

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política
Nível Mestrado

**A DINÂMICA PARTICIPATIVA E DELIBERATIVA EM CONSELHOS
DE SAÚDE MUNICIPAL E ESTADUAL: UMA ANÁLISE COMPARADA**

Laura Silva Jardim

Belo Horizonte
2010

LAURA SILVA JARDIM

**A DINÂMICA PARTICIPATIVA E DELIBERATIVA EM CONSELHOS
DE SAÚDE MUNICIPAL E ESTADUAL: UMA ANÁLISE COMPARADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Área de concentração: Instituições,
participação e sociedade civil

Orientadora: Cláudia Feres Faria

Belo Horizonte

2010

320 Jardim, Laura Silva
J37d A dinâmica participativa e deliberativa em conselhos de saúde municipal
2010 e estadual [manuscrito] : uma análise comparada / Laura Silva Jardim. - 2010.

172 f.

Orientadora: Cláudia Feres Faria

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Ciência política – Teses. 2. Conselhos de saúde - Teses 3. Políticas públicas
– Teses 4. Sociedade civil – Teses I. Faria, Cláudia Feres. II. Universidade Federal
de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Ciência Política
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

Dissertação intitulada “A dinâmica participativa e deliberativa em Conselhos de Saúde Municipal e Estadual: uma análise comparada”, de autoria da mestranda Laura Silva Jardim, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^a. Dra. Claudia Feres Faria – Universidade Federal de Minas Gerais (Orientadora)

Prof^a. Dra. Eleonora Schettini Martins Cunha – Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^a. Dra. Luciana Ferreira Tatagiba – Universidade Estadual de Campinas

Prof. Dr. Carlos Ranulfo Felix de Melo
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política
DCP-UFMG

Belo Horizonte, 17 de Dezembro de 2010.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, estiveram presentes no percurso de elaboração dessa dissertação. Em especial, gostaria de dizer muito obrigada:

À professora Claudia Feres Faria pelo interesse, disposição e paciência nessa orientação. As discussões sobre a pesquisa, as dicas e um olhar atento e criterioso sobre o texto enriqueceram muito esse trabalho;

À professora Eleonora Schettini M. Cunha pelo apoio e compreensão em todos os momentos, tanto na vida acadêmica, quanto profissional e pessoal. Obrigada por tudo, pela leitura e dicas nesse trabalho, pelas conversas no dia-a-dia, pelos “toques” na vida pessoal e profissional. Esses anos de convívio muito contribuíram para o meu crescimento;

À professora Luciana Tatagiba pela disponibilidade em ler esse trabalho e participar da banca, o que me deixa muito honrada;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação do DCP, especialmente ao professor Leonardo Avritzer pelo convívio e pela rica oportunidade de aprendizado que muito contribuíram para o meu amadurecimento acadêmico;

Aos servidores das Secretarias do DCP e do colegiado da Pós-Graduação da FAFICH, Adilsa, Marlene e Alessandro, por tornar a burocracia um momento mais agradável;

Aos colegas de turma e de caminhada pelas discussões e críticas proporcionadas durante as disciplinas, que ajudaram a aprimorar esse trabalho;

Às bolsistas das pesquisas “A estadualização dos formatos participativos no Brasil contemporâneo: a dinâmica participativa e a efetividade da inclusão política” e

“Participação e (Re) distribuição nas políticas públicas em Minas Gerais” pela coleta e sistematização dos dados;

À toda equipe do Projeto Democracia Participativa – Prodep, em especial à Amelinha, Vandeco, Débora, Eduardo, Antônio, Luisa, Amanda, Juliana, Uriella, Lilian, pelas conversas, sugestões, pelo companheirismo e acima de tudo pelo respeito e amizade;

À Raquel, Rani, Rejane e Carlão por me proporcionarem a oportunidade de partilhar um pouco da minha vida com vocês e sempre me incentivar a seguir em frente. Em especial, a Áurea Mota que, mesmo distante, consegue se fazer presente;

Agradeço, acima de tudo, à minha família, Lucas, Izaltina, Leandro, Danilo, Raimundo e Amélia, que estiveram sempre presentes, me incentivando a buscar o melhor caminho. Mãe, obrigada pelo apoio essencial em todos os momentos da minha vida. Bruna, Júlia e Joaquim, vocês contribuíram muito com momentos de descontração e alegria, fazendo com que os dias tensos desse percurso se tornassem mais prazerosos.

RESUMO

Esta dissertação versa sobre questões que dizem respeito às formas de relação entre sociedade civil e Estado que são essenciais para se pensar na formulação de políticas públicas participativas. A análise empírica aqui desenvolvida teve como foco as transformações que foram processadas na política de saúde no Brasil pós-Constituição de 1988 por meio da criação dos Conselhos de Políticas Públicas. Na tentativa de articular as propostas de participação social ampliada e diversificada em espaços deliberativos de tomadas de decisão nos quais uma forma diferenciada de representação emergiu, podemos destacar a idéia de inclusão democrática como categoria chave desse processo. A análise apresentada neste trabalho teve como foco uma investigação sobre o grau de inclusão que podemos observar em dois conselhos, o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Justificamos a escolha destes dois conselhos em termos metodológicos, pois os diferentes níveis governamentais nos quais as políticas públicas são processadas se constitui como variável fundamental para pensar nas possibilidades e constrangimentos à participação. Através da análise documental (atas das reuniões, regimentos internos, resoluções, entre outros), da observação direta de algumas plenárias e de entrevistas com os conselheiros, observamos questões relativas aos desenhos institucionais adotados nestes espaços e ao processo deliberativo compreendido como algo que engloba os processos de argumentação, justificação e tomada de decisão. Entre as principais conclusões que foram originadas a partir da pesquisa, destacamos que projetos políticos governamentais que privilegiam com intensidade diferenciada a participação de atores sociais é questão central para pensarmos em quão democrático e inclusivo os Conselhos de políticas públicas criados em diferentes níveis podem se tornar.

Palavras-chave: conselhos de políticas públicas; instituições participativas; escala

ABSTRACT

This dissertation is concerned with issues related to the relationship between civil society and the State, which are essential for thinking about the implementation of participatory public policies. The empirical analysis developed in this work deals with the transformations which impacted Brazil's health policies after the promulgation of the 1988 Constitution, particularly with the establishment of the Participatory Public Policies Councils. A new form of representation emerged within the context of articulating the proposals for wider and diverse forms of social participation in decision-making deliberative spaces. The idea of democratic inclusion became a central category for thinking about this process. Hence, the analysis presented in this study focused on the level of political inclusion which can be seen in two Health Councils: the Minas Gerais State Health Council and the Belo Horizonte Municipal Health Council. The choice of these two councils is justified methodologically because we believe that different government levels, where public policies are processed, can be regarded as fundamental variables for thinking about the possibilities for and constraints to participation. Through the analysis of documents, including the direct observation of formal meetings and some interviews with council members, we noticed how certain issues related to the adopted institutional designs and the deliberative process came to light. In our view a deliberative process is one which encompasses processes of argumentation, justification and political decision-making. Among the main conclusions that we have reached in this study, it is worth noting that governmental political projects, which privilege the participation of social actors to varying degrees, are important when considering how democratic and inclusive public policy councils, created at different levels, can and should be.

Keywords: Participatory Public Policies Councils; scale

Lista de Tabelas

		Pág.
Tabela 1	Vocalização por segmento	125
Tabela 2	Vocalização dos atores externos	126
Tabela 3	Vocalização por cargo que ocupa na Mesa Diretora no CES-MG	127
Tabela 4	Temas debatidos nos conselhos	130
Tabela 5	Principais temas debatidos nos conselhos agrupados	134
Tabela 6	Tipos de atribuições e competências do CES-MG e do CMS-BH	136
Tabela 7	Presença de debate nos conselhos	138
Tabela 8	Presença de contestação nos conselhos	138
Tabela 9	Presença de demanda e denuncia nos conselhos	139
Tabela 10	Presença de propostas nos conselhos	140
Tabela 11	Segmento que encaminhou propostas no CES-MG e no CMS-BH	141
Tabela 12	Formas de expressão no CES-MG e no CMS-BH	143
Tabela 13	Quantidade de Resoluções nos conselhos	147
Tabela 14	Temas das Resoluções do CES-MG e do CMS-BH	148
Tabela 15	Tema das resoluções do CES-MG e CMS-BH agrupados	149

Lista de Quadros

		Pág.
Quadro 1	Ano de criação dos conselhos e do RI	107
Quadro 2	Funcionamento da Mesa Diretora	108
Quadro 3	Composição do CES-MG e do CMS-BH	111
Quadro 4	Forma de escolha dos representantes do CES-MG e do CMS-BH	116
Quadro 5	Processo decisório no CES-MG e no CMS-BH	119
Quadro 6	Descrição das atas analisadas	123

Lista de Figuras

		Pág.
Figura 1	Pirâmide do Sistema de Saúde	84
Figura 2	Engenharia Institucional do SUS	91

Lista de Gráficos

		Pág.
Gráfico 1	Vocalização por sexo	124
Gráfico 2	Produção de decisão nos conselhos	146

Lista de Siglas

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CDES	Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social
CEAS	Conselho Estadual de Assistência Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBEs	Comunidades Eclesiais de Base
CEDCA	Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasp	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MOPs	Movimentos Populares de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Plus	Plano de Localização de Unidades de Serviços
PMC	Projeto Montes Claro
PPA	Plano Plurianual
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RI	Regimento Interno
SESACS	Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária
SGPR	Secretaria Geral da Presidência da República
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SUDS

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS

Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Introdução.....	14
Capítulo 1 - O debate teórico sobre instituições participativas no Brasil contemporâneo: o lugar das instituições na literatura sobre participação.....	20
1.1 – A institucionalização da participação.....	22
1.2 - A deliberação democrática como forma de inclusão política.....	30
1.3 - Novas formas de se conceber a representação política.....	38
Capítulo 2 – As relações que se estabelecem entre o Estado e a sociedade civil em busca de maior inclusão política.....	49
2. 1 - Os diversos estudos sobre o Estado.....	50
2.2 – As relações entre o Estado e a sociedade.....	57
Capítulo 3 – A conformação da Política de Saúde e a instauração dos conselhos de política.....	73
3.1 – A trajetória da Política de Saúde e a inclusão de novos atores.....	74
3.2 – Os Conselhos de Políticas Públicas.....	94
Capítulo 4 – O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: uma análise comparada sobre a dinâmica participativa e deliberativa.....	101
4. 1 – O desenho institucional dos conselhos.....	105
4.1.1 – Estrutura de Funcionamento.....	106
4.1.2 – Composição dos conselhos.....	111
4.1.3 – Processo Decisório.....	117
4.2 – O processo deliberativo: vocalização, argumentação e justificação.....	121
4.2.1. A vocalização nos conselhos.....	123
4.2.2. Os temas que são debatidos nos conselhos.....	129
4.2.3. Dinâmica das deliberações.....	137
4.3 – O processo deliberativo: produção de decisões.....	145
Conclusão.....	155
Referências Bibliográficas.....	160
Anexos.....	173

Introdução

A Constituição de 1988 propiciou a criação de mecanismos de participação semi-direta (BENEVIDES, 1998) e também possibilitou a participação regular da sociedade civil nas decisões sobre políticas públicas e, com isso, ampliou a possibilidade de que haja maior controle das ações do Estado. Essa nova forma de interação entre Estado e sociedade, propiciada a partir da Constituição, torna possível a instauração de instituições participativas, que permitem uma relação mais contínua da sociedade civil com o sistema político. Desde então, temos uma mudança no padrão de ação dos atores da sociedade civil, que além de uma atuação via ativismo, institui um processo de diálogo e cooperação com o Estado.

Tais inovações são bastante visíveis na área da saúde, que juntamente com a assistência social e a previdência, constituem-se no sistema de seguridade social. A normatização da saúde como direito do cidadão e dever do Estado na Constituição Federal fez com que os Estados e municípios reorganizassem sua estrutura administrativa e seu sistema de atendimento. Posteriormente, com a promulgação da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) temos a regulamentação da área, como nos mostra o artigo 7º que define como diretrizes a descentralização político-administrativa e o comando único das ações em cada esfera de governo. Nessa lei já é contemplada a presença da participação da comunidade, porém é na lei 8.142/90 que essa participação é sistematizada.

Assim, para operacionalizar esse novo sistema descentralizado e participativo são criados diversos espaços de participação, como as conferências de saúde e os conselhos locais, regionais, municipais e estaduais. Os conselhos são exemplo de instituições participativas, em que temos atores em uma composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos financeiros.

Dentre as conquistas instituídas a partir da Constituição, encontram-se, portanto, os Conselhos de Políticas Públicas que são instâncias importantes para o aprimoramento da democracia na medida em que propiciam a participação da população juntamente com a do Estado, para definir as políticas, bem como controlar, dinamizar e buscar democratizar as estruturas do Estado. Com tais mecanismos, o que se deseja é uma

participação ativa da população, não apenas na fiscalização das políticas, mas também na proposição de novos rumos para elas.

Devido ao seu formato inovador e às promessas de aprimorar a democracia, bem como incluir a sociedade civil na discussão conjunta das políticas públicas com o Estado, os conselhos têm propiciado muitas pesquisas. Na presente dissertação procuraremos analisar comparativamente a dinâmica participativa do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais – CES/MG e do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMS/BH, buscando verificar se tais instâncias realmente incluem os atores da sociedade civil nas discussões sobre o tema da saúde, ou seja, se esses são de fato espaços inclusivos. Além disso, procuraremos, também, analisar a forma como ocorrem as práticas sociais dentro dessas instâncias, buscando aferir o quão democráticas elas são.

Se esses espaços têm o potencial de fazer com que a democracia tenha novos canais de atuação e, dessa forma, haja o seu aprimoramento, é preciso que tais práticas sejam democráticas, inclusivas e justas. A idéia aqui presente é comparar o Conselho estadual com o municipal, investigando o quão democráticas são essas instâncias e buscando explicar por meio de hipóteses as possíveis diferenças entre eles.

Partimos do princípio que a Política de Saúde é sistêmica, e dessa forma, se fazem necessários trabalhos que busquem estudar o sistema. Temos uma variedade de estudos que trabalham os Conselhos Municipais isoladamente ou comparativamente e outros poucos que tratam dos Conselhos Estaduais. Porém, apesar de sua autonomia, tais instâncias estão submetidas a diretrizes nacionais, seja do Conselho Nacional de Saúde, bem como do Ministério da Saúde, agindo de forma sistêmica.

Sabemos que a mudança do nível local para o estadual acarreta uma série de constrangimentos para a viabilidade da participação, tais como: a extensão territorial e populacional, as dificuldades temporais, de sobreposição de autoridades, o tamanho da burocracia, dentre outras (DAHL, 2001; FARIA, 2005, 2006). Porém, tais constrangimentos não são suficientes para obstaculizar práticas participativas neste nível. Por isso a importância de se analisar como elas ocorrem, verificando quais diferenças de fato há entre os conselhos no nível municipal e no estadual, e os impactos que podem trazer para a democratização.

Para essa análise, inicialmente, iremos contextualizar a participação política da sociedade civil. Mostraremos quando ocorre a mudança do principal meio de participação via ativismo para uma participação mais institucionalizada. A idéia

presente nessa primeira parte é definir as instituições participativas que serão alvo de investigação. A participação nos conselhos só se torna possível devido a existência de um contexto político, em que há mudanças não só na atuação dos representantes da sociedade civil, mas também por parte do Estado, que se torna mais aberto às reivindicações da população.

Uma das formas que essa parceria pode assumir é a deliberação. Se assim for, os conselhos podem ser caracterizados como arenas deliberativas onde as decisões são construídas coletivamente por meio da discussão entre os atores em busca de um consenso ou de decisões produzidas pela maioria. Ainda no primeiro capítulo, fazemos um breve resgate sobre os autores que estudam a deliberação e a democracia deliberativa, apresentando, também, alguns dos limites dessa literatura. Esse trabalho não pretende verificar se nos conselhos encontramos todos os requisitos que requerem uma boa deliberação, mas mostrar que nesses espaços ocorre uma dinâmica deliberativa e como ela ocorre. Consideramos que o processo deliberativo que há em tais instâncias torna-se um meio pelo qual os atores são incluídos, a partir do momento em que eles podem expressar suas opiniões, bem como atuar diretamente nas decisões.

Dado que os conselhos são constituídos por representantes, também apresentamos uma breve revisão da literatura recente que trata da representação, focando principalmente na representação da sociedade civil. Nesse trabalho, consideramos que representação e participação não se opõem necessariamente (PLOTKE, 1997). Além disso, por meio da deliberação é possível ver um *continuum* entre participação e representação (URBINATTI, 2000). Os diferentes grupos da sociedade civil assumem em tais instâncias o papel de representantes, e aqui procuramos mostrar quais são os argumentos para que tais atores sejam representantes. A representação é entendida como uma relação entre representante e representado, que ocorre ao longo do tempo e não em momentos específicos (YOUNG, 2006; URBINATTI, 2000). Os diferentes grupos da sociedade civil sentem-se autorizados a representar a partir de suas perspectivas (YOUNG, 2006), suas afinidades (AVRITZER, 2007) ou mesmo devido a prestação de serviços e/ou de intermediação com outras instituições (LAVALLE et al, 2006).

A participação, a deliberação e a representação constituem-se, portanto, mecanismos capazes de incluir os atores da sociedade civil nas decisões do Estado via conselhos. Sendo assim, é preciso estar atento para o fato de que a sociedade civil não age isoladamente no interior desses mecanismos, e sim conjuntamente com o Estado.

Alguns teóricos tendem a analisar o Estado e a sociedade civil isoladamente, entendendo-os como campos distintos e opostos entre si. Porém, nesse trabalho, consideramos que ambos não atuam em separado, pois na atuação dos conselhos, o Estado não age isoladamente e a sociedade civil não o faz fora do Estado (DAGNINO, 2002; NOGUEIRA, 2005).

No capítulo dois, primeiro buscaremos uma melhor conceituação do que seja o Estado, suas características e o que dizem algumas correntes teóricas sobre a sua ação. Focamos principalmente na teoria pluralista, por entender que ela nos ajuda a compreender as mudanças que ocorrem na relação entre o Estado e a sociedade, bem como nos apresenta os desafios que são postos a ambos. Apresentamos também, nesse capítulo, alguns estudos sobre essa relação, tentando aferir as diferentes formas que ela ocorre, bem como as diferentes variáveis que podem impactá-la, tais como a atuação e organização da sociedade civil e da sociedade política, o desenho institucional, entre outras (ABERS e KECK, 2009; AVRITZER, 2008, 2009; FARIA, 2008a, 2009; FARIA e RIBEIRO, 2010; WAMPLER, 2010).

O terceiro capítulo traz um resgate histórico de como se estabeleceu a Política de Saúde, bem como a atuação de seus atores para a constituição dos conselhos. Nesse capítulo, verifica-se mudanças no padrão de atuação tanto da sociedade civil – do Movimento Sanitarista até os conselhos - bem como do Estado, que torna-se mais aberto à participação da sociedade. A Política de Saúde não se estabeleceu de uma forma linear, há várias idas e vindas, em que temos diversos interesses em questão. Com a conformação da política, temos também a instauração dos conselhos. Apresentamos um pouco da história do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, mostrando como ocorreu a mobilização da sociedade civil e política para a criação dessas instâncias.

No capítulo quatro apresentamos alguns estudos que já foram feitos sobre os conselhos, para, em seguida, mostrar a análise de dados que busca verificar em que medida os conselhos analisados são inclusivos e possuem práticas democráticas. Para esse estudo utilizamos dados de duas pesquisas: “Participação e (Re) distribuição nas políticas públicas em Minas Gerais”, desenvolvida sob a coordenação do professor Leonardo Avritzer, que analisou a atuação de Conselhos em âmbito municipal; e “A Estadualização dos formatos participativos no Brasil contemporâneo: a dinâmica participativa e a efetividade da inclusão política”, coordenada pela professora Claudia Feres Faria.

Para efeitos comparativos, optamos por trabalhar com as seguintes variáveis: o desenho institucional e o processo deliberativo visto tanto a partir da argumentação e justificção de posições, quanto como produção de decisão. Complementando essa análise, utilizamos também a análise documental, observação *in locu* e algumas entrevistas com conselheiros do segmento dos trabalhadores.

Para a análise do desenho institucional, consideramos que as regras podem incidir sobre a participação dos conselheiros, bem como sobre a deliberação e representação, determinando assim, a sua dinâmica participativa e deliberativa. A partir das diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, bem como das Leis de Criação e dos Regimentos Internos dos conselhos, procuraremos analisar: a) a estrutura de funcionamento; b) a composição; e c) o processo decisório.

Essa primeira parte dos dados foca apenas nas regras que são estabelecidas, mostrando o potencial dos conselhos em serem inclusivos e democráticos. Porém, apenas a regra não é suficiente para dizer como tais instituições de fato operam. Como apontado por Faria (2008), há uma nova agenda de pesquisa que busca averiguar não apenas quem participa, mas a forma como essa participação se concretiza no interior destas instituições. Sendo assim, analisaremos também o processo deliberativo dos conselhos, a partir de um estudo das atas das reuniões do CES-MG, no período de 2006-2009, e do CMS-BH, no período de 2003-2006. A análise das atas nos permite aferir de que forma ocorre o processo deliberativo, visto a partir de: a) a vocalização dos atores, b) os temas que são debatidos e c) a dinâmica das deliberações.

Por fim, na terceira parte, a partir de um estudo das Resoluções dos conselhos, nos mesmos períodos, analisaremos as decisões que são tomadas pelos conselhos, buscando verificar em que medida elas são relevantes ou não para a política de saúde do estado e do município.

Tal estudo permitiu concluir que o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMS/BH é mais inclusivo e possui práticas mais democráticas do que o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais – CES/MG, tanto que no se refere às suas regras, quanto em sua atuação, vista por meio de sua dinâmica deliberativa. Uma hipótese que levantamos para essa diferenciação refere-se, principalmente, aos projetos políticos dos governos do estado e do município que são diferenciados, sendo que no município temos um projeto participativo, em que tais instituições participativas são reconhecidas e favorecidas pela ação da prefeitura. Nossa expectativa é que esse estudo venha a contribuir para o conhecimento dessas instâncias participativas, vistas de forma

sistêmica, bem como para o aprimoramento das relações que se estabelecem entre o Estado e a sociedade civil dentro de tais instituições.

Capítulo 1 - O debate teórico sobre instituições participativas no Brasil contemporâneo: o lugar das instituições na literatura sobre participação.

A partir da redemocratização ocorrida nos anos de 1980 temos no Brasil a ampliação da participação política, seja por meio dos mecanismos eleitorais, seja por meio da participação em movimentos sociais e nas associações, entidades profissionais e/ou ONGs, buscando melhores condições de vida, garantia de direitos, via a participação no direcionamento das políticas públicas. Foi, principalmente, por meio da Constituição de 1988 que algumas dessas demandas foram incorporadas e se assegurou a participação social nas decisões sobre políticas públicas. A Constituição Federal, portanto, é considerada um grande avanço em nossa democracia. No que tange a uma democracia participativa, a Constituição Federal de 1988 possibilitou a criação de mecanismos de participação semi-direta (BENEVIDES, 1998), tais como referendo, plebiscito e iniciativa popular de lei, mas também mecanismos que buscam uma participação regular da população nas decisões sobre políticas públicas e a possibilidade de maior transparência por parte do Estado. Temos assim, um movimento duplo em que a sociedade civil busca participar das instituições públicas, mas também há um movimento destas instituições no sentido de se re-configurarem para se adaptarem à participação.

É nesse período e por meio dessa interação política entre Estado e sociedade que surgem as instituições participativas que podem ser definidas a partir de quatro características principais, a saber: operam simultaneamente a partir de princípios de representação e participação; transformam características voluntárias da sociedade civil em formas permanentes de organização política; interagem com partidos políticos e atores estatais; e tem o desenho institucional como relevante para a sua eficácia (AVRITZER, 2009).

Como apontado por Avritzer (2009), as instituições participativas mudam o debate sobre a participação, pois, entre outras coisas, inserem a sociedade civil no sistema político mais amplo, ajudam a recuperar a dimensão das bases da sociedade política, e mudam o debate sobre o desenho institucional. Com essas instituições não se está em busca de descartar as esferas do Estado e/ou mercado, mas de controlar, dinamizar e democratizar o papel delas, fazendo com que a sociedade participe e controle as decisões referentes às políticas públicas.

A participação da sociedade civil nessas instituições não se resume apenas ao nível local e/ou municipal, sendo também estabelecida a sua existência na esfera federal e estadual. Essa participação nos outros níveis e, conseqüentemente, a possibilidade de inclusão de novos atores acarreta alguns problemas para a sua concretização de fato. Segundo Dahl (2001, p.125), “quanto mais cidadãos uma unidade democrática contém, menos esses cidadãos podem participar diretamente das decisões do governo e mais eles têm de delegar a outros essa autoridade”. Alia-se ao número de atores envolvidos e a extensão territorial, o fator tempo. O autor pontua que não é possível a participação de todos os atores, dado que para fazê-lo despenderiam muitas horas, ou mesmo dias. Para Dahl (2001), a inclusão política dos cidadãos torna-se viável apenas por meio da representação, ou seja, por meio de sua capacidade de eleger e influenciar os líderes no processo de tomada de decisão.

Além desses fatores, Faria (2006) pontua que no nível estadual, bem como no nacional, a burocracia é maior e espacialmente mais ampla, o que dificulta a tomada de decisão, posto que o público-alvo encontra-se separado destas burocracias, dificultando o controle da administração estatal. No sistema federativo, também é preciso lidar com a sobreposição de poderes. “O Estado, além do executivo e do legislativo, deve administrar também suas relações com os municípios que, embora antes da federação independentes, guardam com ele relações importantes e nem sempre cooperativas” (FARIA, 2006, p.37).

Assim, a expansão da atuação das instituições participativas para os outros níveis da federação nos coloca novas questões sejam relativas ao âmbito em que ocorre essa participação, sejam referentes às relações que se estabelecem entre Estado e sociedade civil. Nas instituições participativas, o padrão de ação dos atores sociais e políticos é marcado, prioritariamente, pela cooperação e deliberação na busca de decisões que contemplem diferentes segmentos ali representados. Independentemente do nível analisado, temos representantes do Estado e da sociedade civil buscando soluções para os problemas vinculados às instituições participativas em que atuam. Não obstante, ao mudarmos o plano de ação – do local pra o estadual e deste para o federal – esses padrões de ação sofrem mudanças que requerem avaliações mais aprofundadas.

Dessa forma, iremos explorar um pouco mais as características das instituições participativas nos diferentes níveis. Antes porém, na primeira seção desse capítulo, faremos um breve relato sobre a participação e as mudanças na forma de agir da sociedade civil, de uma atuação que se voltava contra o Estado, via ativismo, para uma

atuação mais institucionalizada, de cooperação com o Estado. Na segunda seção, trataremos dessa forma mais cooperativa de interação, ou seja, a deliberação democrática por meio da análise de suas características e as diferentes perspectivas encontradas na literatura. Na última seção, trataremos a discussão recente sobre representação, focando as novas formas de se conceber a representação da sociedade civil.

Esperamos, assim, dialogar com as afirmações de Dahl (2001) que se por um lado, está certo sobre a problemática da escala e da representação, por outro, não foi capaz de perceber que a participação pode qualificar esta mesma representação, alargando, inclusive, seu escopo. Nossa comparação, portanto, se justifica na medida em que buscamos investigar em que medida a mudança de escala impacta o padrão de ação – participativo e/ou representativo – nestas instituições e por quê.

1.1 – A institucionalização da participação

A participação política é uma variável importante para a ampliação e o fortalecimento da democracia, seja no plano sócio-cultural, mas também em sua dimensão político institucional (TOCQUEVILLE, 1977; HABERMAS, 1984, 1996; PATEMAN, 1992; WARREN, 2001). Essa participação é vista como aquela que busca a organização da vida social, que tem como referência a comunidade como um todo. “Por intermédio da participação política, indivíduos e grupos interferem pra fazer com que diferenças e interesses se explicitem num terreno comum organizado por leis e instituições, bem como para fazer com que o poder se democratize e seja compartilhado” (NOGUEIRA, 2005, p.133).

Além da participação política, Nogueira (2005) nos apresenta outros três tipos de participação que podem se encontrados em diferentes períodos de nossa história. A primeira seria a participação assistencialista, ligada a idéia de filantropia e solidariedade, que esteve mais presente nos momentos de afirmação dos direitos de cidadania. O autor considera que esse tipo de participação ocorre em momentos em que há pouca maturidade e organicidade dos grupos sociais. Outra forma de participação seria a corporativa, que se refere à defesa de interesses específicos de determinados grupos ou categorias profissionais. Essa participação esteve presente principalmente na origem do sindicalismo. Há também a participação eleitoral, que se manifesta a partir do voto, tem como característica interferir na governabilidade e seus efeitos dizem respeito

à coletividade. Porém, para o autor, esse tipo de participação não leva à reorganização do Estado ou do poder político. Assim trataremos aqui da participação política.

Tocqueville (1977) já nos atentava sobre a importância desse tipo de participação, vista por meio das associações secundárias. O autor nos mostra que a partir dessas associações, que estabelecem o vínculo entre o Estado e a sociedade, o indivíduo poderia desenvolver e aperfeiçoar as instituições políticas. Dessa forma, o cidadão é educado para a vida pública, sendo as instituições consideradas, assim, “escolas gratuitas”.

Pateman (1992) também considera que é por meio da participação que os indivíduos aprendem a prática democrática. A autora mostra que para que o indivíduo se desenvolva enquanto cidadão deve haver uma socialização em diferentes esferas da vida, sendo que o desenvolvimento ocorre por meio do próprio processo de participação. “A participação promove e desenvolve as próprias qualidades que lhe são necessárias; quanto mais os indivíduos participam, melhor capacitados eles se tornam para fazê-lo” (PATEMAN, 1992, p.61).

Outro autor que segue nessa mesma direção é Warren (2001). O autor nos mostra que as associações podem ser vistas como um *locus* para se repensar as grandes mudanças. Para ele, as associações assumem um papel principal nas democracias pelo fato de serem mediadoras entre o Estado e a sociedade, e possuem efeitos democratizantes.

Temos assim que, na visão desses autores, para que a democracia se consolide, são necessários valores democráticos que são construídos e obtidos através de práticas cotidianas da sociedade civil. Logo, para entender o processo de democratização e o papel que assume a participação como um elemento de fortalecimento da democracia, devemos nos atentar para como se forma e como se estabelecem as práticas da sociedade civil.

A sociedade civil pode ser entendida como o “conjunto de associações voluntárias desvinculadas do mercado e do Estado” (AVRITZER e COSTA, 2004, p.709). No Brasil, a sua expansão e organização podem ser demarcadas com o final do período autoritário, entre 1970-1980. Avritzer (2009) mostra que a forma de organização da sociedade civil que ganha amplitude no período tem como principais motivadores: a) reivindicar serviços sociais inexistentes devido a rápida urbanização do

país; b) reação dos atores da classe média ao processo de modernização econômica que transforma as políticas em questões técnicas; c) oposição dos liberais e da classe média à falta de regras e *accountability* nos processos políticos e civis.

