

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Formação de Conselheiros Nacionais
Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e
Movimentos Sociais

MARIA ERMÍNIA CILIBERTI

POSSIBILIDADES DE NOVOS MECANISMOS DE
PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE – A
EXPERIÊNCIA DAS CONSULTAS PÚBLICAS

São Paulo
2012

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Programa de Formação de Conselheiros Nacionais
Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e
Movimentos Sociais

MARIA ERMÍNIA CILIBERTI

POSSIBILIDADES DE NOVOS MECANISMOS DE
PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE – A
EXPERIÊNCIA DAS CONSULTAS PÚBLICAS

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a conclusão do Curso de Pós- Graduação *Lato Sensu* em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais.

Orientadora: Áurea Motta

São Paulo
2012



Universidade Federal de Minas Gerais
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais
Av. Antônio Carlos, 6627 – Caixa Postal 253 - Cidade Universitária - Pampulha
31270-901 - Belo Horizonte – MG / e-mail: adm_edist_@fafich.ufmg.br
TEL (31) 3409-5004

ATA DE APRESENTAÇÃO DE MONOGRAFIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEMOCRACIA PARTICIPATIVA, REPÚBLICA E MOVIMENTOS SOCIAIS

Aos 17 (dezessete) dias do mês de outubro de 2012 (dois mil e doze), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) reuniu-se a Comissão Avaliadora da monografia intitulada “ Possibilidades de novos mecanismos de participação social na área da saúde – a experiência das consultas públicas. ” após leitura avaliativa da Monografia elaborada por Maria Ermínia Ciliberti .

A Comissão, composta por professor Telma Menicucci (UFMG) e Débora Rezende (UNB), após apresentação da monografia, deliberou pela sua aprovação, o que confere ao aluno o título de Especialista em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Para constar, foi lavrada a presente ata, assinada pelos membros presentes.

Belo Horizonte, 17 de outubro de 2012.

Telma Menicucci (UFMG)

Débora Rezende (UNB)

Resumo

A Constituição Brasileira de 1988 inovou ao agregar elementos de democracia participativa à democracia representativa. A área da Saúde foi uma das primeiras a incorporar formas institucionais de participação da comunidade. Com a eleição do presidente Lula em 2003, várias iniciativas buscaram democratizar ainda mais o Estado, ampliando o protagonismo da sociedade civil nos processos decisórios. No Ministério da Saúde o novo ordenamento institucional se propõe a efetivar a participação social na gestão da saúde. O trabalho apresenta várias destas iniciativas, mas concentra sua análise nas Consultas Públicas como mais um instrumento com potencial de ampliar a divulgação de informações, democratizar processos decisórios e promover a gestão compartilhada. A incorporação tecnológica e um novo arranjo institucional ampliam a utilização deste mecanismo. O trabalho analisa a utilização das Consultas Públicas no Ministério da Saúde e em duas agências a ele vinculadas, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Reflete sobre as potencialidades e as fragilidades da utilização desses canais pelos atores governamentais envolvidos. Conclui que apesar dos avanços, muitos desafios devem ser enfrentados para que esse instrumento colabore com a consolidação da participação social como direito fundamental e como valor democrático.

Palavras-chave: Participação Social, Consultas Públicas, Democratização

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	3
2- BREVE HISTÓRICO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL	5
2.1 – A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	7
3 - A PARTICIPAÇÃO SOCIAL APÓS O INÍCIO DO GOVERNO LULA	14
3.1 – AS AÇÕES PROMOTORAS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO MINISTÉRIO DA SAÚDE	18
4- AS CONSULTAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL	21
4.1 – AS CONSULTAS PÚBLICAS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE	23
4.2 – AS CONSULTAS PÚBLICAS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA	25
4.3 – AS CONSULTAS PÚBLICAS NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS	28
5 – REFLEXÕES SOBRE AS CONSULTAS PÚBLICAS NA ÁREA DA SAÚDE	32
5.1 – CONSULTAS PÚBLICAS: POTENCIALIDADES, FRAGILIDADES E O GRAU DE ACCOUNTABILITY DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS	37
5.2 – AS CONSULTAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	44
6- CONCLUSÕES	46
7. REFERÊNCIAS	52

1- INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil inovou na concepção e nas propostas para a participação social nas decisões sobre políticas públicas.

A área da Saúde foi uma das primeiras a incorporar formas institucionais de participação. Em um primeiro estágio, absorveu a participação de representações da sociedade civil, por meio dos Conselhos e das Conferências. As Conferências de Saúde aconteciam desde 1941, porém só adquiriram a forma atual de participação popular na histórica oitava Conferência de 1986, que contribuiu com os avanços que acabaram por integrar a Constituição Cidadã. Desde a Conferência de 1986 a mobilização da população ocorre desde a esfera municipal até a nacional, passando pela instância estadual. Quanto aos Conselhos, as idéias que resultaram em sua organização têm origem no movimento de reforma sanitária da década de 1970, que levantou de modo pioneiro as bandeiras pela universalização dos serviços de saúde. Eles hoje contribuem para a democratização da gestão pública nas três esferas da administração. Além do Conselho Nacional de Saúde, os demais Conselhos estão organizados e atuantes nos estados, no Distrito Federal e na quase totalidade dos municípios do País. De acordo com a legislação que regula sua atuação e composição, 50% dos participantes dos conselhos são representantes da sociedade civil.

A ampliação desse processo de democratização na área da saúde exige a incorporação de outros mecanismos que ampliam, diversificam e fomentam os canais de participação. Fortalecem também o protagonismo da população, reconhecendo que o aprofundamento da democracia requer um amplo leque de diversificadas formas de participação. Nas palavras de Faria (2008, p. 187) “Este reconhecimento vincula-se a crença de que a democracia precisa, para se consolidar, de estar amparada em um conjunto de valores democráticos construídos e exercidos mediante as práticas cotidianas dos atores na sociedade”.

Alguns mecanismos vêm sendo pensados, estudados e implantados desde, especialmente, a mudança da administração federal, em 2003. São novos canais que vão surgindo numa pluralidade de formas, mas com dois objetivos principais definidos: 1- Buscam inserir novos e diversos atores sociais no processo de mobilização, para além dos habituais participantes de conferências e conselhos; 2- Por meio desses instrumentos, o Estado brasileiro tenta encontrar formas de responder à mobilização crescente da sociedade.

Este trabalho procura analisar na área da Saúde uma dessas experiências – as Consultas Públicas. Elas têm o mérito de vir acompanhadas de novas tecnologias que possibilitam a “participação eletrônica”, por meio da internet. As Consultas Públicas agregam as virtudes das audiências públicas às contribuições do desenvolvimento tecnológico. Permitem a participação de grupos sociais de todas as partes do país e a difusão de informações.

Elas representam também um mecanismo para o exercício da soberania popular previsto na Constituição, já que outros, como plebiscitos e referendos, têm sido de escassa ou nula utilização no Brasil. Significam ainda instrumentos de transparência do governo dentro da proposta da *accountability*, por meio da qual as administrações ampliam as possibilidades de participação e controle da população na gestão pública.

O objetivo deste estudo é conhecer melhor este mecanismo, a fim de contribuir para a criação de condições para seu aprimoramento, uma vez que vasta produção sobre conselhos e conferências pode ser localizada, mas são mais rarefeitas as informações sobre ouvidorias, audiências e consultas públicas.

Para o desenvolvimento deste trabalho realizamos pesquisa bibliográfica para elaboração da base teórica e contextualização do tema. Consultamos a legislação referente à participação da Comunidade no SUS: documentos do Ministério da Saúde e suas autarquias, documentos da Secretaria Geral da Presidência da República; livros e artigos de referência sobre os temas da participação da comunidade, controle social e Consultas Públicas, além dos materiais disponibilizados no curso.

Em termos de pesquisa empírica, realizamos, ainda, busca e análise dos materiais disponíveis nos sites do Ministério da Saúde, da ANVISA, ANS e da Secretaria Geral da Presidência da República.

O trabalho está dividido em quatro partes. A primeira procura apresentar um breve histórico da participação social no Brasil, em especial os avanços conquistados com a promulgação da Constituição de 1988.

A segunda parte enfoca os avanços na democratização do Estado brasileiro e da participação cidadã a partir do governo Lula.

A terceira apresenta o mecanismo de Consulta Pública e sua possível contribuição à participação social e inclui o material encontrado nos órgãos vinculados ao Ministério da Saúde.

Na quarta parte se apresenta alguns elementos da análise do material encontrado e se procura refletir sobre as potencialidades e as limitações das Consultas Públicas.

2- BREVE HISTÓRICO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO BRASIL

O primeiro pleito eleitoral no País aconteceu em 1821, para definir quem representaria o Reino Unido do Brasil nas Cortes de Portugal. Porém, a realização da escolha desses representantes não foi democrática. Desde então, lá se vão quase dois séculos repletos de períodos autoritários e ditatoriais. Considerando o processo eleitoral como expressão mínima da soberania popular, o Brasil só viveu dois períodos de normalidade democrática, entre 1945 e 1964 e de 1989 até hoje. Esse quadro histórico nos ajuda a pensar no papel sem precedentes que a Constituição de 1988 desempenha.

O processo constituinte (1986-1988) e a promulgação da Constituição Cidadã expressaram o anseio dos movimentos sociais por garantias de direitos e apresentaram avanços históricos, inigualáveis na busca de se corrigir injustiças e iniquidades.

Entre as diversas lutas no período de redemocratização do País, destacou-se a reivindicação de acesso a formas de influenciar a definição de

políticas públicas. Nas palavras de Lambertucci “a Constituição de 1988 refletiu o clamor social do momento e passou a conceber a participação direta dos cidadãos em espaços de decisão” (LAMBERTUCCI, 2009, p. 83). A Participação Social prevista na Constituição é um componente essencial da democratização do Estado brasileiro. Ela é também fundamental para garantir o direito universal às políticas da seguridade social.

Já na abertura da Carta Magna, o parágrafo único do artigo 1º: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”, não deixa dúvidas sobre a garantia constitucional para a sociedade civil participar da tomada de decisões e ter sua opinião acolhida.

Em seu capítulo IV, que trata dos Direitos Políticos, aponta os rumos da participação direta:

Art. 14. A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante:

- I - plebiscito;
- II - referendo;
- III - iniciativa popular.

Existem várias previsões de participação da comunidade na administração pública. Tome-se como exemplo levantamento feito por Lock (2004)

O art. 5º (dos direitos e garantias fundamentais), no inciso XIV assegura a todos o acesso à informação; nos incisos XXXIII e XXXIV, garantem o direito de receber informações dos órgãos públicos e o direito de petição, materializando o princípio da publicidade; garante também nos incisos LV e LXIX, o devido processo legal administrativo e o mandado de segurança contra ilegalidade ou abuso de poder de autoridade pública; no inciso LXXIII, garante ainda o controle da conduta dos agentes públicos pelo cidadão através da Ação Popular, e para completar, no § 2º do mesmo artigo, afirma que além destas garantias, não se exclui nenhuma outra decorrente dos princípios adotados pela carta, ou dos tratados internacionais em que o país seja parte, abrindo-se portanto uma infinidade de oportunidades de participação na administração pública. No art. 10, assegura a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão. No art. 14, assegura a idéia da soberania popular e o voto direto e secreto de igual valor para todos, prevendo ainda o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular, instrumentos importantes da democracia participativa. No âmbito municipal, o art. 29, XII, garante participação no planejamento e o art. 31, § 3º, garante a ampla fiscalização das contas. Ao disciplinar os princípios que regem a administração pública o Art. 37, § 3º, possibilita ainda a criação de outras formas de participação do

usuário na administração pública. Há também a possibilidade da participação popular no processo legislativo, através de audiências públicas e reclamações contra atos das autoridades, nas comissões das casas legislativas, previstas no Art. 58, II e IV, bem como a participação diretamente na produção de leis, através da iniciativa popular prevista no Art. 61, § 2º. Possibilitando a atuação do cidadão enquanto fiscalizador da conduta do administrador, prevê o Art. 74, § 2º, a possibilidade de denunciar irregularidades ou ilegalidades ao Tribunal de Contas da União. Prevê ainda a participação de cidadãos no Conselho da República, conforme disposto no Art. 89, VII, e a participação de entidades de representação de classe na escolha do quinto constitucional para integrantes dos Tribunais Regionais Federais, Tribunais Estaduais e do Distrito Federal, conforme disciplinado no Art. 94. Disciplina também a participação popular na gestão da atividade de administrar, tais como: dos produtores e trabalhadores rurais no planejamento da política agrícola (Art. 187); dos trabalhadores, empregadores e aposentados nas iniciativas relacionadas à seguridade social (Art. 194, VII); da comunidade em relação às ações e serviços de saúde (198, III); da população através de organizações representativas nas questões relacionadas à Assistência Social (Art. 204, II); a gestão democrática do ensino público (206, VI); da colaboração da comunidade na proteção do patrimônio cultural (Art. 216, § 1º); da coletividade na defesa e preservação do meio ambiente (Art. 225); de entidades não governamentais na proteção à assistencial integral à saúde da criança e adolescente (Art. 227, § 1º) e das comunidades indígenas, inclusive nos lucros, das atividades que aproveitem os recursos hídricos e minerais das suas terras (231, § 3º).

