulgação de algum dado para respeitar o pedido de alguma secretaria o que importa é que o dado depois de divulgado não para mais.

### ***Sobre os indicadores saúde***

Temos um bom relacionamento com o pessoal da saúde. Os dados e indicadores vêm da vigilância sanitária e a questão do IMESF nem chegou lá. Portanto, na questão de receber dados, continuou a mesma coisa.

### ***Divulgação das audiências públicas***

Elas são divulgadas pelo Diário Oficial e ainda não são divulgadas no ObservaPOA, mas podemos pensar em divulgar elas aqui. Nunca divulgamos aqui, somente o orçamento participativo e das audiências destes, mas pensamos na ideia de divulgar as audiências.

### ***Sobre o incentivo a participação da sociedade***

Acredito que os movimentos precisam de injeção de animo, de motivação. Acredito que o poder público deveria fazer isso de alguma forma para ampliar a participação. O incentivo precisa existir, mas as pessoas precisam acreditar que todos somos responsáveis. O incentivo vem de fora, mas a vontade vem de dentro, talvez tenhamos que ser pessoas mais responsáveis e assumir mais esse espaço da nossa responsabilidade.

Tem de ir até as comunidades mais carentes e fomentar a ideia de participação, porque se elas perceberem que a participação surte efeitos, elas perceberão que é importante. Enquanto as pessoas não se derem conta de que estamos distantes de produzir poder, através da informação. O ObservaPOA é o primeiro foco disso, mas precisamos que continue e que haja mobilização e participação a partir da divulgação da informação.

## **Entrevista com Presidente SINDSERF**

### ***Sobre o IMESF***

O IMESF foi a alternativa que a prefeitura de Porto Alegre encontrou, assim como outras prefeituras, de organizar a estratégia da família e a atenção básica, para se desresponsabilizar da saúde. Como o governo federal se desresponsabilizou, o governo do estado também e a prefeitura municipal também, que é o que menos gasta em saúde. Com isso, as receitas para Saúde são baixas, por isso eles se desresponsabilizam dos serviços através da precarização destes.

Isso não resolve os problemas legais, porque a fundação é ilegal e não resolve o problema do atendimento. O IMESF foi criado há dois anos e até agora não foi efetivado. Nós entramos com uma ADIN, ganhamos a liminar. A prefeitura argumenta uma afirmação que não se sustenta. Estamos há um ano da ADIN e até agora não foi implementado. Os argumentos que sustentaram a quebra da liminar até agora não apareceram, isso mostra uma ação questionável da prefeitura.

Em relação ao modelo de fundação, tivemos uma decisão unânime da fundação da sapucaia que foi julgada inconstitucional, só não saiu o acórdão. Tem outra ação de Novo Hamburgo, está faltando apenas um voto, do desembargador Rui Porta Nova, que prometeu pautar isso em março. A ação de Porto Alegre está pronta para julgamento.

### ***Sobre o Controle social***

Devemos lembrar que a Lei Orgânica da Saúde afirma que a atenção básica é municipal e a ESF é o modelo de saúde brasileiro, para atender atenção básica, e que a prefeitura passou a responsabilidade deste para o IMESF. Além disso, no caso do IMESF, eu não tenho na lei o amplo acesso para fazer o controle social, dessa forma, evita o controle social. Temos uma estrutura que transfere para um ente que não possui legalidade confirmada, sem controle social e que a prefeitura se desresponsabiliza.

É um processo amplo e nacional de terceirização e privatização do SUS. Embora a CFB preveja que o setor privado auxilie na saúde, mas de forma complementar. O que vemos hoje é que o setor público tornou-se o complementar.

### ***Sobre o acompanhamento de prestação de contas***

Podemos acompanhar, mas no caso do IMESF podemos fiscalizar o resultado do processo e não o processo em si, isso prejudica a fiscalização. Além disso, até agora não, porque não teve nenhuma informação divulgada. Por exemplo, se aplicarmos a mesma regra do IMESF para o Sollus, não teríamos analisado as contas e verificado o desvio àquela época. Por isso, nossa preocupação com este novo ente administrativo. O controle no caso do IMESF só pode fiscalizar a prestação de contas final.