De um modo geral, a literatura sobre o tema afirma que o (re) surgimento da sociedade civil ocorre no período da democratização, pois é nele que temos um aumento no número de associações e também no tipo de associações. Mas é preciso chamar atenção para o fato de que ela já existia, embora não da maneira como se conhece hoje. Entre 1974-1985, com o processo de democratização e organização de muitas formas de ação coletiva, a sociedade civil torna-se mais independente do Estado e com predominância de relações mais horizontais (BOSCHI, 1987; DOIMO, 1995; CARDOSO, 1994).

Dagnino (1994), Avritzer (1994) e Alvarez (1990), entre outros, analisaram esse momento pré-constituente pautando seus estudos sobre questões relacionadas à luta da sociedade contra o autoritarismo. Dagnino (1994) nos mostra que, nesse período, a partir da experiência dos movimentos sociais e a sua luta por direitos, as pessoas teriam mudado o entendimento do que é ser cidadão, criando a idéia de que os cidadãos podem participar conjuntamente com o Estado na produção das políticas públicas. Haveria, assim, uma redefinição nos modos de tomada de decisão no interior do Estado e também nos modos como se dão as relações entre Estado e sociedade. Para Avritzer (1994), o surgimento da sociedade civil constitui-se “um fenômeno completamente novo”, tanto no que diz respeito a permanência das ações dessa sociedade quanto no que diz respeito à sua institucionalização.

A crítica que se faz a essa literatura do final da década de 1980 e início dos anos 1990 é que o papel da sociedade civil era idealizado, pois os teóricos teriam incorporado o discurso da sociedade civil, qual seja, que a sociedade civil sempre teria práticas mais democráticas e horizontais (LAVALLE, 2003). Porém, é preciso perceber que esse é um campo contencioso, que inclui, mas também exclui. Não necessariamente as práticas da sociedade civil têm objetivos democráticos. A sociedade civil deve ser entendida não como um campo único e homogêneo, mas como um campo contencioso (WARREN, 2001).

Outra crítica que se faz é de que alguns autores acreditavam que a sociedade civil poderia vir a substituir o Estado, que a sociedade civil sozinha poderia ser gestora das políticas públicas. Essa era a bandeira de alguns Movimentos Sociais no período da

Constituinte. Eles reivindicavam a autonomia da sociedade civil frente ao Estado e aos partidos políticos. Como veremos no capítulo 3, o Movimento de Saúde de São Paulo é um exemplo, pois se consideravam gestores da política de saúde sem a atuação do Estado (SADER, 1995).

A autonomia¹, então, era entendida como: a) agir sem pedir autorização do Estado e ignorando os limites postos por este às associações; b) forma de administração da política sem a participação do Estado. Gohn (2005) considera que a autonomia também servia como um discurso estratégico, que evitava alianças espúrias, bem como assegurava que o perfil de grupos da sociedade civil mantivesse certos princípios, não reproduzindo relações autoritárias, como as vivenciadas à época dos governos militares. Porém, a autora nos mostra que frente ao Estado e à sociedade mais geral, a sociedade civil expressava essa autonomia, mas o mesmo não estava presente internamente, havendo diferenças entre as lideranças, suas bases e as assessorias externas, considerando-se assim que essa era uma autonomia relativa e dependente das assessorias.

A forma de interação da sociedade civil com o Estado passa a se modificar a partir da Assembléia Nacional Constituinte, que é um divisor de águas, pois abre a possibilidade para novas formas de participação. Nesse período temos a elaboração de um marco de organização das políticas públicas que pode ser entendido como uma articulação entre o Estado e a sociedade. Nesse momento, já se tem uma nova idéia de participação.

Como apontado por Faria (2009a, p.42),

Uma das consequências dessa transformação pode ser sentida na mudança do próprio padrão de ação desses atores sociais: de uma postura de negação da institucionalidade vigente passaram para uma postura mais dialogal, demandando e participando dos diversos canais participativos que se estruturavam. Neste movimento, além de mudar o perfil e o sentido da atuação desses novos atores, mudou-se também os limites do sistema político brasileiro, que se expandiu. Vários espaços participativos foram, então, constituídos na interface governo e sociedade civil

¹ Gohn (2005, p.33) define autonomia como a capacidade de “participar de fato, compreender e se expressar por conta própria”. Essa autonomia é adquirida quando os indivíduos conseguem respeitar o outro, vendo-o não como pertencente a uma teia pessoal de relações e nem mesmo subordinados à dominação para os seus interesses. “A autonomia emancipatória dos indivíduos é construída com base na clareza, visibilidade e transparência das ações, que prioriza a dimensão comunicativa de reunir informações e disponibilizá-las, como parte do campo ético” (GOHN, 2005, p.34)

A década de 1990 é marcada por uma sociedade civil em que: a) o Estado não intervém em sua estrutura organizativa; b) existe uma estrutura organizativa de base, que surge durante a democratização e tem efeitos democratizantes; c) a relação entre o Estado e a sociedade civil não é um campo monopolista, mas neopluralista, de muita diversidade associativa (AVRITZER, 2009a). A consciência desta diversidade impõe a necessidade de análises mais acuradas destas relações.

Os Conselhos de Políticas Públicas são um exemplo dessa nova forma de interação entre o Estado e a sociedade civil. Considerados como instituições híbridas (AVRITZER e PEREIRA, 2005), devido a sua composição plural e paritária, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas na instância correspondente, inclusive nos aspectos orçamentários e financeiros.

Além dos conselhos de política, essa interação entre Estado e sociedade civil também pode ser analisada a partir de outras instituições, como os Orçamentos Participativos e as Conferências. Apesar de não formalmente institucionalizados, como são os conselhos, esses espaços servem como um meio de diálogo entre os atores do Estado e da sociedade, podendo até mesmo empoderar os cidadãos.

Assim, temos que, no Brasil, a participação dos atores da sociedade civil pode ser demarcada em dois grandes períodos. O primeiro corresponde à década de 1980, em que a sociedade civil estava preocupada com a sua autonomia, a democratização da vida diária, das políticas públicas e o estabelecimento de formas públicas de controle sobre o Estado. Já um segundo período inicia-se na década de 1990, onde a sociedade civil está preocupada com o estabelecimento de formas amplas de participação política em várias áreas de políticas públicas e, para tal, em atuar junto ao Estado na implementação de formas participativas de deliberação pública, ao mesmo tempo mantendo uma autonomia limitada do Estado (AVRITZER, 2009a).

O padrão democrático de uma sociedade passa aqui a ser avaliado não só pela densidade cívica de sua sociedade civil ou pela força de sua esfera pública, mas também pela pluralidade de formas participativas institucionalizadas capazes de inserirem novos atores no processo decisório dessas mesmas sociedades. Acredita-se, com isso, que os atores societários deverão não só tematizar situações problemáticas e buscar influenciar os centros decisórios, mas também assumir funções mais ofensivas no interior do Estado via fóruns de deliberação pública (FARIA, 2009a, p. 41)

Um exemplo desta nova realidade encontra-se na agenda de pesquisa do *Empowered Participatory Governance* (EPG) ou Política Participativa de Empoderamento. Os autores (FUNG e WRIGHT, 2003; FUNG, 2004; ABERS, 2000) que trabalham nesta perspectiva salientam que nesse tipo de participação as pessoas devem ter oportunidades iguais e substantivas de participar. A participação não é apenas uma questão de transferência de responsabilidades públicas para a sociedade civil, mas é também considerada como um meio através do qual os cidadãos possuem maior controle sobre o Estado, bem como têm a oportunidade de melhorar suas capacidades de entender e conseqüentemente decidir sobre as questões que lhes afetam.

Sendo assim, Fung (2004) considera que a política participativa de empoderamento é mais participativa por que os indivíduos comuns tomam parte nas decisões cruciais do governo, e empodera por que as decisões tomadas pelos cidadãos determinam as ações dos representantes e suas agências.

Além de ser um novo canal para aqueles que são diretamente afetados pelos problemas, em que eles podem, por meio de seu conhecimento, encontrar soluções para os problemas, Fung e Whright (2003) consideram que essa participação foca nos problemas práticos. Também apontam como outra característica o fato de se ter como forma de processo decisório a deliberação², ou seja, um processo por meio do qual os atores chegam aos resultados a partir da troca de argumentos.

Abers (2000) nos mostra que para definir uma política participativa é preciso saber: quem participa; em que tarefas os participantes se envolvem, e qual o real poder de decisão que possuem. Sendo assim, a política participativa de empoderamento é aberta à participação de todos aqueles que estão excluídos das decisões públicas, não foca exclusivamente na implementação de programas pré-designados, envolvendo também a discussão de metas governamentais, e o controle efetivo dos cidadãos, por meio daqueles que participam com real poder deliberativo.

A incorporação da participação empoderada, e conseqüentemente da deliberação, pode tornar as agências públicas mais responsivas, justas e inovadoras. Outra vantagem dessa forma de participação é que permite às localidades formularem as soluções adequadas às suas necessidades e preferências. Além disso, considera-se que os cidadãos possam ter um conhecimento local que pode informar as estratégias das políticas e que este conhecimento pode não ser sistematicamente disponível ou

² A definição e as diferentes características do processo deliberativo serão trabalhadas na seção 1.2.

facilmente aplicável pelas agências centralizadas. Ou seja, este conhecimento local pode vir a se configurar em termos de recursos e expertise (FUNG, 2004, p.5).

É por meio desse empoderamento dos excluídos que Abers (2000) considera que podemos impedir três problemas da participação. O primeiro refere-se a problemas de implementação e/ou execução de políticas, em que temos alguns grupos incapazes de mobilizar o governo por meio de políticas participativas para implementar seus ideais, ou mesmo por que têm medo da reação política que pode resultar. O segundo são os problemas de desigualdade, que podem ser de diversas formas, tais como desigualdade de informação, de disponibilidade para participar. E, por último, temos o problema de cooptação, em que o governo busca o controle dos grupos, podendo gerar uma desmobilização.

Fung (2004) segue nessa mesma direção, e mostra que um dos impedimentos para a implementação dos projetos se deve ao fato de que os segmentos menos favorecidos podem ter um peso menor nas discussões, em que suas vozes não têm relevância sobre a discussão. O autor também aponta que o poder local pode não levar em consideração o conhecimento dos cidadãos locais, avançando além de seus limites nas prerrogativas locais, ocasionando o esvaziamento de iniciativas cívicas. Mas também pode ocorrer dos grupos carecerem de motivação ou boa vontade para participar. O autor considera que os problemas acima citados não são intrínsecos à participação empoderada e nem mesmo à deliberação.

Para mitigar tais problemas considera que o ideal seja uma alocação justa dos poderes por meio de arranjos híbridos, ou seja, um desenho institucional de organização administrativa e democrática que é chamado pelo autor de autonomia *accountable*. O suporte (financiamento, outros recursos, expertise, cooperação de outras entidades maiores) e a *accountability* são dois pilares de uma relação reconstruída entre o poder central e a ação da vizinhança, que pode reforçar a autonomia.

Para o autor, a autonomia *accountable* diferencia-se de outras formas de gestão pública pelo fato de reconhecer os cidadãos como capazes de contribuir diretamente para a solução de problemas referentes aos serviços públicos. Ou seja, essa forma de gestão confia nos cidadãos, bem como nos grupos locais e funcionários para desenvolver estratégias e estabelecer objetivos. O processo de constituição de agenda é compartilhado, e não definido exclusivamente pelos governantes. Consequentemente, temos uma comunicação direta entre funcionários e cidadãos, o que também possibilita

maior *accountability*. Nessa forma de interação, cabe à autoridade central reduzir os obstáculos internos por meio de mecanismos para resguardar os processos locais.

Porém, para que o empoderamento realmente aconteça, além do papel das autoridades centrais também cabe aos atores da sociedade civil combater as diversas formas de exclusão, lutar pelos direitos, não apenas os civis e políticos, mas também os socioeconômicos, culturais e ambientais. Também é papel da sociedade o reconhecimento da diversidade dos sujeitos, bem como do pluralismo de idéias. Além disso, se faz necessário também a promoção da democracia nos mecanismos de participação dentro das organizações da sociedade civil, o que possibilita novas formas de governança (SCHERER-WARREN, 2006, p.123). Dado que a sociedade civil “é composta por uma heterogeneidade de atores sociais (entre eles, atores conservadores), que desenvolvem formatos institucionais diversos (sindicatos, associações, redes, coalizões, mesas, fóruns) e uma grande pluralidade de projetos políticos, alguns dos quais podem ser, inclusive, não-civis ou pouco democratizantes” (DAGNINO, 2002, p. 27), a democratização de suas práticas cotidianas também deve fazer parte da sua agenda.

A institucionalização da participação induz, portanto, uma mudança no padrão de atuação da sociedade civil, que passa do ativismo à um processo de cooperação com as estruturas do Estado, via a constituição de canais de deliberação pública. A atuação da sociedade civil não mais se limita ao ativismo, à denúncia e à proposta de transformação, mas, “tende a protagonizar um conjunto de ações orientadas aos mais excluídos, mais discriminados, mais carentes e mais dominados” (SCHERER-WARREN, 2006, p.120), em parceria com o Estado. Não obstante, a participação se estabelece em diferentes espaços, seja na esfera pública por meio de mobilizações, ou por meio do empoderamento em fóruns e redes da sociedade civil, mas também através dos conselhos de políticas públicas e/ou nas conferências (SCHERER-WARREN, 2006; GOHN, 2005). As ações passam a buscar a cooperação entre os atores estatais e da sociedade civil, estabelecendo formas para se chegar a um denominador comum para a formulação das políticas públicas que visam dar voz a diferentes atores e implementar políticas que melhorem as condições de vida da coletividade. Na próxima seção abordaremos como a deliberação se constitui em um dos meios pelos quais ocorre essas ações de cooperação.

1.2 - A deliberação democrática como forma de inclusão política

A participação política da sociedade civil vem se diversificando ao longo dos tempos, não ocorrendo mais apenas via ativismo e mobilização, mas também de forma institucionalizada, via instituições participativas. A forma deliberativa de agir pode redundar em resultados mais justos e democráticos uma vez que busca, por meio do diálogo e da cooperação, diminuir as assimetrias organizacionais e econômicas.

Neste sentido, a deliberação tem se tornado uma temática importante na teoria democrática, devido ao fato de centrar na discussão entre os atores e não só nos mecanismos eleitorais. A idéia que se tem do que seja a deliberação tem se modificado, passando a significar não apenas um processo de tomada de decisão, mas também um processo de argumentação e justificação de posições. Na primeira metade do século XX, foi difundido que a decisão era o elemento central do processo deliberativo. Autores como Schumpeter e Downs são exemplos desse modelo “elitista” de democracia, que considera que para que haja uma decisão não é necessário um processo de argumentação ampliado. Porém, a partir da década de 1970, a ênfase se volta para o debate e a negociação em fóruns públicos. Assim, a deliberação deve ser entendida não apenas como um processo de tomada de decisão, mas também um processo de argumentação e justificação de posições, o que tornaria o processo decisório mais inclusivo e democrático nas sociedades complexas (AVRITZER, 2000).

Habermas pode ser considerado o precursor contemporâneo dessa perspectiva, ao considerar que as decisões devem ser legitimadas por meio do debate público entre os cidadãos em busca de uma solução para determinados problemas. Para Habermas, a democracia deliberativa “[...] consiste, precisamente, numa rede de discursos e de negociações, a qual deve possibilitar a solução racional de questões pragmáticas, morais e éticas” (HABERMAS, 1997, p.47). Para que ela ocorra, se faz necessário que os procedimentos e as condições dessa comunicação sejam institucionalizados, e que haja uma inter-relação dos processos deliberativos institucionalizados com as opiniões públicas informalmente constituídas.

Assim, podemos considerar que a deliberação deve envolver um processo de argumentação, ou seja, troca de razão entre os participantes, em que se apresentam propostas que devem ser sustentadas ou criticadas; deve ser pública e inclusiva, todos aqueles que sejam afetados pelos resultados devem ter igual oportunidade de participar.

Todos devem ter condições iguais para propor, contribuir e criticar, sem que haja coerções internas. Também não deve haver coerções externas. “[...] os participantes vêm a si mesmos vinculados somente pelos resultados de sua deliberação e pelas condições para ocorrência desta deliberação; sua consideração de proposta não é constrangida pela autoridade de normas prévias ou requerimentos” (COHEN, 2009, p.92).

Nesse processo de argumentação, todos os assuntos são passíveis de regulação, ou seja, o debate ocorre em torno de temas relevantes para a sociedade como um todo e sobre matérias que precisam de regulação. Deve ser ponderado que alguns temas, considerados como privados, também podem ser objetos de deliberação. Além disso, deve-se chegar a um acordo racionalmente motivado, as deliberações devem ser concluídas, seja através de um consenso, de acordos ou mesmo por meio de votação a partir da regra da maioria (HABERMAS, 1997; BOHMAN, 2009).

Além desses elementos constitutivos de uma deliberação pública, Habermas também nos apresenta a forma como ocorre a deliberação. O autor possui uma concepção procedimental da democracia deliberativa, que “ênfatiza, em primeiro lugar, certos procedimentos e práticas institucionais para produzir decisões sobre problemas que afetariam a todos” (BENHABIB, 2009, p.117).

Para Habermas, a democracia deliberativa ocorre na esfera pública e migra para o campo institucional. As opiniões seriam, assim, constituídas por meio da esfera pública, que seria uma "rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e ‘opiniões’; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados, a ponto de se condensarem em opiniões ‘públicas’ enfeixadas em temas específicos" (HABERMAS, 1997, p.92). Assim, os assuntos discutidos e tematizados na esfera pública influenciariam o sistema político.

O autor considera que a esfera pública seria um espaço sem a intenção de manipulação, não descartando que ela possa acontecer, mas seria um local em que se buscam entendimentos, "a idéia aqui presente é de que o uso político da razão estabelece uma relação entre participação e argumentação pública" (AVRITZER, 2000, p.36).

Habermas concebe os indivíduos como possuidores de uma racionalidade comunicativa, agindo de acordo com as dimensões objetiva, subjetiva e social, ao qual

estão expostos. Como cada indivíduo age de forma diferenciada, para dar um sentido à ação eles devem chegar a um consenso sobre o modo de agir normativamente válido no mundo social e acerca de uma forma de expressão de sua experiência subjetiva.

Através da ação comunicativa, “os indivíduos formam as suas identidades e são capazes de entender o sentido que eles imprimem às suas ações” (AVRITZER, 1996, p.45), sendo que esse processo ocorre na esfera pública. Porém, na esfera pública proposta por Habermas, os atores não teriam poder de decisão, apenas poderiam influenciá-la. A esfera pública funcionaria como um meio de se apresentar os problemas que seriam tratados pelo sistema político. Logo, a esfera pública seria o local em que a sociedade estaria fundamentando e justificando as decisões adotadas pelo sistema político.

[...] somente o sistema político pode ‘agir’. Ele constitui um sistema parcial, especializado em decisões que obrigam coletivamente, ao passo que as estruturas comunicativas da esfera pública formam uma rede ampla de sensores que reagem à pressão de situações problemáticas da sociedade como um todo e estimulam opiniões influentes (HABERMAS, 1997, p.23).

A proposta de Habermas pode ser considerada como primeiro passo para se pensar uma democracia deliberativa que contenha elementos argumentativos, e que não seja exclusivamente um processo de tomada de decisão. Porém, esse conceito não é suficiente, pois trata os atores apenas como interlocutores. Logo, Habermas considera que a democracia deliberativa se faz ver nas arenas legislativas, pois as decisões são tomadas pelo sistema político, cabendo à população o papel de opinar por meio da esfera pública. Dessa forma, o autor introduz a idéia de participação da sociedade, apesar de considerar que essa participação não seja institucionalizada, ligada apenas ao campo da informalidade.

Habermas foi amplamente criticado por sua concepção de esfera pública e também por ver a deliberação como uma estratégia defensiva, não ocorrendo de forma direta. Outro ponto levantado pelos críticos (FRASER, 1999; COHEN, 2009) refere-se à idéia de consenso, vista como uma meta da deliberação. A partir desses elementos, outros autores buscam uma proposta expandida de deliberação.

Cohen é um desses autores, que considera que a participação dos cidadãos na solução dos problemas deve ocorrer de forma direta, os indivíduos devem ter uma

participação mais ativa na esfera pública, interferindo nas soluções de problemas. Segundo Faria (2000), para Cohen os indivíduos têm uma participação mais ativa na esfera pública, interferindo nas soluções de problemas. O autor também considera que essa seja uma esfera socialmente heterogênea já que os indivíduos não compartilham características sociais, qualidades morais e informações comuns.

Fraser (1999) também concorda com Cohen, e mostra que a esfera pública, proposta por Habermas não é aberta e acessível a todos da mesma maneira. A autora nos mostra que “apesar da retórica da publicidade e da acessibilidade a esfera pública oficial sempre repousou e foi constituída por algumas exclusões significativas” (FRASER, 1999, s/p, tradução da autora)³.

Outro ponto também levantado pela autora é que Habermas idealiza a esfera pública, tratando apenas da esfera pública burguesa ou liberal, não mencionando outras esferas públicas ou contra-públicos rivais, o que inclui públicos nacionalistas, camponeses populares, proletários. Partindo dessas análises, Fraser questiona quatro premissas apresentadas por Habermas: (1) as diferenças de status são postas de lado para deliberar; (2) a proliferação de públicos competidores é necessariamente um distanciamento da democracia; (3) o discurso se restringe a deliberação sobre o bem comum; e (4) o funcionamento da esfera pública democrática requer a separação entre a sociedade e o Estado.

Assim, para pensar em uma teoria crítica da democracia, a autora propõe que

uma concepção adequada da esfera pública requer que não coloquemos em parênteses simplesmente as desigualdades, ao contrário, é necessário a eliminação das mesmas. [...] uma multiplicidade de públicos é preferível a uma esfera pública única tanto nas sociedades estratificadas quanto nas igualitárias. [...] uma concepção viável de esfera pública deve aceitar não a exclusão e sim a inclusão de interesses e questões assumidos como privados e inadmissíveis pela ideologia burguesa e machista. [...] uma concepção defendível deve dar lugar tanto aos públicos fortes como aos fracos (FRASER, 1999. s/p, tradução da autora)⁴

³ “A pesar de la retórica de la publicidad y la accesibilidad, la esfera pública oficial siempre descanso en, y fue constituído por, algunas exclusiones significativas (FRASER, 1999, s/p).

⁴ una concepción adecuada de la esfera pública requiere no simplemente una puesta em parêntesis de las desigualdades sociales, sino, su eliminación. [...] una multiplicidad de públicos es preferible a una sola esfera pública tanto em las sociedades estratificadas quanto em las igualitárias. [...] una concepción viable de la esfera pública debe aceptar no la exclusión sino la inclusión, de intereses y temas señalados como ‘privados’ por la ideologia burguesa y masculinista y tratadas como inadmisibles. [...] una

Partindo, então, de uma visão ampliada de esfera pública, Cohen propõe novos desenhos à deliberação, dando um caráter menos normativo ao fluxo de informações, para que essa possa forçar o sistema. Diferentemente de Habermas, Cohen propõe um processo deliberativo mais efetivo, a partir do conceito de Poliarquia Diretamente Deliberativa que busca “institucionalizar soluções de problemas diretamente pelos cidadãos e não simplesmente promover a discussão informal com promessas de influências possíveis na arena política formal” (COHEN⁵ *apud* FARIA, 2000, p.55).

Como Cohen, Bohman (2009), preocupado com a operacionalização da democracia deliberativa, apresenta um modelo que se propõe mais inclusivo que o apresentado por Habermas. Para o autor, a deliberação pública é tida como “um processo dialógico de troca de razões com o propósito de solucionar situações problemáticas que não podem ser resolvidas sem coordenação e cooperação interpessoais” (2009, p.36). O foco dessa perspectiva dialógica seria em resolver os conflitos, restaurar a cooperação entre os atores e coordenar seus resultados.

O processo dialógico não é algo estático, devendo haver uma constante revisão do marco institucional e interpretativo, sendo que, para que isso ocorra, é preciso um contínuo diálogo entre o público deliberante e as instituições que organizam a deliberação. Esse diálogo torna-se importante, pois, segundo Bohman, caso não aconteça, a democracia perde a sua capacidade de gerar um poder legítimo. Tal fato pode ocorrer quando a opinião pública não está organizada institucionalmente, o que a torna incipiente e ineficaz, ou quando não há demandas públicas, nem controle público, o que faz com que estas mesmas instituições organizativas se tornem dependentes de formas de poder não democrático.

Bohman considera a deliberação como uma atividade cooperativa e pública, diferentemente de Habermas que a tem como um processo discursivo e argumentativo.

concepción defendible debe dar lugar tanto a los públicos fuertes cuanto a los públicos débiles (FRASER, 1999).

⁵ COHEN, J. Reflections on Habermas on democracy. *Paper apresentado no European University Institute* (mimeo), 1998.

A análise do diálogo está interessada em como a interação pública produz os efeitos práticos nos participantes que elaboram razões convincentes, ao passo que a análise do discurso está interessada nos argumentos e nos tipos de justificação que possam ser publicamente convincentes (FARIA, 2008, p.5).

Para Bohman (2009), o processo dialógico não suspende os constrangimentos às ações, mesmo quando uma pluralidade de atores busca convencer-se mutuamente. Outra diferença apontada pelo autor é que o processo discursivo pressupõe um acordo unânime sobre as regras básicas e os critérios de justificação. Além disso, possui requisitos muito elevados para a participação ativa dos atores.

O diálogo é a mera troca de razões. Ele não almeja necessariamente produzir demandas bem justificadas, mas sim demandas que são amplas o suficiente em escopo e suficientemente justificadas para serem *accountable* diante de um público indefinido de concidadãos (BOHMAN, 2009, p.69)

A democracia deliberativa proposta por Bohman trabalha com a idéia de cooperação, em que os participantes reconhecem que influenciaram na tomada de decisão e, assim, são convencidos a continuar cooperando. Porém, nem todas as influências obtidas pelos atores são suficientes para induzir à cooperação. O autor apresenta mecanismos tais como tornar as razões explícitas ou pensar sob o ponto de vista do outro para se restaurar a atividade conjunta, e dessa forma, as razões podem tornar-se convincentes de uma forma geral.

O autor nos mostra que essa perspectiva dialógica da democracia deliberativa enfrenta alguns entraves para sua implementação, tais como: o pluralismo cultural, que faz com que haja dificuldades para se formar uma vontade geral; desigualdades sociais, que podem acabar promovendo a exclusão de alguns participantes; a complexidade social e a diversidade de interesses que há dentro de uma mesma comunidade (BOHMAN, 2000). Porém, tal perspectiva apresenta-se mais inclusiva, na medida em que busca ampliar as chances de participação dos atores, em contraposição a visão habermasiana, que possui maiores exigências para o ato discursivo.

Gutman e Thompson (2007), apesar de serem autores que têm uma visão procedimentalista, assim como Habermas, mostram que “a democracia deliberativa não deveria se preocupar apenas com o quão puramente processual o conceito é, mas sim o

quão completamente inclusivo é o processo” (idem, p.26). Dessa forma, consideram a democracia deliberativa como uma forma de governo na qual os cidadãos justificam as suas decisões, que pode assumir contornos processuais ou substantivos.

Esses autores estavam preocupados em diluir o problema do consenso. Porém, temos um conjunto de autores deliberativos (YOUNG, 2001; DRYZEK, 2000; MOUFFE, 2005) que consideram a deliberação, como acima proposta, como uma dinâmica excludente.

Para Young (2001), as normas da democracia deliberativa como são postas pela literatura, não buscam uma maior inclusão política da sociedade, tendendo a silenciar ou desvalorizar o discurso de certos atores. Tais normas valorizariam um determinado discurso, que deve ser formal, de caráter geral, frio e desapaixonado.

O ideal deliberativo tende a supor que, quando é eliminada a influência do poder político e do poder econômico, a maneira de falar e de compreender será idêntica para todos; mas isso se verificará apenas se eliminarmos também as diferenças culturais e de posição social. O modelo de democracia deliberativa tende, portanto, a presumir que a deliberação é culturalmente neutra e universal (YOUNG, 2001, p.370).

Para superar tais problemas, a autora propõe o conceito de democracia comunicativa que visa “a atribuição igual de privilégios a qualquer forma de interação comunicativa em que os indivíduos objetivam chegar a um entendimento” (YOUNG, 2001, p.373). Além da argumentação, já presente na democracia deliberativa, essa nova concepção introduz três novos elementos: saudação, retórica e narração. Para a autora, esses modos de comunicação ajudam a estabelecer e manter a pluralidade. E considera que, para que a deliberação seja um processo mais inclusivo, é preciso que haja uma “pluralidade de perspectivas, estilos de discurso e maneiras de expressar as particularidades das situações sociais” (YOUNG, 2001, p.385).

Mouffe (2005) segue nessa mesma direção ao apontar que a democracia deliberativa, assim como a agregativa, deixa de lado o papel desempenhado por paixões e afetos, que seriam necessários para se garantir a fidelidade aos valores democráticos.

[...] não é com a construção de argumentos sobre a racionalidade incorporada em instituições liberal-democráticas que se contribui para a criação de cidadãos da democracia. Indivíduos da democracia só serão possíveis com a multiplicação de instituições, discursos, formas de vida que fomentem a identificação com valores democráticos (MOUFFE, 2005, p.18)

Apesar de concordar com a necessidade de um novo conceito de democracia, a autora discorda da forma como é apresentada a democracia deliberativa, considerando que é preciso focar nas práticas e não nos argumentos. Para solucionar essas questões, Mouffe (2005) propõe o modelo agonístico de democracia, no qual se reconhece a dimensão do antagonismo, que é decorrente do pluralismo de valores.

Uma diferença importante em relação ao modelo da democracia deliberativa é que, para o ‘pluralismo agonístico’, a tarefa primordial da política democrática não é eliminar as paixões da esfera do público, de modo a tornar possível um consenso racional, mas mobilizar tais paixões em prol de desígnios democráticos (MOUFFE, 2005, p.21)

Nessa perspectiva, o que se busca é reconhecer o conflito e, a partir dele, se construir uma unidade, mas não um consenso, pois este seria o “resultado temporário de uma hegemonia provisória” (MOUFFE, 2005, p.21). E focar nele, evitando assim a confrontação entre os participantes, pode levar à apatia.

Como apontado pelos autores da teoria crítica, apesar dos autores da democracia deliberativa estarem preocupados com a sua operacionalização, o que temos é que seus pressupostos são bastante normativos e trazem alguns problemas quando se busca aplicá-los na prática. A idéia do nosso estudo não é verificar se todos esses elementos acima mencionados estão sendo cumpridos em seus preceitos normativos, ou seja, se o que a teoria afirma está sendo cumprido. Mas, o que se busca é mostrar um pouco da dinâmica deliberativa dentro das instituições participativas, em específico nos conselhos.

Nesses espaços, além do processo deliberativo, o que se apresenta é alguma forma de representação, já que não é possível que haja a participação direta de todos os cidadãos. Sendo, assim, a deliberação deve ser entendida como uma percepção ampliada de cooperação, tornando-se assim um método de resolução de conflitos entre atores diferenciados. E, além disso, ela também se torna uma fonte de informação para os representantes, pois “espera-se que os representantes não apenas decidam entre si

mesmos, mas que também dêem ouvidos e se comuniquem com os seus constituintes, os quais, em troca, deveriam ter muitas oportunidades para ter responsividade sobre eles” (GUTMAN e THOMPSON, 2007, p.47). Uma vez que a representação torna-se a forma por meio da qual os atores sociais e políticos se apresentam nessas instituições é importante analisarmos como ela ocorre e através de quais lentes analíticas.