A partir desta visão histórica e dos conceitos mais gerais sobre soberania popular podemos analisar como se desenvolveu, ao longo do tempo, a participação social em um setor específico, no caso o da Saúde.

2.1 – A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

A participação social na área da saúde não se dissocia da própria história da “saúde como questão social” no Brasil. Essa

se enquadra, na perspectiva histórica brasileira, como injustiça social, portanto tolerável. Por isso, o Estado brasileiro vai tratá-la como política pública só tardiamente. É durante o século XX que podemos visualizar com maior intensidade a adoção de políticas públicas de saúde. Só a partir de 1988, a saúde torna-se um direito de todos (CEAP, 2003, p 17).

No período da República Velha (1889-1930) as transformações advindas da diversificação econômica significaram intensa imigração, urbanização da população e transformações tecnológicas que levaram a epidemias e ao risco

de disseminação de doenças infecto-contagiosas. A eclosão destas doenças ameaçava as exportações e as imigrações. Este quadro, agravado pelas medidas higienistas implantadas na cidade do Rio de Janeiro, levou à vacinação obrigatória da população, estopim de uma reação popular conhecida como Revolta da Vacina.

As origens do Movimento da Reforma Sanitária, aqui entendido como “o movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta” (FLEURY, 2007, p. 11), datam da década de 1960, quando foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde, durante o governo João Goulart. Esse encontro teve como temas oficiais a situação sanitária da população brasileira, a distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, a municipalização dos serviços de saúde e a fixação de um plano nacional de saúde. Essa Conferência apresentou dois eixos estruturantes fundamentais, que vieram a embasar o SUS: o direito universal a saúde e a municipalização.

Logo depois, o triste golpe, em março de 1964, leva as políticas a tomarem outro rumo. O regime militar reprime de forma violenta toda atividade política, o que levará o Movimento da Reforma Sanitária agregar às suas bandeiras, também, o processo de luta contra a ditadura.

Com o acirramento da repressão e a edição do Ato Institucional nº. 5 em 1968, a população reorganiza-se, inclusive clandestinamente, e busca canais possíveis de expressão de suas reivindicações. Muitos militantes aproveitam as brechas e oportunidades para atuar nos movimentos de bairro, nas comunidades eclesiais de base, nos clubes de mães, nos grupos de educação popular e nos movimentos contra a carestia. É uma luta contra o arrocho salarial, por melhores condições de vida e pela liberdade. O movimento popular de saúde, parte integrante e essencial do movimento da reforma sanitária, surge neste contexto, de reivindicações e lutas por melhor qualidade de vida. Passa a reivindicar, também, acesso e qualidade nos serviços de saúde (ESCOREL, 1999). Segundo Ligia Bahia, (s/d), a

Reforma Sanitária definida como projeto político-cultural apresentou uma plataforma integrada pela: ampliação do conceito de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado;

criação de um Sistema Único de Saúde integrante de um sistema ampliado e universal de proteção social; participação popular; constituição e ampliação do orçamento da Seguridade Social.

O Movimento agregava em seu interior diversos atores, como os usuários dos serviços, estudantes, trabalhadores da saúde, docentes das universidades, lideranças populares, operárias e sindicais.

Destaca-se o exemplo do Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, que em 1977 constitui as primeiras comissões de saúde, no bairro Jardim Nordeste e depois em São Mateus. Já em 1978 obtém sua primeira vitória, com a inauguração do Centro de Saúde do Jardim Nordeste. O Movimento se mantém atuante, “reivindicando o direito à participação na gestão da Unidade, bem como melhores condições de trabalho para os funcionários e melhor atendimento à população” (SACARDO; CASTRO, 2002, p. 12). As mobilizações, desde aquele momento constitutivo, passaram a aglutinar milhares de pessoas.

Em 1979, uma assembléia histórica em São Mateus reuniu cerca de mil pessoas, representantes de diversos bairros da região. Dentre as reivindicações, destaca-se a proposta da eleição de um conselho de representantes das comunidades, para fiscalizar o funcionamento das unidades de saúde. Acolhida a reivindicação, as comissões de saúde organizam as primeiras eleições de um conselho local de saúde. “Ao final de dez dias, 8.146 pessoas haviam votado e eleito 12 donas de casa para constituírem o primeiro Conselho de Saúde por um prazo de dois anos” (SACARDO; CASTRO, 2002, p. 13). A experiência se estende por outros bairros da capital paulista e expressa a passagem de uma luta apenas reivindicatória para uma ação política de participação social na gestão dos serviços de saúde.

Esse processo se casou com os processos de redemocratização então em curso no País. Em 1986 são eleitos os parlamentares que darão início ao processo constituinte e acontece a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nela, os mais de quatro mil delegados presentes aprovaram as bases do que seria uma das principais conquistas populares do período – o Sistema Único de Saúde (SUS), marco da construção democrática e participativa das políticas públicas.

A participação social na saúde adquire concretude na construção do novo modelo de saúde. Em todos os temas debatidos na 8ª Conferência a questão está presente

No Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde constam alusões à participação social em todos os temas debatidos e postos à aprovação dos delegados. Observa-se que a priorização de determinadas dimensões da participação social acompanha as especificidades dos temas abordados. No tema Saúde como Direito constatou-se “a debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde” e recomendou-se: a “participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde” bem como “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado”. No tema Reformulação do Sistema Nacional de Saúde sublinhou-se a forma institucional de participação “deverão também ser formados conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida”. E, no tema Financiamento a ênfase recaiu sobre o caráter de gestão/fiscalização dos fundos públicos “os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada (Bahia, s/d, n.p.).

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde nasce com suas raízes nas lutas sociais das décadas de 1960, 1970 e 1980. Sua dimensão central é a luta por direitos, o que significa uma nova maneira de pensar a saúde no País, por meio de um projeto societário de inclusão e solidariedade.

O conceito de saúde expresso na Constituição atual reflete a compreensão de saúde como fenômeno sócio-político. Leva em conta os determinantes sociais que influem no processo saúde X doenças, como se pode observar no artigo 196 da Constituição:

“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” (Brasil, 1988).

O SUS, desde seu nascedouro e institucionalização na Constituição, é uma política social que defende saúde como direito. Seu caráter público, universal e igualitário se contrapõe aos processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social. É um modelo efetivo de organização do Estado, que tem por princípios a universalidade do atendimento, a equidade das ações, a descentralização dos serviços, o atendimento integral e a participação da comunidade.

A participação da comunidade na saúde aparece no Art. 194, segundo o qual

Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

De acordo com o sanitarista Gilson Carvalho (2007), tal afirmação se confirma no Art. 198, no qual a participação da comunidade é colocada como uma das três diretrizes da organização do SUS, junto e em pé de igualdade com a descentralização e o atendimento integral. A participação social “do” e “no” SUS enfoca a perspectiva dos direitos humanos, da cidadania e da justiça social.

Os direitos garantidos na Constituição inauguram uma nova fase na relação sociedade/Estado. Eles aproximam a população da elaboração e tomadas de decisão, especialmente na política de saúde. Ainda segundo Gilson Carvalho, em comparação com o que vinha acontecendo anteriormente na história do País, esse momento inaugura a figura do “novo Estado Servidor se contrapondo ao Estado Usurpador”:

Os direitos individuais, sociais e políticos dos cidadãos estão claros e patentes. O Estado democrático e de direito está definido como aquele que tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, o pluralismo político. Os objetivos fundamentais visam construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização; reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (CARVALHO, 2007, p. 29).

A Constituição Federal previa que em seis meses deveria ser elaborada e aprovada a Lei Orgânica, com a finalidade de organizar o Sistema Único de Saúde. O governo Sarney resistiu a enviar o projeto ao Congresso, o que apenas ocorreu no segundo semestre de 1989. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde, de número 8080, só aconteceu no segundo semestre de 1990. Porém, a definição sobre como se daria a participação social no SUS teve que ser detalhada em legislação ordinária, na Lei 8142/90, “negociada com o governo Collor de Mello, que havia vetado na Lei 8080/90 todos os artigos concernentes a participação e ao financiamento.” (JUNQUEIRA, 2008, p. 158).

Devido a essas circunstâncias a Lei Orgânica da Saúde é o conjunto de duas leis editadas para dar cumprimento ao dispositivo constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde.

Na Lei 8142/90 foram criadas duas instâncias colegiadas: os Conselhos de Saúde, existentes nas três esferas de gestão (municipal, estadual e federal) e as Conferências de Saúde. Os Conselhos têm caráter deliberativo e composição que assegura a presença de entidades e movimentos da sociedade civil, os quais têm, por lei, garantidas 50% das vagas.

Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde, e
II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência 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.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Em matéria de participação social, para evitar problemas maiores, as definições devem ser claras. Assim, é importante salientar que o termo Controle Social, apesar de muito utilizado na área da saúde, não expressa na totalidade o direito assegurado. Ele é parte de uma demanda por reivindicação

de transparência das ações públicas. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, 2009, p.6) considera a utilização do termo Controle Social um reducionismo

[...] uma vez que este não traduz a amplitude do direito assegurado na Constituição Federal que permite não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos. Esta também se manifesta através da proposição, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões, orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas que atendam interesses públicos legítimos. Manifesta-se também através da ação, ou seja, cada um de nós, seres humanos, cidadãos e políticos, têm um papel na sociedade que desempenhamos através da execução de nossas funções.

Nesse sentido, o espírito da Constituição Federal é claro quando aponta para um projeto de sociedade e de Estado a ser construído cotidianamente. A luta da cidadania se confunde com a luta pela democratização dos processos decisórios. Apesar dos inegáveis avanços, ainda carregamos as marcas históricas das tentativas de sucateamento do Estado brasileiro e das privatizações passadas e recentes. Nesses processos, interesses particulares de grupos dominantes se sobrepuseram aos interesses das coletividades. Para democratizarmos o Estado brasileiro temos que reconhecer os diversos interesses existentes na sociedade. A Constituição de 1988 e as posteriores iniciativas que trouxeram o Estado para ainda mais próximo da sociedade são provas disso.

É fácil concordar com concordar com Gohn (2005, p. 30) que entende

[...]a participação como um processo de vivência que imprime sentido e significado a um grupo ou movimento social, tornando-o protagonista de sua história, desenvolvendo uma consciência crítica desalienadora, agregando força sociopolítica a esse grupo ou ação coletiva, e gerando novos valores e uma cultura política nova. Não estamos nos referindo a qualquer tipo de participação, mas a uma forma específica, que leva à mudança e à transformação social.

Nesta seção, espero ter demonstrado que a Constituição Federal de 1988 incluiu uma nova lógica legislativa, que busca viabilizar abertura de novos canais institucionais de participação. Porém, para avançarmos em nosso padrão democrático, precisamos incorporar novos atores sociais nestes processos decisórios.

3 - A PARTICIPAÇÃO SOCIAL APÓS O INÍCIO DO GOVERNO LULA

É inegável o marco histórico da eleição de um líder sindical operário para a Presidência da República. Embora o governo desse presidente tenha sido controverso, trataremos de um aspecto que consideramos importante para pensar no legado desse presidente. Em 2003 começou-se a repensar o desenho institucional da participação. Mesmo que muitas críticas pesem sobre o caráter apenas de interlocução, e não decisório, da maioria das instâncias de participação, é indiscutível a ampliação das ações nessa área. Já na primeira gestão o governo fortaleceu as instâncias de participação externas, como Conselhos e Conferências, e “instituiu novos espaços, como a formulação do plano Plurianual (PPA) 2004-2007, que, de forma inédita, constitui um processo de consulta de âmbito nacional” (CUNHA; PINHEIRO, 2009, 149).

Logo no início da gestão Lula, várias iniciativas surgem para aumentar a participação de atores da sociedade civil. Segundo Avritzer (2009, p. 7) as principais ações

foram o estabelecimento de uma instância de coordenação da relação entre governo e sociedade civil centrada na Secretaria-Geral da Presidência da República; o fortalecimento dos Conselhos Nacionais já existentes, como os de Saúde, Assistência Social, Criança e Adolescência, e Meio Ambiente, com a presença de ministros nas reuniões e o fortalecimento das prerrogativas desses conselhos no controle de fundos e recursos públicos, a organização de conferências nacionais em praticamente todas as áreas das políticas públicas e, por fim, o estabelecimento de um conjunto de formas mais diretas de negociação entre governo e a sociedade civil.