Claro que tivemos avanços como a Lei Complementar 141, que definiu os gastos com saúde. Muitas vezes, o dinheiro da saúde é mal gasto. Por isso, o pouco recurso deve ser muito bem utilizado. E como temos uma estrutura de saúde em que se investe pouco em prevenção, o custo para restabelecer saúde é muito alto, temos a indústria da doença, não a garantia da saúde. Hoje, a saúde no mundo faz parte de um setor econômico, rentável, que exige cada vez mais doentes, são diversos os setores (farmacêutico, exames, etc.).

Hoje como o IMESF não funciona, não tem o acompanhamento de contas, mas nesse aspecto a Lei Complementar 141 fez grandes inovações. No entanto, como é recente, essas inovações não foram testadas.

### ***Sobre as discussões recentes na área da saúde pública da cidade***

Porto Alegre é chave no processo de saúde, porque concentra os atendimentos de todo estado. Com as soluções previstas não vejo caminho para resolução dos problemas. Neste momento há um agravante que é uma discussão em converter as Unidades Básicas de Saúde para ESF para entregar tudo ao IMESF administrar, inclusive trabalhadores e estrutura. De fato ela não vai aumentar, ela apenas abraça o que já existe consolidado. Esse é o debate atual.

Existem há muito discussões sobre saúde aqui, a primeira fora já na tentativa de transformar o Grupo Hospitalar Conceição em uma fundação, para não pagar impostos. Desde lá nos preocupamos com saúde. Foi ali que começou os debates das fundações. Inclusive um debate nacional quando o Projeto de Lei Complementar 92 de 2007 fora ao congresso. Inclusive, eu fiz uma proposta de resolução para a CUT estadual posicionando-se contra as fundações. Essa proposta fora aprovada na CUT estadual e nacional. Antes disso, em 2009, quando começaram as discussões sobre fundações e o projeto estava para ser votado em Congresso e teve uma plenária nacional dos conselhos em Brasília, estes foram divididos em estados e cada estado fora em cima do seus deputados, eu estava vinculado na época pelo CES do RS. Então, desde o início estamos vinculados a estas questões.

Esse movimento não é apenas em Porto Alegre, não é contra o IMESF, mas contra toda forma de terceirização e precarização dos serviços de saúde, entre elas OS's e OSCIP's.

### ***O papel dos movimentos sociais como agentes de transparência***

Sabemos os dados de saúde, sabemos os problemas e lutamos pela saúde, pela oferta de melhores serviços de saúde, acho que isso acaba sendo uma forma de transparecer os problemas. Lembro que o problema atual é grave, o problema esta relacionado a todo sistema, precisamos investir na atenção básica para que ali o serviço seja bem feito e o problema da doença nem apareça.

### ***Acerca do acesso as informações***

No IMESF especificamente, como ele não está em funcionamento, não temos nada, também não procuramos saber por que ele não está em funcionamento. Não tenho informações e não buscamos informações sobre este.

No geral, temos informações, mas algumas vezes não são dadas informações por inteiro. A Lei de Transparência nos ajuda, embora algumas informações sejam muito difíceis de ser conseguida. A Lei Orgânica da Saúde já diz que é importante o controle social, por isso o

acesso às informações deveria ser facilitado. No entanto, há duas coisas diferentes: a informação e poder compreender esta já que muitas vezes recebemos informações que não são compreensíveis, isso é complicado. Mas quem luta nos movimentos sociais há muito tempo vê que a Lei de Transparência ajudou muito neste processo.

Esse é um processo da democracia da informação. Eu tenho um Estado democrático quando as pessoas, além de participarem no processo de decisão dos representantes, tem a oportunidade de acessar do que é feito do recurso publico. Temos ainda a cultura do Estado autoritário: depois da eleição, delegamos a este representante a possibilidade de se apropriar do Estado. A informação já é pública no Brasil, mas não é transparente. Isso é um processo de democratização da informação, de empoderar a sociedade dos seus direitos. Nisso, o controle social na área da Saúde tem avançado. Nesse aspecto, a LC 141 avança em algumas coisas.