1.3 - Novas formas de se conceber a representação política

Assim como o ativismo, a participação institucionalizada e a deliberação, a representação também deve ser entendida como uma forma de se pensar a inclusão política, seja nos conselhos de políticas públicas ou nas demais instituições participativas. Por muito tempo, essas duas categorias, participação e representação, têm sido tidas como opostas. Porém, entendemos que não existe um conflito entre elas. Como colocado por Plotke (1997, p.19),

o oposto da representação não é a participação. O oposto da representação é a exclusão. E, o oposto da participação é a abstenção. Em vez de se oporem participação e representação, nós deveríamos tentar melhorar as práticas e formas representativas pra fazê-las mais abertas, efetivas e justas (tradução da autora) ⁶.

Sendo assim, as instituições representativas não se contrapõem à participação cidadã. Embora sejam permeadas por tensões, essas duas formas podem se complementar. “A participação não deve ser pensada como uma ameaça e nem como uma alternativa para a representação, mas ao invés disso, como um pré-requisito para bons governos representativos” (PERUZZOTTI, 2008, p.9, tradução da autora) ⁷. Esse é o pensamento de autores como Urbinatti (2000), Fung (2005) e Young (2006).

Porém, o que vem a ser a representação e como deve se estabelecer a relação entre representante e representado é algo controverso na literatura. Segundo Manin (1995), a democracia representativa pode ser entendida como uma forma de governo em

⁶ “[...] the opposite of representation is not participation. The opposite of representation is exclusion. And the opposite of participation is abstention. Rather than opposing participation to representation, we should try to improve representative practices and forms to make them more open, effective and fair” (PLOTKE, 1997, p.19)

⁷ “Participation should not be thought as a threat nor as an alternative to representation but rather as a prerequisite of good representative government” (PERUZZOTTI, 2008, p. 9)

que os representantes são eleitos por seus governados. Esse processo se estabelece por meio de eleições periódicas, em que a população designa e autoriza aqueles que irão governar. Outra característica do governo representativo refere-se à independência parcial dos representantes diante das preferências do eleitorado. Também se considera necessário que haja liberdade de opinião pública, sendo assim é preciso que as decisões sejam publicizadas, para que a população tenha acesso e, conseqüentemente, haja liberdade para expressão das opiniões. Um último princípio do governo representativo, apresentado pelo autor, considera que as decisões devem ser tomadas após deliberação. Porém, a idéia de deliberação refere-se à discussão na assembleia, que é o órgão decisório coletivo. Essa concepção de deliberação difere das propostas apresentadas na seção anterior. As decisões são, assim, tomadas a partir da regra da maioria, que “é compatível com as limitações temporais as quais está submetida toda ação, especialmente a ação política” (MANIN, 1995, p.12)

Essa forma de democracia representativa, tal como se consolidou, não consegue dar conta dos problemas sociais e culturais do mundo contemporâneo. Houve um aumento na participação, o que fez com que houvesse ao mesmo tempo um aumento da representação (LAVALLE, 2006).

Pitkin (1979) foi uma das autoras a teorizar sobre a representação e nos mostra diferentes formas de se concebê-la. Uma primeira é a ideia formal de representação, em que temos autorização e prestação de contas como conceitos centrais. Sendo assim, a representação pode ser definida pelo ato de autorização que a inicia ou pelo ato de assumir responsabilidade que a termina. O problema dessa concepção é que ela nada nos diz sobre o que deve acontecer durante a representação.

Pitkin trabalha com o conceito de representação tradicional, em que as idéias de soberania e prestação de contas tinham papel central. Para a concepção de representação tradicional, autorização e prestação de contas são elementos centrais da legitimação e da manutenção dos vínculos entre governantes e governados. A eleição adquire um papel importante, pois é por meio dela que esses dois momentos se manifestam.

Ela é vista tanto como o momento de autorização para que outros decidam em nome do povo, que permanece como titular último da soberania, quanto como o momento de efetivação da accountability, quando os representados apresentam seu veredicto sobre a prestação de contas dos representantes (MIGUEL, 2003, p.131).

Outras formas de se conceber a representação, apresentadas por Pitkin (1979), é entendê-la no sentido de responder por alguma coisa que está ausente. Esse processo pode ocorrer de três maneiras: por semelhança, reflexo ou mesmo por símbolo. Mas, segundo a autora, nenhuma dessas formas transmite a idéia de agir por outros. Para tal, é necessário pensar a partir da atividade de representar, ou seja, o papel do representante, pois é a partir dele que se torna possível distinguir a posição formal e legal de um indivíduo e quem ele realmente representa em termos de suas ações.

Considerar a representação a partir do papel do representante, apesar de nos ajudar a pensar sobre o ato em si de representar e analisar o que acontece durante a representação, nos leva ao que Pitkin (1979) chama de controvérsia “*mandato-independência*”. Para os teóricos da independência, os representantes são livres para decidir com base em seu próprio julgamento independente. Já para os teóricos do mandato, os representantes devem agir como os representados agiriam, devem fazer o que se espera deles.

Para a autora, o que aparece no conflito das posições mandato-independência é a necessidade paradoxal de algo estar simultaneamente presente e ausente.

O conceito de representação só estabelece limites exteriores, além dos quais não mais aceitamos o que está sucedendo como uma instância da representação. Mas, dentro desses limites, há lugar para toda uma variação de posições sobre o papel do representante e de sua relação com os eleitores (PITKIN, 1979, p.20).

Porém, na atualidade temos novas formas de se conceber a representação, o que não exclui os conceitos tradicionais, mas que incorpora novas possibilidades. Como apontado por Dagnino *et all* (2006, p.18) “ o processo democrático é interminável, não linear, complexo, cheio de tensões e interrupções, e que contém em si mesmo projetos, aspirações e experiências que não se esgotam nem estão contidos na representação eleitoral”.

Sendo assim, essas novas concepções de representação política ganham centralidade devido: (a) a incompatibilidade entre a referência padrão de representação democrática, baseada em eleições e na territorialidade, e a crescente complexidade do cenário político, marcado pelo menor confinamento às bases territoriais, por uma maior

pluralidade e dependência de mecanismos informais de negociação para gerar legitimidade; e (b) o recente interesse pela compreensão de padrões mais amplos de inclusão e exclusão na representação política, especialmente no que se refere a minorias. (URBINATI e WARREN, 2008)

Young (2006) teoriza sobre uma nova perspectiva de representação, a partir da idéia de que a representação seja um conceito relacional, pois há uma separação entre os representantes e os representados. Sendo assim, o processo de representação deve ser avaliado de acordo com o caráter de relacionamento entre o representante e os eleitores.

Nessa perspectiva, a representação é considerada um processo que ocorre ao longo do tempo; consiste num relacionamento mediado entre os membros de um eleitorado, entre este e o representante e entre os representantes num organismo de tomada de decisão. Para Young, a representação oscila entre os momentos de autorização e de prestação de contas (YOUNG, 2006).

Porém, esses momentos não devem ser vistos como na representação tradicional, apenas no período eleitoral, pois para autora, a autorização deve ser tanto participativa quanto inclusiva em sua deliberação; e a prestação de contas deve ocorrer para além dos momentos de autorização. Sendo assim, o que a autora nos propõe é que uma representação eficiente deve conter elementos dos dois lados, do que Pitikin considera como controvérsia “*mandato-independência*”.

A responsabilidade do representante não é simplesmente expressar um mandato, mas participar das discussões e debates com outros representantes, ouvir suas questões, demandas, relatos e argumentos e com eles tentar chegar a decisões ponderadas e justas. Ao longo desses momentos de ação e avaliação independentes, o representante deve, no entanto, retomar o processo de discussão que levou à sua autorização e antecipar o momento de prestação de contas perante aqueles que alega representar. [...] O representante age por si próprio, mas antecipando esse momento. Uma vez que não há mandato autorizado para várias decisões, a representação é mais forte quando carrega os vestígios da discussão que levou à autorização ou quando, de outra forma, se justifica persuasivamente numa prestação de contas pública (Young, 2006, p.154).

Em Urbinatti (2000), encontramos esta mesma perspectiva quando a autora trabalha com os conceitos de julgamento e justificação pública. O representante é independente para julgar o que melhor fazer, mas quando aquilo que julga necessário

não coincidir com a vontade dos representados, aquele deve justificar publicamente e abrir espaço para o debate.

A autora nos mostra que a representação é dinâmica, que “designa uma forma de processo político que é estruturada nos termos da circularidade entre as instituições e a sociedade, e não é confinada à deliberação e decisão na assembleia” (URBINATI, 2006, p.201). A teoria da representação política⁸ aproxima-se assim da sociedade civil e exige a presença de uma corrente comunicativa entre a sociedade política e a civil.

Vontade e juízo, a presença física imediata (o direito ao voto) e uma presença idealizada mediada (o direito à livre expressão e à livre associação) estão inextricavelmente entrelaçados em uma sociedade que é ela mesma uma confutação viva do dualismo entre a política da presença e a política das idéias, uma vez que toda presença é um artefato ao discurso (URBINATI, 2006, p.203).

Pensada dessa forma, representação e deliberação não são concorrentes, mas complementares. Para Urbinati (2000), o foco sobre a deliberação ajuda-nos a perceber a participação e a representação não como formas alternativas da democracia, mas como formas que nos permitem ver que há um *continuum* das ações políticas.

A autora considera a representação como *advocacy* em que há um compromisso constante sobre os procedimentos acordados, diferentemente do modelo tradicional de democracia representativa em que há uma tensão entre o que desejam os eleitores e o julgamento autônomo dos representantes. Dessa forma, a representação pode ampliar as políticas participativas na medida em que seu caráter deliberativo se expande para além dos limites da decisão e da administração (URBINATI, 2000, p. 761).

Pensada a representação dessa forma, a eleição se torna apenas uma entre as múltiplas dimensões da representação e, portanto, da relação entre Estado e sociedade civil (URBINATI, 2006). Embora consideremos a autorização eleitoral fundamental para determinar as responsabilidades do poder político, ela não nos diz muito sobre a

⁸ Para Urbinati (2006), a representação pode ser interpretada de acordo com três perspectivas: jurídica, institucional e política. As teorias jurídica e institucional são interconectadas, sendo a segunda derivada da primeira. A teoria jurídica trata a representação como um contrato privado de comissão. A teoria jurídica da representação é definida a partir do dualismo entre Estado e sociedade, sendo a representação uma instituição centrada no Estado, em que a relação com a sociedade se estabelece a partir do representante. Aqui, a participação popular se restringe às eleições como nomeação de magistrados. Para as abordagens jurídicas e institucionais cabe aos representados somente a função de nomear os políticos que irão tomar as decisões às quais o eleitor irá se submeter voluntariamente

verdadeira natureza da política representativa. As eleições “produzem um governo responsável e limitado, mas não um governo representativo” (URBINATI, 2006, p.193).

Segundo a autora, a representação não pode ser reduzida nem a um contrato estabelecido por meio de eleições e nem a nomeação de legisladores como substitutos do soberano ausente. Ela “reflete não simplesmente idéias e opiniões, mas idéias e opiniões a respeito das visões dos cidadãos acerca da relação entre a sociedade e o Estado” (URBINATI, 2006, p.196).

Nesse sentido, Peruzzotti (2008) nos mostra que o que caracteriza uma democracia representativa não são as eleições, mas o estabelecimento de um ambiente institucional que possa oferecer aos cidadãos a oportunidade de influenciar na dinâmica das instituições representativas de forma contínua e regular. Para tal, o autor considera que a “representação implica num complexo processo político que vai bem além do momento eleitoral, mas se estende através da duração do mandato representativo através da multiplicidade de iniciativas cívicas em que as associações, movimentos e públicos procuram influenciar a tomada de decisão política” (PERUZZOTTI, 2008, p.25, tradução da autora)⁹.

Sendo assim, para Peruzzotti (2008), a democracia representativa deve levar em consideração o papel que os diferentes grupos associativos assumem nos processos políticos, não se reduzindo apenas ao momento do voto. O autor estabelece três níveis da política mediada, a saber: a organização que constitui uma arena institucionalizada de representação de interesses, os atores que operam amplamente na esfera pública e as densas redes associativas, primárias e secundárias, da vida social. Na política mediada, tais espaços devem estar integrados num quadro conceitual em que se têm diferentes níveis de participação.

O autor considera ainda que esses espaços de política mediada devem permanecer uma arena rica de interação e participação, e dessa forma, há a necessidade de evitar qualquer tipo de colonização de qualquer desses campos pelos outros, pois cada um deles teria uma contribuição para as políticas democráticas.

⁹ “Representation entails a complex political process that goes well beyond the electoral moment but it extends throughout the duration of a representative tenure through a multiplicity of civic initiatives by which associations, movements and public seek to influence political decision making” (Peruzzotti, 2008, p.25)

A política mediada apresentada por Peruzzotti (2008) fornece-nos uma teoria diferenciada da participação que considera os diversos tipos de atores e suas múltiplas formas de ação coletiva como uma contribuição para as práticas da representação democrática. É a partir dessas novas idéias que vêm se formando novas concepções de representação política. Muitos autores (AVRITZER, 2007; URBINATI, 2006; YOUNG, 2006; MIGUEL, 2003) defendem que essa seria uma representação mais inclusiva da sociedade civil e que não traria em si os pressupostos da teoria formal da representação.

Dessa forma, a representação não estaria restrita ao parlamento, sendo possível também identificá-la em outros espaços que buscam a inclusão política. No caso da representação em espaços participativos, ela se difere da representação parlamentar por não haver, segundo Avritzer (2007), o requisito explícito da autorização, não há estruturas de monopólio territorial e não há o suposto de uma igualdade matemática entre os indivíduos que dão origem à representação. Para Avritzer (2007, p.444), “a representação da sociedade civil é um processo de superposição de representações sem autorização e/ou monopólio para o exercício da soberania”.

Parece não haver discordância na literatura recente quanto à amplitude do debate que passa a incluir a existência de novas formas de representação, que não se baseiam necessariamente na relação direta entre representação e no conceito de soberania e na autorização.

Segundo Avritzer (2007), isso se deve ao fato de que o conceito de representação e soberania encontram-se em crise¹⁰. No caso da soberania, tal fato se deve pelo enfraquecimento do Estado no sistema de nações e pelo papel cada vez maior de instituições internacionais, o que traz a presença de atores com origem fora do Estado. Com a representação, a questão que se coloca é como construí-la de modo a integrar seu elemento eleitoral com as diversas formas de advocacia e participação que têm origem extra-eleitoral.

Como apontado por Lavallo *et. all* (2006, p.55),

¹⁰ Segundo Manin (1995, p.3), não haveria uma crise da representação, mas o declínio das “relações de identificação entre representantes e representados e a determinação da política pública por parte do eleitorado”. Sendo assim, o autor nos mostra que dependendo do contexto temos diferentes tipos de governo representativo, e estabelece três tipos ideais: governo representativo do tipo parlamentar, democracia de partido e a democracia de público. Essa última é a que se configuraria na atualidade.

[...] críticas à representação política e noções de representação genuína, características das organizações civis brasileiras durante o último terço do século XX, cederam passo a novas compreensões que encarnam nitidamente os processos de reconfiguração da representação política pela ampliação do lócus e de suas funções para o terreno do desenho, da implementação e da supervisão de políticas públicas.

Apesar da constatação de que há uma crise do conceito de representação tradicional, há uma grande divergência entre os autores no que se refere à forma como se estabelece a relação entre representante e representado. Iris Young (2006) considera as identidades como um elemento para se caracterizar a representação. Para a autora haveria três modos pelos quais as pessoas são representadas: interesses, opiniões e perspectivas.

Para a representação baseada em interesses, a idéia presente é a de que alguém está cuidando de interesses que reconheço como meus e que compartilho com algumas outras pessoas. A representação dos interesses tem a ver com a disputa por recursos escassos que dispõem os meios pelos quais estes indivíduos possam chegar a seus fins.

Quando se pensa em opiniões, refere-se ao fato de se pensar que certos princípios, valores e prioridades deveriam nortear as decisões políticas. Opinião é definida como “princípios, valores e prioridades assumidos por uma pessoa na medida em que fundamentam e condicionam seu juízo sobre quais políticas devem ser seguidas e quais fins devem ser buscados” (YOUNG, 2006, p.159).

Representar uma perspectiva comporta a idéia de que agentes que estão “próximos” no campo social têm pontos de vista semelhantes sobre esse campo e sobre o que ocorre em seu âmbito. Sendo assim, esses agentes interpretam a sociedade a partir de uma multiplicidade de perspectivas sociais de grupos, ou seja, uma perspectiva híbrida diferenciada.

Representar um interesse ou uma opinião geralmente envolve promover certos desdobramentos específicos no processo de tomada de decisões, ao passo que representar uma perspectiva geralmente significa promover certos pontos de partida para discussão (YOUNG, 2006, p. 167).

Para Avritzer (2007), há diversos tipos de autorização que se relacionam a três papéis políticos diferentes: o de agente, o de advogado e o de partícipe. No caso do agente, temos o caso clássico da representação no qual a autorização ocorre por meio do processo eleitoral, o voto. Temos aqui a representação de pessoas. Para o segundo caso, é a afinidade ou a identificação de um conjunto de indivíduos com a situação vivida por outros indivíduos que legitima a advocacia. A representação é de discursos e idéias.

A representação da sociedade civil tem sua origem em uma escolha entre atores da sociedade civil, que normalmente é feita entre associações. Porém, essa não é uma representação eleitoral de indivíduos ou pessoas; e sim de temas e experiências, ou seja, a legitimação se estabelece pela relação com o tema. Avritzer (2007) considera como sendo uma representação por afinidades.

A partir da explanação de diferentes formas de se conceber a representação política, constatamos o que nos mostra Lavallo *et al.* (2006), que para avaliar a representatividade da sociedade civil não há modelos práticos sedimentados no terreno das instituições de representação política, e também não se pode dizer que haja modelos teóricos aceitos ou difundidos.

Para corroborar essa idéia, os autores partem de um estudo na cidade de São Paulo, com diversas organizações da sociedade civil para mostrar que há evidências do surgimento de uma nova noção de representação política dentro da sociedade civil. Essa nova noção de representação se deve ao fato de que

as organizações civis se defrontam cotidianamente com tarefas de representação, e, sobretudo, com as dificuldades de assumir essas tarefas desprovidas de modelos de representação política para se afirmarem como representantes legítimas, a presunção da representatividade tende a ser formulada e verbalizada na base de argumentos em boa medida estabilizados; argumentos não apenas verossímeis ou razoáveis, mas publicamente defensáveis (LAVALLE, *et al.*, 2006, p.47)

A partir do discurso dessas organizações da sociedade civil os autores nos mostram que mesmo sem o consentimento dos representados, elas possuem razões que oferecem suporte para a presunção de representação. Lavallo *et al.* (2006) nos apresentam seis argumentos de congruência que são explicitados pelas organizações da

sociedade civil ao serem questionadas quanto a sua representatividade: o argumento eleitoral, de filiação, de identidade, de serviços, de proximidade e de intermediação.

Os três primeiros são os mais comuns dentre a literatura. Os representantes sentem-se autorizados seja pelo mecanismo eleitoral, pela filiação de seus membros ou por lógicas identitárias. No argumento de serviços, a justificativa decorre do fato de que os representados ou beneficiários obtêm benefícios e/ou serviços fornecidos pelas organizações da sociedade civil. Os autores consideram que essa não seria uma justificativa plausível para a representação, pois há a ausência de intermediação e de *locus*, o que anularia a própria representação.

Para o de proximidade, a idéia presente é de que as organizações civis teriam um relacionamento próximo com os beneficiários. Dessa forma, “organizações civis próximas de seus beneficiários e abertas a participação são, sem dúvida, mais preferíveis para o revigoramento da representação política do que aquelas distantes e herméticas” (LAVALLE *et. all*, 2006, p. 58).

Por último temos o argumento da intermediação no qual as organizações da sociedade civil se sentem representadas pelo fato de que as funções desempenhadas de intermediação facilitam o acesso a instâncias de tomada de decisão no poder público. Porém, nesse caso, como no de serviço, os autores apontam problemas como o fato de não haver mecanismos de sanção ou controle capazes de reforçar a relação entre representantes e representados.

Temos então, a partir desse estudo e da constatação desses argumentos, que as organizações civis desempenham um papel na reconfiguração de uma nova forma de se pensar a representação, seja nos circuitos tradicionais da política, e também por meio das inovações institucionais participativas. Porém, Lavalle *et. all* (2006) nos alertam que ainda é cedo para se concluir sobre as conseqüências dessa constatação de uma relação entre as organizações da sociedade civil e um novo conceito de representação. Ainda não há resultados para se afirmar que essa relação melhorará a qualidade da democracia.

O certo é que tanto a representação de organizações da sociedade civil quanto de grupos é necessária, pois devido às desigualdades sociais as mais diversas, alguns grupos não têm a oportunidade de se fazerem ouvir nos processos deliberativos, e as prioridades políticas acabam sendo aquelas dos que têm suas perspectivas sociais

representadas, revelando a parcialidade e a especificidade destas perspectivas (YOUNG, 2006). A representação então deve ser entendida como mais uma forma de atuação dos atores da sociedade civil, que propicia a inclusão política, na medida em que se torna possível ocupar diferentes espaços e tornar presente diversos ausentes.

A literatura até aqui analisada nos aponta diferentes possibilidades de agir que vão desde o ativismo, a participação institucionalizada, a deliberação e até a representação. No ativismo, como vimos, temos uma ação mais voltada à publicização de grandes questões, mas também pode ser utilizado quando o Estado não absorve tais ações, e o conflito se instala. Com a deliberação, a relação que se estabelece é de cooperação, o que se busca é a resolução de conflitos por meio da argumentação. Já a representação perpassa essas outras formas de ação, na medida em que se estabelece um *continuum* entre Estado e sociedade.

A instalação de instituições participativas mostra de alguma forma essa mudança no repertório de ação dos atores sociais e políticos na medida em que temos uma mudança no debate sobre a participação. A atuação da sociedade civil ocorre principalmente de forma institucionalizada, em uma ação coordenada entre Estado e sociedade civil. A participação constitui-se como uma forma de aperfeiçoar as instituições, a partir do vínculo que se estabelece com o Estado. Essa relação ocorre por meio de representantes que são escolhidos não apenas a partir de um processo eleitoral, mas também levando em conta sua expertise e afinidade com a temática a ser trabalhada. A coordenação entre esses diversos atores diferenciados ocorre também por meio da deliberação, onde a possibilidade do debate e da mudança de preferências se fazem presentes, além da busca pela implementação das políticas. A participação desses representantes por meio da deliberação possibilita aos atores da sociedade civil ter maior controle sobre a ação do Estado, bem como maior capacidade de decidir sobre as políticas públicas.

Visto dessa forma, a ação das instituições participativas deve ser concebida a partir de um processo relacional entre o Estado e a sociedade civil. Assim, para verificar a possibilidade de inclusão política dos atores sociais, por meio dessas instituições participativas, também se faz necessário verificar de qual Estado estamos falando, e se ele está aberto ou não a participação. No próximo capítulo, portanto, abordaremos uma discussão sobre as mudanças do Estado brasileiro no período pós-redemocratização.

Capítulo 2 – As relações que se estabelecem entre o Estado e a sociedade civil em busca de maior inclusão política

Vimos no capítulo anterior que a participação, a deliberação e a representação podem ser vistas como diferentes mecanismos capazes de darem voz para os atores societários, especialmente nas instituições participativas que tornam o Estado mais poroso a suas demandas. Este aspecto relacional assume diversas feições no pensamento político moderno. O objetivo deste capítulo é descrever, mesmo que brevemente, como determinadas correntes analisam esta relação. Acreditamos que, se por um lado, a sociedade civil pode ser entendida como o *locus* em que tais atividades são acionadas – participação, representação e deliberação - devemos, por outro lado, estar atentos para o fato que nenhum destes mecanismos age isoladamente. Tanto a participação, quanto a deliberação e a representação são definidas por meio de algum tipo de relação com o Estado, seja dentro dele, em compartilhamento ou, até mesmo, em oposição. Sendo assim, se faz necessário uma análise mais detalhada das possíveis relações entre Estado e sociedade. Ademais, o Estado também deve ser considerado, uma vez que as instituições participativas que nos propomos a analisar operam nesta instituição por meio de seus representantes em atividades que pretendem ser compartilhadas. As instituições participativas são, assim, híbridas e intermediárias pois localizam-se dentro do Estado e contam com representantes de ambos.

Como já destacado, no interior da teoria política encontramos diferentes tradições do pensamento político que abordam estes dois entes - Estado e sociedade - como dois campos distintos e concorrentes/opostos. De um lado, o Estado como pólo dominante, olhando as demandas da sociedade como um problema para governabilidade. De outro, a sociedade civil que vê o Estado como o outro pólo, causador de todos os males que ela deve conceber.

Como apontado por Nogueira (2005), essa visão dicotômica traz implicações, quais sejam: aumenta-se o risco de que se generalize a idéia de que a sociedade civil possa executar as políticas públicas sem a atuação do Estado. Mas, também se incorre na proposição contrária, em que o Estado poderia agir sem a participação da sociedade civil. “Em um cenário no qual o Estado e sociedade civil são mutuamente separados, torna-se bastante improvável a afirmação política da sociedade civil, isto é, a afirmação de novas hegemonias” (NOGUEIRA, 2005, p.108). Da mesma forma, com a diversificação da sociedade, e a exigência de uma reforma do Estado, não é mais

possível conceber que o Estado consiga agir isoladamente e que a sociedade o consiga fora do Estado.

Assim, o estudo da relação entre Estado e sociedade civil passa a ser central tanto para a análise das instituições participativas, quanto para os modernos processos políticos. A idéia do Estado com a qual estamos trabalhando repousa na noção de que deve haver uma fonte única de autoridade política em um território, baseada na lealdade indivisível de sua população e que opere de forma organizada e permanente, voltado para os interesses da sociedade como um todo (DRYZEK e DUNLEAVY, 2009). A partir desta definição, é possível verificar um conjunto de tradições que analisarão o caráter relacional ou não do Estado nas sociedades modernas.

2. 1 - Os diversos estudos sobre o Estado

O conceito de Estado é controverso e disputado, principalmente no que se refere aos seus fins e a forma que ele deve assumir para alcançá-los. Também é modificado a partir de contextos históricos e da relação que estabelece com a sociedade. Porém, para fins analíticos, Dryzek e Dunleavy (2009) sintetizaram suas principais características. Tais características definem o que seja o Estado, embora nem sempre seja possível assegurar a presença de todas elas.

Assim, um primeiro ponto para a definição do Estado é que ele seja um conjunto organizado de instituições que governam, sendo essas formalmente conectadas umas às outras e com algum grau de coesão. O Estado também deve agir em um território delimitado, em que haja uma sociedade distinta. Aqui, vale a pena salientar que na atualidade temos Estados que governam sociedades divididas em grupos que rejeitam as obrigações que lhe são impostas, tendo uma identificação e/ou interação que se estende a outro território. Também é atribuição das instituições do Estado tomar decisões vinculantes e assegurar que as mesmas sejam respeitadas.

Outra característica, já apontada por Weber (1982), é o monopólio do uso legítimo da força física dentro de um determinado território. Além disso, o Estado é soberano, ou seja, ele é a principal fonte de autoridade, o lócus final das decisões.

O Estado também opera em um campo público próprio, diferente da esfera privada dos interesses. “O campo público inclui não apenas atividades estritamente governamentais, mas todas as mudanças ou estabilização política como a sociedade

opera” (DRYZEK e DUNLEAVY, 2009, p.3, tradução da autora) ¹¹. O Estado também deve ser capaz de definir os membros de sua sociedade, ou seja, os cidadãos, bem como controlar suas fronteiras, a entrada e saída nesse território.

Além dessas sete características descritas, Dryzek e Dunleavy (2009) apresentam outras cinco características, que são denominadas de associadas, quais sejam: o Estado promove o interesse comum; tem uma burocracia desenvolvida e um sistema de taxas, a partir da qual suas operações são executadas e financiadas; opera a partir de um sistema de leis; e ele deve ser aceito como legítimo pelos grupos relevantes da sociedade, bem como ter uma base de apoio, seja destes ou de outros grupos. Além disso, o Estado também deve ter o reconhecimento de outros Estados.

Além da conceituação do Estado, muitos são os estudos que buscam identificar como o Estado pode e deve operar. Em que pese a importância das diferentes contribuições, neste trabalho procuraremos dialogar com a teoria pluralista e suas variações contemporâneas uma vez que elas nos possibilitam enxergar as mudanças pelas quais a relação Estado e sociedade passam e os desafios que colocam para ambos¹².

Em contraposição às teses elitistas, o pluralismo parte da existência de uma multiplicidade de instituições, valores e grupos. Há muitos determinantes da distribuição do poder e, conseqüentemente, muitos centros de poder. A política refere-se à interação entre diferentes grupos e as instituições. Tal teoria foca-se no interesse dos grupos, mostrando que esse seria um caminho por meio do qual as pessoas comuns poderiam adquirir habilidade política e entendimento de como as políticas democráticas funcionam.

O foco, na teoria pluralista, estaria mais nos esforços dos indivíduos para se unirem aliado a competição dos mesmos, agora em grupos, pelo poder. Dessa forma, a função do governo é proteger as liberdades desses grupos, e ao mesmo tempo evitar que

¹¹ “The public realm includes not only strictly governmental activities but all political changing or stabilizing how the society operates” (DRYZEK e DUNLEAVY, 2009, p.3).

¹² Temos na literatura diversas interpretações sobre o Estado, seja focando em suas funções e/ou atribuições, na forma que ele deve assumir, e nas relações que estabelece com a sociedade. Held (1987), a partir de diversos modelos de democracia, nos apresenta várias formas que o Estado pode assumir em cada uma delas, podendo se ter uma visão clássica, marxista, desenvolvimentista, pluralista ou elitista. Przeworsky (1995) também nos apresenta diferentes concepções do Estado, vinculadas às suas diferentes funções: o Estado como agente público que segue as preferências dos cidadãos, o Estado como entidade autônoma que busca realizar seus próprios fins e o Estado como agente do interesse daqueles que possuem a riqueza produtiva. Sua tese, entretanto, é que o Estado não é um ator coeso e suas funções variam conforme variam as interações entre grupos diversos sob constrangimentos econômicos, culturais e políticos.

um grupo individual suprima as liberdades dos outros (HELD, 1987). “Para os pluralistas, a existência de diversos interesses competitivos é a base do equilíbrio democrático e do desenvolvimento favorável da política pública” (HELD, 1987, p.170). O grupo de interesses opera no período entre as eleições e cria um jogo de influência sobre os políticos eleitos quando se trata de questões que são importantes para eles (DRYZEK e DUNLEAVY, 2009).

A idéia de múltiplos grupos de poder que influem as decisões políticas defendida pelo Pluralismo pode ser interpretado como uma resposta à teoria das elites. Essa teoria considera que as sociedades são sempre governadas por uma elite, sendo que essa dominação é sempre natural e desejável.

Os teóricos dessa corrente consideram que, independente do sistema de governo, a sociedade está dividida em duas classes principais: uma elite, que controla o poder econômico, social e político, através de sua expertise; e uma massa de cidadãos, desorganizados e que não possuem influência sobre as políticas (DRYZEK e DUNLEAVY, 2009). Devido a definição de massas, como um corpo indiferenciado e que era imprevisível em seu comportamento, partia também da idéia de que a mesma não poderia adquirir competências para participar efetivamente nas políticas.