Até a criação da Secretaria Geral da Presidência da República não existia, no âmbito do Poder Executivo Federal, uma instância responsável por coordenar a interlocução com a sociedade civil. Foi a medida provisória nº103, de 1º de janeiro de 2003, convertida no mesmo ano na Lei 10.683, que estabeleceu:

Art. 3º À Secretaria-Geral da Presidência da República compete assistir direta e imediatamente ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições, especialmente no relacionamento e articulação com as entidades da sociedade civil e na criação e implementação de instrumentos de consulta e participação popular de interesse do Poder Executivo, na elaboração da agenda futura do

Presidente da República, na preparação e formulação de subsídios para os pronunciamentos do Presidente da República, na promoção de análises de políticas públicas e temas de interesse do Presidente da República, na realização de estudos de natureza político-institucional e outras atribuições que lhe forem designadas pelo Presidente da República, tendo como estrutura básica o Gabinete, a Subsecretaria-Geral e até duas Subsecretarias.

Coube à Secretaria Geral da Presidência coordenar a constituição de um sistema de democracia participativa e a instalação de novos espaços e instrumentos participativos. Segundos dados apresentados em relatório do órgão, ao longo de oito anos, o próprio ministro-chefe

[...]realizou 831 reuniões, audiências e encontros e participou de 235 eventos organizados pelos movimentos sociais em todo Brasil". Nesse tempo, a Secretaria organizou "mais de 3500 encontros, reuniões ou atividades com entidades e personalidades da sociedade civil (BRASIL, 2011, p. 16).

Entre 2003 e 2010 foram criados 18 novos conselhos e os 15 já existentes foram reformulados, fortalecendo a diretriz constitucional de incorporar a participação da comunidade nas decisões da administração. Estas informações constam de outro documento de 2010, no qual o governo expressa sua posição

Os conselhos nacionais estão cumprido cada vez mais o papel de espaços efetivos para incorporar as demandas da sociedade ao longo do ciclo de produção das políticas públicas e, assim, ampliar a legitimidade das decisões sobre as prioridades para o uso de recursos dos fundos públicos sempre escassos.

No mesmo período foram realizadas 74 Conferências Nacionais "que mobilizaram diretamente mais de cinco milhões de pessoas, em cerca de cinco mil municípios brasileiros. Quarenta temas de políticas públicas foram objeto de debates" (BRASIL, 2011, p. 38).

Outras importantes iniciativas no campo democrático têm acontecido em período recente, com o estímulo à criação de novas formas de participação. As Mesas de Diálogos são mais uma das experiências criadas a partir de 2003, com o objetivo de fomentar o entendimento sobre os mais variados temas. Dessa forma, aconteceram a Mesa de Diálogo com as Centrais Sindicais, Mesa de Diálogo com as Entidades do Campo, Mesa de Diálogo com o Movimento

dos Atingidos por Barragens e a Mesa de Diálogo para Aperfeiçoar as Condições de Trabalho na Cana-de-Açúcar.

As Ouvidorias são outro mecanismo incorporado ao ordenamento jurídico do País apenas em 2004, com a Emenda Constitucional nº. 45, que trata da reforma do Judiciário. No Poder Executivo Federal as ouvidorias passaram de 40, em 2002, para 165 em 2010, promovendo a participação individual.

A criação dos Processos Decisórios Inclusivos (PDI) é mais uma das inovações introduzidas na administração pública, que passa de um patamar onde o governo é a autoridade que decide por todos a uma gestão que pretende envolver diversos atores sociais.

Em relação ao papel de regulação que deve ser exercido pelo Estado e o papel de suas agências em 2007, é publicado o Decreto nº. 6.062, que institui o Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação- PRO-REG com

[...]a finalidade de contribuir para a melhoria do sistema regulatório, da coordenação entre as instituições que participam do processo regulatório exercido no âmbito do Governo Federal, dos mecanismos de prestação de contas e de participação e monitoramento por parte da sociedade civil e da qualidade da regulação de mercados.

Entre os objetivos do programa estão “o desenvolvimento e aperfeiçoamento de mecanismos para o exercício do controle social e transparência no âmbito do processo regulatório”. O eixo do PRO-REG que trata do apoio aos mecanismos para o exercício do controle social é descrito como

Apoio a mecanismos de controle social nas atividades regulatórias, tanto para facilitar o acesso das organizações da sociedade civil, consumidores e usuários ao processo regulatório, como para melhorar o monitoramento e a capacidade de análise desses atores sobre o processo.

Este programa, concebido e executado em parceria entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Governo Federal, por intermédio da Casa Civil da Presidência da República, coloca que o Estado, no exercício de sua função regulatória, pode contribuir efetivamente para que o direito dos

consumidores e a estabilidade dos mercados sejam resguardados. Outro objetivo é o de que, a partir de instituições mais sólidas, seja alcançado um estágio de desenvolvimento econômico e social menos exposto aos riscos inerentes ao ambiente onde se materializam as políticas públicas.

Salientamos a importância que o programa teve no desenvolvimento de indicadores para o monitoramento e avaliação. O indicador escolhido para o eixo de Apoio aos Mecanismos para o Exercício do Controle Social foi “o percentual de ampliação anual do número de participantes dos processos de audiência pública das agências reguladoras. A meta é um incremento de 50% a cada ano” (<http://www.regulacao.gov.br>).

Destacamos mais duas iniciativas do Executivo Federal. A primeira é a realização, pela Controladoria Geral da União (CGU), da 1ª Conferência Nacional sobre Transparência e Controle Social. Com o tema “A Sociedade no Acompanhamento e Controle da Gestão Pública”, teve como objetivo “promover a transparência pública e estimular a participação da sociedade no acompanhamento e controle da gestão pública, contribuindo para um controle social mais efetivo e democrático”. Segundo mensagem da presidenta Dilma na época, foram realizadas 2.500 Conferência Municipais, 27 eventos estaduais e “um sem número de Conferências Virtuais, que acabaram por envolver cerca de um milhão de nossos cidadãos”.

Em seguida, no mesmo período é publicada e regulamentada a Lei de Acesso a Informação. De número 12.527/2011, obriga órgãos públicos federais, estaduais e municipais a oferecer informações relacionadas às suas atividades a qualquer pessoa que solicitar os dados e “assegurar o direito de acesso à informação, proporcionado mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão”, regulamentando o artigo 5º, inciso XXXIII da Constituição Federal, que, como vimos, procurava garantir à todos os brasileiros o exercício do seu direito de acesso à informação.

3. 1 – AS AÇÕES PROMOTORAS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde cria, em 2003, a Secretaria de Gestão Estratégica (SGEP) “para que ocorra a efetiva participação social na gestão da saúde”. Posteriormente, lança a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS-ParticipaSUS (BRASIL, 2009). Conforme consta no site do Ministério da Saúde a SGEP

[...] tem como missão fortalecer a gestão e o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe à SGEP propor, apoiar e acompanhar os mecanismos constituídos de participação popular e controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde. É desta secretaria a responsabilidade de ouvir, analisar e encaminhar as demandas dos usuários, por meio da Ouvidoria Geral do SUS.

Em 2005 a SGEP cria o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) com a missão de

[...] propor, apoiar e acompanhar as políticas de gestão participativa do SUS. Para tanto, atua na implementação de políticas de promoção da equidade, práticas educativas nos serviços de saúde, educação popular e mobilização social e fortalecimento do controle social no SUS, além de estimular a criação de espaços de gestão participativa nos serviços de saúde.

O DAGEP conta com duas coordenações gerais: Apoio à Educação Popular e Mobilização Social e Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Ambas têm o objetivo de aprimorar e ampliar a gestão participativa, tais como: o apoio dos mecanismos institucionalizados de controle social, processos participativos de gestão, instâncias de decisões compartilhadas, mecanismos de mobilização social, processos de educação popular em saúde e ações articuladas entre diferentes setores de governo para a promoção da equidade em saúde (<http://portal.saude.gov.br>).

Segundo pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública, em 2008 o País já contava com Conselhos de Saúde nos 5.564 municípios, e com 72.000 conselheiros, 20% a mais do que os cerca de 51.000 vereadores do País (TSE, 2008). A metade dos conselheiros, cerca de 36.000, são usuários do SUS, indicados por quase 28.000 entidades da sociedade civil (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

A “ParticipaSUS” foi aprovada no pleno do Conselho Nacional de Saúde em junho de 2007 e posteriormente publicada na Portaria nº. 3027/2007. Possui como componentes a Auditoria, a Ouvidoria, o Monitoramento e a Avaliação da Gestão do SUS, a Gestão Participativa e o Controle Social.

A Secretaria responsável é atualmente composta por cinco departamentos que se complementam e possibilitam a construção de uma gestão estratégica e sistêmica. São eles: Departamento de Informática, Departamento de Articulação Interfederativa, Departamento de Auditoria, Departamento de Ouvidoria e o Departamento de Apoio a Gestão Participativa.

A partir de informações do Ministério da Saúde, cabe também destacar, brevemente, algumas ações menos conhecidas da Secretaria.

A primeira delas foi a criação de um setor específico para cuidar de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde. Suas ações são voltadas às populações quilombolas, do campo e da floresta, LGBT e populações negra e em situação de rua. Conforme manifestação da área

O objetivo comum destas políticas se insere na concepção da justiça social nas quais as iniquidades em saúde possam ser tratadas além das desigualdades e das diferenças culturais e étnicas entre os diversos grupos. Esse enfoque, além de caracterizar os diferentes tipos de iniquidades em saúde, remete ao campo político da incorporação de valores éticos e morais explícitos na solidariedade como base do tecido social.

Também aconteceu a implantação do Programa de Inclusão Digital (PID), que tem como objetivo contribuir para que os conselheiros de saúde se apropriem de informações e adquiram habilidades para comunicação digital. Segundo dados da SGEP, no período de 2007 a 2010 foram adquiridos e disponibilizados computadores, impressoras e estabilizadores para todos os conselhos de saúde do Brasil, totalizando 5.591 conjuntos. Também foram distribuídos 1500 kits canal saúde (TV, antena e decodificador) e está em desenvolvimento a construção de estratégias que assegurem conectividade.

A estruturação de um Sistema de Informações sobre os Conselhos de Saúde (Participanet) teve como objetivo subsidiar decisões e avaliar a atuação do controle social nas três esferas de gestão do SUS. O sistema registra

informações sobre os conselhos, seu funcionamento e sobre os conselheiros de saúde.

Aconteceu, também, a estruturação de um serviço de Ouvidoria como espaço de participação, instrumento de qualificação da gestão e disseminação de informações, que no ano de 2010, ainda de acordo com informações oficiais, recebeu mais de quatro milhões de ligações.

Outra iniciativa foi a realização de quatro edições do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa em Saúde, que procura reunir, incentivar e divulgar as Experiências Exitosas de Gestão Participativa no SUS. Criado em 2005, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), é uma homenagem ao sanitarista Sérgio Arouca, um dos líderes do Movimento da Reforma Sanitária no País.

Em 2010 foi realizada a I Feira Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (FENAGEP) e a I Mostra Nacional de Experiências Exitosas em Gestão Estratégica e Participativa no SUS (EXPOGEP). Essa atividade procurou ser um espaço de compartilhamento de experiências e práticas relativas ao processo de implementação da participação social no SUS.

Além disso tudo, observamos a existência de apoio à formação de conselheiros pela transferência de recursos para Estados e Municípios realizarem Cursos de Capacitação. Até 2010, 18.870 conselheiros de saúde de todo País participaram de atividades de formação, sempre de acordo com informações governamentais.

Como se vê, no Ministério da Saúde, conforme determina nossa Constituição Federal, foram criados vários processos voltados a ampliar a participação e a difusão de informações. Embora possamos ver esses dados com certo otimismo, infelizmente ainda não existem indicadores ou avaliações do impacto destas ações.

Por outro lado, novos mecanismos de democracia participativa, que visam incluir os cidadãos nas decisões, como pactuações, parcerias, consultas públicas e negociações, ainda não estão vinculados à Secretaria de Gestão Participativa.

Como já dito, o princípio da Cidadania Ativa e a obrigatoriedade de o gestor do SUS dar informação e ouvir o cidadão são garantias constitucionais, mas muito ainda se pode avançar com a sinergia da utilização de novas estruturas e tecnologias.

4- AS CONSULTAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Para o efetivo controle público das ações governamentais é necessária a criação de mecanismos que assegurem o acesso a informação e a democratização de processos decisórios. É uma nova forma de governar, que considera a necessidade de uma gestão compartilhada.

Para que esta gestão participativa se implante e se consolide, é necessário um rearranjo institucional, que considere o protagonismo da ação social e a importância para o fortalecimento da participação cidadã, da apropriação de conhecimentos e informações. Segundo Pereira, citando Gohn

[...] a democracia participativa requer novas formas de distribuição de recursos, as quais devem considerar a necessidades sociais prioritárias. É, pois, necessário adotar de partida os mecanismos de inclusão social dos que estão fora do acesso aos direitos fundamentais e de serviços em saúde para alcançar os segmentos diferenciados que sejam representativos tanto das carências socioeconômicas quanto das demandas sociais (PEREIRA, 2008, p.4).