#### ***Sobre a articulação com outras esferas***

Depende de cada caso. Sou do CES e CMS, algumas vezes atuamos juntos, outras vezes não, vamos ao MPF e MPE ou Tribunal de Contas. E, às vezes, não somos sempre atendidos, até porque essas organizações têm interesses políticos. Temos o Fórum de Defesa do SUS e o movimento contra privatização da saúde e todos têm articulação política forte para interferir nas questões de saúde.

#### ***Sobre o incentivo a participação***

A sociedade só vai entender este processo no momento que tiver participação, mas não individual, porque ninguém tem conhecimento suficiente para conhecer tudo. Por isso, os processos de controle social coletivo são muito mais eficazes. É importante, portanto haver boa representação no controle social. Se tu começa a fazer com que as discussões fechadas se ampliem, tu amplias e tem mais gente para auxiliar.

Não é transformar o conselheiro de saúde no auditor do Tribunal de Contas, mas cabe a eles trocar as informações, porque enquanto eles fazem a legalidade dos fatos, nós fizemos a análise da eficácia dos fatos. Os atos administrativos têm análise completa e fortalecem a transparência.

Tenho que ter representação coletiva, qualidade na representação, não podemos enviar para representar no conselho quem atrapalha na entidade, devemos enviar alguém que se aproprie e que seja um conselheiro pleno. Se conseguirmos que o controle social se aproprie da saúde, se conseguirmos isso, iremos salvar o SUS.

O que está vingando e o que vem da reforma gerencial do Bresser é de que o Estado deve ficar apenas com as atividades essenciais. Dessa forma, corremos o risco de perder o SUS. Por isso, deveríamos ter mais formas de a sociedade participar, mas ainda não sei bem como

fazer isso. O controle social só funciona se existem movimentos sociais organizados. Então, podemos fortalecer estes movimentos.

Outra questão é importante, o ingresso do sistema neoliberal no Brasil e o modo de produção que produz privatização e fragmenta as relações do trabalho e também o movimento sindical. Dessa forma, a sociedade civil e o movimento social acabam sendo enfraquecidos. Somado a isso, a partir do governo Lula, há um processo de cooptação dos movimentos sociais e hoje parte do movimento social brasileiro esta adormecido, cooptado ou lutando para não ser destruídos. Isso enfraquece o controle social.

### ***O orçamento participativo***

É uma forma interessante de gestão. Teve um papel importante em Porto Alegre, hoje continua tendo um espaço privilegiado. No entanto, ele discute somente investimentos, e a parcela do que é discutido em investimento é uma parcela pequena. E uma possibilidade de controle pelo Poder Executivo é ainda muito alta.

### ***Problemas e dificuldades para o fortalecimento do controle social***

Essa geração neoliberal pensa apenas no eu e não no nós, acaba fragmentando e enfraquecendo toda sociedade. É neste momento que estamos nesta sociedade. Neste processo, vemos o outro sempre como inimigo e não como parceiro. Criamos formas de remuneração conforme a produtividade e isso reflete apenas os interesses do gestor: eu tenho que produzir seja o que for; então, não vou contribuir pra o trabalho do outro, eu vou sabotar, porque aí vou me destacar. Não há um processo de cooperação de trabalho e isso não é bom para o conjunto dos serviços. Essa distorção de não enxergar no outro um parceiro faz com que tu não consiga grandes reivindicações e todo mundo perde com isso. Tem que fortalecer os movimentos sociais, embora possa criar mecanismos. Como exemplos, têm a alteração da lei do CES, que hoje tem entidades fixas e estamos tirando isso. Será escolhida a entidade por um processo de eleição da representação, isso é uma forma de aumentar a participação, porque incluiremos entidades que querem participar, em detrimento daquelas que não tem interesse. Acho que precisamos fortalecer e unificar os movimentos sociais, pois a fragmentação está matando estes.