Schumpeter, Mosca e Pareto são grandes expoentes dessa corrente. Mosca e Pareto consideram que para que haja um bom governo, deve haver uma mudança nessa elite. Dessa forma, consideram que para o governo é favorável que haja a ascensão de novos indivíduos “excepcionais” para as posições dominantes, pois acreditam que essa seja uma forma de favorecer a circulação das elites no poder. A circulação das elites é o que explicaria a estabilidade ou não das sociedades, sendo que, para tais autores, os problemas políticos seriam decorrentes do congelamento das elites no poder, bloqueando a ascensão de novas elites. Também consideram que nesse processo há sempre o movimento de outras lideranças, aquelas que se destacam da massa, que estariam sempre tentando alcançar influência e recursos na política. Para esses autores, é preciso conter esse processo, que se daria por meio de cooptação, ou seja, buscar aqueles líderes mais talentosos e/ou ameaçadores para atuarem em prol da elite dominante e não em oposição a ela (DRYZEK e DUNLEAVY, 2009).

Além da preocupação com a circulação das elites no poder, a teoria das elites ocupa-se também com o local em que elas são mais suscetíveis de ascender e o que de

fato essas elites faziam. Wright Mills¹³ é o principal expoente dessa questão. O autor nos mostra, a partir do estudo da sociedade americana, que as elites poderiam ser localizadas na sociedade em um pequeno grupo, subdivido em três categorias de elites, a saber: econômica, política e militar. Apesar de terem interesses divergentes, tais elites conseguiam se unir em torno de determinadas questões, sejam ligadas a economia e/ou a política internacional. Sendo assim, o Estado, bem como as decisões políticas e administrativas, eram controlados por esse pequeno grupo (DRYZEK e DUNLEAVY, 2009).

A Teoria das Elites, então, pode ser considerada como um modelo onde os interesses das elites ou da classe dominante é que definem os resultados, sendo as políticas resultado dessa preferência e valores das elites. As elites são formadoras de opinião, bem como controlam os recursos produtivos, em contrapartida, o povo é visto como apático e mal informado. Elas também competem entre si, podendo obter o apoio ou não de outros grupos.

O Pluralismo avança ao mostrar que a política não pode ser pensada a partir de uma classe, mas a partir de múltiplos grupos. Robert Dahl (1989) é um dos vários expoentes do pluralismo democrático que parte da idéia de que a sociedade é composta de indivíduos com idéias plurais e organizados em diferentes grupos de interesse, sendo a democracia, assim, resultado do equilíbrio entre os interesses desses diferentes grupos que buscam o poder.

A preocupação centra-se na concentração de poder. Assim, para ele, a desconcentração de poder político tem que ocorrer antes do processo eleitoral, para que o processo não se torne apenas a legitimação de uma maioria. Dessa forma, considera que a eleição é condição necessária para que se tenha uma democracia, mas não é suficiente.

[...] somente as eleições e os partidos não podem assegurar o equilíbrio dos estados democráticos. A existência de grupos ativos de vários tipos e tamanhos é crucial para que o processo democrático possa ser sustentado e para que os cidadãos consigam promover seus objetivos (HELD, 1987, p.173).

Para analisar a democracia, utiliza-se do conceito de Poliarquia, que seria um “tipo ideal” de democracia, que tem por objetivo o confronto de seus componentes com

¹³ Para maiores informações sobre essa questão, ver MILLS, C. Wright. A elite do poder. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

a realidade. A Poliarquia seria a forma por meio da qual se teria a garantia da competição entre os grupos de interesses. Dessa forma, Dahl (1989) propõe um conjunto de condições para analisar se as sociedades são ou não poliárquicas, sendo que estas condições são divididas entre o momento pré-eleitoral, que é quando se é capaz de saber se os grupos têm o direito de se expressar e de se associar, e o momento pós-eleitoral, em que é preciso garantir ao grupo vencedor das eleições que ele realmente governe.

Assim, temos que o pluralismo considera que a sociedade é constituída de vários grupos de poder que limitam o poder do Estado. Esses grupos são vistos como associações de indivíduos que buscam satisfazer os seus interesses. As políticas formuladas serão o resultado das coalizões e barganhas proporcionadas por esses grupos, sendo que o Estado faz parte dessa arena política, onde todos os atores são tomados como equivalentes.

Para Dryzek e Dunleavy (2009), as duas teorias possuíam falhas em suas definições e concepções, pois nenhuma das duas realmente explicava por que o Estado era pluralista ou porque era dominado pelas elites. A teoria das elites assumiu que a classe governante ou o poder das elites existia e interpretava as políticas e o Estado a partir dessas premissas. Porém, os pluralistas argumentavam que mesmo que haja uma grande desigualdade na sociedade, isso não significa que exista uma elite coesa, pois os membros dessa estavam sempre preocupados com seus interesses internos.

A partir das críticas, o estudo sobre o Estado na visão pluralista adquire uma nova direção, que é conceituada como neopluralismo. A idéia de que a política de Estado seja sobre a interação entre grupos e que esses são os pilares da vida democrática permanece, porém, já não consideram que haja um equilíbrio entre os grupos, vendo que a desigualdade de influência desses é inevitável. As análises agora recaem sobre um tipo particular de desequilíbrio, derivado das corporações.

[...] os grupos de interesse não podem ser tratados como necessariamente iguais e o Estado não pode ser considerado como um árbitro neutro de todos os interesses: as corporações possuem influência desproporcionada sobre o Estado e, portanto, sobre a natureza dos resultados democráticos (HELD, 1987, p. 183).

Para os neopluralistas, a política funciona a partir de múltiplos grupos de pressão, mas há o favorecimento do poder corporativo. Neste modelo, o Estado não tem

como função mediar as demandas do grupo, pois ele e seus departamentos forjam seus próprios interesses setoriais. O poder não é mais partilhado pelos grupos, passando a ser contestado pelos mesmos. A idéia de que há uma ampla base de recursos dispersos na sociedade, também não é mais aceita, pois partem do princípio de que alguns grupos possuem poucos recursos e que dessa forma, são impedidos de participar. Conseqüentemente, o governo se torna insuficientemente aberto, sendo as condições sócio-econômicas que determinam as opções políticas dos grupos e seus limites (HELD, 1987).

O neopluralismo foca em um grupo específico em detrimento de diversos outros setores da sociedade que também se articulam, seja contra ou compartilhadamente com o Estado. Dessa forma, essa visão do neopluralismo, assim como o pluralismo defendido por Dahl, não nos ajuda a pensar nas relações que se estabelecem entre o Estado e a sociedade, que são o alvo desse estudo. É preciso pensar em formas mais amplas, que levem em conta tanto a diversidade dos grupos como a forma como eles agem com o Estado.

Schlosberg (2006) coloca que essa forma de pluralismo fracassou tanto como uma explicação da realidade política da diferença como uma estrutura para incorporar e emancipar. O autor argumenta que o pluralismo pode ser dividido em três fases. A primeira geração de pluralistas foca na pluralidade das experiências dos diversos grupos da sociedade civil, concebida como o centro da vida política, que objetivavam quebrar com o monopólio do Estado nas teorizações políticas. Para esses autores, o universo pluralista é empiricamente e objetivamente fundamentado, mas, apesar disso, consideravam que a diferença apresentada não se constituiria numa unidade única coerente.

A segunda geração é a apresentada acima, que tem em Dahl o seu principal expoente. O argumento volta-se contra a explicação unitária do poder político, em resposta a teoria do poder das elites. Schlosberg (2006, p.145) considera que havia pouco nessa segunda geração que se assemelhava as preocupações da primeira geração, pois a base do empiricismo radical e a incomensurabilidade dos valores eram ignoradas em defesa da idéia que as instituições liberais são universalmente aplicáveis para resolver os problemas da diferença de grupos.

Para o autor, “essa forma de pluralismo fracassou tanto como uma explicação da realidade política da diferença como uma estrutura para emancipar politicamente e que contém as diferenças reais e crescentes no cenário pós-guerra” (SCHLOSBERG, 2006,

p.146, tradução da autora)¹⁴. Dessa forma, o pluralismo estaria mais voltado para as dinâmicas institucionais, perdendo o seu foco na pluralidade societária.

A terceira geração apresentada por Schlosberg (2006) também está em busca de entender a pluralidade, mas ao invés de focar no Estado e nas identidades singulares dos cidadãos, busca o significado dessas identidades, a cidadania e as relações entre os diferentes. Para essa geração de pluralistas, a preocupação central é como essa diferença deve ser comunicada e engajada. Dessa forma, consideram que os valores e as identidades podem ser compartilhados ou, no mínimo, entendidos a partir da diferença.

Central para os pluralistas da terceira geração é a atitude do conflito em que a diferença deve ser bem vinda e, certamente, não evitada. Sendo assim, o conflito passa a ser resolvido a partir da prática (SCHLOSBERG, 2006). Essa geração de pluralista pode ser denominada de pluralismo agonístico, sendo que o “agonismo começa com a potencialmente problemática natureza do conflito entre os grupos” (DRYZEK e DUNLEAVY, 2009, p.303, tradução da autora)¹⁵. A afirmação principal daqueles que apóiam encontros agonísticos é que o conflito moral e o engajamento através da diferença são valiosos e parte indispensável da vida política e social.

Mouffe (2005, p.20), pontua que

Vislumbrada a partir da ótica do “pluralismo agonístico”, o propósito da política democrática é construir o “eles” de tal modo que não sejam percebidos como inimigos a serem destruídos, mas como adversários, ou seja, pessoas cujas idéias são combatidas, mas cujo direito de defender tais idéias não é colocado em questão.

Para a autora, devido ao pluralismo de valores, não haveria uma forma de solucionar os conflitos, ou seja, há uma dimensão antagônica. Mas, esse antagonismo de inimigos, deve ser mudado para o agonismo de adversários. Dessa forma, o que se busca são canais por meio dos quais os indivíduos possam se expressar, constituindo o opositor não como inimigo, mas adversário.

Segundo Schlosberg (2006), um número de teóricos pluralistas contemporâneos captou esse processo e a necessidade de uma ética do respeito agonístico sobre a

¹⁴ “This form of pluralism failed as both an explanation of the political reality of difference and as a framework for politically embodying and enfranchising real and growing differences in the postwar landscape” (SCHLOSBERG, 2006, p.146).

¹⁵ “Agonism starts with the potentially problematic nature of conflict across groups” DRYZEK e DUNLEAVY, 2009, p.303).

diferença. Para o autor, uma das formas institucionais de se processar o pluralismo agonístico, poderia ser a deliberação pública. Dessa forma, o ideal seria focar no desenvolvimento de práticas políticas que possam facilitar a expressão e o engajamento dos desacordos dos cidadãos. Nesse sentido, “formas inclusivas de deliberação são indispensáveis no desenvolvimento da política que respeita e reconhece os diversos cidadãos” (SCHLOSBERG, 2006, p.152, tradução da autora)¹⁶.

Para o autor, muitos modelos pluralistas de deliberação transformam o discurso político a partir do antagonismo entre inimigos para um agonismo mais cívico entre adversários. Sendo assim, essa corrente do pluralismo nos traz a possibilidade de uma maior interação entre a sociedade civil e o Estado, via diferentes mecanismos de influência. Apesar de constatarmos o problema de que nem todos os grupos possam participar, é possível pensarmos como diminuir tais diferenças de forma que os excluídos possam ter voz. A deliberação pode ser considerada como uma forma de externalizar essas desigualdades desde que controlada via desenhos institucionais.

Os estudos anteriores sobre o Estado continham uma visão de um ente isolado, provedor, em que o seu papel era gerencial e/ou organizacional. Porém, na atualidade, o que temos é uma visão mais relacional. As ações do Estado não são formuladas exclusivamente por ele, estabelece-se uma relação em que a sociedade civil passa a ter um novo papel, não só na formulação das políticas, mas também em sua execução e fiscalização, que pode ser exercida a partir da deliberação.

2.2 – As relações entre o Estado e a sociedade

Ao longo da história, vemos que as relações que se estabeleceram entre Estado e sociedade civil têm se alterado. Isso se deve em parte às transformações que ambos sofreram, ou seja, a sociedade civil em busca de sua autonomia e o Estado, em busca de legitimidade em um contexto marcado pela crescente demanda dessa mesma sociedade por inclusão, além de processos macros como a economia e a política internacional.

A partir do momento em que temos uma mudança no padrão de ação da sociedade, considerando-se como cidadãos ativos, em busca de direitos (DAGNINO, 1994), criam-se também as bases para se pensar em uma atuação conjunta entre o Estado e a sociedade civil na produção das políticas públicas. A visão que se estabelece

¹⁶ “[...] inclusive forms of deliberation are indispensable in the development of a politics that offers respect and recognition to diverse citizens” (SCHLOSBERG, 2006, p.152)

do que seja o Estado também é alterada, passando a ser visto como fragmentado no sentido de seu controle, mas também no que diz respeito a sua atuação. Essa heterogeneidade do Estado se expressa no modo como suas instituições se formaram ao longo do tempo, mas também a partir de suas estruturas, seja a existência dos três poderes, ou a presença de entidades autônomas e/ou organismos públicos descentralizados (DAGNINO et all.,2006).

Chambers e Kopstein (2006) nos mostram que há diversas interfaces entre o Estado e a sociedade civil, podendo-se estabelecer diferentes tipos de relação entre os mesmos. Os autores enumeram seis relações possíveis, a saber: a) sociedade civil à parte do Estado, ou seja a sociedade civil seria uma esfera fora do Estado, e não se relacionando com ele; b) sociedade civil contra o Estado; c) sociedade civil em apoio ao Estado; d) sociedade civil em diálogo com o Estado; e) sociedade civil em parceria com o Estado; e, por último, f) sociedade civil além do Estado, aqui tem-se a idéia de uma sociedade civil transnacional. Esses seis tipos de relações conceituadas pelos autores não são mutuamente excludentes nem necessariamente competem uma com as outras. O que deve ficar claro é que, em determinados contextos, temos a prevalência de uma ou outra relação.

Dagnino et all. (2006) também seguem nessa mesma direção, mostrando que a partir das diversas instâncias do Estado, podemos ter diferentes relações entre a sociedade civil e o Estado. Para analisar essas relações, os autores utilizam-se do conceito de projeto político, sendo que o tipo de relacionamento estabelecido estará de acordo com a direção em que ambos os projetos operam.

Projeto político consiste nos “conjuntos de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que deve ser a vida em sociedade, que orientam a ação política dos diferentes sujeitos” (DAGNINO et all., 2006, p. 38). Essa noção carrega em si a idéia de que os atores possuem intenções em suas ações políticas, guiadas por valores, crenças e interesses. Também traz um vínculo entre a cultura e a política. “O seu caráter distintivo repousa na vinculação com a ação política, no fato de que os conteúdos de um projeto político orientam esta ação nas diversas formas que ela assume” (DAGNINO et all., 2006, p. 40).

A partir dessa noção, os autores estabelecem três tipos de projetos: autoritário, neoliberal e democrático-participativo, mostrando que a partir do tipo de projeto teremos uma relação diferenciada entre Estado e sociedade civil no Brasil.

O projeto autoritário se caracteriza pela existência de um Estado forte e centralizado, em que não há a participação da sociedade civil, e mesmo as instituições democrático-liberais tem suas atividades diminuídas ou anuladas. Os direitos são concebidos a uma parcela da população, anulando o princípio de cidadania, bem como os direitos políticos. A participação da população se restringe ao apoio ao governo, enquanto a este cabe o papel de distribuição seletiva da renda.

A relação entre a sociedade civil e o Estado caracteriza-se pelo verticalismo, o clientelismo e a repressão ou a cooptação, misturadas estas últimas de diversas maneiras. A política pública é entendida como um campo exclusivo de decisão do Estado e é aplicada de forma clientelista e particularista. De outro lado, a influência da sociedade civil sobre o Estado é mínima (DAGNINO et al., 2006, p. 47)

Já no projeto neoliberal, a ênfase principal refere-se às relações de acumulação capitalista, e dessa forma, há uma redução do Estado e uma conseqüente transferência de responsabilidades tanto para a sociedade civil quanto para os setores privados. O mercado torna-se o principal organizador da vida política, em busca de eficiência e modernização. Aqui também permanece uma diluição do conceito de cidadania, bem como a idéia de direitos universais.

Nesse projeto temos um espaço para a participação da sociedade civil, que assume a execução das políticas públicas, bem como fornece informações ao governo sobre suas demandas. Porém, cabe a ela apenas a gestão e a implementação, ficando o poder decisório exclusivo ao Estado.

A participação da sociedade civil assume um papel central no projeto democrático-participativo, em que há um compartilhamento das decisões junto ao Estado em relação às políticas públicas. Além de não contar com uma participação monopolizada pelo Estado, esse projeto traz em si a idéia de *accountability*, em que a sociedade acompanha e monitora as ações do Estado, visando uma maior transparência de sua atuação. A idéia de construção da cidadania, juntamente com o aprimoramento e radicalização da democracia tornam-se presentes. “[...] Emerge uma noção de política ampliada, afirmada na multiplicidade de seus terrenos, seus sujeitos, temas e processos” (DAGNINO et al., 2006, p. 53).

Tanto o projeto democrático-participativo quanto o neoliberal trazem em si a idéia de participação dos cidadãos, devido à difusão de que para que haja o aprofundamento da democracia se faz necessário que haja a participação. Porém, no

projeto democrático-participativo, a participação é vista como uma forma de alterar a mentalidade das pessoas sobre o que seja a política e sua atuação, ou seja, a cultura das pessoas. Já no projeto neoliberal, com a participação o que se busca é a eficiência das políticas. Também busca o empoderamento do cidadão, mas no sentido de que ele possa entender melhor o funcionamento do Estado. Há uma confluência perversa entre esses dois tipos de projetos, ambos utilizam-se da linguagem da participação em seus discursos, mas apontando para direções opostas. O discurso do projeto neoliberal acaba por despolitizar o movimento social, deixando de lado o debate mais amplo sobre a ampliação dos direitos (DAGNINO, 2002; 2006).

Porém, é preciso salientar que na realidade não existe um único projeto político, e sim uma mescla, em que eles se sobrepõem em maior ou menor grau. O Estado está submetido a constrangimentos, e não é apenas a vontade do gestor o que conta para se pensar na implementação de determinadas políticas públicas. Para que ocorra uma co-gestão, ou complementariedade entre Estado e sociedade, o Estado precisa se reconfigurar, apresentar um novo desenho, em que possa incorporar novos atores, bem como se faz necessária a formação desses atores. Essa nova configuração em que se estabelece uma atuação conjunta é denominada por Nogueira (2005) de gestão participativa.

Para o autor, esse tipo de gestão busca estabelecer uma maior relação entre os governantes e governados, em que os cidadãos possam se inserir nos assuntos do governo. “A gestão participativa acentua o fato de que os aparatos governamentais (o Estado), ainda que carreguem consigo uma dose considerável de autonomia – e, portanto de ‘arbítrio’ –, não podem ser concebidos como se estivessem desvinculados da sociedade, ou imunizados contra seus efeitos” (NOGUEIRA, 2005, p.146).

Essa forma de gestão prevê um cidadão ativo, que possa exercer um controle público sobre o Estado, direcionando e interferindo em suas ações, bem como também prevê parcerias dentro e fora do Estado, seja com outras instituições públicas, ou mesmo da sociedade, operando, também, a partir de uma lógica descentralizada. Essa gestão não acontece exclusivamente a partir da participação, é necessário que haja no Estado recursos humanos especializados e qualificados, que sejam capazes de pensar de forma articulada. Essa forma de gestão busca novas formas de tomada de decisão e de gerenciamento do público, que são trazidas do cotidiano, “ações e decisões tomadas numa dimensão que escapa à razão que planeja” (NOGUEIRA, 2005)

Para a gestão participativa, há outra forma de se pensar a burocracia, sendo que os resultados não devem se limitar a arena administrativa, buscando também a transformação social. A idéia aqui presente não é a de que as questões organizacionais e administrativas do Estado sejam postas de lado, mas trazer novas maneiras de se administrar as organizações públicas. Para que haja uma atuação da sociedade civil, em busca de um aprofundamento da democracia, se faz necessário um Estado que adapte seu aparato administrativo a essa nova condição. “O que se deve cogitar, portanto, não é a eliminação ou a substituição da burocracia, mas a inserção de novos elementos, procedimentos e idéias no sistema nervoso central das estruturas burocráticas, de modo a dinamizá-las e domesticá-las” (NOGUEIRA, 2005, p.149).

Temos então, uma nova forma de gerenciamento, em que o Estado muda e, conseqüentemente, influencia o modo como os movimentos sociais atuam. Dessa forma, não é possível trabalhar esses dois atores como categorias separadas. Alguns estudos têm procurado verificar como se estabelece essa relação, ou seja, quando o Estado e a sociedade atuam juntos, quando atuam separados e quais são as dinâmicas de cada um.

Dryzek (2000), ao contrário dos autores mencionados, vê com desconfiança este caráter relacional. Essa discordância se expressa na pergunta sobre quando convém, ou não, a atuação conjunta de ambos. O autor considera que o Estado permanece como a principal instituição para a formulação de decisões coletivas obrigatórias em resposta aos problemas sociais, sendo também quem garante a existência dos espaços públicos e mesmo da sociedade civil. Porém, Dryzek (2000) não descarta a possibilidade de que a sociedade civil seja a principal alternativa para que o Estado promova a democratização.

A democratização aqui é entendida como a inclusão de grupos e/ou categorias em desvantagem, podendo se estabelecer de três formas: *franchise* (a quantidade de pessoas que efetivamente participam da política); *scope* (a extensão das questões sob o controle democrático); e *authenticity* (o grau em que essa participação e controle são mais substantivos do que simbólicos, ou seja, o nível efetivo de participação e controle). O autor defende que a sociedade civil é o *locus* mais atrativo para a democratização, porém, agindo isoladamente, a sociedade civil pode até exercer poder sobre o Estado, mas não garante a inclusão no Estado.

A sociedade civil pode afetar a formulação das políticas públicas, mudando os termos dos discursos políticos, bem como pode legitimar formas particulares de ação coletiva. Também pode instituir fóruns deliberativos ou mesmo obter resultados do governo a partir de protestos. Porém essas atividades são para-governamentais e

possuem apenas influência sobre o governo. A prioridade da sociedade civil para a realização da democratização se deve ao fato de ser uma arena relativamente sem restrições, constrangimentos e barreiras. Através das arenas da sociedade civil é possível se contestar, com relativa liberdade, interesses e idéias. Além disso, a indeterminação dos resultados, inerentes à democracia, não está subordinado às razões do Estado.

Porém, se a democratização deve ocorrer no Estado ou na sociedade civil não é uma resposta abrangente, que sirva para todos os movimentos sociais em diferentes situações. Assim, para analisar quando a entrada da sociedade civil no Estado torna-se a melhor opção, Dryzek (2000) utiliza-se de dois critérios. Primeiro deve-se observar se a presença dos grupos no Estado irá realmente influenciar a política. Como pontuado pelo autor, o grupo deve considerar se o interesse em jogo pode ser assimilado com uma função imperativa do Estado. Os imperativos estatais são as funções realizadas pelas estruturas do governo que almejam a longevidade e estabilidade do mesmo. Caso não haja uma assimilação, essa não pode ser considerada como uma boa estratégia para os grupos, pois o Estado não incorporará os interesses do grupo. Um segundo critério utilizado pelo autor, é se com a entrada do grupo no Estado tem-se a perda de uma sociedade civil ativa.

Temos então que, para Dryzek (2000), quando os interesses da sociedade civil não estão conectados a alguma função imperativa do Estado, a inclusão não é efetiva, ocorrendo cooptação da mesma, podendo ser excluída posteriormente das decisões estatais. Há a participação da sociedade, mas essa contaria aos seus interesses. A sociedade civil só obterá ganhos se os seus interesses estiverem conectados aos imperativos do Estado. Caso isso aconteça, poderão determinar ou influenciar as políticas públicas. De outra forma, o que temos é a cooptação da sociedade civil e/ou o oferecimento de prêmios simbólicos.

Essa mesma problemática acerca da relação entre Estado e sociedade civil tem sido bastante estudada no Brasil a partir das inúmeras inovações participativas existentes no país. Nesses estudos, os autores buscam precisar variáveis que tornem a inclusão da sociedade menos simbólica e mais efetiva, ou seja, busca-se uma relação em que a sociedade realmente tenha um papel junto ao Estado. Mas, também, temos estudos que constatam que o Estado, apesar de acatar mecanismos de inclusão, ele não a favorece efetivamente.

Tatagiba (2002) nos apresenta a relação entre Estado e sociedade civil a partir de um estudo sobre diversos conselhos de políticas setoriais. A autora procura mostrar se a formalização dessas instâncias de participação contribuiu para a democratização da gestão pública. O estudo indica que há uma recusa do Estado em compartilhar efetivamente a elaboração e execução das políticas públicas. Os conselhos não estariam realmente cumprindo o seu papel deliberativo devido ao fato de terem uma participação reativa, mais que propositiva. A autora também aponta que, assumindo essa postura, os conselhos podem se tornar apenas legitimadores das decisões dos órgãos executivos.

Pinto (2004) segue nessa mesma direção, ao mostrar que os formatos previstos para essas instâncias de participação, feitos pelo Estado, podem não ser representativos da sociedade, servindo apenas para legitimar as políticas do governo. A partir da análise do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social e do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional, ambos no nível nacional, a autora nos mostra que o fato de se ter canais de participação institucionalizados, não garante de fato que haja a atuação da sociedade civil nesses espaços.

A relação entre Estado e sociedade civil também pode ser vista por meio das ONGs. Num estudo de seis ONGs, Teixeira (2002) nos mostra que há múltiplas formas pelas quais o Estado e a sociedade se relacionam. Temos casos em que essa relação se estabelece por meio de parceria, com as ONGs envolvidas na formulação das políticas públicas. Mas também há casos em que essa relação é distante, podendo as ONGs atuarem apenas como prestadoras de serviços, sem participar efetivamente dos projetos ou se limitarem ao campo da crítica, deixando a condução das políticas para o Estado.

Medeiros (2007) também aponta que a relação entre as ONGs e o Estado depende do contexto histórico, sendo que a identidade das ONGs vai se alterando, de uma postura de negação das relações com o Estado, para a defesa de ampliação dos espaços dentro do Estado. Apesar da atuação em conjunto, o autor nos mostra que é preciso que haja uma postura crítica dessas organizações para que elas sejam capazes de afirmar a sua autonomia e não se distanciarem do projeto ao qual se propõem.

Porém, existem formatos em que é possível se estabelecer uma sinergia entre o Estado e a sociedade civil. Abers (2000) nos mostra que o orçamento participativo em Porto Alegre mobilizou e empoderou os cidadãos. Seu estudo comprova que a criação de fóruns abertos para a discussão sobre o orçamento, tornou a distribuição dos recursos mais transparente e também contribuiu para a revitalização da vida cívica na cidade. Essa experiência também foi analisada por Avritzer e Wampler (2004), que concluíram

que as regras do orçamento participativo em Porto Alegre representam uma ruptura com as formas tradicionais de produção de políticas públicas. Além disso, essa experiência participativa traz um efeito demonstração, pois a medida que a população reconhece que a participação está trazendo benefícios, novos participantes são incorporados ao processo.

Wampler (2010) considera que a atuação dos cidadãos em espaços participativos tem ajudado a transformar a relação entre Estado e sociedade. A partir da análise da gestão participativa no período de 1993-2009, na cidade de Belo Horizonte, o autor percebe que essa relação tem se dado de forma satisfatória em que as duas partes atuam conjuntamente e que, ao mesmo tempo, ambas possuem ganhos, ou seja, podem maximizar os seus interesses.

Para essa análise, o autor utiliza-se dos conceitos de três tipos de comunidades: de políticas públicas, associativa e de política. As comunidades de políticas públicas podem ser definidas pelos atores que atuam na formulação e implementação das políticas, ou seja, são aqueles que influenciam esse processo, podendo ser tanto atores governamentais, quanto membros da sociedade civil, especialmente os líderes comunitários.

Já as comunidades associativas são aquelas que se formam na sociedade civil, são principalmente os ativistas e demais cidadãos, que por meio da inserção e atuação em diferentes espaços, estabelecem novas redes, em que discutem os problemas de suas regionalidades ou da política em geral. Por fim, a comunidade política é aquela formada por militantes e funcionários do governo que estão envolvidos em campanhas, eleições, mobilizações.

Os participantes dessas três comunidades são, principalmente, líderes comunitários e funcionários de médio escalão do governo, criando assim novos intermediários entre o Estado e a sociedade civil. Porém, é preciso ficar claro que essas comunidades não são estanques, elas se misturam, podendo o ator fazer parte de mais de uma comunidade.

Wampler (2010) nos mostra que nos 16 anos de gestão participativa, a cidade de Belo Horizonte construiu vários espaços de participação, que oferecem aos cidadãos acesso ao governo. Não só o Orçamento Participativo foi implementado, bem como conselhos municipais, regionais e outros espaços locais de participação. Através de *surveys*, entrevistas e observação participante nesses locais, o autor nos apresenta as diferentes relações que neles se estabelecem.

Nos conselhos de políticas, o governo interage com a comunidade de política pública, informando e debatendo as políticas a serem implementadas. Já nos conselhos regionais temos a conexão entre os líderes comunitários e os funcionários do governo.

[...] a institucionalização dos cidadãos em órgãos formais do governo contribui para a sociedade reduzir as fronteiras entre o Estado e a sociedade civil. Quando os membros de conselhos (municipal, regional ou local) estão trabalhando dentro dos conselhos, eles são membros da sociedade civil tentando encontrar soluções para os problemas prementes. Quando os membros do Conselho regressam às suas organizações e comunidades de origem, eles são líderes da sociedade civil e representantes eleitos pelo Estado. Quando os membros do Conselho buscam informações dos departamentos de governo, eles são formalmente representantes do Estado, ganhando assim um acesso mais fácil às informações do que os outros cidadãos (WAMPLER, 2010, p.388)

Esses espaços criam novas alianças, gerando novas comunidades. Há um constante envolvimento entre os líderes comunitários e os funcionários do governo, seja em busca de promover políticas públicas que respondam as demandas da população, mas também há outros interesses que não são descartados nessa análise. O governo considera esses locais como uma forma de recrutar militantes partidários e a sociedade, a partir do acesso que tem ao governo, consegue “expertise” em políticas públicas, vida associativa e política eleitoral. O autor considera que a partir da análise dos três tipos de comunidade seja possível uma melhor compreensão de como se estabelecem as relações entre o Estado e a sociedade civil, e como essas estão se transformando.

Abers e Keck (2009) também caminham nessa mesma direção mostrando que a atuação nas instituições participativas pode alterar a relação entre o Estado e a sociedade civil. As autoras nos mostram que os governos podem ter dificuldades em implementar políticas participativas, e que os atores estatais podem ajudar a construir certas habilidades que o governo não possui.

Assim, as autoras partem da idéia de que a governança participativa requer não apenas a atuação ativa da sociedade civil, mas também se faz necessária a mobilização do Estado. Para tal, é preciso que o Estado vá além de suas atividades de treinamento, planejamento e garantia dos direitos de propriedade, para que tenha capacidade de operar efetivamente também nos interesses da sociedade.