Estes novos mecanismos devem levar ao empoderamento de comunidades e movimentos. Segundo Mendes (2008, p. 168) “na perspectiva da prática da gestão compartilhada em que o que se espera é um compartilhamento de conhecimentos, ações e responsabilidades, a idéia de empoderamento se constitui um dos principais eixos”.

Com referência à introdução dos mecanismos de plebiscito e *referendum* na Constituição de 1988, Faria (2006, p. 99) nos diz que

Nunca é demais lembrar que a representação política, embora indispensável, mostra-se insuficiente como mecanismo de expressão

da vontade popular nas sociedades complexas, formas institucionais adicionais de expressão da dessa vontade são bem vistas, tanto do ponto vista teórico quanto prático.

Acreditamos que a mesma idéia vale, também, para os mecanismos de Consulta Pública. Um fator decisivo para a consolidação delas como mecanismos de participação democrática é a incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação. Elas representam o “alargamento do espaço público e a consequente inserção organizada de setores diversos nos processos de definições de políticas públicas” (Rothberg, 2008, p. 150).

Governos democráticos têm em sua agenda a questão de como aperfeiçoar o processo de gestão, mantendo canais de interatividade que ampliem sua capacidade de produzir políticas voltadas ao desejo e à necessidade das comunidades.

A criação de espaços de governança eletrônica e a inclusão digital devem ter um caráter transversal às várias esferas de governo. Ainda segundo Rothberg (2008, p. 153) as novas tecnologias possuem potencial de “transformação do nível de informação disponível para a deliberação democrática, corrigindo eventuais insuficiências do sistema de mídia tradicional na provisão de informação política”.

Para efeito deste trabalho entendemos que Consulta Pública e Audiências Públicas são formas de participação popular na gestão e controle da Administração Pública. Alguns aspectos que as diferenciam são que a Audiência Pública caracteriza-se pelo debate público e pessoal entre a Administração e cidadãos ou entidades representativas da sociedade civil sobre temas de relevante interesse público. Ocorre com horários e locais previamente designados. Ou seja, o caráter presencial e a manifestação oral da sociedade civil presentes são diferenciais.

Na Consulta Pública, a Administração consulta os cidadãos e as entidades representativas da Sociedade Civil, utilizando formas de registros que farão parte do processo que a gerou. Deve colaborar na coleta de opiniões da sociedade.

A Audiência Pública é prevista na Lei de Responsabilidade Fiscal e no Estatuto da Cidade, o que significa dizer que a sua realização é condição de

validade para o processo legislativo que tenha por objeto os Planos, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei do Orçamento Anual.

Em linhas gerais, as duas práticas têm como objetivo recolher subsídios, informações e identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria em consulta e ser um canal para os indivíduos e grupos manifestarem seus pleitos, opiniões e sugestões.

4.1 – AS CONSULTAS PÚBLICAS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A primeira Consulta Pública registrada no site do Ministério da Saúde data de 15 de dezembro de 2003. Em seu site o Ministério da Saúde define a Consulta Pública como

um instrumento criado para ampliar a oportunidade de participação da população na elaboração e no aprimoramento de políticas públicas. Com ela, a produção de instrumentos legais que norteiam as ações governamentais torna-se democrática e transparente, pois torna possível a discussão sobre os temas de interesse da sociedade. A ferramenta de consulta pública abre a possibilidade de uma ampla discussão sobre diversos temas na área de saúde, permitindo que você participe e contribua na construção do sistema de saúde brasileiro. Por meio da consulta pública o processo de elaboração do documento é democrático e transparente para a sociedade.

Existe, no site do Ministério, à disposição daqueles que desejem contribuir com as consultas, um Manual do Usuário “Consulta Pública - Ferramenta de Consulta Pública do Sistema Único de Saúde”. O Manual tem data de 2008 e oficialmente o objetivo é “auxiliar os usuários do Sistema de Consulta Pública do SUS no entendimento das suas funcionalidades básicas”.

Na apresentação do Manual, o mecanismo de Consultas Públicas tem um caráter de colher contribuições, dentro do SUS tanto de setores especializados quanto da sociedade em geral, sobre as políticas e os instrumentos legais que irão orientar as diversas ações no campo da saúde no país.

O acesso ao sistema se dá pelo link <http://www.saude.gov.br/consultapublica>. Para visitar o site não é necessário

cadastro. Para contribuir com as consultas públicas é necessário cadastro com as informações: *Nome Completo, E-mail, Senha, Instituição/Órgão, UF, DDD, Telefone*.

Chama atenção a ressalva – “O número a ser inserido no campo “*Telefone*” não será o de uso pessoal do usuário, mas sim o da lotação ou unidade onde trabalha” – que a meu ver demonstra claramente a não adequação a um mecanismo de participação direta da sociedade, que se mantém, desta forma, voltado a contribuições de instituições especializadas.

Destacamos, ainda, no Manual, a seguinte orientação que é antecipada pelo dizer “**IMPORTANTE**”: “A colocação do documento na ferramenta de consulta pública exige que o mesmo seja previamente publicado no Diário Oficial da União, em cumprimento do inciso II do art. 34 do Decreto 4.176 de 28 de março de 2002”. O referido decreto é anterior à criação da nova estrutura de participação do governo federal e do Ministério da Saúde, porém o texto em destaque refere-se ao “Art. 34. Compete à Casa Civil da Presidência da República” e seu inciso II “decidir sobre a ampla divulgação de texto básico de projeto de ato normativo de especial significado político ou social, até mesmo por meio da Rede Mundial de Computadores ou mediante a realização de audiência pública, tudo com o objetivo de receber sugestões de órgãos, entidades ou pessoas”. Assim, claramente o dispositivo centraliza a utilização de mecanismos de participação direta da sociedade e pode inibir a utilização pelos trabalhadores do órgão.

O Ministério da Saúde realizou 51 Consultas Públicas de 2003 a junho de 2012, conforme números abaixo. Além das consultas de caráter geral, o site do Ministério apresenta um campo para Consultas Públicas de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. Este mesmo espaço no site, após 2010, separa as consultas sobre doenças oncológicas.

Quadro 1 – Consultas Públicas Realizadas pelo Ministério da Saúde (2003 – Julho/2012)

Ano	Nº. Consultas	Nº. de Consultas PCDT	Nº. Consultas PCDT Oncologia
2003	02	01	-
2004	07	04	-
2005	13	-	-
2006	01	-	-
2007	--	03	-
2008	06	08	-
2009	07	16	-
2010	05	38	05
2011	15	08	-
Até junho de 2012	05	05	-

Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos

http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/index.php?modulo=display&sub=dsp_consulta

Existem algumas questões que não são possíveis de serem sanadas apenas com a consulta ao material que hoje se encontra disponível sobre o tema. Por exemplo: O que motiva os órgãos internos do Ministério da Saúde realizar ou não Consultas Públicas? Quais grupos sociais influenciam a realização das consultas sobre Protocolos Clínicos? Porque algumas consultas se sobrepõem, aparecendo em dois locais do site, e outras não? A agenda de pesquisa está dada, aqui estamos abordando parte dela. Respostas para essas perguntas, entretanto, demandam mais pesquisas.

4. 2 – AS CONSULTAS PÚBLICAS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA

Segundo informações do site da Anvisa, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. É uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira. Definida juridicamente como uma autarquia sob regime especial, a Anvisa está vinculada ao Ministério

da Saúde por meio de um Contrato de Gestão e sua direção é de responsabilidade de uma Diretoria Colegiada, composta por cinco membros.

Ainda conforme informações da própria Agência, desde sua criação ela conta com instrumentos para aperfeiçoar o trabalho como a Ouvidoria, o Contrato de Gestão e a estabilidade de seus dirigentes, requisitos que devem ser incorporados por todas as agências reguladoras federais.

O que é importante para os objetivos deste trabalho é que, com a criação da Anvisa, foi estabelecido que todas as regulamentações da vigilância sanitária contariam com o dispositivo da Consulta Pública, que propicia a participação da sociedade na construção das regras.

Segundo a publicação “Inclusão dos Cidadãos nas Políticas de Saúde” (2012), em 2007 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) se tornaram parceiros por meio do Programa “Fortalecimento da Capacidade Técnica da Participação Social na Regulação”. Este projeto teve sua origem em estudo anterior do Idec, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que avaliou sete das agências reguladora brasileiras (OPAS, 2012).

O projeto visou um processo de ampliação e fortalecimento da participação social na regulação em vigilância sanitária. Entre seus objetivos constam

o aperfeiçoamento dos canais de comunicação entre as agências; a organização dos consumidores e a sociedade em geral; o aprimoramento dos mecanismos de participação social; a ampliação da participação das organizações do SNDC – Sistema Nacional de Defesa do Consumidor – em consultas e audiências públicas, bem como o incremento da efetividade, da transparência de prestação de contas no sistema.

A Anvisa implanta, em abril de 2008, por meio da Portaria 422, o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação, incluindo entre suas prioridades a qualificação do processo de gestão, o aperfeiçoamento e fortalecimento da participação no processo regulatório.

O relato desta experiência cita o “Aperfeiçoamento dos canais de participação, tais como consultas públicas e audiências públicas, com reformulação do Portal Anvisa e criação de novo Perfil do Cidadão” como uma

das estratégias utilizadas para o fortalecimento da articulação e mobilização social previstas.

Já em 2008 a Agência realiza 76 consultas públicas. Em 2009 é implantada a Agenda Regulatória da Anvisa, com o objetivo de dar publicidade aos temas prioritários de cada ano. Segundo consta em seu site

[...] a Agenda Regulatória da Anvisa é construída de forma participativa, com recebimento de sugestões da sociedade através de entidades nacionais do setor produtivo e da defesa do consumidor, entre outros, concedendo à sociedade a oportunidade de opinar e contribuir na definição da pauta de decisões estratégicas, e sinalizando para a sociedade qual a direção das próximas ações da agência. A Anvisa foi pioneira na elaboração da Agenda Regulatória.

Em setembro de 2009 é implantada a Central de Atendimento da Anvisa, cujo objetivo é processar as informações que são demandadas pelo público da agência. Idealmente, isso aconteceria por meio da criação “de um canal centralizado, capaz de oferecer respostas ágeis, completas, integradas, com definição e acompanhamento de parâmetros, metas e indicadores de desempenho (quantitativos e qualitativos)”. A Agência realiza 99 Consultas públicas em 2009.

No ano seguinte a Anvisa passa a utilizar a Audiência Pública Virtual como ferramenta, com a proposta de “dar mais transparência às ações da Agência, além de permitir maior participação da sociedade, que pode acompanhar os trabalhos a partir de qualquer computador conectado à internet”. Publica neste ano 120 Consultas Públicas, 65 Resoluções da Diretoria Colegiada e 12 Instruções Normativas. Segundo análise presente em seu relatório de gestão (2010)

Muito embora a quantidade de atos normativos não aponte, num primeiro momento, aspectos significativos em termos de desempenho e qualidade regulatória, não se pode deixar de considerar que a racionalidade da produção normativa contribui para o foco e aperfeiçoamento das práticas institucionais e para a redução dos impactos regulatórios sobre o SNS, o setor regulado e a sociedade de um modo geral.

Em 2011 a Agência realiza um número menor de Consultas Públicas, apenas 65 constam do site, mas implanta importantes inovações, como a abertura da reunião da diretoria colegiada ao público. “No período, foram realizadas doze reuniões abertas à sociedade, que participa debatendo os assuntos em pauta ou assistindo as reuniões ao vivo, por meio da rede mundial de computadores, com transmissão em tempo real”, diz o site da Anvisa. Ainda em 2011 a Agência iniciou a implantação dos Indicadores de Transparência (ITA) e dos Indicadores de Participação Social (IPA).

Até junho de 2012 a Agência abriu 42 Consultas Públicas. Uma inovação na área é a apresentação do Projeto Piloto do Sistema Eletrônico de Consultas Públicas, que pretende “aumentar a transparência das ações da Agência, estimular uma maior participação da sociedade, qualificar o processo de participação, facilitar e agilizar o processo de compilação e análise das contribuições e colaborar para a tomada de decisões”.

QUADRO 2 - Consultas Públicas realizadas pela Anvisa (2008 a Julho/2012)

Ano	Nº. de Consultas
2008	76
2009	99
2010	120
2011	65
Até junho de 2012	42

Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Consultas+Publicas/Encerradas>

4. 3 – AS CONSULTAS PÚBLICAS NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

No Brasil, a criação de um sistema de assistência privada à saúde remonta aos anos 1940 e 1950, quando foram criados, por associações privadas e pelos institutos de previdência para funcionários públicos, os fundos assistenciais de empresas públicas.