Abers e Keck consideram que essas novas instituições participativas são os locais privilegiados para que se possa estudar a governança participativa, devido às

ambigüidades que se estabelecem neles advindas da relação entre os atores estatais e da sociedade civil. “Fóruns participativos de tomada de decisão podem ser arenas importantes para conectar e ativar as redes entre Estado e sociedade que ajudam a construir a capacidade do Estado” (ABERS e KECK, 2009, p. 293, tradução da autora)¹⁷.

Há três argumentos principais que reforçam a necessidade de criação dessas arenas, quais sejam: que os grupos menos favorecidos necessitam delas para que possam fazer suas demandas serem ouvidas pelo Estado; elas promovem a democracia deliberativa; e numa visão a partir da reforma neoliberal, tais mecanismos seriam benéficos devido à redução de custos ao governo. Porém, para além de seu papel de deliberação e expressão de preferências, as autoras consideram que essas arenas também sejam uma forma de melhorar as habilidades do Estado em promover o interesse público.

A idéia de que os atores não estatais podem ajudar a construir as capacidades do Estado colide com algumas afirmações da literatura, que vêem o Estado como um ator forte e que pode manipular os processos participativos, fazendo com que esses espaços se tornem apenas consultivos, desmobilizando os mecanismos de participação, utilizando-os para legitimar suas decisões ou mesmo manipulando os resultados. Porém, o que temos é que essas relações, entre o Estado e a sociedade civil, são muito mais complexas.

As autoras constatam também que a maioria dos estudos tem privilegiado a atuação da sociedade civil em detrimento ao Estado. Os estudos trabalham com o *input* (deliberação e participação) e o *output* (*accountability*), mas não trazem o *throughput*, ou seja, o processo. A questão que se colocam é: o Estado é capaz de implementar as decisões que os corpos deliberativos tomam, levando em conta sua capacidade técnica e política?

Para essa análise, Abers e Keck (2009) analisam quatro comitês de bacia hidrográfica: a bacia do Alto Tietê, do Litoral Norte, do Itajaí e do Rio das Velhas. Os comitês são arenas participativas em que temos a atuação conjunta de representantes do Estado, de associação de usuários da água e associações da sociedade civil. Suas deliberações cobrem unidades territoriais que envolvem diversos municípios e/ou partes

¹⁷ “Participatory decision-making forum can be important arenas for connecting and activating the state-society networks that help build state capacity” (ABERS e KECK, 2009, p. 293)

de municipalidades, e algumas vezes também podem atingir diversos estados. Sendo assim, o resultado é o compartilhamento entre diferentes unidades e níveis do governo. Apesar de terem diversas atribuições, dentre elas a definição dos planos das bacias hidrográficas, tais comitês não têm poderes legais para implementar as decisões.

Apesar dessa dificuldade, o estudo nos mostra que em três dos comitês estudados, os atores, tanto do governo quanto da sociedade civil, criaram condições favoráveis para promover ações que estivessem voltadas ao interesse público, ao invés de apenas deliberar sobre os programas e os planos orçamentários que são obrigatórios. Houve um processo gradual de acumulação de capacidades. Tais comissões também foram capazes de articular outras parcerias, com diferentes instituições, professores universitários, empresas locais, grupos comunitários e governos locais, que foram capazes de estabelecer novos recursos humanos e materiais.

Assim, Abers e Keck (2009, p. 293) nos mostram que os atores da sociedade civil não devem apenas influenciar a tomada de decisão do Estado, mas também transformar suas capacidades para implementar aquelas decisões. O resultado não é a transferência de responsabilidades do Estado para outros atores, mas a mobilização das capacidades do Estado em defender os interesses públicos.

[...] Se nós vemos os conselhos como espaços que interagem com o Estado, ao invés de simplesmente tomar decisões e monitorar a implementação, pode ser mais fácil imaginar como a participação pode realmente promover a capacidade do Estado - o que poderia tornar mais provável que o Estado será capaz de implementar as decisões dos mecanismos de governança participativa (ABERS e KECK, 2009, p. 309, tradução da autora)¹⁸.

Assim, temos que há uma significativa variedade nas formas como as relações entre Estado e sociedade podem se estabelecer. Passando para uma análise dessas relações no nível nacional, Faria (2009, 2008a) analisa se há uma “sinergia” positiva entre Estado e sociedade civil a partir das relações que eles estabelecem no primeiro mandato do governo Lula (2003-2006). É possível perceber que há uma disposição do governo em uma gestão participativa, podendo ser constatada a partir da criação e institucionalização de novos espaços de participação, como o Conselho de

¹⁸ [...] if we see participatory councils as spaces [that interact with the state, rather than simply making decisions and monitoring implementation from outside, it may be easier to imagine how participation can actually promote state capacity—which in turn could make it more likely that the state will be able to implement the decisions of participatory governance mechanisms (ABERS e KECK, 2009, p. 309)

Desenvolvimento Econômico e Social - CDES, novas conferências, novas funções assumidas pela Secretaria Geral da Presidência da República - SGPR, e pela elaboração e revisão do método participativo.

No que se refere aos espaços de participação vemos a disposição do governo federal em dialogar com os atores da sociedade civil, a partir de sua presença nos conselhos, diferentemente de governos anteriores, o que possibilita também que haja o encaminhamento das resoluções. Também pode ser constatada a partir da quantidade de participantes envolvidos nas conferências nos três níveis da federação, atestando mais uma vez a disposição do governo em ouvir as demandas e propostas da sociedade civil.

Outro ponto analisado pela autora foram os fóruns de discussão do Plano Plurianual (PPA). O governo estabeleceu fóruns públicos em todos os estados da federação para que a população pudesse participar da formulação do PPA. Para coordenar esse processo foi estabelecido um grupo gestor formado tanto por membros de diferentes órgãos do governo quanto da sociedade. Além de sua formulação, após o envio do projeto ao Congresso, diversas entidades da sociedade civil acompanharam sua tramitação.

Após entrevistas com participantes desse processo, o que se pode concluir foi que o tempo reservado aos atores para a organização das consultas bem como para a discussão não foi o suficiente. Como apontado pela autora, esse é um problema posto aos processos participativos, já que é preciso tempo para que a sociedade consiga se inteirar dos processos e possa participar efetivamente, mas temos também o calendário legalmente estabelecido, que pode não coincidir com a dinâmica participativa. Outro ponto levantado pelos atores da sociedade civil foi que as questões levantadas e debatidas pelos fóruns não foram tema de discussão pelo Congresso, bem como não houve a incorporação do governo das propostas debatidas no mesmo.

A partir dessas críticas, o governo estabeleceu novas regras para a instauração do PPA 2008-2011, mostrando, mais uma vez, sua disposição em trazer os atores da sociedade para a formulação, implementação e monitoramento das políticas. Porém, devido a outras agendas do governo, esse processo teve que ser interrompido, não se efetivando a agenda posteriormente estabelecida.

O que temos então é que,

se a dinâmica participativa não assume uma posição central na lógica governamental, a sinergia almejada fica comprometida, principalmente se levarmos em consideração a pluralidade de atores que compõem o governo, como também a resistência de muitos deles com a forma participativa de gestão pública (FARIA, 2008a, p. 20)

A autora constata, então, que apenas a criação desses espaços não foi suficiente para que houvesse uma inclusão da sociedade civil e que apesar da existência de um método participativo, essa não se tornou uma política do governo.

Alguns autores (AVRITZER, 2009; FARIA e RIBEIRO, 2010) fazem um estudo mais amplo, não apenas mostrando estudos de casos, mas a partir deles tentando delimitar variáveis que possam explicar quando e de que forma, essa relação entre o Estado e a sociedade civil é mais efetiva do que simbólica. Faria e Ribeiro (2010) são autoras que trabalham nessa direção, mostrando que os procedimentos que regulam as instituições participativas também são uma forma de aferir a sua abertura ou não à participação. As relações dentro dessas instituições se darão a partir das regras já estabelecidas.

O estudo pautou-se na análise das regras, bem como no desenho institucional de conselhos de política, vistos a partir de suas Leis de Criação, Leis de Alteração e os Regimentos Internos. As autoras consideram que essas variáveis “interferem no desempenho democrático e inclusivo destas novas instituições” (FARIA e RIBEIRO, 2010, p.54).

Avritzer (2008, 2009) também trabalha com uma análise multivariada para determinar como se estabelece a interação entre sociedade civil e sociedade política. O autor procura mostrar em que situações as instituições participativas são bem sucedidas, e se é possível expandir o seu formato para outras localidades em contextos diferentes.

O estudo baseia-se na análise de três instituições participativas: orçamento participativo, conselhos de saúde e planos diretores; em quatro cidades: São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte e Salvador. O autor nos mostra que, além do desenho institucional e do contexto no qual as instituições estão inseridas, é preciso considerar tanto a organização da sociedade civil, como da sociedade política.

Dessa forma, o desenho institucional da instituição deve variar em resposta à forma como se organizam a sociedade civil e política na qual está sendo implementada. São apresentados três tipos de desenho institucional, mostrando que a execução de um ou outro vai depender das relações que se estabelecem, não sendo possível prever que o

fato de uma instituição ter sido bem sucedida em uma determinada cidade, ou seja, em que houve distribuição de bens e inclusão da sociedade, o será em outras.

Os três tipos de desenho¹⁹ apresentado são: desenhos de baixo pra cima (*bottom-up designs*) são considerados os mais democráticos, devido a abertura a participação de qualquer cidadão, também são os que possuem menor envolvimento do governo nas decisões, em que o exemplo é os orçamentos participativos; os desenhos de partilha de poder (*Power-sharing designs*) têm como exemplo os conselhos de política, são menos participativos que os orçamentos participativos, pois estabelecem o princípio da representação para os participantes, suas decisões são partilhadas com o Estado e são legalmente institucionalizados; e, por último, os desenhos de ratificação de poder (*ratification designs*) em que a participação se estabelece a partir de uma proposta de política pública feita pelo Estado, sendo assim a menos participativa das três. Esse último desenho tem como exemplo o processo de aprovação dos planos diretores e sua principal característica é a possibilidade de bloquear as propostas do governo.

A partir do estudo, Avritzer (2008, 2009) conclui que os desenhos *bottom up* são mais democráticos e distributivos que os demais. Porém, a sua implementação requer uma sociedade civil forte e que haja uma disposição da sociedade política para a sua execução, bem como colaboração entre essas. É um tipo de desenho fortemente dependente da vontade política, pois pode ser interrompido por ela em qualquer momento.

Já nos desenhos *power-sharing* foi possível perceber que há tanto democratização quanto efeitos distributivos positivos, mesmo quando a administração pública não lhes é favorável. Ou seja, para esse tipo de desenho não é necessário que haja altos níveis de mobilização da sociedade civil. Também conta a seu favor o fato de que o não cumprimento dos acordos estabelecidos acarreta em sanção para os atores estatais, o que fortalece as instituições desse tipo. Para os desenhos do tipo *ratification* a sua principal característica é a possibilidade de sanção por parte do Judiciário, como forma de manter a participação prevista em lei, mas, é o formato menos participativo e menos deliberativo.

Temos, então, que para uma maior inclusão da sociedade, vista a partir das instituições participativas é preciso relacionar a variável contexto, entendida a partir da

¹⁹ Avritzer (2009, p.64) propõe outra forma de se estudar o desenho institucional, a qual denomina de Modelo Interativo de Desenho Institucional, em oposição a uma concepção estática, em que o sucesso do desenho participativo refere-se à interação entre sociedade civil e política, que leva ao desmantelamento de velhos papéis e a fixação de novos.

atuação da sociedade civil, a vontade política, bem como a interação entre sociedade civil e política, além do desenho institucional.

A partir da análise desses estudos, podemos perceber que o Estado, deve ser concebido de uma forma relacional, ou seja, sua atuação ocorre na interação com os diversos grupos que se apresentam na sociedade civil, sendo que uma maneira de se relacionarem será via deliberação pública. As relações que se estabelecem entre ambos, no Brasil, são dependentes seja dos contextos históricos em que eles se inserem, mas também de outras variáveis como a atuação da sociedade civil, a disposição da sociedade política bem como de outros fatores macro, como por exemplo, a economia.

Podemos perceber que as regras e o desenho institucional são variáveis importantes, pois podem se traduzir em relações mais democráticas e justas. A definição das regras e o desenho é um elemento inicial que deve ser levado em conta quando da implementação das instituições participativas. Para além do desenho, também podemos constatar que o contexto em que tais instituições se inserem, bem como a organização de sua sociedade civil e política também interferem nas relações que serão estabelecidas posteriormente. Uma sociedade civil ativa juntamente com um governo que se mostre disposto a compartilhar as decisões sobre políticas públicas podem tornar as instituições mais efetivas.

Porém, também é preciso levar em consideração o processo, ou como nos apresenta Abers e Keck (2009), o *throughput*. As instituições não devem focar apenas na demanda e seus resultados, devem ser capazes de, durante o processo, mobilizar a capacidade do Estado de agir. Assim, dependendo da forma como ocorra a interação entre essas diferentes variáveis, a relação entre o Estado e a sociedade pode se traduzir em uma maior ou menor inclusão dos atores da sociedade civil e, conseqüentemente, em relações mais democráticas e justas.

No capítulo seguinte, veremos como se configurou a relação entre o Estado e a sociedade civil na implementação da política de saúde e na criação dos Conselhos de Saúde, tanto no âmbito municipal quanto estadual. Veremos que esse não foi um processo linear. Num primeiro momento temos um Estado isolado, que não dialoga com outros setores para execução da política. Mas, em diferentes momentos históricos, pode-se perceber uma abertura do Estado em busca de incluir novos atores, principalmente aqueles ligados ao Movimento de Saúde, que eram os que estavam mais diretamente em atuação com o Estado. Porém, a atuação da sociedade civil, via movimento, também pode ser analisada em dois momentos, sendo que num primeiro havia uma relação de

embate com os atores estatais, a sociedade civil contra o Estado, para, posteriormente, se ter uma participação via conselhos de políticas públicas que se estabelece via representação e a deliberação.

Capítulo 3 – A conformação da Política de Saúde e a instauração dos conselhos de política

Como vimos nos capítulos anteriores, a relação que se estabelece entre o Estado e a sociedade civil no Brasil modifica-se ao longo dos tempos, passando de um Estado que atua de forma isolada para um que busca compartilhar junto a sociedade civil as suas responsabilidades e decisões. Essa mudança, fruto do processo de reestruturação democrática pelo qual o país vem passando, pode ser percebida através da configuração da Política de Saúde que, em busca de uma maior inclusão da sociedade, passa de um campo restrito às categorias profissionais, planejada e executada apenas pela burocracia estatal, para uma política de acesso universal, formulada junto com a sociedade organizada por meio da instauração de espaços colegiados.

Para se chegar ao que hoje conhecemos como o Sistema Único de Saúde (SUS) que conta com a participação da sociedade, juntamente com os atores estatais, por meio dos Conselhos de Política nas três esferas de governo, muitas mudanças ocorreram tanto no plano institucional quanto societário, envolvendo a articulação de movimentos sociais, de universidades, de representantes institucionais, bem como a formulação e a implementação de programas/projetos e de novas legislações. A partir da década de 1970, houve uma intensa mobilização de profissionais, técnicos ou atores da sociedade civil, em busca de prover à população um direito que, até então, não lhe era garantido, qual seja, o acesso universal aos serviços de saúde.

Apesar desses esforços, é somente na segunda metade da década de 1980 que as demandas da população passaram a ser reconhecidas pelo Estado que passou a considerar a diversidade de interesses sociais presentes na sociedade (CARVALHO, 1997). É nesse momento que se conformaram as condições sociais e institucionais para o atendimento das propostas de participação social nas políticas públicas e sua institucionalização. Todas as propostas, como a participação da sociedade, a unificação do sistema de saúde, a universalização do acesso aos serviços e a descentralização da política de saúde, só foram realmente garantidos por meio da Constituição de 1988 e das leis posteriores que a regulamentaram.

Dessa forma, esse capítulo busca descrever essa trajetória da Política de Saúde, seus avanços e desafios, com o objetivo de analisar a forma como se deu a instauração dos Conselhos de Política de Saúde. Esses Conselhos congregam representantes de diferentes setores envolvidos com a política em questão e são, pelo menos formalmente,

espaços de debates e decisões sobre esse tema. Neste capítulo é interessante notar os atores que participaram desse processo, e ver, além da organização da sociedade civil em busca de uma maior participação nas decisões políticas referentes à saúde, a abertura do Estado a esses novos atores, bem como as novas práticas de atuação.

3.1 – A trajetória da Política de Saúde e a inclusão de novos atores

Data da década de 1920, o início da trajetória da Política de Saúde no Brasil, quando lhe é atribuída duas características principais: primeiro, vinculava-se ao sistema previdenciário²⁰, não se constituindo em uma política própria; e também era segmentada, ou seja, apenas alguns setores da sociedade tinham acesso a esse sistema. É nesse período que temos a estruturação do sistema previdenciário a partir da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), consideradas as primeiras instituições previdenciárias do setor estatal. Porém, nesse momento, não temos uma atenção à saúde voltada para toda a população, pois tais Caixas eram restritas aos trabalhadores de empresas com mais de 50 funcionários.

A expansão desse sistema a outras categorias ocorreu na década de 1930, em que temos a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). O objetivo dos IAPs era buscar a ampliação da assistência a saúde, mas isso não ocorreu, na medida em que eles eram restritos a determinadas categorias profissionais. Como apontado por Avritzer et al (2005), a implantação de uma cobertura universal de saúde no Brasil, nesse período, é marcada por duas tensões: a tensão entre cobertura universal e trabalho e a tensão entre acesso a todos os trabalhadores e acesso segmentado de acordo com a localização no mercado de trabalho. “Ambas as tensões provêm de um modelo inadequado de acesso à cidadania, que identifica falsamente a condição de cidadão com a condição de trabalhador e, desse modo, cria condicionalidades para o acesso a saúde” (AVRITZER et.al, 2005, p.7)

Deste modo, apesar de termos uma expansão da cobertura nesse período, não se constatou uma política deliberada de ampliação da assistência à saúde através dos IAPs. Esse processo irá se modificar nos governos militares, quando se tem a reestruturação

²⁰ Segundo Menicucci (2007, p.66), “essa característica de nascer imbricada à previdência como um benefício secundário em relação às prestações previdenciárias vai ser outra das marcas da assistência a saúde ao longo de sua trajetória. Nem mesmo a Constituição de 1988 – que consagrou em termos formais a obrigação pública em relação à saúde – logrou resolver a questão do seu custeio por meio de fontes independentes da Previdência. Apenas muito recentemente, pela Emenda Constitucional 29/2000, foram definidas fontes específicas para financiamento da saúde”.

do Sistema Previdenciário. Em 1966, temos o primeiro passo nessa direção com a unificação dos IAPs em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estende o seguro social a todos os assalariados urbanos.

A criação do INPS e a conseqüente universalização da cobertura aos trabalhadores urbanos como decorrência da unificação dos IAPs fez com que houvesse uma mudança no padrão da Previdência Social, limitando o arranjo corporativo que a caracterizou nos anos anteriores. Porém, como apontado por Menicucci (2007), esse processo não pode ser definido como uma reivindicação por maior igualdade dos assalariados junto ao governo, pois muitos deles se viram contra, dado que teriam perda de benefícios corporativos. Essa não se constituía em uma demanda dos trabalhadores organizados daquele período, que buscavam o controle da Previdência Social.

Com a instauração do INPS temos a implantação de uma estrutura complexa e diversificada, bem como a constituição de novos atores e interesses. A crítica a esse modelo de assistência também era crescente e pode ser vista a partir das propostas surgidas no período para novas reformas institucionais. Uma delas era o Plano Nacional de Saúde, elaborado em 1968, que valorizava o setor privado em detrimento do público. A idéia presente é que as atividades de assistência médica deveriam ser de natureza primordialmente privada, mas a coordenação e o custeio parcial ficariam a cargo do Poder Público. Já a Portaria nº 48, do INPS, de 1972, foi mais ambiciosa e buscava alterar a política assistencial dominante através de uma hierarquização das modalidades de serviços. Também previa contratos e convênios com organizações privadas apenas em casos extremos (MENICUCCI, 2007).

Segundo Menicucci (2007), é nesse período que temos a ação estatal privilegiando o setor privado em detrimento da expansão do setor público, seja por se tornar o principal comprador de serviços médicos, seja por meio de incentivos às formas privadas de assistência. É principalmente por meio da ação estatal que se delinea as articulações entre Estado, usuários e setor privado.

Na década de 1970, emerge uma nova proposta de política para a saúde. Menicucci (2007) aponta dois fatores que contribuíram para tal: a conjuntura política mais ampla, ou seja, o processo de abertura política e a crise da política de saúde causada pelo esgotamento do modelo de financiamento da assistência que prevalecia. Essa mudança foi fortemente impulsionada por um movimento ideológico-político em busca de uma ampla reforma sanitária.

Esse setor já começava a se articular na década de 1960, por meio do que se poderia chamar de um embrião do Movimento de Saúde, que surgiu inicialmente, nas faculdades de Medicina, mais especificamente nos Departamentos de Medicina Preventiva como uma crítica ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). É preciso salientar que não foram todas as universidades que aderiram a esse processo, sendo também poucos os críticos do Sistema Nacional de Saúde que se engajaram nele. Assim, o que se tinha, naquele momento, não era um movimento articulado, mas alunos e professores, contrários ao regime autoritário, buscando a transformação desse regime e também do Sistema Nacional de Saúde.

É somente na década de 1970 que o Movimento de Saúde adquiriu contornos de movimento, por meio da “articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar de uma visão e uma linha de atuação que culminou por tomar a forma de Movimento Sanitário” (SCOREL, 1998, p. 67).

Esse movimento envolveu a construção teórica de um modelo de compreensão dos determinantes sociais da saúde e um conjunto de ações estratégicas visando à divulgação de idéias, à articulação de pessoas e organizações e à ocupação de espaços institucionais para a experimentação de projetos inovadores como mecanismos de constituição de uma alternativa a política vigente (MENICUCCI, 2007, p.168).

Scorel (1998) aponta três vertentes principais de atuação que estiveram presentes na sua composição originária: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que foram os responsáveis por difundir uma teoria social da medicina com análises e propostas transformadoras; os profissionais da saúde, médicos e residentes, que estavam mais voltados para as relações de trabalho na área; e a academia, que por meio de pesquisas, ensino e extensão dava suporte teórico às propostas apresentadas pelo Movimento.

Menicucci (2007) aponta que uma das formas de difusão do pensamento do movimento se deu através do movimento estudantil por meio das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESACS). Ainda na década de 1970, integraram-se ao movimento sanitário as ações de dois grupos de profissionais de saúde: os médicos residentes e o Movimento de Renovação Médica.

Nesse período, ainda que o Movimento tivesse uma posição de confronto com o Estado, alguns de seus membros ocuparam espaços técnicos estatais como uma estratégia de fortalecimento da luta. Essa forma de se ver o Estado e de atuação só foi modificada na década de 1980, quando o Movimento passou a ter uma postura mais dialógica com o Estado. Esse, por sua vez, começa a se tornar mais permeável aos novos interesses que passaram a ser representados e acolhidos através das políticas públicas.

É nesse período que os Movimentos Populares de Saúde (MOPs) aderiram à discussão sobre a reformulação da Política de Saúde. Tais movimentos são originários de associações de moradores e demais entidades de favelas e bairros pobres das periferias das grandes cidades e contavam também com a rede da Igreja Católica, por meio, principalmente, das Comunidades Eclesiais de Base (CEBEs)²¹ (SADER, 1995; JACOBI, 1989; DOIMO, 1995). Doimo e Rodrigues (2003, p.100) consideram que os MOPs “valorizava(m) a mobilização social e a participação direta, em detrimento da representação institucional, bem como desqualificava(m) condutas de negociação e de ‘atuar’ por dentro do Estado”.

Menicucci (2007) divide em duas fases a ação desses movimentos: uma primeira, reivindicativa, na qual o movimento não considerava que “a política nacional de saúde se constituía como eixo de sua ação”, ou seja, a idéia presente é de uma atuação independente; na segunda, o movimento se articula com outros atores, como outros movimentos sociais, sindicatos, associações de moradores de diferentes bairros em federações, ganhando, assim, maior politização e desvincilhando-se das lideranças religiosas e técnicas (idem, p.175).

Doimo e Rodrigues (2003, p.105), em uma interpretação um pouco diferente, consideram que as reformas na Política de Saúde são consequência, principalmente, da atuação desses dois atores: o Movimento Sanitarista e os Movimentos Populares de Saúde, mas ambos tiveram inserções e concepções distintas sobre a política de saúde, que muitas vezes são tratados na literatura como um movimento único. Para as autoras, os MOPs tinham como prioridade “a organização da população em seus locais de trabalho”, a partir da participação da sociedade em redes ativas, criando assim um movimento reivindicativo. Já a atuação do Movimento Sanitarista priorizou as esferas

²¹ Os estudos sobre a atuação desses movimentos centram-se principalmente na cidade de São Paulo, pois consideram que os atores sociais urbanos da zona leste de São Paulo foram pioneiros em problematizar a questão do acesso a saúde, bem como o controle sobre a mesma.

político-institucionais, “agindo por dentro dos aparatos do Estado, das instituições políticas e sindicais”.

É a partir dessa atuação do Movimento Sanitarista, agindo também a partir dos aparatos estatais, que temos a instauração de modelos alternativos de assistência a saúde como embrião do que se preconizava na reforma sanitária. Essa inserção de novos técnicos junto ao Ministério da Saúde ocorreu devido à prioridade dada aos projetos sociais como mecanismos de legitimação do governo Geisel (1974-79). O primeiro desses projetos, criado em 1975, foi o Plano de Localização de Unidades de Serviços (Plus) que se baseava em necessidades normalizadas da população confrontadas com a oferta de serviços. Outro projeto desenvolvido nesse período foi o Projeto Montes Claros (PMC) que continha em suas diretrizes os princípios promulgados pelo movimento sanitário, como: universalização, regionalização, hierarquização, administração democrática, integralidade da assistência e participação comunitária (MENICUCCI, 2007)

Apesar de não ter alcançado suas metas, o Projeto Montes Claros foi expandido para outras localidades, através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O objetivo dos profissionais que atuavam nesse programa era romper com o modelo de assistência médica aplicado em que predominava a política de privatização dos serviços e o acesso desigual da população. Apesar de ter ampliado a oferta de serviços, o PIASS não atingiu os objetivos propostos, não havendo participação da comunidade, nem modelo assistencial e eficácia sanitária que eram alguns de seus princípios.

Porém, o PIASS trouxe alguns avanços para a Política de Saúde, como o fortalecimento do setor público, particularmente do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais, uma vez que as ações se faziam em cooperação entre essas duas instâncias governamentais. Também teve como efeito o aparecimento de uma frente política dos secretários de saúde envolvidos no programa, que em 1980, organizaram o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

A crise da assistência médica previdenciária favoreceu o desenvolvimento de novas propostas no interior da Previdência Social que tinham como características: “privilegiação do setor público prestador de serviços; integração institucional por meio de instâncias colegiadas de gestão e programação conjunta; desconcentração das ações de saúde para os níveis estadual e municipal; e a participação de entidades

representativas da sociedade civil na formulação de políticas públicas” (MENICUCCI, 2007, p.180).

É nesse contexto que, em 1980, com o objetivo de ser um plano nacional de saúde alternativo, criou-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que foi elaborado por técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência. Mesmo após reformulações, tal programa acabou sendo engavetado. Porém, foi a partir dele que a presença dos diversos atores sociais nos processos de formulação da política tornou-se legítima.

Como apontado por Carvalho (1997), a década de 1980 reflete a mudança de postura do Estado, considerando agora a diversidade de interesses sociais presentes na sociedade. Para o autor, essa nova atuação estatal ofereceu condições favoráveis para as propostas de participação social e sua institucionalização que eram defendidas pelo Movimento Sanitário.

Os primeiros espaços institucionalizados de gestão compartilhada do setor saúde foram criados, nesse período, devido à crise da previdência, a exemplo do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp). Embora não paritário e com grande parte de seus membros escolhidos pelo Presidente da República, pode-se dizer que o Conasp era um órgão de representação mista, ou seja, com representantes do governo e da sociedade civil, embora a maioria de seus membros não fosse do governo. Uma das bandeiras do Conasp era a crítica ao modelo assistencial e como estratégia para a implementação de um novo sistema de saúde buscou-se o gradualismo das ações e a participação de diversos segmentos da sociedade.

Dentro dessa perspectiva, dois grandes projetos foram implementados: a racionalização das contas hospitalares (com a introdução da Autorização de Internação Hospitalar –AIH) e o das Ações Integradas de Saúde -AIS. Através do projeto das AIS, consolidaram-se duas diretrizes que representam o avanço do processo reformador da saúde, incluindo o princípio da participação. São elas: 1) o início e a consolidação das transferências financeiras sistemáticas aos estados e municípios, antecipando o princípio da universalização do direito à saúde e a responsabilidade pública no seu provimento. 2) a constituição de órgãos colegiados de gestão – as Comissões Interinstitucionais, chamadas CIS, CRIS, CIMS – com a participação de gestores governamentais, prestadores de serviços públicos e privados e usuários, antecipando a proposta do comando único, da descentralização e da participação da sociedade (CARVALHO, 1995).

Essas comissões interinstitucionais integravam os gestores governamentais entre si e esses com os gestores privados, sendo espaços de concertação de interesses. Com o tempo, tais comissões foram incorporando outras categorias, como os prestadores de serviços, profissionais e por último os usuários.

Governantes estaduais e municipais, gestores das diversas modalidades assistenciais (públicos, privados, universitários), profissionais da saúde, usuários organizados nos mais diversos tipos de organizações comunitárias passaram a compartilhar assento em órgãos colegiados onde se discutiam questões de saúde, ainda que com baixíssima capacidade decisória (CARVALHO, 1995, p.45).

Cabe ressaltar que essas novas práticas tiveram a influência do Movimento Sanitário, que a partir do início dos anos 1980, participava ativamente do processo de formulação e implementação das políticas de saúde.

[...] o movimento sanitário já estava organizado e reconhecido como interlocutor na arena de saúde e, após ampla mobilização, conseguiu ocupar espaços institucionais importantes, com o objetivo de tentar mudar a direção da política pública, além de estabelecer contatos com outros movimentos pela democratização do país (MENICUCCI, 2007, p.180)

Em meio a essas tentativas do governo de implantar programas que garantissem uma maior distribuição dos serviços de saúde, foram instaurados vários fóruns nos quais iria se consolidando as propostas de formulação da política de saúde. Também tivemos a realização de vários Encontros de Secretários Municipais de Saúde de caráter regional e nacional, que tinham como reivindicação a municipalização da política. “O movimento de secretários municipais será bastante fortalecido após a reforma constitucional, que colocou o município como ator central na política de saúde” (MENICUCCI, 2007, p.199).

Dentre os fóruns que aconteceram nesse período, podemos destacar: a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986; a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com membros do governo e da sociedade civil, que elaborou a proposta para a Constituinte; e a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, composta apenas com atores da sociedade civil, que visava a articulação dos organismos da sociedade civil e a elaboração de um Projeto Constitucional.

A VIII Conferência de Saúde teve um grande destaque nesse processo, pois “marc[ou] o início do exercício, na arena estatal e em larga escala, da participação institucional de representação da sociedade civil no processo de concertação de interesses e pactuação de políticas em saúde” (CARVALHO, 1995, p.51). Ela ampliou o campo de debate sobre a saúde, uma vez que foi precedida pelas pré-conferências estaduais, diferentemente de suas versões anteriores, que tinham um caráter mais técnico. Através das pré-conferências foi possível dar maior visibilidade às questões referentes à saúde no país. Também destaca-se a participação da sociedade civil na realização dessa conferência, já que, nas outras, tinha-se baixa representatividade social, tendo-se maior participação de gestores e técnicos do governo.

Carvalho (1995) aponta que a VIII Conferência Nacional de Saúde foi um momento inédito, pois, pela primeira vez, o Poder Executivo convocou a sociedade brasileira para debater políticas e programas de governo. O autor considera que é a partir da VIII Conferência que se tem propostas de mudanças setoriais que serviram como base para o movimento reformador da saúde e também para a Constituição de 1988. Os conselhos gestores são um exemplo, sendo uma das demandas da VIII Conferência.

Porém, as mudanças propostas na VIII Conferência não foram executadas de imediato, como gostariam os seus propositores. Em meados de 1987 ainda não se verificavam modificações substantivas na política de saúde advindas da Conferência de Saúde. Por outro lado, nesse mesmo período, temos uma mudança no âmbito governamental, visando a unificação e a descentralização do sistema de saúde a partir da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS “cria o suporte legal para a transferência a estados e municípios de significativo volume de recursos financeiros, humanos e patrimoniais, estabelecendo assim a base material para o advento do comando unificado e descentralizado sobre a rede assistencial” (CARVALHO, 1995, p.58).

O SUDS pode ser considerado como o início do processo de descentralização, pois teve como proposta a unificação do sistema de saúde em nível estadual. Este programa também é um avanço no que diz respeito à participação da sociedade, pois estabeleceu que ela fosse obrigatória nas Comissões Interinstitucionais e ainda recomendou a criação dos conselhos.

Porém, como apontado por Menicucci (2007), o SUDS só teve resultados efetivos nos estados onde havia envolvimento dos dirigentes locais com a mudança. “As

resistências ao SUDS mostram as dificuldades de implantação efetiva de mudanças em um contexto político-institucional caracterizado pela constituição de fortes atores e interesses públicos e privados que ofereciam resistência a elas, como políticos, burocracia do INAMPS e do Ministério da Saúde e o setor privado” (MENICUCCI, 2007, p.189).

Todas essas propostas de mudanças que o Movimento de Saúde buscava concretizar, como a participação da sociedade, a unificação do sistema de saúde, a universalização do acesso aos serviços e a descentralização da política de saúde só foram realmente garantidos a partir da Constituição de 1988.

Mas, para se chegar ao formato de saúde apresentado pela Constituição de 1988, os atores do movimento sanitário tiveram que privilegiar a arena parlamentar como mais um *locus* de sua atuação, pois essa se tornou a arena decisória fundamental. Nesse momento, a confluência entre atores societários e institucionais torna-se positiva na medida em que incorpora as demandas da sociedade.

O processo de elaboração constitucional constituiu-se de quatro etapas: aprovação na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente; aprovação na Comissão de Ordem Social; elaboração e discussão do projeto no âmbito da Comissão de Sistematização; e a votação em plenário do texto definitivo. Apesar da atuação de atores divergentes, as propostas fundamentais do movimento de saúde foram aprovadas nas duas primeiras etapas (MENICUCCI, 2007).

A etapa de elaboração do projeto no âmbito da Comissão de Sistematização foi a que contou com maior divergência dos atores envolvidos, bem como com uma ampla participação da população. Essa participação foi também garantida por meio da mobilização da sociedade para garantir, no regimento interno da Constituinte, o direito à iniciativa popular de apresentar emendas aos projetos da Constituição. Além dessa proposta, também foram aceitos outros dois mecanismos de participação popular, qual seja, a possibilidade de apresentar sugestões e de realizar audiências públicas nas subcomissões temáticas (AVRITZER et all, 2005).

Apesar de alguns cortes no decorrer do processo, nessa etapa também tivemos a aprovação dos principais pontos da proposta do movimento sanitário. Porém, na votação em plenário houve uma polarização dos principais grupos em prol de seus interesses (MENICUCCI, 2007; AVRITZER, 2009). Dessa forma, o acordo contemplou tanto as reivindicações do setor privado, por meio do direito da iniciativa privada de participar das ações de saúde, quanto do movimento sanitário, a partir das exigências de contrato

público para a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (MENICUCCI, 2007).

Todos esses acordos foram traduzidos na Constituição de 1988, pois foi por meio dela que se tornou possível, de fato, a inclusão da sociedade, seja por meio da instituição de novos mecanismos de participação nas três esferas de governo, seja a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma bandeira antiga dos movimentos de saúde. Assim, a normatização da saúde como direito do cidadão e dever do Estado na Constituição Federal e nas leis infra-constitucionais indicou que Estados e municípios deveriam reorganizar sua estrutura administrativa e seu sistema de atendimento.

Como aspectos fundamentais do texto constitucional aprovado em outubro de 1988, destacam-se: a adoção de um conceito de saúde como articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica, o estabelecimento da saúde como direito social universal; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; e a criação de um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade (MENICUCCI, 2007, p.193).

Avritzer et all (2005) consideram que essa nova institucionalidade apresenta duas características principais: a primeira é uma nova concepção de inclusão, não mais dependente da inserção no trabalho formal, da contribuição previdenciária ou de contribuição direta. A saúde passa, assim, a ser um direito, em que o indivíduo é visto como cidadão. A segunda característica refere-se à participação da sociedade, que se fará por meio da deliberação sobre essa área de política pública.

O formato do SUS, ou seja, a sua organização e o seu funcionamento, parte da idéia sistêmica, em que as partes se articulam entre si e que ao mesmo tempo funcionam como estruturas organizadas. Seguindo essa lógica, as instituições que o compõem são ordenadas de acordo com a esfera de atendimento, em níveis (primário, secundário e terciário) ou, de acordo com os locais de atendimento (posto de saúde, centro de saúde, unidade mista, policlínica ou posto de assistência médica, pronto-socorro e hospital). (COHN e ELIAS, 1999).



Figura 1 – Pirâmide do Sistema de Saúde
 Fonte: Cohn e Elias, 1999, p. 67

Os serviços de saúde também podem ser classificados em privados e públicos. Os públicos são aqueles instituídos e financiados pelo Estado. Os serviços privados subdividem-se em: privados sem fins lucrativos, que são estabelecidos por organizações da sociedade civil ou religiosa, mas dependentes do Estado para o seu financiamento; e privados lucrativos, que são instituídos por pessoas jurídicas, não mantêm vinculação com o SUS e englobam a medicina de grupo; cooperativas médicas, como as UNIMED; autogestão, ou seja vinculado a empresas privadas; planos de administração e seguro saúde (COHN e ELIAS, 1999).

O sistema compreende ações e responsabilidades nas três esferas de governo, sendo assim, são da abrangência do governo federal “a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do Sistema de abrangência nacional”, no governo estadual temos as atividades de “formulação da política estadual de saúde, e a coordenação e o planejamento do Sistema de abrangência estadual”; e ao governo municipal “compete a formulação da política municipal de saúde, a provisão das ações e serviços de saúde” (COHN e ELIAS, 1999, p.68).

[...] no SUS o governo federal deve “regular” as decisões dos governos locais porque controla o financiamento e os mecanismos de coordenação intergovernamental, mas, como contrapeso, estados e municípios têm direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e, no limite, têm a prerrogativa de não aderir à política federal (ARRETCHE, 2003, p. 336)

Porém, a regulamentação desse sistema, e conseqüentemente da Política de Saúde, só foi ocorrer em meados de 1990, em parte devido ao fato de existirem atores governamentais que eram contrários à sua implementação. Segundo Menicucci (2007; 2007a), esse foi um processo de muitas contradições, pois ao mesmo tempo em que o sistema se institucionalizava, ele o fazia em condições precárias.

A regulamentação do texto constitucional se deu a partir da promulgação da Lei 8.080 de 19/09/1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, ou seja, a Lei Orgânica da Saúde. Como nos mostra o artigo 7º, sua organização pauta-se nas diretrizes de descentralização político-administrativa e de comando único das ações em cada esfera de governo.

Essa lei serviu para institucionalizar o Sistema Único de Saúde e normatizar as ações e serviços da saúde em âmbito nacional. Mesmo sendo contemplados pela Constituição, vários artigos referentes à participação da sociedade e o repasse de recursos (art. 4 item I e VI; art. 33, art.35) foram vetados. Tais propostas só foram contempladas através da Lei 8.142 de 28/12/1990, que sistematiza a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde por meio dos conselhos nas três esferas de governo, com composição paritária, e também normatizava as transferências intergovernamentais de recursos, sendo que para que essas ocorram uma das exigências feitas é a existência dos conselhos.

O que temos, então, é que a implementação da Política de Saúde também não ocorreu de forma linear. Menicucci (2007, 2007a) considera que houve um veto implícito, tanto dos setores privados que buscavam manter as suas garantias dentro desse novo sistema, mas também por meio de estratégias indiretas, como a ausência de mecanismos efetivos e estáveis de financiamento. Também aqui se faz presente a movimentação da sociedade por meio da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que tinha por objetivo mobilizar a sociedade pela implementação da reforma.

Apesar de termos a atuação da sociedade nas conferências, a implementação do SUS não envolveu uma grande mobilização como ocorreu com a sua instauração. O Movimento Sanitário já não se apresentava enquanto um movimento homogêneo, havendo vários interesses discordantes, não se conseguindo chegar a um acordo. Os

usuários desse sistema também não conseguiam uma mobilização efetiva que pudesse dar sustentação a reforma. Além dos atores da sociedade civil, o governo por meio da ausência de algumas definições, bem como a impossibilidade de financiamento, também contribuiu para que não houvesse a viabilização dos objetivos da reforma sanitária (MENICUCCI, 2007a).

Apesar dessas restrições, Menicucci (2007a) considera que a institucionalização do SUS é um fato que pode ser percebido a partir do reconhecimento público do direito à saúde. Também houve a inclusão de novos atores nesse processo, que disputam espaço dentro da arena da saúde, quais sejam: os gestores municipais e estaduais, bem como os conselhos de saúde nos três níveis de governo.

A implementação do SUS pode ser vista a partir de dois movimentos concomitantes: um refere-se à unificação do comando nacional sobre a política, ou seja, o que temos agora é uma única autoridade sanitária nacional, mas também temos uma descentralização político-administrativa em que estados e municípios são partes autônomas da federação, sendo-lhes atribuído responsabilidades, poderes e recursos. Machado e Viana (2009, p.34) consideram que esses dois movimentos foram apoiados por variáveis distintas: com a centralização o que temos é um “forte protagonismo federal quanto as normas, incentivos financeiros e outros instrumentos de indução nacional”. Já a descentralização, além do apoio de gestores federais em determinados períodos, contou também com a colaboração de atores sociais e políticos das outras esferas de governo.

É recorrente a discussão sobre os efeitos dessa descentralização e se ela consegue atender as demandas da sociedade para a participação nos aparelhos do Estado, buscando influenciá-lo, bem como minimizar os efeitos da crise fiscal pela qual o Estado passava, gerando a busca de uma nova forma organizativa. Alguns autores (ALMEIDA, 2006; SOUZA e CARVALHO, 1999) consideram que, no que se refere à participação da sociedade civil, esse novo arranjo foi positivo, na medida em que possibilitou a participação em diversas instâncias decisórias.

Porém, não é possível descartar os problemas apontados para concretizar a descentralização. Arretche (1999) nos mostra que a efetiva descentralização das políticas sociais não deve ser vista apenas como consequência da ação da sociedade civil organizada e nem mesmo um subproduto das disposições da Constituição de 1988

ou da descentralização fiscal, mas que deve ser entendida como um conjunto de fatores como a capacidade fiscal e administrativa dos municípios e sua cultura cívica local, sendo que há diferenças entre a descentralização das diversas políticas sociais e entre os estados em que ela foi implementada.

Souza e Carvalho (1999) apontam que há um paradoxo no processo de descentralização, pois ao mesmo tempo em que há a descentralização para os Estados e municípios, assumindo novas responsabilidades administrativas, também há um movimento de redução dos recursos para essas esferas subnacionais. Os autores consideram também que nesse processo não se leva em conta a heterogeneidade dos municípios, ou seja, a capacidade econômica, fiscal e técnico-administrativa, as condições políticas e a tradição cívica dos mesmos, podendo levar a distorções do processo.

Além de não considerar essa desigualdade, alguns autores (ARRETCHE, 2004; ARRETCHE e MARQUES, 2007) consideram que a descentralização não consegue minimizá-la na medida em que “as exigências orientadas a reduzir a desigualdade no acesso aos serviços estiveram em segundo plano na escala de prioridades, o que explica a preservação da desigualdade” (ARRETCHE e MARQUES, 2007, p.189).

A descentralização na área de saúde variou a partir de quatro dimensões, que podem se expressar a partir das transferências de: serviços e servidores públicos; responsabilidades e atribuições; recursos financeiros; e poder sobre a política de saúde (MACHADO e VIANA, 2009, p.42). Para concretizar essa descentralização, o governo utilizou-se de Normas Operacionais Básicas (NOBs), que são

Portarias do ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação na direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e as diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis de saúde (LEVCOVITZ, et al 2001, p.273)

Na década de 1990, foram editadas três NOBs: NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/93, e NOB SUS 01/96. As NOB SUS 01/91 e a sua substituta NOB SUS 01/92 referem-se à alteração nos critérios de transferência de recursos para os Estados e para os municípios em uma tentativa do governo de centralizar a receita tributária. Apesar de não ter havido a transferência diretamente aos gestores estaduais e municipais, como

preconizado, Levcovitz et all (2001) destacam que tal NOB teve um efeito negativo na relação entre os estados e municípios, pois preconizava o repasse direto ao município com pouca intervenção estatal.

Os autores consideram que esse processo gerou sistemas municipais isolados, ou seja, “sem a articulação e integração necessárias à constituição do modelo sistêmico do SUS, isto é, sem as articulações necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais e para a harmonização dos sistemas municipais ainda em gestação” (LEVCOVITZ et all, 2001, p. 275). Mas, ao mesmo tempo, constatam que a edição de tais NOBs ampliou o envolvimento dos municípios na construção do SUS.

A partir da pressão dos municípios para que se tivesse uma descentralização de fato, bem como a transferência de fundos do governo federal para o municipal, teve-se a edição da NOB 01/93. Com ela, tem-se a implementação de fato das transferências fundo a fundo dos recursos federais, como consta na Lei Orgânica da Saúde e a criação de três opções de habilitação para os municípios e estados, quais sejam: incipiente, marginal e simplena. Esses tipos de gestão são hierarquizados de acordo com as competências e capacidades administrativas e financeiras de cada ente federado, sendo que os mesmos podiam escolher a qual gestão iriam se incorporar, bem como tinham a opção de não fazê-lo. É a partir da NOB 01/93 que se tem a criação de fóruns permanentes de coordenação vertical e horizontal do sistema de saúde, ou seja, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) (LEVCOVITZ et all, 2001; ARRETCHE, 2003; CORTÊS, 2009; MACHADO e VIANA, 2009).

A CIT é formada por representantes do Ministério da Saúde, dos estados e municípios, e tem por função a coordenação federativa da política nacional de saúde, através do estabelecimento de critérios para o processo de descentralização e a divisão de papéis entre as esferas de governo. Constitui-se no *locus* de negociação e vocalização de demandas de estados e municípios, a partir da coordenação do governo federal.

Já as CIBs, criadas no mesmo período, tinham por objetivo ajudar no processo de transição dos estados e municípios para a condição de gestão plena do sistema de saúde. Porém, essas instâncias adquiriram importância e tornaram-se o principal espaço de discussão de questões relativas à descentralização, financiamento e estruturação e funcionamento do sistema de saúde (LEVCOVITZ et all, 2001).

[...] Com a criação das CIBs, a coordenação do processo de descentralização nos estados não se constitui como atribuição exclusiva da instância estadual, pois as CIBs garantem a participação da representação municipal, submetendo à negociação “bigestora” (estado e município) decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa do conjunto de serviços de saúde (LEVCOVITZ et all, 2001, p. 278)

Segundo Levcovitz et all (2001), a partir das discussões na CIB, a NOB 01/93 fez com que a aprovação sobre os critérios para distribuição dos recursos federais, bem como a definição dos municípios para receber a transferência fundo a fundo fosse feita de forma igualitária entre estados e municípios. Os autores também consideram que diferentemente das NOBs anteriores, com a NOB 01/93 há o fortalecimento dos estados na condução da política de saúde, embora ela não tenha apontado “soluções com relação à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no sistema de saúde, nem definiu e garantiu os recursos e instrumentos necessários a sua implementação” (LEVCOVITZ et all, 2001, p. 278).

Mas, com a instauração da NOB 01/96, que só entra definitivamente em vigor em 1998, tem-se a valorização do estado. Tal norma buscou impor um novo modelo de descentralização, bem como outro processo de redistribuição de recursos. “Busca-se no período substituir um embate federalista vertical entre União e municípios por outro horizontal, inter-regiões, intermunicípios, interestados” (MACHADO e VIANA, 2009, p.44). São criadas novas condições de gestão para estados e municípios e, para cada uma delas, novas modalidades de transferência de recursos.

Levcovitz et all (2001) consideram que as propostas da NOB 01/96 nunca foram implementadas em sua versão original. Como resultado, temos diversos tipos de arranjos de divisão de atribuições entre estados e municípios, sendo que alguns municípios assumem a responsabilidade de gestão em seu território, mas há casos em que a esfera estadual é que tem maior participação.

Podemos perceber que com as NOBs “houve um aumento de transferências diretas de recursos do nível federal para o estadual e municipal, o fortalecimento da capacidade institucional de diversos estados e municípios na gestão de saúde e a expansão da rede de serviços municipais de saúde” (SOUZA, 2001, p.452). Porém, o avanço desse processo de descentralização conduzido a partir das normas operacionais básicas também levanta uma série de problemas, a saber: a) os estados não assumiram

de fato o seu papel de coordenação e regulação dos sistemas municipais de saúde; b) o financiamento ainda ocorre a partir da lógica de oferta de serviços; c) o estado não possui clareza sobre os critérios para a distribuição dos recursos sobre os municípios; d) as Secretarias Estaduais de Saúde possuem limitações no que se refere a sua capacidade de planejamento e organização do sistema de forma funcional (SOUZA, 2001)²².

A partir da constatação desses problemas e em busca de uma maior integração entre os sistemas de saúde, foi publicada, em janeiro de 2001, a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS SUS 01/01), que visa a reorganização do sistema e a descentralização com equidade no acesso a partir da regionalização. A NOAS SUS 01/01 preconiza (1) a elaboração conjunta entre estados e municípios de um Plano Diretor de Regionalização que deve ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e (2) a formação de módulos assistenciais resolutivos que envolvem um conjunto de municípios que possam garantir o acesso dos cidadãos a um conjunto de ações de saúde (SOUZA, 2001). A concretização desse processo “requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, que deve se dar através da programação pactuada e integrada” (SOUZA, 2001, p.454). Segundo Arretche (2003) *apud* Barros (2001)²³, a NOAS 01/01 visa, principalmente, corrigir as diretrizes aplicadas a partir da NOB 01/96, deixando aos municípios a responsabilidade e a ampliação dos serviços de atenção básica, enquanto a gestão de média e alta complexidade ficam a cargo da União e dos estados.

Tanto a NOAS SUS 01/01, como as NOBs implementadas na década de 1990, buscavam instaurar o princípio da descentralização preconizado a partir da instauração do SUS, com a transferência de recursos, mas também de responsabilidades para os estados e municípios. Para além dos problemas acima mencionados e que não foram solucionados com a instauração da NOAS, ainda são apontados pelos autores como dificuldades da descentralização: a ausência de uma política nacional de investimentos abrangente e sistemática e a não configuração de um novo projeto nacional de desenvolvimento no contexto democrático (MACHADO e VIANA, 2009).

²² Machado e Viana (2009) consideram que nesse período tivemos diferentes modelos de descentralização, e que a instauração de um ou outro está relacionada a reconfiguração do Ministério da Saúde nos diferentes momentos.

²³ BARROS, E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), p.307-310, 2001.

Como já mencionado, Arretche (2003) também aponta que a autonomia dada aos municípios pode se constituir em problema, já que, a partir dela, o governo pode instituir políticas de sua preferência e essas, não necessariamente, estão de acordo com o interesse público e o bem estar da população. Para incentivar a atuação dos governos nessa direção, a autora considera serem necessárias regras institucionais construídas com esse objetivo.

Porém, como apontado por Souza (2001, p.455), devemos levar em consideração que há uma diversidade de atores, bem como de interesses na implementação da política da saúde e que as NOBs “por si mesmas não resolvem todos os conflitos de interesses legítimos dos atores relacionados ao processo de gestão do SUS”.

Então, a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90) tem-se as instituições formais do SUS, como mostra a figura abaixo, que são “as regras que definem os mecanismos pelos quais os diversos interessados na política de saúde pública no Brasil podem influir no processo de formulação e implementação da política de saúde” (ARRETCHE, 2003, p.335).

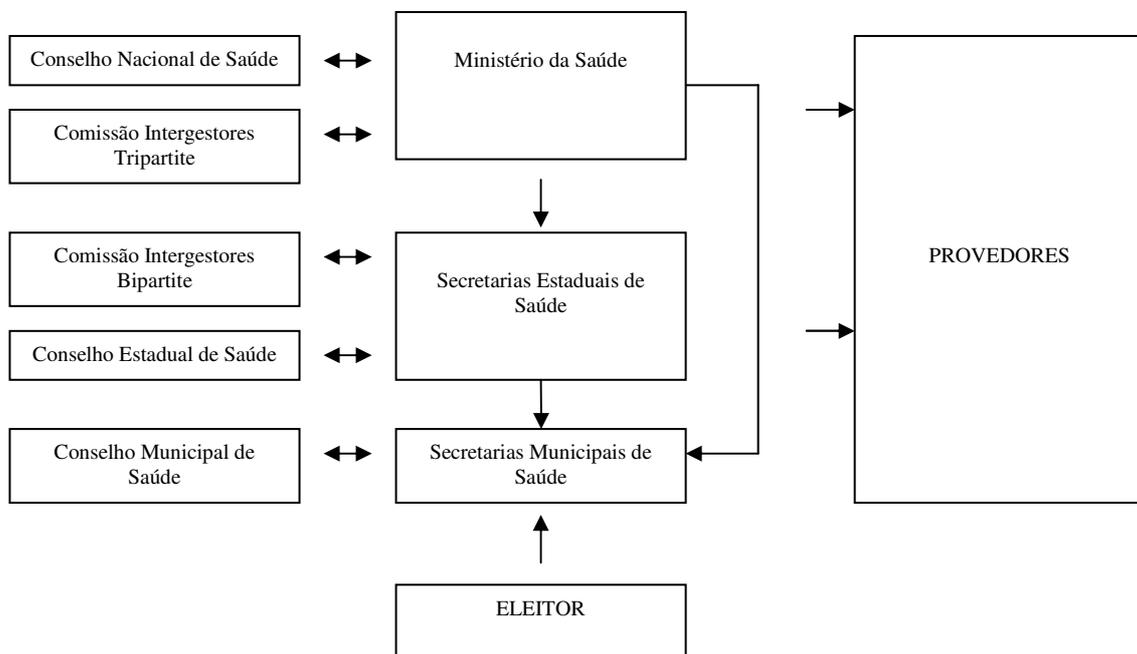


Figura 2 – Engenharia institucional do SUS
 Fonte: Arretche, 2003, p. 335

Segundo Arretche (2003), são três as dimensões que podem influenciar a formulação e implementação da política de saúde. Uma primeira dimensão refere-se a influência do eleitor via voto, a partir da escolha dos governantes que ocuparão os cargos executivos. Dessa forma, acredita-se que o eleitor esteja também escolhendo qual a melhor política a ser implementada. Porém, a autora nos alerta que um sistema como esse, que busca produzir universalização, equidade e eficiência, não pode depender exclusivamente dos mecanismos de punição dos eleitores a partir do voto, sendo necessários outros mecanismos, o que faz com que tenhamos uma estrutura institucional complexa.

A segunda dimensão diz respeito aos níveis de governo, a partir da descentralização e da distribuição de responsabilidades para a União, estados e municípios. Arretche (2003) considera que as decisões mais importantes são tomadas pelo Ministério da Saúde e que devido ao seu papel de financiador do sistema há uma dependência das políticas locais dessas transferências. Sendo assim, “neste nível de governo está concentrada a autoridade para formular as regras que definem as ações de saúde de estados e municípios” (ARRETCHÉ, 2003, p.336). A autora também considera que as Secretarias Estaduais, devido às suas atribuições, têm poder de influenciar as políticas locais, mas estas devem estar de acordo com as regras adotadas pelo Ministério da Saúde. Os estados e municípios podem interferir na formulação dessas regras através da CIT e das CIBs, instâncias que funcionam como contrapeso à concentração de autoridade atribuída ao poder executivo.

Também cabe aos governos, nas três esferas, a regulação das atividades dos provedores de serviço, tanto públicos quanto privados, para que haja atendimento de qualidade e que esses provedores sejam eficientes, reduzindo os custos de operação do sistema.

A última dimensão da estrutura institucional do SUS refere-se as relações entre o governo e a sociedade civil. Com a instauração dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, o processo de formulação e implementação das políticas deveria ser promovido a partir do debate e da negociação entre o governo e a sociedade de forma a se construir governos mais responsáveis e que pudessem ser acompanhados e fiscalizados.

Assim, nas instituições formais do SUS, temos que

[...] os eleitores e os representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde dispõem de recursos para produzir incentivos ao comportamento responsável dos governos; o governo federal dispõe de recursos para incentivar o comportamento responsável dos governos locais, mas deve consultar e negociar com representantes da sociedade civil e dos governos locais para produzir as regras de operação do sistema, assim como os governos locais tem prerrogativa de não aderir aos programas federais; e, finalmente, os governos dispõem de autoridade para regular os provedores de serviço do SUS (ARRETCHE, 2003, p.337)

Podemos perceber que para chegarmos a essa configuração atual da Política de Saúde houve diferentes etapas. O Estado muda de postura, de um ente autoritário que impõe as políticas passa a uma ação mais relacional em que a sociedade civil é percebida também como um ator responsável pela formulação e implementação dessa política. A atuação se faz ver tanto nos programas e projetos que são desenhados em busca de uma política mais inclusiva, de um direito a todos os cidadãos, quanto nos fóruns que foram estabelecidos, sejam apenas da sociedade civil, ou do governo, mas também de sua atuação conjunta. A culminância de todo esse esforço se faz ver na Constituição de 1988 em que se tem a garantia de acesso universal à saúde e da participação da sociedade. Apesar de escrito na lei, a sua concretização não é um processo linear, temos uma diversidade de atores envolvidos gerando disputas e embates, bem como a experimentação de diversos formatos, haja vista a implementação da descentralização.

Apesar das idas e vindas do Sistema de Saúde, que permanece ainda em construção, a sua institucionalização é um fato; temos a garantia do direito à saúde, bem como a inclusão de novos atores ao processo, como os municípios, o Estado e os conselhos de política. Essa última é a dimensão em que podemos ter a participação de atores da sociedade civil na formulação e implementação das políticas públicas. Os conselhos tornam-se o local em que essa política será discutida por diversos interesses divergentes, em busca de um novo padrão de atuação do governo, bem como novos programas e projetos que busquem uma efetiva política de saúde, com acesso gratuito a todos. Assim, se faz necessário compreendermos melhor um pouco da história dessas instituições, ou seja, como elas se constituíram, quais os atores que participaram desse

processo, como se deu a atuação do governo e da sociedade para que os conselhos fossem de fato uma realidade.

3.2 – Os Conselhos de Políticas Públicas

Dentre as conquistas instituídas a partir da Constituição de 1988, encontram-se os conselhos gestores de políticas públicas, instâncias importantes para o aprimoramento da democracia na medida em que estimulam uma participação efetiva da população nas decisões sobre políticas públicas e também maior transparência por parte da atuação do Estado.

O formato conselhos não é uma novidade, pois antes da promulgação da Constituição de 1988, já existiam conselhos, e eram criados pelo poder Executivo para mediar suas relações com os movimentos e as organizações populares, como os conselhos comunitários, na década de 70. Há também os conselhos populares que são criados pelos movimentos populares ou setores organizados da sociedade civil, com o intuito de intermediar as relações de negociações do poder público (GOHN, 2001). O diferencial que muitos deles adquirem refere-se ao seu formato e à natureza de suas funções, pois agora temos espaços de composição plural e paritária, com a atuação conjunta entre Estado e sociedade, que, por meio da deliberação, formulam políticas e controlam a sua implementação.

No que tange à política de saúde, a primeira experiência de um Conselho Nacional de Saúde (CNS) pode ser verificada na década de 1930, mas com atuação ainda voltada para o Executivo, sendo um órgão auxiliar ao Ministério da Educação e Saúde, em que não há participação da sociedade organizada. Sua contribuição como conselho foi inexpressiva e é somente na década de 1970, através do Decreto 67.300/70, que ele adquiriu funções e estruturas mais definidas.

Porém, não houve mudanças significativas no CNS com a promulgação de tal decreto, a participação continuou restrita, sendo que seus membros eram indicados pelo Executivo e, em sua maioria, médicos. Assim, a representação da sociedade civil não era autônoma além da indicação por parte do Executivo, os nomes escolhidos tinham que passar pelo seu crivo.

A feição do CNS é, então, a de um órgão técnico com funções normativas, enquanto sua legitimidade funda-se no próprio Estado, na medida em que seus membros, direta ou indiretamente, dependem da indicação dos detentores do Poder Executivo (CARVALHO, 1995, p.33).

Através de novos decretos e portarias (Decreto 79.056/76 e as portarias 360/77e 204/78), a estrutura do conselho foi se alterando, teve-se a criação de câmaras técnicas e mudanças em sua composição, mas ele permaneceu com baixa representatividade e um perfil técnico normativo. Em 1987, temos uma grande reformulação no Conselho Nacional de Saúde que foi feita a partir de uma comissão interministerial formada no ano anterior. Porém, esse conselho, composto de 13 representantes, continuava com as mesmas atribuições e tendo os seus membros indicados pelo Ministério da Saúde.

Silva et all (2006) consideram que essa estruturação do conselho teve a sua atuação limitada devido à ação da Comissão de Reforma Sanitária. A Comissão, criada a partir de uma demanda da VIII Conferência Nacional de Saúde, tinha uma composição paritária entre representantes governamentais e societais, apesar de que esses eram em sua maioria representantes de entidades corporativa patronal ou de trabalhadores. Até o final da década de 1980, essas experiências do CNS foram restritas, não correspondendo à grande movimentação que acontecia no setor de saúde à época.

Em 1990, a partir do Decreto 99.438, de 07 de agosto de 1990, um novo conselho foi instituído, tendo sua composição similar a da Comissão de Reforma Sanitária, mas ampliando a representação de trabalhadores e usuários. Os representantes não foram mais indicados pelo Executivo, passando a ser escolhidos em fóruns específicos e a ter a sua participação assegurada pela legislação. Com a Lei 8.142/90, o CNS passa a ter caráter permanente e deliberativo. Ao longo dos anos, o conselho teve novas alterações em sua composição, sendo que atualmente conta com 40 membros (SILVA et all, 2006).