Nas décadas de 1960 e 1970 são criados os convênios médicos de empresas privadas e as redes de prestação de serviços médicos. No final dos anos 1980 entra no mercado a modalidade de seguros saúde. O setor sempre foi permeado pelos conflitos entre as empresas e usuários, parcialmente defendidos pelo Código de Defesa do Consumidor, de 1991.

Os primeiros marcos legais da saúde suplementar datam de 1998. São as Leis 9.656, que estabelece parâmetros mínimos para a assistência à saúde no setor suplementar, e a Lei 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e definiu suas finalidades, estrutura, atribuições, receita e vinculação ao Ministério da Saúde. Segundo o site da Agência a

visão da ANS é contribuir, através do exercício da sua função de regulação e fiscalização, para a construção de um setor de saúde suplementar, cujo principal interesse seja a geração de saúde. Um setor com operadoras sólidas e auto-suficientes, que seja centrado no cuidado continuado ao beneficiário; que realize ações de atenção à saúde, com uma concepção includente de todos os profissionais de saúde; que respeite o controle social e que esteja adequadamente articulado com o Sistema Único de Saúde. (Planejamento Estratégico DICO, 11/03/2011).

Suas competências organizacionais e seus respectivos componentes são:

1 - Regulação da Saúde Suplementar: conjunto de políticas e diretrizes gerais, ações normatizadoras e indutoras, que visam à defesa do interesse público e à sustentabilidade do mercado de assistência suplementar à saúde. Apresenta os componentes: Capacidade de Normatização, Capacidade de Controle e Monitoramento, Capacidade de Fiscalização, Capacidade de Ampliação do Escopo Regulatório, Capacidade de Produção e Difusão de Informação sobre Saúde Suplementar.

2 - Qualificação da Saúde Suplementar: conjunto de políticas, diretrizes e ações que buscam a qualificação: do setor, em relação ao mercado regulado; das operadoras, nas dimensões Atenção à Saúde, Econômico- Financeira, Estrutura e Operação; institucional, em relação ao próprio regulador; e satisfação dos beneficiários. Apresenta como componentes: a Capacidade de Qualificação das Operadoras e a Capacidade de Qualificação da Própria Função Reguladora.

3 - Articulação Institucional: conjunto de políticas, diretrizes gerais e ações que otimizem as relações institucionais internas e externas viabilizando a efetividade do processo regulatório. Apresenta os componentes: Capacidade de Articulação Interna, Capacidade de Articulação com os Órgãos de Gestão da Saúde e Capacidade de Articulação Externa.

Enquanto em várias agências reguladoras a exigência de audiências é contemplada em lei, na ANS este mecanismo foi regulamentado pelo Decreto Presidencial nº. 3.327/2000, que aprovou o regulamento da ANS, prevendo a realização de audiências públicas, porém, sem o caráter de obrigatoriedade. Saliente-se também a fragilidade da regulamentação por decreto e não por lei aprovada pelo Congresso Nacional. O referido decreto estipula que

Art. 32. O processo de edição de normas, decisório e os procedimentos de registros de operadoras e produtos poderão ser precedidos de audiência pública, a critério da Diretoria Colegiada, conforme as características e a relevância dos mesmos, sendo obrigatória, no caso de elaboração de anteprojeto de lei no âmbito da ANS.

Art. 33. A audiência pública será realizada com os objetivos de:

I - recolher subsídios e informações para o processo decisório da ANS;

II - propiciar aos agentes e consumidores a possibilidade de encaminhamento de seus pleitos, opiniões e sugestões;

III - identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria objeto de audiência pública; e

IV - dar publicidade à ação da ANS.

A primeira Consulta Pública registrada no site da ANS data de janeiro de 2001, sendo que até junho de 2012 foram realizadas 46 consultas públicas.

QUADRO 3 – CONSULTAS PÚBLICAS REALIZADAS PELA ANS (2001 a Julho/2012)

Ano	N.º de Consultas Realizadas
2001	05
2002	02
2003	06
2004	06
2005	02
2006	03
2007	03
2008	02
2009	01
2010	03
2011	12
Até junho 2012	01

Fonte: Elaboração própria. Dados obtidos

<http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/consultas-publicas>

Somente em 2004 é lançado o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, com o objetivo de avaliar a qualidade das operadoras. Em relação aos órgãos de defesa dos consumidores, o primeiro acordo só é assinado em 2007, mesma época dos primeiros seminários junto às Centrais Sindicais.

Entre agosto e setembro de 2010 foi realizada a Consulta Pública de número 33, que recebeu

[...] contribuições para a proposta da Resolução Normativa (RN) que dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas.

Essa Consulta Pública precedeu a publicação da Resolução Normativa RN nº. 242, de 7 de dezembro de 2010, que trata da participação social na Agência mediante a realização de consultas e audiências públicas e câmaras técnicas.

No relatório disponível no site da Agência chama atenção o restrito número de contribuições, apenas 199 para uma área que possuía em dezembro de 2011 quase 48 milhões de beneficiários.

Em que pese o avanço da abertura deste canal de comunicação, fica nítida a manutenção do poder concentrado na Diretoria Colegiada da Agência, que define quais assuntos podem ser submetidos à consulta pública, permitindo inferir a existência de temas não divulgados. Mesmo as contribuições dos usuários não ficam disponíveis. A norma avança apenas garantindo que um relatório consolidado deverá ser disponibilizado, contendo número de sugestões recebidas, dados estatísticos e o resultado das principais contribuições, apontando quais sugestões foram acatadas.

É constante a Agência salientar, em todas as manifestações sobre o assunto, o “caráter consultivo e não vinculante” de qualquer das formas de participação social previstas, deixando claro que não incorporou, nem demonstra qualquer processo para incorporar integralmente a participação da comunidade. Suas metas são voltadas apenas ao cumprimento das exigências legais.

Apesar de não ser tema deste trabalho, é importante apontar que a Diretoria Colegiada da Agência é composta de apenas cinco membros, todos diretores do órgão. Assim como nas demais Agências, são cargos de indicação do Ministro da Saúde para a Casa Civil da Presidência da República, que por sua vez encaminha o nome dos indicados ao Senado Federal, para posterior nomeação. Atualmente a diretoria colegiada é composta predominantemente por profissionais vinculados ao setor regulado e à corporação médica.

Uma análise mais otimista detecta ações implantadas em 2011, sintomas de mudanças que lentamente se avizinham. A primeira delas é a implantação da “Agenda Regulatória, um instrumento de planejamento de atividades e controle social com os temas prioritários que a Agência irá tratar no biênio 2011/2012”. Na sequência é lançado um novo portal corporativo, com o objetivo de aprimorar o relacionamento da ANS com a sociedade.

A ANS possui uma Câmara de Saúde Suplementar – CAMSS, estabelecida na lei de Criação da Agência. Em tese, essa Câmara é um órgão consultivo “formado por todos os segmentos da sociedade” que representam as relações no setor. Apesar da onda democratizante por que passa o País, esta não atingiu a ANS. Os membros desta Câmara não são eleitos, são designados pelo presidente da instituição. Dos 31 membros, sete representam os gestores da Saúde, sete representam as empresas do setor, seis representam sindicatos de trabalhadores e patronais, mais alguns representantes das corporações profissionais e apenas seis entidades podem ser entendidas como de defesa dos usuários dos planos de saúde: duas entidades de defesa de consumidores, duas de patologias, Procon e Ministério Público.

5 – REFLEXÕES SOBRE AS CONSULTAS PÚBLICAS NA ÁREA DA SAÚDE

A primeira reforma administrativa pós 1988 aconteceu no mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso e, entre seus objetivos, já se colocava a necessidade de melhorar o desempenho e democratizar o Estado. De acordo

com Pó e Abrucio (2006), o escopo era o de implantar um modelo de “administração pública gerencial”, em paralelo com “a criação de agências autônomas, divididas em reguladoras e executivas”. As intenções democratizantes desse plano, porém, ficaram restritas aos aspectos de avaliação e publicidade dos resultados e informações dos órgãos.

As principais ações previstas no plano da *accountability* eram a participação de usuários; a utilização de contratos de gestão como forma de responsabilização por resultados; adoção de mecanismos de controle social nos serviços locais e o aumento da transparência na implementação das ações do governo, possibilitando seu acompanhamento e avaliação (PÓ; ABRUCIO, 2006. p. 682).

A criação da Anvisa e da ANS se deu no período 1999/2000, vinculadas ao Ministério da Saúde. Talvez a origem das agências faça com que elas, até hoje, tenham mais aspectos vinculados apenas ao controle do que a *accountability*, ou seja, que não estariam focadas na questão da prestação de contas das ações públicas.

As agências possuem aspectos legais de transparência e procedimentos a serem seguidos: a existência de ouvidores com mandatos; publicidade de todos os atos e atas de decisão; representação dos usuários e empresas; diretoria com decisão colegiada e, em especial, a realização de audiências públicas.

Sobre o ambiente político em que as agências estão inseridas, podemos constatar a existência de significativas diferenças entre a Anvisa e a ANS, o que em parte pode ser explicado pela diversidade dos atores políticos, sociais e econômicos envolvidos.

Todas as agências atuam no estabelecimento de padrões técnicos, que indiretamente afetam a lucratividade do setor regulado. Porém, no caso da ANS, sua intervenção interfere diretamente nas relações econômicas e de mercado, impactando os usuários dos serviços de saúde suplementar. Na Anvisa, ao contrário, a influência econômica é indireta.

A existência de diretorias colegiadas e seu fluxo de nomeação possuem base legal idêntica para a ANS e para a Anvisa, porém vemos clara diferença na divulgação e transparência entre estes órgãos. Recente portaria da Anvisa (nº. 616/2012) estabelece mecanismo para funcionamento de reuniões abertas

e sua publicização. A Anvisa também disponibiliza as atas das reuniões de sua diretoria no site, o que não acontece com a ANS.

Em raros casos existe relação entre os temas abordados pelo Conselho Nacional de Saúde e as Consultas Públicas. Nos casos das agências, apesar da existência de comissões relacionadas aos assuntos no Conselho Nacional de Saúde ainda não existem mecanismos claros de Controle Público das Agências pelo CNS.

A Comissão Intersectorial de Saúde Suplementar (CISS) possui relação direta com a ANS e “tem como atribuição, subsidiar a atuação do CNS nas discussões sobre o aperfeiçoamento da legislação e revisão do espaço institucional da regulamentação da Saúde Suplementar bem como sua inclusão na Política Nacional de Saúde” e esclarece, e ainda, que:

O Conselho Nacional de Saúde considera que a regulação do segmento de saúde suplementar deve estar subordinado aos princípios do SUS e deve nortear-se pelos mesmos marcos de relevância pública e organização do modelo assistencial e que o controle das ações e dos serviços de saúde, público ou privado, deve ser exercido pelos entes que integram o SUS, de acordo com a competência constitucional e legal atribuída a cada um deles (Art. 197 C.F.).

A Comissão Intersectorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia (CIVSF) analisa e encaminha sugestões ao pleno do CNS de assuntos pertinentes a Anvisa.

A CIVSF tem por finalidade promover a articulação e a intercomplementariedade de políticas, programas e ações, no que concerne ao interesse da saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito específico do Sistema Único da Saúde – SUS. As ações de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia são fundamentais para a execução do objetivo geral do Plano Nacional de Saúde em promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção.

Algumas características das Consultas Públicas são comuns às três instâncias estudadas, demonstrando, a nosso ver, o modo de operar deste mecanismo pelo governo. Resumidamente, os principais problemas identificados seriam de que as Consultas Públicas não prestam contas do que

foi ou não incorporado na política pública; não esclarecem os critérios dos assuntos que são objeto de consulta; não possuem mecanismos permanentes de publicitar as consultas em andamento; possuem linguagem técnica de difícil compreensão; raras consultas são realizadas por demanda do Conselho Nacional de Saúde e não apresenta transparência de todo processo.

O número e disponibilidade da íntegra das Consultas Públicas podem se constituir em um indicador do grau de transparência de uma instituição pública. E isso é um aspecto positivo que merece ser ressaltado. Porém de todas as agências estudadas por Pó e Abrucio (2006, p.695), “o caso da ANS: é o mais grave: além de ser um procedimento raro, a agência não dá transparência ao processo”. Essa análise pode explicar, em parte, a incipiência do processo de Consultas Públicas implantado nesta agência.

A pergunta que nos move ao consultar o site do Ministério da Saúde é - a proposta de inovação social apresentada pelo governo federal está articulada com uma proposta de inovação institucional, isto é, com a procura de uma nova institucionalidade da democracia? Segundo Avrtizer e Boaventura (AVRTIZER; BOAVENTURA, 2008, p.23) “a democracia não constitui um mero acidente ou uma simples obra de engenharia institucional” [...] “sempre implica em rupturas com tradições estabelecidas, e, portanto, na tentativa de instituições de novas determinações, novas normas e novas leis”.