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais é fruto das movimentações que ocorreram no final da década de 1980 e início dos anos 1990 no setor saúde, sendo formalmente instituído em 1991. Apesar de Minas Gerais ter sido o segundo estado a estruturar o conselho de saúde no nível estadual, a sua organização só ocorreu a partir de 1987²⁴. Nesse ano, um grupo de trabalhadores começou a discutir sobre a

²⁴ Devido a grande dificuldade de encontrar material sobre o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e da não disponibilização de dados pelo mesmo, toda a contextualização e história desse conselho foram baseadas em entrevista com um conselheiro da atual gestão que participou desse processo.

organização de um conselho de saúde em âmbito estadual, bem como listar as entidades nacionais e estaduais que estivessem dispostas a influir na organização dos serviços de saúde, bem como na gestão do sistema. A partir das diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, esse grupo identificou essas entidades e foi feita uma proposição da organização dos serviços de saúde. Apesar da ampla discussão, no ano seguinte ainda não se tinha configuração definitiva do conselho devido, em grande parte, as mobilizações da Constituinte.

Em 1989 há a retomada desse processo, porém sem grandes sucessos, já que o então secretário de Saúde, Edgar Campos, e o governador, Newton Cardoso, eram contrários a instituição do conselho de Saúde, “(...) não aceitavam o controle social, falavam que eles foram eleitos pelo povo e cabia a eles definir política” (Entrevista 1). A partir dessa indisposição com a sociedade política, foi criado um grupo de resistência formado por sindicatos, conselhos profissionais e algumas entidades de usuários, denominada de Conselhão. Devido à forte pressão exercida pelo Conselhão no governo, o Secretário de Saúde foi exonerado, tornando-se possível a instauração do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG).

O CES-MG foi instituído a partir do Decreto-Lei nº 32.568 de 05 de março de 1991. Vinculado à Secretaria de Estado de Saúde, o conselho é órgão de caráter permanente e deliberativo, ao qual compete, dentre outras funções, a formulação da estratégia e o controle da execução da Política Estadual de Saúde. O CES, presidido pelo Secretário de Estado de Saúde, seria composto de 52 membros, nomeados pelo Governador do Estado mediante indicação dos respectivos órgãos e entidades.

O seu Regimento Interno foi criado em 1995, onde se tem estabelecido as entidades que têm assento ao conselho. A definição das entidades que estariam presentes no RI ocorreu na III Conferência Estadual de Saúde, sendo um processo de grande embate no segmento dos trabalhadores e dos usuários. Os demais segmentos “não foram problemáticos, porque eles já tinham um fórum já melhor definido, quem trabalhava, como é que se organizava” (Entrevista 1).

Apesar das diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e de constar em seu RI o respeito à paridade, o CES-MG “não assegurava a representação, a proporção definida já na IX Conferência, 50% teria que ser usuários da saúde, 25% trabalhadores, 25% governo e prestadores” (Entrevista 1). A IV Conferência Estadual de Saúde foi uma tentativa de construir uma proposta para buscar solucionar esse problema. Foi constituída uma comissão de trabalho eleita na Conferência e essa comissão construiu

uma proposta que pudesse garantir efetivamente a representatividade desse Conselho respeitando a representação dos segmentos. Porém, não houve mudanças.

Em 2003, o governador Aécio Neves, a partir do decreto 43.613 de 25 de Setembro de 2003, que dispõe sobre a composição de Conselhos de Políticas Públicas do Estado de Minas Gerais, fez algumas alterações na composição do CES-MG e reafirma a posição do Secretário de Saúde como presidente do Conselho. Tais alterações só foram incorporadas em 2008, quando temos a elaboração de um novo RI.

O RI do Conselho define em seu art.4º que

O Conselho Estadual de Saúde será composto por uma representação de entidades de usuários que paritariamente acompanhar-se-á de representações de entidades de profissionais da área da saúde e de representações de órgãos do governo e prestadores de serviços no SUSMG (MINAS GERAIS, Regimento Interno CES-MG, art.4º)

O novo RI propõe alterações também referentes à representação dos conselheiros, havendo a indicação de mais um membro da Secretaria Estadual de Saúde, bem como a configuração dos atuais nomes de outras Secretarias. Outra mudança que constatamos refere-se à Mesa Diretora que tem um aumento de membros em sua composição e também do período de vigência da mesma, passando de um para dois anos.

Em Belo Horizonte, o processo de criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) se deu de uma forma diferenciada tanto do Conselho Nacional, do Conselho Estadual, quanto das demais cidades, pois a mobilização da sociedade em torno dessa questão era anterior à edição da Lei 8.142/90. Como apontado por Somarriba (1998), o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte não é fruto apenas das exigências legais para a habilitação à gestão descentralizada das ações e serviços de saúde, pois já havia uma mobilização popular em torno das questões da saúde e também um movimento de saúde na Câmara dos Vereadores com proposta de criação do Conselho.

A primeira experiência de participação na saúde em Belo Horizonte ocorreu em 1984 quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) incentivou a criação de conselhos ou comissões de saúde nos Centros de Saúde dos diversos bairros. A SMS buscava conscientizar a população sobre as causas sociais das doenças e também criar mecanismos de organização política. Porém, os movimentos populares focaram a sua

atuação no controle e na fiscalização dos serviços, devido ao fato de essa já ser uma atividade desempenhada pelos movimentos, mas também devido a precariedade da oferta de serviços a época. Somente uma experiência desses conselhos foi bem sucedida, que contava com um forte movimento de saúde, apoiado pela universidade (SOMARRIBA, *s/d apud* AVRITZER et all, 2005)²⁵.

Devido a grande reivindicação por mudanças tanto na área da saúde como na política em geral, em 1989 foi promulgada a Lei Orgânica Municipal que já acenava a possibilidade de criação de instâncias de participação popular junto aos órgãos da administração municipal. A partir disso, foi criada uma comissão para tratar do tema, que resolveu organizar a I Plenária de Entidades Ligadas à Saúde para colocar esse objetivo em prática. Foi na Plenária de Entidades, em 1989, que surgiu a proposta de criação do Conselho Municipal de Saúde, porém ainda não se tinha clareza de como organizá-lo, que atribuições teria, qual seria o seu caráter e sua composição.

A plenária decidiu então que a forma mais adequada e democrática para se discutir a formação do conselho seria realizar uma Conferência Municipal de Saúde. Definiu-se uma comissão encarregada da coordenação e organização da conferência. Em novembro de 1990, aconteceu a II Conferência Municipal de Saúde²⁶ que aprovou um estatuto propondo a organização, atuação e funcionamento do conselho. Em seguida, o estatuto foi enviado à Câmara Municipal para ser transformado em Lei, como determinava a Lei Orgânica do Município. A versão final do Projeto de Lei foi o resultado das discussões de um fórum de entidades, juntamente com a Comissão de Saúde e a Secretaria de Saúde.

Assim, através da Lei 5.903 de 03/06/1991 foram criados o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde e as Comissões Locais de Saúde. Tal lei estabelecia que o conselho possuía caráter permanente e deliberativo, sendo suas decisões homologadas pelo prefeito. O CMS seria composto por 28 membros, respeitando a paridade entre os usuários e os demais segmentos, com mandato de dois anos e sendo presidido pelo Secretário

²⁵ SOMARRIBA, Maria das Mercês. *Lutas por saúde: da participação comunitária à participação popular*. Textos Sociologia e Antropologia nº 25. Belo Horizonte: UFMG (s/d).

²⁶ A VIII Conferência Nacional de Saúde foi precedida de discussões tanto no estado como no município, onde aconteceram as Pré-Conferências. A I Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte foi uma das Pré-Conferências, sendo realizada em 1986, com o objetivo de discutir os temas que seriam abordados na conferência nacional.

Municipal de Saúde. Interessante notar que a Câmara Municipal de Belo Horizonte assegura a sua participação como membro do conselho.

Em setembro de 1991, foi composto um fórum com entidades da área de saúde, movimentos populares e o movimento sindical para discutir sobre as regras de funcionamento do conselho. Desse fórum foi composta uma comissão que tinha o papel de acompanhar e coordenar o processo, bem como foi convocada uma plenária para encaminhar a discussão. A partir dessa mobilização, a Secretaria de Saúde, junto à coordenação do movimento, elaborou um regimento para a definição dos membros do conselho. Dessa forma, o segundo semestre de 1991 foi marcado por plenárias de diversas entidades para indicar os seus representantes junto ao conselho (LUCAS e CAMPOMIZZI, 1998).

Ao longo dos anos o conselho passou por diferentes estruturas. Nos anos de 1994 e 1995 há a discussão da Lei que cria o conselho e também uma nova proposta de Regimento Interno, que tinha como parâmetro aumentar a democracia interna do conselho, garantir a paridade e a eleição para a presidência, aumentar a representatividade social e o fim da participação da Câmara de Vereadores (LUCAS e CAMPOMIZZI, 1998).

Porém, somente em 1998, o Conselho é reestruturado através da Lei 7.536 de 19/06/1998 adquirindo uma nova feição. Temos, então que o CMS é de caráter permanente, deliberativo e colegiado. Adquire novas atribuições relativas ao planejamento, organização, gestão e participação tais como:

VII - aprovar, controlar e avaliar o Plano Municipal de Saúde.
VIII - aprovar, avaliar e fiscalizar a gestão do Fundo Municipal de Saúde, frente ao Plano Municipal de Saúde.

IX - aprovar o regimento, a organização, a convocação e as normas de funcionamento da Conferência Municipal de Saúde, bem como das plenárias municipais de Saúde.

X - estabelecer canais permanentes de interlocução com a sociedade (BELO HORIZONTE, Lei 7.536/98, Art. 2º).

A sua composição também é modificada, passa a ser composto de 36 membros, sendo 18 representantes dos usuários; 08 representantes de prestadores de serviços públicos e privados; 9 representantes de trabalhadores na área de saúde do SUS e 1

representante da Câmara de Vereadores que deve participar da Comissão de Saúde e Saneamento Básico dessa instituição.

Outra modificação substantiva refere-se à presidência do CMS. Na Lei de 1998 é suprimido o artigo 3º que assegurava ao Secretário Municipal de Saúde o cargo de presidente do Conselho. Fato este que já foi constatado na gestão de 2002-2004 em que tivemos um representante do segmento de usuários ocupando a presidência. Como apontado por Pessoto, Nascimento, Heimann (2001, p.93), tal fato “sugere maior autonomia e maturidade dos movimentos sociais nos espaços de participação que foram sendo conquistados nos últimos vinte anos”.

Temos então que a instauração dos Conselhos de Saúde em Minas Gerais, tanto o Estadual quanto o Municipal, foi um processo que ocorreu com participação de diversos setores da sociedade, sejam os trabalhadores, usuários e prestadores de serviço. Porém, no município podemos perceber que o governo esteve mais aberto a essa participação, visto que a Lei Orgânica Municipal já acenava para a criação dos conselhos. Já no Estado, esse processo contou com um maior embate entre o governo e os grupos favoráveis a criação do Conselho Estadual, devido a não disposição dos governantes em partilhar a construção da política de saúde.

Os dois conselhos estão institucionalizados, estruturados e vêm passando, desde a sua criação, por diversas modificações, seja seguindo as diretrizes do Conselho Nacional, seja devido à própria experiência que vêm acumulando ao longo desse período. No próximo capítulo, veremos mais detalhadamente como cada um desses conselhos se estruturou, de que forma ocorre o seu processo deliberativo, tanto suas discussões quanto a produção de decisões, em busca de apontar similaridades e diferenças entre eles. As questões que nos guiam são aquelas referentes às capacidades destes espaços de cumprirem suas promessas, ou seja, os conselhos de saúde em Minas Gerais são espaços de inclusão de atores sociais? As suas práticas propiciam de fato a inclusão? Podemos dizer que os processos de um conselho são mais democráticos que o outro? Essas serão também algumas perguntas que nortearão a análise de dados que será apresentada no próximo capítulo.

Capítulo 4 – O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: uma análise comparada sobre a dinâmica participativa e deliberativa

Temos afirmado que a participação da sociedade civil nas diretrizes políticas ocorre tanto via mobilização e protestos, quanto por meio de uma participação institucionalizada, via instituições participativas. Com isso, pressupõe-se uma mudança no debate sobre a participação, na medida em que os atores sociais, agora, também estão inseridos em espaços que contam com a participação dos atores políticos e cujos resultados dessa devem impactar o sistema político. De uma atuação que se voltava contra o Estado, passamos a um processo de coordenação com ele.

Como características dessa nova forma de atuar, temos que os atores sociais se apresentam por meio da representação, que deve ser um processo relacional entre representantes e representados e que ocorra ao longo do tempo e não em períodos determinados. Outro ponto é que a forma pela qual esses representantes atuam junto ao governo ocorre também por meio da deliberação, ou seja, via argumentação e justificação de posições, em busca de um acordo sobre as decisões.

As instituições participativas são, então, estruturas que fazem parte do Estado e que possibilitam esta relação permanente. Essa relação entre Estado e sociedade civil faz com que se tenham novas maneiras de administrar as organizações públicas. Não obstante, a qualidade destas relações dependerá de um conjunto de variáveis.

Os conselhos gestores de políticas públicas são exemplos de instituições participativas que se inserem nesse contexto como instâncias importantes para o aprimoramento da democracia na medida em que estimulam uma participação efetiva da população nas decisões sobre políticas públicas e também maior transparência por parte do Estado. Trata-se de espaços de composição plural e paritária, pois a legislação impõe o respeito ao princípio da paridade; funcionam como instâncias deliberativas, formulando políticas e fiscalizando suas implementações. Além disso, sustenta-se que a resolução dos conflitos se estabelece, prioritariamente, por meio de processo dialógico, uma vez que os argumentos são justificados publicamente. Dessa forma, temos que os conselhos se constituem em um novo espaço institucional de interação e decisão política.

Devido ao fato de ser um formato institucional novo, que visa buscar a inclusão da sociedade civil na discussão conjunta das políticas públicas com o Estado, os conselhos têm sido alvo de muitas investigações. Diferentes aspectos dos mais variados

conselhos têm sido estudados na atualidade, tanto dos conselhos das diferentes esferas (nacional, estadual e municipal), quanto os conselhos das mais variadas políticas setoriais. Temos trabalhos que analisam o contexto em que se deu a formação dos conselhos, seja os de saúde (CARVALHO, 1995), ou de assistência social (RAICHELIS, 1998), outros que centram suas observações na sociedade civil organizada (COSTA, 2003), mostrando que as ações da sociedade civil, no período de transição, foram importantes não apenas para se voltar ao regime democrático, mas serviram também para mudar a relação da sociedade na busca de seus direitos.

Um primeiro conjunto de trabalhos sobre os conselhos (AVRITZER et all, 2005, 2003; SANTOS JUNIOR, RIBEIRO e AZEVEDO, 2004; TATAGIBA, 2002; CORTÊS, 1998; JARDIM, 2005; CUNHA e JARDIM, s/d) esteve em busca de analisar o seu funcionamento e o perfil dos atores que nele se inseriam. Baseando-se, principalmente, em *surveys* e análises documentais, tais pesquisas buscavam conhecer o perfil socioeconômico dos conselheiros e sua cultura associativa, o tipo de organização interna desses espaços e a interação que estabelecem com outros conselhos, com suas entidades, com o Poder Legislativo, além de aspectos relativos à informação, controle da agenda e deliberação.

A participação dos conselheiros nessas novas instâncias também foi um assunto bastante explorado, podendo-se destacar autores como Gohn (2001), Cortês (1998, 2002), Pessoto, Nascimento e Heimann, (2001) e Fuks, Perissonto e Ribeiro (2003). A idéia aqui presente era analisar a participação dos diversos segmentos nessas arenas, procurando verificar se haveria ou não uma participação diferenciada, atentando-se principalmente para o segmento dos usuários.

Outro conjunto de trabalhos (AVRITZER, 2007a; CARVALHO, 1997; CUNHA, 2004; FARIA, 2007; FARIA e RIBEIRO, 2010; LÜCHMANN, 2009; TATAGIBA, 2002, 2004) foca suas análises no desenho institucional, buscando verificar em que medida a determinação das regras influenciam na dinâmica desses espaços. O que se pretende é mostrar a importância dessa variável, e sua interferência para a conformação de relações mais ou menos democráticas.

Também temos estudos que não analisam os conselhos isoladamente, mas estão mais preocupados com as semelhanças e diferenças que há entre esses conselhos e outras instâncias, como Labra e Silva (2001) que compararam o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), ou seja, sua análise se dá entre duas instâncias colegiadas do SUS. Já Cunha (2004; 2007a) e Aires (2010)

comparam a estrutura/funcionamento e o perfil, respectivamente, dos conselhos com o Orçamento Participativo, que também conta com a participação da sociedade, mas que apresentam propostas/objetivos diferentes.

Temos também autores (DAGNINO, 2002; SANTOS, 2000; TATAGIBA, 2002) que fazem uma análise mais geral dos conselhos gestores, mostrando os problemas que tais instâncias possuem, mas também apresentando seu potencial de mudança. Dagnino (2002) caminha nessa direção ao nos apontar os limites e as possibilidades de diversas instâncias participativas. A autora nos mostra os problemas decorrentes do conflito entre o governo e a sociedade civil, qual seja, a resistência do primeiro em, efetivamente, partilhar o poder, e a insistência do segundo em participar e concretizar o controle social.

Atualmente, a literatura tem focado em dois pontos: “a preocupação com os efeitos democráticos da participação dos atores da sociedade civil nas políticas sociais e a preocupação com os efeitos distributivos da participação social” (AVRITZER, CUNHA e REZENDE, 2010, p. 3). No que se referem aos efeitos democráticos da participação, diversos autores buscam analisar mais a fundo as práticas dos conselheiros, focando principalmente nos elementos deliberativos²⁷ (AVRITZER, 2007a, 2010; AVRITZER et all, 2009; ALMEIDA, 2007; CORTÊS e GUGLIANO, 2010; CUNHA, 2009; FARIA et all, 2010); e, também, na representação dos atores dentro desses espaços (AVRITZER, 2007; ALMEIDA, 2010, 2009; LAVALLE et all, 2006). Quanto aos efeitos distributivos, o que temos são análises incipientes, procurando destacar a relação que se estabelece entre os conselhos e a produção de políticas públicas (CORTÊS, 2004; MENICUCCI, 2010; TEIXEIRA e TATAGIBA, 2008).

Nessa dissertação compartilhamos com esses autores a preocupação sobre os efeitos democráticos das instituições participativas, em particular dos conselhos de políticas. Sendo assim, procuraremos analisar comparativamente a dinâmica participativa e deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMS/BH e o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais – CES/MG, em busca de

²⁷ Os pesquisadores do Projeto Democracia Participativa (Prodep) tem buscado utilizar novas metodologias que possam complementar e enriquecer o trabalho feito a partir dos *surveys*, entrevistas e análise das leis, tanto nos estudos dos processos deliberativos quanto na representação e nos efeitos distributivos. Ver: AVRITZER, L. (org.) *A dinâmica da participação local*. São Paulo: Editora Cortez. 2010 (no prelo)

aferir o quão democráticas são suas práticas e, também, o quão inclusivo esses espaços podem ser.

A comparação do nível estadual com o municipal parte do princípio de que a Política de Saúde é sistêmica, ou seja, as partes articulam-se entre si. Cada conselho tem a sua autonomia, mas estão submetidos às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, bem como da Política de Saúde. Essa investigação também parte da idéia de que a mudança do nível local para o estadual apresenta uma série de constrangimentos para a implantação e o desenvolvimentos das instituições participativas, tais como: a extensão territorial e populacional, a diversidade de interesses regionais e municipais, a sobreposição de autoridades no âmbito do Estado, o tamanho da burocracia estatal, as diferenças nos níveis e padrões de organização social (DAHL, 2001; FARIA, 2006, 2005). Se tais constrangimentos não, necessariamente, inibem as práticas participativas em outros níveis que não o local é preciso investigar como elas ocorrem, atentando para as possíveis diferenças existentes e seus impactos para a democratização e para a expansão do acesso às políticas públicas às quais elas se vinculam.

Para esse estudo utilizamos dados da pesquisa “Participação e (Re) distribuição nas políticas públicas em Minas Gerais”, desenvolvida pelo Projeto Democracia Participativa – Prodep, sob a coordenação do professor Leonardo Avritzer. A pesquisa analisou a atuação de três Conselhos – Saúde, Assistência Social e Criança e Adolescente – em cinco municípios de Minas Gerais - Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros, Uberlândia e Poços de Caldas - no período entre 2003 e 2007. A pesquisa foi financiada pela Fapemig e utilizou o *software* Atlas.ti, versão 5.0 para o processamento qualitativo dos dados e codificação dos mesmos.

No que se refere à análise do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, utilizamos os dados da pesquisa “A estadualização dos formatos participativos no Brasil Contemporâneo: a dinâmica participativa e a efetividade da inclusão política”, coordenada pela Prof.^a Claudia Feres Faria e financiada pela Fapemig. O objetivo da pesquisa era analisar comparativamente a dinâmica participativa e inclusiva do Conselho Estadual de Saúde (CES – MG), da Assistência Social (CEAS – MG) e dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA – MG) em Minas Gerais, e para tal utilizou-se do SPSS e do Excell para análise dos dados.

A partir dos dados gerados por essas pesquisas, da análise documental, observação *in locu* e duas entrevistas em profundidade realizadas com conselheiros do segmento dos trabalhadores do CES-MG, essa dissertação trabalhará com as seguintes

variáveis: o desenho institucional e o processo participativo e deliberativo visto tanto a partir da argumentação e justificação de posições, quanto como produção de decisão.

Na análise do desenho institucional procuramos verificar o que estabelecem as regras de cada conselho, considerando que são elas que irão determinar de que forma ocorrerá a dinâmica participativa e deliberativa nos mesmos. Considerando que tais regras não são neutras e incidem diretamente na atuação dos conselheiros, analisamos: a) a estrutura de funcionamento; b) a composição; e c) o processo decisório.

Na segunda parte desse trabalho, verificamos de que forma tais regras estão sendo exercidas pelos conselheiros. Aqui não mais falaremos do ideal, ou o que pode vir a ser, mas da realidade de cada conselho, vista a partir da análise de atas. Focaremos, principalmente em seu processo deliberativo, visto a partir da vocalização dos atores, os temas que são debatidos e a dinâmica das deliberações. Por fim, na terceira parte analisaremos os possíveis resultados dessas discussões, ou seja, as decisões vinculantes e os temas a que elas se referem, buscando aferir se elas são ou não decisões que podem interferir na política de saúde do estado e do município.

4.1 – O desenho institucional dos conselhos

Inicialmente, analisaremos o formato dos conselhos, pois como apontado nos capítulos anteriores, uma das características das instituições participativas é que o seu desenho institucional é relevante para sua eficácia. Consideramos que a forma como as regras são definidas pode favorecer a participação dos conselheiros e posteriormente o processo de deliberação, mas também pode delimitá-lo. Portanto, “[...] os desenhos não são neutros, suas escolhas e variações incidem diretamente na atuação, produzindo, assim, uma série de conseqüências para os resultados da participação” (FARIA e RIBEIRO, 2010, p.58).

No caso dos Conselhos de Saúde, o seu formato institucional é determinado por Resolução do Conselho Nacional de Saúde, que contém as recomendações para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais. Nessa resolução, temos a definição de conselho, como será a sua criação e reformulação; sua organização e funcionamento; sua estrutura; e competências. Esse instrumento já sofreu algumas alterações, no sentido de incluir novos atores no processo, mas também de melhor delimitar as regras e definições, que são reflexo da experiência acumulada bem como do

debate nos diversos conselhos existentes no país²⁸. A primeira resolução data de 23 de dezembro de 1992. A partir dela, tivemos duas alterações²⁹, sendo que, atualmente, os conselhos seguem a Resolução 333, de 04 de novembro de 2003. Apesar das recomendações do CNS, como previsto na Lei 8.142/90, em seu artigo 1º, § 5º, os conselhos possuem liberdade para elaboração do Regimento Interno, que deve ser aprovado pelo respectivo conselho. A análise do RI ganha, portanto, mais relevância uma vez que pode refletir a realidade de cada conselho municipal ou estadual.

Para a análise das regras dos conselhos, utilizamos as Leis de Criação e suas alterações e os Regimentos Internos (RI). O Regimento Interno além de disciplinar os procedimentos deliberativos, contém todas as disposições normativas da atividade interna do Conselho e regula os seus trabalhos. Esses dois documentos nos trazem variáveis por meio das quais é possível avaliar a capacidade inclusiva dos conselhos, bem como se estão cumprindo a promessa de expandir e democratizar o acesso às políticas às quais se vinculam (FARIA e RIBEIRO, 2010; FARIA, 2007; TATAGIBA, 2004).

Serão analisadas as seguintes variáveis: (1) a estrutura de funcionamento; (2) a composição dos conselhos e (3) o seu processo decisório.

4.1.1 – Estrutura de Funcionamento

Na análise das Leis de Criação, Leis de Alteração e nos Regimentos Internos, podemos constatar que os conselhos estudados, tanto estadual quanto o municipal, são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, vinculados às respectivas Secretarias de Saúde. Como apontado por Moreira (2001, p.22), “são considerados órgãos públicos porque criados por lei própria, em cada esfera de governo, por meio da qual recebem parcela das atribuições de caráter normativo-administrativo e de controle, originariamente privativas do Executivo ou de órgão a ele subordinado”.

Os dois conselhos foram criados em 1991 a partir de Leis de iniciativa do Poder Executivo, pois, como estabelecido na Constituição Federal de 1988, essa é uma iniciativa privativa do chefe do Executivo (MOREIRA, 2001). O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) foi instituído a partir do Decreto-Lei nº 32.568 de

²⁸ Existem conselhos de saúde em 98% dos municípios brasileiros (IBGE, 2010).

²⁹ A primeira resolução com as determinações para a criação dos conselhos foi a Resolução nº 033, de 23 de Dezembro de 1992, e sua alteração se deu através da Resolução nº 319, de 07 de novembro de 2002.

05/03/1991. Já a instauração do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH) se deu por meio da Lei 5.903 de 03/06/1991, que, em 1998, foi alterada por meio da Lei 7.536 de 19/06/1998. O Regimento Interno (RI) do CES-MG foi elaborado em 1995, sendo modificado a partir da Deliberação CES-MG nº 002 de 2008. No CMS-BH, o RI foi elaborado em junho de 1992, sendo alterado em 1998 a partir da Lei 7.536. No quadro abaixo podemos ver a síntese do ano de criação dos conselhos.

Quadro 1 – Ano de criação dos conselhos e do RI

	CES – MG	CMS – BH
Ano de criação do conselho	1991	1991
Ano de criação do RI	1995	1992
Ano de alteração do RI	2008	1998

Fonte: RI e Lei de criação do CES-MG e do CMS-BH

As mudanças apontadas tanto na lei de criação quanto no Regimento Interno nos mostram que os conselhos estão em permanente estruturação normativa, o que destaca sua flexibilidade institucional e capacidade adaptativa (CUNHA, 2009; FARIA, 2007; AVRITZER, 2000).

De acordo com o Regimento Interno, a estrutura institucional dos Conselhos é dividida em plenário, mesa diretora, secretaria executiva e comissões de assessoramento ou câmaras técnicas.

O plenário é o espaço de discussão e deliberação dos conselheiros, que se reúnem mensalmente para Reuniões Ordinárias, mas podem também reunir-se extraordinariamente, desde que convocados pela mesa diretora ou por 1/3 de seus membros. No caso do CMS-BH, as reuniões extraordinárias também podem ser solicitadas formalmente pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Atendendo ao princípio da publicidade nas deliberações, as reuniões do plenário são públicas, porém o CES-MG estabelece que a participação de membros externos ao conselho deve ser solicitada por escrito à mesa diretora e ser apreciada pelo plenário. Os dois conselhos também prevêem a participação de convidados externos como técnicos ou representantes de instituições ou da sociedade civil organizada desde que estejam diretamente envolvidos no assunto em pauta, para prestar maiores esclarecimentos.

A mesa diretora do CMS-BH é responsável pela convocação e coordenação das reuniões, o registro das mesmas, pelo encaminhamento de providências e recomendações acordadas pelo plenário, pela divulgação das atividades e deliberações do conselho e também pelos assuntos administrativos, econômico-financeiros e técnico-operacionais submetidos à apreciação do conselho. Ela é eleita anualmente pelos conselheiros e é composta de 4 membros, que ocupam os seguintes cargos: Presidente, Secretário Geral, 1º e 2º Secretário.

No CES-MG, a Mesa é formada por 8 membros, sendo 4 vagas para os representantes de usuários, 2 vagas para os representantes dos trabalhadores em saúde e 2 vagas para os representantes dos gestores ou prestadores de serviços no SUS. Esses membros são indicados por seus segmentos para ocupar os cargos de Vice-Presidente, Secretário Geral, 1º, 2º e 3º Secretários e 1º e 2º Diretor de Comunicação e Informação em Saúde no SUS. O mandato de cada membro eleito para a mesa diretora é de dois anos, podendo ser renovado somente por mais um período.

Apesar da Resolução do CNS nº 333 prever que tanto a mesa diretora, quanto o seu coordenador ou presidente sejam eleitos em plenário, no CES-MG esse cargo ainda é privativo do Secretário de Estado da Saúde. No CMS-BH, com as alterações na lei de criação em 1998, qualquer segmento pode concorrer a essa posição. A forma de escolha do presidente torna-se importante, pois, a partir dela, podemos aferir o grau de democratização das relações no interior do conselho. A naturalização do Secretário de Saúde para ocupar o cargo de presidente “não só fere o princípio representativo, assentado no consentimento dos representados para com a liderança, seja ele por via eleitoral ou não, como configura, de antemão, a preponderância do governo frente aos demais segmentos que participam dos Conselhos” (FARIA e RIBEIRO, 2010, p.69). O quadro a seguir apresenta as informações sobre a formação e o funcionamento da Mesa Diretora dos dois conselhos.

Quadro 2 – Funcionamento da Mesa Diretora

	CES – MG	CMS – BH
Quantidade de membros	8	4
Forma de escolha dos membros	Indicados pelos segmentos	Eleitos pelos conselheiros
Presidente do conselho	Secretário de Estado	Eleito entre os conselheiros

Fonte: RI e Lei de criação do CES-MG e do CMS-BH

A secretaria executiva é composta por funcionários do SUS, designados pelo Secretário de Estado da Saúde, ou pela Mesa Diretora, no caso do CMS-BH, que tem por finalidade assessorar e prestar apoio administrativo e operacional a todos os órgãos dos Conselhos.

Também faz parte da estrutura dos conselhos as câmaras técnicas, que têm por função agilizar o funcionamento do conselho, avaliando e propondo alterações às questões apresentadas na plenária ou pela Mesa Diretora. Apesar de prever em seu RI apenas comissões de assessoramento, sem definir suas temáticas e o seu funcionamento, podemos constatar que o CES-MG possui a previsão de 06 Câmaras Técnicas, a saber: Saúde do Trabalhador; Recursos Humanos; Orçamento e Finanças; Municipalização; Meio Ambiente, Saneamento e Saúde; Atenção Ambulatorial e Hospitalar. Além dessas, 4 Comissões de Assessoramento: Reforma Psiquiátrica; Saúde Bucal; Educação Permanente; Reformulação do CES³⁰. Porém, a partir de entrevistas, podemos constatar que nem as câmaras técnicas e nem as comissões de assessoramento têm funcionado, ou seja, os conselheiros não estão participando desse espaço.