Com base nessa afirmação e tendo os dados aqui apresentados em mente, poderíamos afirmar que o Ministério da Saúde apenas iniciou o processo de democratização de suas instâncias rumo ao exercício coletivo do poder político. Os mecanismos formais estão dados, porém uma mudança cultural está muito longe de acontecer. A simples criação de espaços é só parte do que o Estado pode fazer.

Não são fornecidos aos cidadãos os elementos informativos necessários para formar opiniões de maneira consciente e fundamentar o diálogo com os técnicos e especialistas. Apenas com a apropriação de saberes/poderes por parte dos usuários democratizaremos o sistema.

O debate democrático sobre a produção, disseminação e uso das tecnologias de informação em saúde é fundamental para a longa luta emancipatória dos cidadãos. Passa pela construção social de uma "inteligência sanitária e informacional" apropriada pela população e não apenas por uma elite, na construção de um projeto político para as informações em saúde no Brasil. (MORAES, 1998, p.25).

Entendemos que as Consultas Públicas devem tornar-se uma esfera pública, ou seja, permitir que indivíduos possam “problematizar em público uma condição de desigualdade na esfera privada”. (AVRITZER e BOAVENTURA, 2008, p.24). O MS não atingiu ainda nem a condição de publicitar a realização de Consultas Públicas de forma universal, muito menos de fomentar a formação dos atores sociais. É restrito o grupo social que participa, tem voz e mobiliza. Os movimentos populares não têm acesso a este tipo de informação burocratizada.

Muitas são as possíveis formas do governo, até por compromissos legais, implantar mecanismos de participação, desde o simples ato de disponibilizar informações até a cogestão, desde uma consulta até a delegação efetiva. Mas se, em concordância com Gohn (2005, p. 113), que:

o compromisso ético e a opção pelo desenvolvimento de propostas que tenham por base o protagonismo da sociedade civil exige uma clara vontade política das forças democráticas organizadas para a construção de uma nova sociedade e de um espaço político diferente do modelo neoliberal, construído em cima de exclusões e injustiças. É preciso que se respeitem os direitos de cidadania e se aumentem progressivamente os níveis de participação democrática de sua população. Esses níveis se expressam em espaços públicos, consolidados em instituições que dêem forma aos direitos humanos e ao exercício da participação cidadã, presentes nos conselhos, plenárias, fóruns e outras possíveis instituições a serem inventadas.

Vemos quão distante as Consultas Públicas realizadas pelo Ministério da Saúde estão de práticas que promovam mudanças e transformações sociais.

5.1 – CONSULTAS PÚBLICAS: POTENCIALIDADES, FRAGILIDADES E O GRAU DE ACCOUNTABILITY DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS

Em minhas buscas realizadas sobre os resultados das Consultas Públicas, observamos a existência de frágeis indicativos de que elas tenham influenciado as políticas públicas nas respectivas áreas. Para o efetivo fortalecimento da sociedade civil seria necessária a incorporação de suas demandas, sendo as mesmas transformadas em políticas públicas. Muitas contribuições da sociedade civil não são utilizadas para orientar a ação do governo e a regulação estatal ainda acontece sem a discussão e formulação de propostas e proposições por parte da sociedade civil.

No caso brasileiro, uma sociedade marcada por desigualdades, reflete a desigualdade na participação,

As ações que nascem de, e contribuem para, um senso de cidadania também estão na micropolítica cotidiana, nas arenas nas quais os indivíduos vão reivindicar o que consideram que lhes é devido e nos relacionamentos nas comunidades em que vivem ou por onde circulam. A cidadania é menos uma identidade, e mais algo que é exercido, afirmado e reconstituído de diferentes maneiras em diferentes espaços. Está intimamente relacionada com as formas pelas quais as pessoas se constituem como atores sociais e a visão que têm dos domínios sociais de que fazem parte. (CORNWALL; ROMANO; SHANKLAND, 2007, p. 263).

Considerando as possibilidades de incremento dos espaços públicos, a partir da incorporação de novas tecnologias, concordamos com Rothberg (2008, p.158) quando afirma “a própria legitimidade de um governo passa a ser avaliada pela disposição ao diálogo que ele oferece, comprometendo-se a se sujeitar as inclinações e preferências objetivamente detectadas em torno de questões essenciais para a política então em discussão”.

Por outro lado, vemos que os responsáveis pelos processos de Consultas Públicas necessitariam ficar atentos às diferenças sociais e culturais de coletivos para a efetiva democratização do processo, evitando que a heterogeneidade das demandas leve a uma quebra no princípio da universalidade do direito. Um processo de cidadania inclusiva deve considerar as diversas lógicas de participação. A cidadania poderia servir de base para pensar nos critérios de universalização das demandas.

[...] se ampliarmos nossa noção de participação para abranger o envolvimento da população marginalizada na construção da cidadania, também podemos identificar os métodos e práticas relacionados ao processo de reivindicação de cidadania enquanto formas de participação (CORNWALL; ROMANO; SHAKLAND, 2007, p.260).

Seria importante investigar qual o grau de participação e de influência de cada grupo social nas consultas públicas: ONG, movimentos de saúde, empresários do setor, corporações profissionais. Esta análise poderia levar à rearranjos institucionais atentos a evitar o contínuo predomínio de grupos historicamente privilegiados e “vincular a participação a um direito que é a contrapartida do fato de as decisões de um governo afetarem todos os membros de uma comunidade” (ARAÚJO, 2009. p. 63).

Ainda segundo Araújo, a inclusão democrática tem forte impacto na extensão dos participantes, o que por sua vez afetará as formas de participação, podendo criar um círculo virtuoso que agregará cada vez mais “novos grupos e classes sociais na arena política, bastante heterogêneos entre si, dessa vez, sem mesmo as restrições que as clivagens escravistas e sexistas impunham às democracias antigas” (ARAÚJO, 2009. p. 63).

Para que as Consultas Públicas colaborem efetivamente no processo político de *accountability*, devem se tornar espaços onde os vários atores tenham a possibilidade de cobrar publicamente mecanismos geradores de transparência e de adequação dos atos governamentais a suas expectativas e com as normas e funções previstas. Nas palavras de Oliveira (2006, p. 32) “Significa que as autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar conta de seus atos diante dos outros atores sociais”. Não é, ainda, o que encontramos. O princípio político administrativo da *accountability* ainda não integra a prática de nossas instituições, sendo o contexto desfavorável a cobranças ou questionamentos. Entendemos que, apenas, a ampliação dos processos de controle público e a organização de setores da sociedade civil envolvidos podem alterar este quadro.

O início deste processo de democratização passa, necessariamente, por algumas disponibilidades. A primeira delas seria a divulgação clara e inteligível

sobre as propostas colocadas em consulta. Para isto seria necessário que as consultas explicitassem quais as motivações daquele ato, somado ao esforço para que os materiais técnicos fossem decodificados em uma linguagem leiga e assim “deixar de ser um privilégio e se tornar um bem comum”, como disse Antônio Cândido, em entrevista ao jornal Brasil de Fato.

O segundo aspecto seria a ampliação do prazo para envio de contribuições às consultas. Somente um prazo maior pode permitir a apropriação do assunto, seu debate para a posterior formulação de novas propostas.

Uma terceira demanda é a necessidade imperiosa de total transparência ao processo e a devolutiva clara de quais sugestões incorporadas, dando publicidade às posições dos órgãos envolvidos.

Ademais, vemos também que a adequada divulgação de quem colaborou em cada processo poderia dar visibilidade a práxis de atores sociais incentivando à inclusão de novos atores. Uma última, disponibilidade, seria a ampliação dos aspectos e relevâncias dos temas das Consultas. As Consultas Públicas, na medida em que ampliem sua divulgação e sua inserção social estarão colaborando para que a população amplie sua compreensão sobre os determinantes sociais do processo de saúde/doença/ações de saúde implantadas. Segundo Moraes (2006) entender os possíveis “nexos causais” contribui para alimentar de forma objetiva a construção da agenda e da pauta política dos movimentos sociais.

A apropriação de informações que revelam os condicionantes e determinantes dos problemas de saúde permite que os cidadãos, que exercem o controle social, não se sintam atendidos em suas demandas por medidas paliativas, muitas vezes onerosas, de baixo impacto sobre a situação de saúde que se quer melhorar (MORAES, 2006, p.22).

Neste processo, o enfrentamento claro das desigualdades sociais existentes em nossa sociedade amplia a compreensão da necessidade de uma intervenção solidária. A intervenção solidária, por sua vez, propulsiona um novo pacto ético.

Se entendermos os espaços de participação como espaços de poder, devemos ter em conta que estes espaços nunca são neutros. São impregnados

pelas relações de poder existentes e podem reproduzir, ao invés de contestar, as históricas desigualdades sociais e a perversa hierarquia da sociedade brasileira. Fazemos um destaque em relação às Agências Reguladoras.

Desde a sua criação as agências operaram relegando a participação social a um segundo plano. Na sua constituição já estava presente o conflito, até hoje existente, entre os interesses dos investidores e da coletividade. A sociedade sempre esteve em posição de fragilidade e limitado poder de negociação frente às grandes corporações. O papel regulador do Estado, impondo regras à ação de atores privados, e incidindo sobre áreas de interesse público poderia encontrar na utilização das Consultas Públicas um mecanismo promotor de direitos.

Para efetiva democratização do Estado brasileiro urge a transformação do cerne do processo regulatório da mera correção de processos mercadológicos a uma regulação social condizente com os preceitos constitucionais que “tem com finalidade precípua a promoção do interesse público e a garantia de direitos fundamentais. Sob esse prisma, a intervenção do Estado na economia passa a ser meio para promoção de direitos” (IDEC, 2011, p.13).

Em análise realizada em 2011 o Instituto de Defesa do Consumidor assume que a simples criação de mecanismos de transparência e controle social não assegurou a participação no processo regulatório.

Embora, conceitualmente, o processo regulatório esteja aberto à participação dos agentes impactados por ele – setor regulado e consumidores – na prática, a inserção desses atores é completamente desbalanceada. Até agora, os consumidores e as organizações que o representam não conseguiram ocupar esses espaços de forma efetiva (IDEC, 2011, p.15)

Em estudo feito pelo Programa de Fortalecimento da Capacidade Técnica da Participação Social na Regulação (IDEC, 2011) foram detectadas as principais dificuldades no monitoramento sobre os setores regulados, entre elas a falta de percepção dos reguladores da importância da participação da sociedade civil e falta de preparo para desempenhar esse novo papel.

Sobre a dinâmica do processo regulatório, o estudo destaca o alto grau de assimetria entre os atores impactados e interessados na regulação:

assimetria de informação; assimetria de recursos técnicos e financeiros; assimetria de oportunidades e assimetria de linguagem. O mesmo Instituto avalia que as Consultas Públicas “são muito mais acessadas e utilizadas pelo setor regulado, que possui estrutura e capacidade técnica e financeira para participar de forma efetiva desses processos” (IDEC, 2011, p.19).

Retomando o tema da contextualização das Consultas Públicas, fica nítida a necessidade de reflexão das mesmas com base na idéia de fortalecimento dos espaços públicos. Estes espaços estão se efetivando como de interesse público? Baseada na leitura de Avritzer (2008) sobre o que são esses espaços, diria que não. Primeiro, observamos que as Consultas Públicas não têm conseguido assegurar a interação para os indivíduos debaterem e apresentarem demandas. Segundo, não tem propiciado a politização de novas questões, não ampliando o leque de questões de domínio público.

Necessitam como procedimento, de autorização governamental para existirem. Ainda, segundo Avritzer (2008, p. 22), a democratização necessita de inovações, entendidas como.

participação ampliada de atores sociais de diversos tipos em processo de tomada de decisão” [...] estes processos implicam a inclusão de temáticas até então ignoradas pelo sistema político, a redefinição de identidades e pertencimentos e o aumento de participação.

Como as outras formas de participação as Consultas Públicas também correm o risco de serem descaracterizadas

[...] pela integração em contextos institucionais que lhe retirem o seu potencial democrático e de transformação das relações de poder” ou “pela burocratização da participação, pela reintrodução de clientelismo sob novas formas, pela instrumentalização partidária, pela exclusão de interesses subordinados através do silenciamento ou da manipulação das instituições participativas. Estes perigos só se podem prevenir através da aprendizagem e da auto-reflexão constantes donde se possam extrair incentivos para novos aprofundamentos democráticos. No domínio da democracia participativa, mais do que em qualquer outro, a democracia é um princípio sem fim e as tarefas de democratização só se sustentam quando elas próprias são definidas por processos democráticos cada vez mais exigentes. (AVRITZER; BOAVENTURA, 2008, p.46).

Um aspecto que chama atenção no atual arranjo dos espaços de participação social na área da saúde é a ausência de diálogo entre o Conselho Nacional de Saúde - CNS e as novas formas de interlocução governo/sociedade. O CNS já submete assuntos sobre sua responsabilidade às Consultas Públicas. Utiliza-se para isto da estrutura do Ministério da Saúde, constando como um órgão que demandou o sistema. Realizou até junho de 2012 duas Consultas Públicas, a primeira em 2011 sobre a proposta de revisão de resolução 196/96 (que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos) e a segunda sobre a revisão da resolução 333 (que trata sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde).

A mesma dinâmica presente na utilização das Consultas Públicas pelos órgãos do Ministério da Saúde se aplica ao Conselho. Se a democratização se dá em dois níveis, no primeiro o Estado ampliando a participação, e no segundo a sociedade assumindo uma cultura de participação e responsabilidade pública, fica o questionamento de como os Conselhos de Gestão Pública podem colaborar com esta democratização. Defendo a idéia que os Conselhos de Saúde podem ter um papel fundamental na transformação de nossa prática política, que, mesmo com os avanços observados, ainda permanece em algum sentido marcada pelo autoritarismo e pelo clientelismo.

Não resta dúvida da necessidade de rearranjos institucionais que fomentem a crescimento das várias formas de organização da sociedade civil, aqui entendida como

[...] a representação de vários níveis de como os interesses e os valores da cidadania se organizam em cada sociedade para encaminhamento de suas ações em prol de políticas sociais e públicas, protestos sociais, manifestações simbólicas e pressões políticas (SCHERER-WARREN, 2009, p. 15).

Segundo a autora, nos espaços de representação, como os conselhos, é onde as propostas de transformação social e as formas de negociação com o Estado e com o mercado podem ser construídas de forma mais sistemática. Considera a possibilidade dos conselhos setoriais possibilitarem a participação sistemática e institucional da sociedade civil e citando Raichelis destaca que:

Estudos e pesquisas têm destacado a importância dos fóruns, plenárias, audiências públicas, mesas de concertação, redes e outras formas de articulação enquanto espaços políticos estratégicos para a ampliação da participação e democratização da informação, bem como mecanismos de ativação e dinamização dos próprios conselhos. No entanto, a dinâmica de funcionamento e o desenho organizacional desses novos espaços públicos precisam ser cuidadosamente pensados, pois condiciona, em larga medida, a capacidade de inclusão de novos atores coletivos, especialmente aqueles excluídos de outras arenas decisórias (SCHERER-WARREN, 2009, p. 27).

Pelo exposto, esperamos ter demonstrado a importância dos Conselhos assumirem a defesa e a incorporação dos novos espaços de participação e colaborem na criação das condições para seu funcionamento.

As Consultas Públicas também podem adquirir o caráter de instrumento preventivo e corretivo do próprio sistema de saúde. Na opinião de Lenir Santos e Guido Carvalho (SANTOS; CARVALHO, 2006, p. 180) “A principal destas manifestações, de caráter verdadeiramente administrativo e de inigualável alcance político, consiste em colocar o cidadão no centro do processo de avaliação das ações e dos serviços de saúde”. Defendem os autores que, apenas quando a avaliação e o desempenho do sistema deixarem de ser apenas tarefas de controle interno dos serviços, distanciadas da realidade, o sistema ganhará autenticidade – “porque corresponderá às reais necessidades da população” – e o interesse coletivo será evidenciado. Esta nova forma de avaliação colabora para uma mudança na relação entre governo e cidadão e pode propiciar o avanço de valores democráticos.

5.2 – AS CONSULTAS PÚBLICAS COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A participação cidadã constitui-se em elemento estratégico para a efetiva democratização do Estado na medida em que o próprio processo de participação propicia a ampliação da prática democrática e a construção da cidadania ativa. Concordamos com Moroni (2009, p. 251) quando defende que a participação é um processo educativo pedagógico,

Expressar desejos e necessidades, construir argumentos, formular propostas, ouvir outros pontos de vista, reagir, debater e chegar ao consenso são atitudes que transformam todos aqueles que integram processos participativos. É uma verdadeira educação republicana para o exercício da cidadania, que amplia um espaço público real, em que a construção dialogada do interesse público passa a ser o objetivo de todos os homens e mulheres. Por isso, participar também é disputar sentimentos e significados.

Permitimo-nos, nesta parte final do trabalho, arriscar que a realização das Consultas Públicas podem se constituir em mais um instrumento de educação popular. Isso seria uma das principais vantagens do modelo frente as grandes dificuldades que apresentamos neste trabalho.

Conforme definição do Ministério da Saúde, Educação Popular em Saúde é “Ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde”. No cerne de suas preocupações está a qualidade da participação cidadã e suas incidências nas políticas públicas. Entendo que a

[...]incidência em políticas públicas é a ação de um grupo humano destinada a influir nas decisões de governos no âmbito local, nacional e internacional. Seu objetivo é a criação ou modificação de certas políticas para assegurar que sejam inclusivas, equitativas e que não operem qualquer tipo de discriminação em relação a determinados grupo sociais ou comunidades, assim como, garantir sua implementação com participação e controle social. (PONTUAL, 2010, p.1)

Este processo pedagógico, centrado em Paulo Freire, tem o compromisso com uma práxis libertadora, articulando a educação com a

organização e a luta popular. Um Estado democrático valoriza a participação social não apenas como meio de controle, mas também no processo de decisão das políticas sociais e na sua implementação, em caráter complementar à ação estatal. Para isto é necessário que atores sociais sejam protagonistas.

O protagonismo pressupõe, entre outras, a capacidade de formular propostas e de negociar. O processo “freiriano” ação-reflexão-ação pode contribuir no desenvolvimento de habilidades de negociação e outras habilidades também necessárias para o estabelecimento de diálogo entre os diversos atores em relação. Assim, segundo Fernandez e Mendes (MENDES, 2008, p. 169)

A negociação não é um simples evento para se chegar a um acordo. Constitui-se um processo dinâmico em que se expressa a complexidade e a possibilidade de aproveitar a divergência. Vão sendo gerados produtos ou resultados, mas o acordo que se estabelece não é estático. Por isso, esse processo renova-se constantemente, assim como devem se renovar permanentemente as capacidades e habilidades de todos os envolvidos. Frequentemente a participação acaba apenas por referendar as propostas de governo. Daí a responsabilidade do poder público, ao criar esses canais de participação, de prever mecanismos e dinâmicas que os transformem em espaços de aprendizagem, conhecimento e de ampliação da cidadania. Assim, os atores sociais podem se tornar, de fato, protagonistas na definição das políticas públicas.

Concordando com estas premissas reafirmamos que um processo de democratização da gestão pública deve ter a ação educativa e comunicativa como eixos articuladores. Pontual (2010) assinala a necessidade de uma pedagogia da gestão democrática para que os atores sociais adquiram eficácia e potência para a construção de uma nova cultura política. Apresenta alguns elementos constitutivos desta pedagogia, que colaboram com nossa análise e podem ser incorporados pelos gestores interessados em tornar as Consultas Públicas um instrumento de democratização do Estado.

Primeiro deve ser metodologicamente deliberativa, ou seja, deve efetivamente proporcionar a possibilidade efetiva do exercício de discutir e decidir sobre os assuntos políticos.

Segundo, deve estimular as práticas de co-gestão na resolução de problemas e construção de alternativas com equidade.

Terceiro, é uma pedagogia da construção de esferas públicas transparentes e democráticas, em que se exercita a deliberação a partir de critérios objetivos, compartilhados e impessoais.

Quarto, se realiza no exercício da cidadania ativa promovendo a co-responsabilidade.

Quinto, busca formar cidadãos autônomos e críticos, com capacidades comunicativas e argumentativas.

Sexto, instrumentaliza os atores da sociedade civil e dos governos para novas formas de exercício do poder em que a transparência das ações, a capacidade de ouvir e dialogar são atitudes indispensáveis.

Sétimo, propicia a apropriação de conhecimentos técnicos-políticos e o conhecimento sobre o território e seus diversos elementos constitutivos de identidades.

Oitavo, desenvolve a auto-estima e cria motivação pessoal para participar de em ações coletivas. E um último elemento, desenvolve valores como solidariedade, justiça, união, respeito ao outro, abertura ao novo, como constitutivos de uma nova ética.

O acima colocado nos leva a concordar com Pontual (2010, p. 10) na defesa da Educação Popular como política pública, que implica em “reconhecer o papel educador do Estado e da sociedade civil e admitir a possibilidade de que se criem novas sinergias entre iniciativas da sociedade civil e do Estado que apontem no sentido de uma efetiva democratização das políticas públicas”.

6- CONCLUSÕES

A História do Brasil é marcada por profundas desigualdades e injustiças sociais. É o que dá mais sentido à Constituição promulgada em 1988 e a faz ser conhecida como Constituição Cidadã. Fruto de um processo de lutas e mobilização social apresenta de forma clara diretrizes de democracia participativa e incorpora a participação da comunidade na gestão de políticas públicas como elemento essencial à democratização do Estado. Propicia o

surgimento de novos desenhos institucionais, reconstruindo e incorporando na arquitetura estatal instâncias de participação social.

Segundo Avritzer (2005, p. 36) “o próprio processo constituinte se tornou a origem de um conjunto de instituições híbridas que foram normatizadas” na década de 1990. Neste período temos no Brasil a emergência de novos atores sociais e multiplicação de espaços de discussão e deliberação.

Em resposta ao anseio popular de ampliar o sistema de democracia representativa temos a criação de sistemas descentralizados e participativos das políticas que fazem da democracia representativa e da democracia participativa instâncias complementares e coexistentes.

Como vimos neste trabalho, na área da saúde, a Lei Orgânica, que teve por objetivo organizar o Sistema Único de Saúde, criou duas instâncias colegiadas, os Conselhos e as Conferências de Saúde. Com início no governo Lula este movimento de democratização do Estado, toma um novo fôlego, com a ampliação, aprofundamento e institucionalização da esfera participativa brasileira.

Este esforço democratizante tem seus reflexos no Ministério da Saúde que incorpora em sua estrutura uma Secretaria que tem por objetivo efetivar a participação social na gestão da saúde. A Secretaria inova com um processo que contempla, entre outras, as iniciativas de fortalecer as ouvidorias, informatizar os conselhos de saúde, promover um processo de formação de conselheiros e divulgar e premiar experiências exitosas em gestão estratégicas e participativas.

É inegável a consolidação de processos participativos na área quando verificamos a existência de conselhos de saúde na totalidade dos municípios do país e mais de 36.000 conselheiros representantes dos usuários do SUS. É um sistema incorporado ao processo de formulação e deliberação da política pública.

Outras ações derivadas de nosso arcabouço legal são as Audiências e Consultas Públicas, mecanismos de democracia participativa que podem impulsionar o exercício de gestões compartilhadas. Com a incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação as consultas públicas

ampliam a possibilidade de inserção de diversos atores sociais no processo de definição das políticas públicas.

Ao analisarmos a realização de Consultas Públicas pelo Ministério da Saúde e pelas agências a ele vinculadas – ANS e Anvisa - a primeira constatação é que elas estão incorporadas às agendas dos gestores. Porém correm o risco de serem reduzidas a um procedimento formal.

As Consultas vêm promovendo etapas de recolher sugestões e opiniões sobre os mais diversos temas. Mas para que de fato se tornem um espaço de democratização nas relações de poder e de fortalecimento e aprofundamento da democracia alguns desafios devem ser vencidos.

Propomos a reflexão sobre alguns aspectos, sem a pretensão de apresentar certezas e na esperança de que futuramente todos eles possam ser mais bem compreendidos.

Uma primeira análise é sobre o que e quem motiva a realização das Consultas Públicas. Até o presente, os temas, a duração e a divulgação são definidas pelos gestores das áreas que buscam receber opiniões. A participação social no âmbito da saúde precisa compor um sistema integrado, que respeite e incorpore a rede de conselhos de saúde e as opiniões expressas pela população por meio da realização das Conferências. Cabe ressaltar que no Ministério da Saúde a realização das Consultas Públicas não possui vinculação com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

A questão básica que fica é: se a Ouvidoria do Sistema possui a responsabilidade de ouvir, analisar e encaminhar as demandas dos usuários, porque não incorpora as opiniões e sugestões enviadas?

Se o Conselho Nacional de Saúde é instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, que tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde, porque ainda não dispõe de um fluxo regular e vinculação com a realização das Consultas?

Os tempos atuais requerem de todas as instâncias governamentais o esforço de debater a implantação do Sistema Nacional de Participação Social, para que as experiências de promoção de cidadania e ampliação de espaços

democráticos não sejam apenas uma política de governo, mas se estruturarem como uma política de Estado.

Outro desafio é avaliar se o processo das Consultas Públicas possui alguma incidência sobre as políticas públicas. Até o momento não existe a transparência sobre esta informação. Em tempos de implantação da Lei de Acesso à Informação esta pode ser uma medida facilmente adotada pelos gestores federais.

Um terceiro aspecto é a necessidade de esforços permanentes para mudança da cultura institucional. Para que uma nova institucionalidade da democracia se consolide devemos ficar alertas a um dos mitos criados pelos discursos governamentais. No caso das Consultas Públicas salientamos aquela velha máxima que afirma que a sociedade não está preparada para participar como protagonista das políticas públicas. Este mito é baseado no preconceito do saber, que se esconde em um discurso tecnicista. Segundo Moroni (2009), é um disfarce ideológico forjado por aqueles que detêm o poder político.

Uma quarta constatação aponta para a necessidade de democratizar a comunicação e as informações. Democratizar tanto na direção de fornecer os elementos necessários para a construção de opiniões conscientes, quanto na direção de uma linguagem acessível a todos os cidadãos. Esse seria um dos principais aspectos para popularizar ainda mais o aprendizado que pode surgir dos processos de consulta.

Manter a realização das Consultas Públicas dentro de uma estrutura rígida, que não amplia a interação entre os participantes é ignorar as possibilidades e diversidade que a internet e as novas tecnologias poderiam agregar ao processo de transparência e *accountability*.

Sabemos que uma sociedade marcada por desigualdades irá refletir a desigualdade na participação. Este aspecto leva a uma quinta condição para a participação que é o estabelecimento de políticas afirmativas que promovam a universalidade do direito de influir nos processos políticos. Ainda fica por investigar qual o grau de influência de cada grupo social nos processos sob consulta, mas apenas desvelando esta correlação de forças fortaleceremos os elementos que podem levar a alterar esta realidade.

Gestores comprometidos com a consolidação da cidadania devem promover a construção de agendas que promovam a autonomia dos cidadãos e colaborem com o desenvolvimento de habilidades e qualificações necessárias ao pleno exercício de direitos.

A prática cotidiana da Educação Popular contribui para democratização das gestões e das relações de poder. Nas palavras de Paulo Freire (1992, p. 89) “Tudo deve estar visível. Tudo deve ser explicado. O caráter pedagógico do ato de governar, sua missão formadora, exemplar, que demanda por isso mesmo dos governantes, seriedade irrecusável com o desenvolvimento de habilidades e qualificações necessárias ao pleno exercício de direitos”. Permanece o desafio de colocarmos instrumentos, como as Consultas Públicas, a favor de uma pedagogia da Gestão Democrática.

Encerro este trabalho apresentando dois trechos do relatório final do I Seminário Nacional de Participação Social, promovido pela Secretaria Geral da Presidência da República, com a finalidade de “dar continuidade ao processo de ampliação, aprofundamento e institucionalização da esfera participativa brasileira”.

O primeiro destaque é fruto da oficina de trabalho “A relação das novas mídias com as formas de representação e participação” e apontam para conclusões afinadas com as nossas sobre as Consultas Públicas

Hoje os processos de consulta pública são realizados de maneira fechada por agências reguladoras, tornando o processo muito pulverizado e de difícil acompanhamento. Devemos pensar o que é a ferramenta que se pretende criar e qual é o valor agregado que ela poderá ter: a consulta pública não trata apenas de colher informações de satisfação com o governo mas também em mecanismo para se estabelecer prioridades de agenda. Para que seja efetiva, ela deve trazer uma pauta que faça sentido para o cidadão, sendo assim informação é fundamental, assim como transparência e esclarecimento sobre os encaminhamentos dos consensos produzidos (CEBRAP, 2011)

Neste encontro as Consultas Públicas já são apontadas como um dos doze elementos da participação, mas no tópico apresentado por Paulo Maldos e Pedro Pontual - Uma agenda para construção do Sistema Nacional de Participação Social – um destaque para a o caminho a ser seguido

Devido ao processo de constituição de múltiplos espaços de participação social, em curso nos últimos anos no país, de caráter extremamente plural e diverso, surge a necessidade de se construir um Sistema Nacional de Participação Social;

Devemos começar esta construção pelo já existente (conselhos, conferências, ouvidorias, audiências e consultas públicas, mesas de diálogo etc) e incorporar novos elementos e práticas que surgirão durante o processo;

[...]

No período mais recente tivemos a emergência de novas formas de participação e representação, via tecnologia digital. Estas linguagens têm tido muita importância nos processos de mobilização social e de diálogo entre o poder público e a sociedade. A construção do Sistema Nacional de Participação Social deve levar em conta esta realidade, incorporando-a, valorizando-a e fortalecendo-a;

Enfim, como disse o saudoso sociólogo e ativista dos direitos humanos Betinho “O desenvolvimento humano só existirá se a sociedade civil afirmar cinco pontos fundamentais: igualdade, diversidade, participação, solidariedade e liberdade”.

7. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. **República, participação e democracia.** In AVRITZER, L. (Org.) *Experiências Nacionais de Participação Social*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 55-69.

AVRITZER, L. (Org.) **Experiências Nacionais de Participação Social**. São Paulo: Cortez, 2009. 159p

AVRITZER, L. e ANASTASIA, F. (Org) **A Reforma Política e Participação Social no Brasil**. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2006. 271 p.

AVRITZER, L. e PEREIRA, M. L. D. **Democracia, Participação e Instituições Híbridas**. Belo Horizonte, UFMG, 2011 (texto do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, Módulo 6 p.57-81).

AVRITZER, L. e SANTOS, B. de S. **Para ampliar o cânone democrático**. Belo Horizonte, UFMG, 2008 (texto do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, Módulo 1. p. 9-56).

BAHIA, Ligia; SALM, Cláudio; MALTA Maria Mello de. **A Participação Social e a Construção do SUS: Anotações sobre as Trajetórias dos Movimentos Sociais, e Proposições acerca dos Conselhos e Conferências de Saúde.** – Laboratório de Economia Política da Saúde – Universidade Federal do Rio de Janeiro - Disponível em <<http://www.leps.ufri.br/gestaops/APartSocialConstSUS.html>>. Acesso em: 04/07/2012.

BRASIL. (1987) Ministério da Saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de jan. 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm . Acesso em 02 jul. 2012.

BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de set.1990.

BRASIL. Lei nº. 8142, 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**. <Disponível em: www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em 02/06/2012.

BRASIL. Lei nº. 9656, de 3 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Diário Oficial da União, Brasília,

DF, 6 jun. 1998. Disponível em; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em 02 de jul. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Atenção a saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório**. Rio de Janeiro, 2009. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2011-3ª edição. 208 p. (série E. Legislação de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS**, 2 ed.- Brasília, DF – Editora do Ministério da Saúde, 2009.44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário Temático - Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, DF. 2012 – 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento: Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão: estrutura e conteúdo**, 2009. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 6)

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Conselhos Nacionais de Saúde**. Brasília, 2010. 92 p.

BRASIL. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Democracia Participativa, nova relação do estado com a Sociedade**, 2003-2010. 2 ed. Brasília, 2011. 119p.

CARVALHO, G. C. M. de C. **Participação da Comunidade na Saúde**. Passo Fundo: IFIPE, CEAP 2007, 259 p.

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo. **Direito à Saúde com Controle Social**. 2003.86 p.

CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Relatório do 1º Seminário Nacional de Participação Social**. Disponível em http://www.secretariageral.gov.br/art_social/seminario/relatorio-final. Acesso em 30/07/2012

CONASEMS, **Participação Social no SUS: O olhar da Gestão Municipal** – 2009.

CONASS, **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.100 p. (CONASS Documenta; 18)

CORNWALL, A., ROMANO, J. O. e SHANKLAND. **Culturas da Política, Espaços de Poder: Contextualizando as Experiências Brasileiras de Governança Participativa**. In CORNWALL, A., ROMANO, J. O. e

SHANKLAND (Org.) **Olhar Crítico sobre a Participação e Cidadania**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. 296 p.

CUNHA, E. S. M. e PINHEIRO, M. M. B. **Conselhos Nacionais: condicionantes políticas e efetividade social**. In AVRITZER, L. (Org.) *Experiências Nacionais de Participação Social*. São Paulo: Cortez, 2009. 159p.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 208 p.

FARIA, C. F. **Plebiscito e Referendum**. In AVRITZER, L. e ANASTASIA, F. (Org.) *A Reforma Política e Participação Social no Brasil*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2006. p. 99-102

FARIA, C. F., **Estado e Organização da Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo: Construindo uma sinergia positiva?** *Rev. Sociologia e Política*, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 187-204, jun. 2010

FLEURY, S. (org) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.323 p. Disponível <<http://www.cebex.org.br/media/File/publicacoes>> Acesso em: 15/03/2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança**. São Paulo: Paz e Terra. 1992. 127 p.

GOHN, M. G. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 13, n. 2, pp. 20-31. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200003>. Acesso em 17/072012.

GOHN, M. G. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGS e redes solidárias**. São Paulo: Cortez. 2005. 120 p.

IDEC. **Defesa do consumidor, participação social e ferramenta para a cidadania: Um banco de dados para o monitoramento da regulação**. São Paulo. 2011. 56 p.

JUNQUEIRA, V., **Controle Social do Sistema Único de Saúde: alguns pontos para reflexão**. In BOTAZZO. C.; OLIVEIRA, M. A. de O. (Org.) *Atenção Básica no sistema Único de Saúde: abordagens interdisciplinares para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas &Letras Editora e Gráfica, 2008, p.155-163.

LAMBERTUCCI, A. R. **A participação social no governo Lula**. In AVRITZER, L. (Org.) *Experiências Nacionais de Participação Social*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 70-89.

LOCK, F. N., **Participação Popular no Contexto da Administração Pública**. *Revista Eletrônica de Contabilidade Curso de Ciências Contábeis UFSM*. Volume I. Nº.1 Set-Nov/2004. Disponível em :<<http://w3.ufsm.br/revistacontabeis/anterior/artigos/vln01/a07vln01.pdf>> Acesso em 29/06/2012

MENDES, R. **A emergência e o protagonismo do sujeitos**. In BOTAZZO. C.; OLIVEIRA, M. A. de O. (Org.) *Atenção Básica no sistema Único de Saúde*:

abordagens interdisciplinares para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008, p.165-171.

MORAES, I. H. S. **Informação em Saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação**. In Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, p. 17-27.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 274 p. Disponível em <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00011506&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28/07/2012

MOREIRA, M. R. e ESCOREL, S. **Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS**. In Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):795-805, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/15.pdf>. Acesso em 04/07/2012.

MORONI, J. A. **O direito à participação no Governo Lula**. In FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.) Participação, Democracia e Saúde. Rio De Janeiro: Cebes, 2009, p. 248-269.

OLIVEIRA, V. de C. **Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde**. In BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília. 2011- 3ª edição. 208 p. (série E. Legislação de saúde).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e europeias. Resultados: Laboratório de Inovação sobre a inclusão de Cidadãos na Implementação da política de Saúde**. OPAS. CNS. Brasília. 2012

PEREIRA, M. F. **Experiência de Participação Pública nos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil**. In VI Congresso Português de Sociologia. 2008. [s.n.]. 12 p.

PÓ, M. V. **A accountability no modelo regulatório brasileiro: gênese e indefinições (os casos da Anatel e ANS)**. 2004. Dissertação (Mestrado) — Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2452/98381.PDF?sequence=2>>. Acesso em 04/07/2012.

PÓ, M. V. e ABRUCIO, F. L. **Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças**. Rio de Janeiro 40(4):679-98, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n4/31601.pdf>>. Acesso em 19/06/2012.

PONTUAL, P. de C. **Educação Popular e Incidência em Políticas Públicas**. Trabalho Encomendado para apresentação na 33ª Reunião Anual da ANPED de 17 a 20 de outubro de 2010. Caxambu: ANPED, 2010. Disponível em <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Educa%C3%A7%C3%A3o%20>

Popular%20e%20incid%C3%A2ncia%20em%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas.pdf. Acesso em 06/06/2012.

ROTHBERG, D. **Por uma agenda de pesquisa em democracia eletrônica**. Opinião Pública, Campinas, 2008, p 149-172.

SACARDO, G.e CASTRO,I. E. do N.**Conselhos de Saúde. Observatório dos Direitos do Cidadão – acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo São Paulo**, Instituto Pólis/PUC-SP, 2002, 72 p.

SANTOS, L. e CARVALHO, G. I. **Das Formas de Controle Social sobre as ações e serviços de Saúde**. In SANTOS, L. Conhecendo seus Direitos na Saúde Pública. Campinas, SP. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2006. p. 179-198.

SCHERER-WARREN, Ilse. **Das ações coletivas às redes de movimentos sociais**. *Controle social e democracia*. Belo Horizonte, UFMG, 2009 (texto do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, p. 9-35).

Páginas da internet consultadas

<http://conselho.saude.gov.br/>

<http://espacoacademico.wordpress.com/2011/08/06/o-socialismo-e-uma-doutrina-triunfante-%E2%80%93-entrevista-com-antonio-candido/>

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>

<http://www.ans.gov.br/>

<http://www.cgu.gov.br/default.asp>

<http://www.idec.org.br/o-idec>

<http://www.regulacao.gov.br/>

<http://www.secretariageral.gov.br/>