Já o CMS-BH prevê em seu RI o funcionamento de 05 câmaras técnicas: Recursos Humanos; Financiamento; Controle e Avaliação e Municipalização; Comunicação; e Saneamento, porém esse número não é fixo, podendo ser alterado de acordo com as necessidades do conselho. O RI também prevê que cada conselheiro deve participar obrigatoriamente de, pelo menos, uma câmara técnica, que deve se reunir, no mínimo, uma vez por mês.

As câmaras técnicas tornam-se importantes instrumentos no processo deliberativo na medida em que possibilitam aos conselheiros adquirirem informações mais detalhadas para discutir e decidir. Dessa forma, contribuem para minimizar o problema de assimetria de informação entre os membros e de um processo decisório hierárquico (CUNHA, 2009; FARIA, 2007; TATAGIBA, 2002).

Além desses quatro elementos da estrutura institucional – Plenário, Mesa Diretora, Secretaria Executiva, Câmaras Técnicas e Comissões – que possibilitam a interação entre os conselheiros, temos outras estruturas que, partindo da lógica de uma política de saúde sistêmica e descentralizada, possibilitam ampliar o debate com outros atores. Dentre elas estão as Conferências de Saúde, que “acabam articulando de forma

³⁰ Fonte: www.saude.mg.gov.br/ces. Acesso em 16/06/2010.

muito interessante a luta institucional com a mobilização societária, constituindo um círculo virtuoso profundamente promissor” (TATAGIBA, 2002, p.68).

De acordo com a Resolução nº 333 do CNS é atribuição dos conselhos, em cada esfera de atuação, “estabelecer critérios para a determinação da periodicidade das conferências de saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao pleno do conselho correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências”.

As Conferências Estaduais, apesar de não estarem previstas no RI ou na Lei de Criação do CES-MG, acontecem mediante convocação do Conselho Estadual, seguindo orientações nacionais. Já as Conferências Municipais, como previsto na Lei de Criação do CMS-BH, acontecem de quatro em quatro anos, com representação paritária entre os segmentos, sendo convocadas pelo Executivo ou, extraordinariamente, por esse ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

A previsão de periodicidade e a forma de convocação das Conferências pelo RI do CMS-BH pode ser um indicativo de que esse seja um conselho mais inclusivo e mais aberto a novos atores se comparado ao CES-MG. Como apontado por TATAGIBA (2002), as conferências são o momento em que os conselheiros têm a possibilidade de discutir a política de saúde de forma mais ampla, com outros atores que não apenas aqueles representantes no conselho. A previsão legal das Conferências, bem como a possibilidade do próprio conselho convocá-las, contribui para assegurar sua realização.

Além da Conferência Municipal, a Lei de Criação do CMS-BH prevê a criação de a) conselhos distritais, de acordo com a divisão regional da cidade, que têm por função formular planos de ação, acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas necessárias para seu distrito sanitário; b) comissões locais de saúde, localizadas em cada Centro de Saúde; e c) os conselhos de usuários, que são criados em cada hospital público. Esses dois últimos acompanham e fiscalizam a política de saúde *in loco*. “A atuação regional, descentralizada, tende a facilitar o enraizamento social, e possibilitar uma participação mais efetiva dos grupos sociais subalternos” (TATAGIBA, 2004, p.348). Sendo assim, tais instâncias ampliam a possibilidade de participação do cidadão na política de saúde, devido ao fato de estarem mais próximo deles, bem como da realidade que é vivenciada pelos mesmos.

4.1.2 – Composição dos conselhos

A composição dos conselhos de saúde é definida de acordo com a Lei 8.142/90 que prevê que a representação dos usuários seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. “A paridade foi considerada condição preliminar para uma real disputa entre posições e interesses divergentes no interior dos conselhos, garantindo dessa forma a legitimidade e o equilíbrio no processo decisório” (TATAGIBA, 2002, p.57). Porém, é preciso considerar que apenas essa igualdade não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório (LÜCHMANN, 2009; TATAGIBA, 2002).

Os dois conselhos seguem a regra de composição prevista em lei, ou seja, possuem 50% de representantes de órgãos do Governo, prestadores de serviços e entidades de profissionais da área da saúde e 50% de representantes de usuários. O mandato dos conselheiros é de dois anos, podendo ser renovado por igual período.

Porém, os conselhos diferem quanto a quantidade de membros e forma de definição dos representantes. No CES-MG está prevista a participação de 52 membros, e o seu RI define previamente as entidades que terão assento no conselho. O CMS-BH é composto de 36 membros e não especifica as entidades que o compõe, mas as categorias de segmento, ou seja, o tipo de entidade ou temática que a identifica³¹. A indicação das entidades no RI pode ser considerada uma forma de restringir a participação de outras entidades. “[...] À medida que se excluem grupos importantes e representativos da sociedade civil da participação nos conselhos, obstaculiza-se o processo de influência democratizante que esses espaços poderiam, potencialmente, exercer sobre essas organizações” (TATAGIBA, 2002, p.61). O quadro 3 traz a síntese da composição dos conselhos.

Quadro 3 – Composição do CES-MG e do CMS-BH

	CES – MG	CMS – BH
Quantidade de membros	52	36
Sobre a representação	RI define as entidades	RI define as categorias

Fonte: RI e Lei de criação do CES-MG e do CMS-BH

³¹ Quando falamos em entidade estamos nos referindo à instituição em si. Por exemplo, o CES-MG prevê a participação da COPASA, do CRESS-MG, ou seja, ele especifica quem terá assento no conselho. Já quando falamos em categoria, estamos nos referindo às organizações que desempenham atividades em determinadas temáticas. No CMS-BH temos assento para associações de portadores de deficiência e patologias crônicas, esse grupo deve ocupar o conselho, mas não determina qual a instituição em si que deve fazê-lo. Se indicasse que a vaga deveria ser ocupada pela APAE, teríamos uma representação de entidade.

Temos então que, no CES-MG, o segmento do governo é composto pelo Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais; 5 representantes de Secretarias de Estado; um representante do Núcleo Regional do Ministério da Saúde em Minas Gerais -MS; um representante do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais – COSEMS/MG; e um representante da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa de Minas Gerais- ALMG.

A representação dos profissionais da área de saúde e de prestadores de serviços no SUS conta com a participação de um representante das seguintes entidades: Companhia de Saneamento de Minas Gerais - COPASA; Conselho Regional de Enfermagem – COREN/MG; Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA/MG; Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO/MG; Conselho Regional de Assistente Social³² – CRESS/MG; Conselho Regional de Psicologia – CRP/MG; Conselho Regional de Odontologia – CRO/MG; Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais – CRF/MG; Conselho Regional de Medicina – CRM/MG; Conselho Regional de Medicina Veterinária – CRMV/MG; Associação dos Hospitais de Minas Gerais - AHMG; Associação dos Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais AHFMG; Sindicato dos Hospitais de Minas Gerais – SINDHOMG; Sindicato dos Médicos – SINMED/MG; Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Previdência e Assistência Social - SINTS-PREV/MG; Sindicato Único dos Trabalhadores da Saúde de Minas Gerais – SIND-SAÚDE/MG; Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado de Minas Gerais – FEESSEMG; e Sindicato dos Enfermeiros ou do Sindicato dos Assistentes Sociais.

Já a representação dos usuários se faz a partir de dois representantes das seguintes entidades: Central Única de Trabalhadores – CUT/MG; Confederação Geral dos Trabalhadores – CGT/MG; Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental - ABES; Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado de Minas Gerais - FETAEMG; Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais - FIEMG; Federação da Agricultura do Estado de Minas Gerais - FAEMG; Federação das Associações de Moradores do Estado de Minas Gerais - FAMEMG; Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Minas Gerais - ABEN; Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB -Regional Leste 2; Associação Mineira de Defesa do Meio

³² O Conselho Regional de Assistente Social foi reestruturado e sua atual nomenclatura é Conselho Regional de Serviço Social – CRESS.

Ambiente -AMDA; Federação das Associações de Portadores de Deficiência do Estado de Minas Gerais - FADEMG; Associação Comercial do Estado de Minas Gerais - ACMMG; Câmara de Diretores Lojistas de Minas Gerais - CDL.

A partir desse detalhamento dos segmentos que compõem o CES-MG, podemos constatar, como já apontado, que ele possui representação fixa de entidades já que o RI é que determina quais delas serão representadas no conselho, não havendo rotatividade entre as mesmas, apenas dos membros indicados. Se, por um lado, isso limita a representatividade do Conselho, por outro, essa estratégia pode favorecer as deliberações já que as discussões não se encerram em uma reunião e os assuntos debatidos no conselho são recorrentes. Caso haja uma troca de informação entre o conselheiro e sua entidade, a continuidade das mesmas pode sugerir que eles já conhecem as discussões anteriores estando mais aptos a decidir. A definição de entidades também pode garantir autonomia da sociedade civil, na medida em que eles não estão sujeitos à pressão governamental ou de outra entidade, não tendo que se submeter a votarem alinhados ao governo para garantir suas vagas no conselho (ALMEIDA, 2010).

Já o CMS-BH, como dito anteriormente, não define quais serão as entidades que terão assento no conselho. A distribuição dos representantes é feita de uma forma mais abrangente. Assim, o segmento do governo tem 4 representantes da Prefeitura Municipal de BH, sendo um deles o Secretário Municipal de Saúde e 1 representante da Câmara Municipal, que deve ser participante da Comissão de Saúde e Saneamento Básico daquela instituição.

Os representantes de serviços públicos e privados são 4, sendo um dos hospitais públicos, um dos hospitais privados, um dos hospitais filantrópicos, e um das entidades formadoras de Recursos Humanos na Saúde. Os trabalhadores contam com 9 representantes: 6 de entidades sindicais gerais de trabalhadores na área da saúde, e 3 de entidades sindicais de categorias. O segmento dos usuários é integrado por 18 representantes, sendo: um de cada uma das regionais da cidade (Norte, Centro-Sul, Leste, Oeste, Noroeste, Venda Nova, Nordeste, Pampulha e Barreiro); um das associações de portadores de deficiência e patologias crônicas; 4 das entidades do movimento sindical do setor produtivo e de serviços; 2 das entidades gerais do movimento popular e comunitário; 1 do movimento de mulheres; e 1 das entidades de aposentados.

Podemos perceber que a composição do CMS-BH e do CES-MG difere muito. A composição do CMS-BH indica uma preocupação em inserir grupos de usuários que estão mais sujeitos a riscos de saúde do que os demais, como as mulheres, aposentados e portadores de deficiências e patologias crônicas. Além disso, a participação dos usuários também obedece a critérios de territorialização, visto a partir dos representantes das regionais da cidade. Avritzer et al (2005) apontam que esse é um aspecto que deve ser levado em conta, já que os bens e serviços públicos são distribuídos desigualmente no território, ou seja, nas grandes cidades há uma concentração de equipamentos e serviços nas regiões centrais, o que dificulta o acesso da população carente.

Podemos notar que no CES-MG não há essa preocupação em se ter uma participação de forma desconcentrada, obedecendo a critérios de territorialização. Temos uma grande abrangência do território mineiro, que pode ser considerado uma expressão do Brasil, com regiões muito díspares uma das outras, tanto no que se refere a sua cultura, quanto à economia e demografia. Consequentemente essas diferenças se traduzem em agendas de saúde diferentes, que podem ser percebidas nos municípios, mas também nas grandes regiões. Sendo assim, a composição do conselho poderia incorporar a representação de municípios e/ou de suas regiões (Central, Centro-Oeste, Noroeste, Norte, Sul, Alto do Paranaíba, Triângulo, Jequitinhonha/Mucuri, Zona da Mata e Rio Doce), ou de Consórcios ou de Conselhos Municipais. Considerando as diferenças e especificidades de cada região, incorporar a representação de membros delas possibilitaria que houvesse maior debate sobre as mesmas e, conseqüentemente, a busca por diminuir suas desigualdades no que se refere ao acesso à saúde.

Outra especificidade que constatamos ao comparar a representação nos dois conselhos é que as entidades representativas do CES-MG parecem ser mais corporativas³³, sendo o conselho amplamente constituído por federações, categorias profissionais regionais e sindicatos. Esse padrão pode ser percebido tanto nos representantes dos profissionais da área da saúde e prestadores de serviço, bem como dos usuários. O mesmo padrão não é observado para os representantes do CMS-BH.

Talvez essa seja uma particularidade da representação no Estado sendo representado por grandes organizações, como as federações que abarcam uma variedade

³³ Segundo Boschi (2006, p. 116), o corporativismo pode ser entendido de forma ampla como “uma representação de interesses definida em torno de categorias sociais específicas, geralmente a partir da atividade ocupacional, organizadas coletivamente para a defesa ou realização de seus interesses”.

de entidades. Esse dado pode indicar que, talvez, essa seja a forma que tais instituições encontraram para lidar com os problemas da participação em esferas não-locais, quais sejam: a extensão territorial e populacional, a diversidade de interesses regionais e municipais e as diferenças nos níveis e padrões de organização social. Não obstante, as opções por entidades fixas é uma particularidade deste conselho que pode vir a comprometer a sua democratização interna.

Outro dado que também merece destaque refere-se a participação dos usuários, pois constatamos que, nos dois conselhos analisados, nessa categoria temos a representação de trabalhadores por meio da CUT/MG, da CGT/MG e da FETAEMG nos CES-MG e da previsão de 4 entidades do movimento sindical do setor produtivo e de serviços no CMS-BH. Para alguns autores (CORTÊS e GULIANO, 2010; CORTÊS, 2009), esse poderia ser mais um indicativo de que os conselhos estejam se tornando espaços corporativos devido a maior presença de trabalhadores neles. De fato, tal representação torna-se problemática na medida em que podemos dizer que ocorre uma dupla representação dos trabalhadores nos conselhos, e possivelmente de seus interesses, em detrimento dos usuários que, dessa forma, não são representados ou estão sub-representados. Porém, essa composição não é suficiente para chegarmos a essa conclusão e devemos levar em consideração, também, a forte presença dos trabalhadores no Movimento Sanitário quando foi formulada a proposta de criação dos conselhos. Tal fator poderia explicar a ênfase deles na composição dos conselhos.

Interessante notar na composição dos dois conselhos que, apesar da Resolução do CNS nº 333 prever que “a participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos conselhos de saúde, em face da independência entre os poderes”, ambos os conselhos possuem esse tipo de representação. No CES-MG tem-se previsão de assento para um representante da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa de Minas Gerais e no CMS-BH para a Câmara Municipal de Belo Horizonte. Uma hipótese para essa sobrerepresentação seria a intenção de articulação entre os definidores de política, porém precisamos de mais dados para verificar como ocorre a atuação desses representantes nas duas instituições.

O RI e a Lei de Criação dos conselhos, além de nos informar se há ou não critérios definidos para a representação das entidades, também define como ela se constitui, ou seja, a forma como serão escolhidos tais representantes. Apesar de não ser possível perceber, por meio desses documentos, como se estabelece a relação entre

representante e representado e nem mesmo que tipo de autorização se estabelece entre eles, tais documentos podem nos indicar se o processo é mais ou menos democrático.

Como discutido no primeiro capítulo, nesses espaços temos uma nova forma de representação em que a interação dos atores torna-se um elemento complementar e, dessa forma, ela não se restringe apenas ao voto. A representação deve ser pensada de uma forma dinâmica, em que participação e representação possibilitem um *continuum* das ações políticas. Por isso, a importância de se estabelecer a forma como os representantes são escolhidos, pois é a partir dela que se estabelecerá ou não uma relação entre eles, possibilitando, assim, processos mais ou menos democráticos e *accountables*.

O processo de escolha dos membros do CES-MG, tanto os conselheiros representantes da sociedade civil quanto dos demais segmentos, é feito a partir da indicação pela diretoria da entidade/instituição representada. No CMS-BH, os representantes dos movimentos sociais são indicados pelos próprios membros dos movimentos a partir de assembleia convocada especificamente para esse fim. O RI prevê, ainda, que tais assembleias sejam acompanhadas por representantes do conselho. Já os representantes de entidades gerais de usuários, dos trabalhadores, das entidades privadas e filantrópicas prestadoras de serviços são indicados em assembleia convocadas pelo conselho. Os representantes do governo são indicados pelo prefeito. O quadro a seguir apresenta a forma de escolha dos representantes dos conselhos.

Quadro 4 – Forma de escolha dos representantes do CES-MG e do CMS-BH

	CES – MG	CMS – BH
Representantes da sociedade civil	Indicados pela diretoria da entidade representada	Indicados a partir de assembleia
Representantes do governo	Indicados pela diretoria da instituição representada	Indicados pelo prefeito

Fonte: RI e Lei de criação do CES-MG e do CMS-BH

Podemos constatar que, no que se refere a forma como são escolhidos os conselheiros do segmento dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, que representam a sociedade civil, o CMS-BH possui um processo de recrutamento mais amplo. A previsão de assembleias para a escolha dos representantes torna o processo mais público e mais democrático, dado que possibilita a participação de um número maior de entidades. É por meio dessa forma de autorização que temos a participação de

diferentes atores, o que traz a presença de perspectivas variadas, como apontado por Young (2006), ou de novas experiências e temas, conforme descreve Avritzer (2007). A pluralidade nas candidaturas faz com que a escolha dos representantes seja um processo mais inclusivo. No CES-MG isso não ocorre devido ao fato das entidades serem pré-definidas no RI, mas poderia tornar o processo um pouco mais democrático caso fossem previstas eleições nas entidades, por exemplo. Devemos ainda salientar que o processo de escolha dos representantes dos usuários envolve dois momentos: um dentro da entidade e outro no conselho. O Regimento Interno do CES-MG e do CMS-BH refere-se apenas a este segundo momento, não sendo possível identificar como foi o processo interno na entidade para escolha dos membros, que pode ocorrer por meio de indicação da diretora, indicação em assembleia ou ter sido eleito nas suas bases.

O segmento do governo segue o padrão de indicação feita pelo executivo. Lüchmann (2009) aponta dois problemas na representação governamental. O primeiro seria que devido ao fato de serem indicados pelas Secretarias, teriam uma unidade, que “é facilmente obtida a partir de cima”. O mesmo não ocorrendo com os demais segmentos, principalmente com os usuários, em que temos uma grande heterogeneidade na sociedade civil. Porém, o fato de serem indicados pelas Secretarias por si só não garante essa unidade, pois pode haver discordâncias entre os membros do governo. Consideramos que a unidade que possa vir a ocorrer nos conselhos por parte dos atores governamentais pode advir da existência dentre eles de um articulador e/ou coordenador dos demais membros.

Outro problema levantado por Lüchmann (2009) é que “esses representantes são indicados e escolhidos obedecendo a outros critérios que não o conhecimento, o compromisso e o poder efetivo de decisão acerca da temática em questão” (idem, s/p). Tal fato pode comprometer, efetivamente, as discussões e decisões dentro dos conselhos. Como mostrou Tatagiba (2002), esta indicação nem sempre leva em conta o compromisso do indicado com a causa em questão.

4.1.3 – Processo Decisório

As regras sobre a forma como se estabelece o processo decisório dentro dos conselhos podem nos indicar se eles, de fato, incluem os diferentes segmentos, a partir da constatação de direitos iguais de participação, ou seja, de falar, propor temas e decidir. Temos então que, quanto à forma como são tomadas as decisões, os dois

conselhos prevêem que seja por maioria simples de votos. No CES-MG ainda há a especificação de que a votação seja aberta. Constatamos, também, que em nenhum dos conselhos estudados há prerrogativas da presidência nas votações, seja por meio de voto de minerva ou deliberações *ad referendum*, ou seja, as regras não prevêem que a presidência concentre poder.

Outro aspecto importante a considerar é o processo de construção das pautas, pois a partir dele podemos perceber a capacidade dos atores de intervirem no processo decisório (FARIA e RIBEIRO, 2010). No CES-MG, de acordo com o seu RI, os assuntos a serem deliberados são indicados pelo plenário. Já no CMS-BH, eles também podem ser propostos pela Mesa Diretora. A construção da pauta feita em plenário é um indicativo de que as regras que balizam esses conselhos buscam incluir todos os atores no processo.

Além da definição da pauta, buscamos verificar como ocorre o processo de alteração da pauta, se é possível introduzir outros assuntos que não constem na pauta. Nos dois conselhos, o RI prevê essa mudança, desde que seja aprovada pela plenária. Esse é um aspecto relevante, pois é a partir da definição de relevância do assunto por parte do plenário que ele entrará em discussão e indica que a pauta é construída coletivamente.

Por último, procuramos verificar quais são as regras para a alteração do Regimento Interno. Esse é um dado importante a ser verificado, pois é o RI que detalha as regras de funcionamento dos conselhos e os procedimentos para tomada de decisão. Nos dois conselhos o RI é elaborado pelos conselheiros e as propostas de sua alteração total ou parcial, deverão ser apreciadas em reunião extraordinária do plenário, convocada por escrito para este fim, com antecedência mínima de 05 dias úteis e aprovada por 2/3 do plenário. O quadro a seguir apresenta uma síntese das regras referentes ao processo decisório no CES-MG e no CMS-BH.

Quadro 5 – Processo decisório no CES-MG e no CMS-BH

	CES – MG	CMS – BH
Como são tomadas as decisões	Maioria simples de votos	Maioria simples de votos
Prerrogativas da presidência	Não	Não
Formulação da pauta	Indicados pelo plenário	Indicados pelo plenário e/ou propostos pela MD
Alteração da pauta	Deve ser aprovada pelo plenário	Deve ser aprovada pelo plenário
Regra de alteração do RI	Elaborada pelos conselheiros e aprovada por 2/3 do plenário	Elaborada pelos conselheiros e aprovada por 2/3 do plenário

Fonte: RI e Lei de criação do CES-MG e do CMS-BH

A partir da análise do Regimento Interno e da Lei de Criação do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerias e do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte podemos constatar que ambos os conselhos são deliberativos, ou seja, suas decisões têm o potencial de interferir nas políticas da área, e que também são espaços públicos, na medida em que são abertos à participação de outros atores que não os representantes e publicizam suas ações.

Porém, ao olharmos para a capacidade inclusiva de cada um deles, a partir de suas regras, podemos constatar que o CES-MG é menos inclusivo que o CMS-BH. Na estrutura de funcionamento temos que a mesa diretora do CES-MG é indicada pelo segmento, e o seu presidente é o Secretário Estadual de Saúde. No CMS-BH temos a eleição tanto para a mesa diretora como para o seu presidente. Esse processo indica que o CMS-BH possui relações mais democráticas, e que o governo não tem preponderância no órgão diretivo. Esse é um fator que pode limitar as deliberações no CES-MG, já que o governo ocupa sempre uma posição chave dentro do conselho, podendo direcionar as discussões, bem como suas decisões. O mesmo ocorre com a não previsão de câmaras técnicas em seu regimento. As câmaras técnicas são um instrumento em que os conselheiros têm a possibilidade de aprofundar determinados temas e estarem mais aptos a tomar decisões. A ausência de sua previsão no RI, juntamente com a presidência nata do Secretário Estadual, pode levar a um processo decisório mais hierárquico. Outro ponto que também merece destaque refere-se às conferências, em que novamente o RI do CES-MG não prevê a forma de convocação e periodicidade. A conferência é o momento em que os conselheiros podem discutir com outros atores sociais, quando há a junção da participação institucionalizada com a mobilização social. A sua previsão no RI do CMS-BH mostra que esse conselho está aberto a incluir novas vozes na discussão

sobre a política de saúde, não a restringindo apenas ao conselho, o que não ocorre no CES-MG.

O mesmo pode ser verificado quando olhamos para composição dos dois conselhos, ou seja, o CES-MG é menos inclusivo que o CMS-BH. No CES-MG, as entidades representativas são fixas e seus membros são indicados pela instituição para participação no conselho. Na representação dos usuários, também não há uma preocupação com o aspecto territorial, num estado com tanta diversidade como é Minas Gerais, não há a distribuição dos representantes por diferentes regiões como ocorre no CMS-BH. Também não há qualquer regra que preveja a interação com os conselhos municipais ou seus representantes, o que pode dificultar ações de coordenação entre os níveis, essenciais nos arranjos federativos. Além disso, o CMS-BH torna-se mais aberto à participação por definir apenas as categorias que terão assento no conselho, possibilitando que haja um recrutamento mais ampliado entre diferentes entidades, bem como uma renovação a cada gestão. Também prevê que seus membros sejam indicados em assembleia, o que possibilita a participação de mais atores no processo.

Não obstante, devemos levar em consideração que a representação nos conselhos estudados difere bastante, pois no CES-MG temos entidades mais corporativas devido ao fato dessa ser uma característica da representação estadual. Seria importante averiguar de que forma tais atores interagem para ocupar vagas no conselho, porém com as pesquisas trabalhadas não foi possível verificar esse dado.

Apesar de mais inclusivo, o CMS-BH apresenta os mesmos problemas que o CES-MG no que se refere à alguns aspectos da representação. Ambos os conselhos prevêem em seus regimentos a participação de representantes do Legislativo e, por outro, uma dupla representação da categoria dos trabalhadores, devido ao fato de termos sindicatos como representantes dos usuários. Tais fatores indicam, por um lado, que a sobre-representação limita a representação dos usuários se considerarmos que os trabalhadores podem estar defendendo os seus interesses enquanto classe. Porém, apenas as regras não são suficientes para essa afirmação, sendo necessária uma pesquisa mais ampliada para verificarmos até que ponto os usuários estão sendo ou não representados pelos trabalhadores.

Quando olhamos para as regras referentes ao processo decisório em busca de analisar se os direitos de participação são iguais entre os conselheiros, vemos que no RI dos dois conselhos há essa preocupação, ou seja, nenhum segmento tem algum privilégio sobre os demais. Nos dois conselhos, a previsão é de que as decisões sejam

tomadas por maioria de votos, o presidente do conselho não possui prerrogativas, a pauta é feita em conjunto, podendo ser alterada pelo plenário, que também pode alterar o seu regimento interno.

Apesar de essas regras, referentes ao processo decisório, indicarem que o conselho é um espaço aberto à participação igual de todos os membros é preciso levar em consideração as demais variáveis analisadas acima. A combinação das diferentes regras, que nos indica se os conselhos são potencialmente inclusivos ou não, e a partir do RI e das Leis de Criação dos conselhos analisados, constatamos que o CES-MG é menos inclusivo que o CMS-BH e potencialmente menos democrático. Porém, esses dados nos indicam o potencial do conselho e não a sua realidade, que será analisada na próxima seção que foca na forma como os conselheiros deliberam, o que é visto a partir da análise das atas.

4.2 – O processo deliberativo: vocalização, argumentação e justificação

Além de verificar o que prevê as regras sobre o funcionamento dos conselhos, esse estudo também buscou analisar de que forma ocorre o processo discursivo e deliberativo nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde. Essa análise torna-se importante uma vez que nos permite aferir quem fala, o que fala e como fala. Sendo assim, podemos verificar se o processo é mais ou menos, democrático e inclusivo. Podemos perceber que a simples constatação nas regras de que os conselhos são deliberativos não é suficiente para a análise da efetividade desses espaços decisórios. É preciso estudos mais detalhados que averiguem se os conselhos realmente deliberam³⁴, sobre quais questões deliberam e qual o impacto dessas deliberações, seja na produção de políticas públicas, no empoderamento dos conselheiros, mas também no fortalecimento da democracia.

Cunha (2007a) aponta que uma deliberação bem-sucedida deve ter: os procedimentos institucionalizados, uma composição que seja plural e inclusiva, e que os atores tenham igual acesso a informação e recursos, bem como igual possibilidade de deliberar. Além disso, é preciso que a argumentação seja a base da deliberação, com a possibilidade de contestação dos resultados, e que esses visem a solução de problemas públicos, bem como o exercício do controle público.

³⁴ Nessa seção, ao falarmos em deliberação estamos considerando apenas o seu aspecto argumentativo, ou seja, um processo de debate, de discussões, argumentações e/ou justificações que são feitas nos conselhos. Na próxima seção trabalharemos melhor com a deliberação como um momento decisório.

Partindo dessa constatação, utilizaremos as seguintes variáveis para a análise do processo deliberativo dos conselhos: igualdade deliberativa, vista a partir da igual capacidade de vocalização dos atores; a proposição de temas, ou seja, sobre o que debatem os conselheiros, se são temas relevantes ou não para a política de saúde; e as formas como os conselheiros se expressam, buscando averiguar se há debates e/ou contestação, indicando a ocorrência ou não de um processo de argumentação/troca de razões³⁵.

A metodologia³⁶ utilizada para essa seção foi a análise das atas. As atas têm se tornado um importante recurso para análise das deliberações dos conselhos, pois registram os atos de fala e os discursos políticos realizados pelos atores, mostrando suas posições políticas, os conflitos, consensos e propostas. Como apontado por Cunha (2007), um dos problemas de se utilizar esse instrumento se deve ao fato de que as mesmas são elaboradas por pessoas que presenciam as reuniões e as registram, ou seja, há um mediador ao ato da fala, podendo haver, assim, uma alteração de seu sentido original. Porém, “elas são documentos oficiais que registram o processo de deliberação e são devidamente aprovadas pelos seus participantes, o que indica que eles concordam com o registro e a forma como foi realizado” (CUNHA e ALMEIDA, 2009, p. 67).

As atas são classificadas em transcrita, completa, resumida ou extrato³⁷. A partir da leitura dessas atas é possível extrair a fala dos atores, que torna-se a unidade de análise. As falas são categorizadas de acordo com o sexo, o segmento, o tema, e os tipos de fala: demanda, denúncia, proposta, debate, contestação.

Para análise do processo deliberativo do CES-MG e do CMS-BH, utilizaremos os dados que são apresentados no quadro 6. Como não temos a mesma quantidade de atas para os dois conselhos, essa análise se baseará nos percentuais de cada categoria. Porém, podemos constatar que apesar de possuírem quantidade de atas diferentes e, conseqüentemente de falas, temos um número bastante aproximado de média de falas por reunião. Esse é um fator favorável a nossa análise, considerando que ela tem como unidade a fala.

³⁵ Essas variáveis foram utilizadas por Avritzer et al (2009) e Faria et al (2010).

³⁶ Um detalhamento das variáveis utilizadas nessa seção encontra-se nos anexos.

³⁷ De acordo com Avritzer et al (2009), atas transcritas são aquelas que são gravadas e redigidas na íntegra; completas são as atas que apesar de terem sido gravadas e apresentarem uma riqueza de detalhes contém de alguma maneira a interferência do redator; resumidas são as atas feitas durante a reunião e que apresentam um resumo dos principais pontos de fala ou em alguns momentos não identifica o falante; e as atas extrato apresentam apenas um resumo geral do que ocorreu na reunião, sem discriminação de falas e atores.

Quadro 6 - Descrição das atas analisadas

	CES – MG	CMS – BH
Quantidade de atas analisadas	33	90
Período analisado	2006-2009	2003-2006
Qualidade da ata	25 completas e 8 transcritas	Completas
Quantidade de falas	1488	4007
Nº de falas por reunião (média)	45,1	44,5

Fonte: AVRITZER et al, 2009; FARIA et al, 2010

4.2.1. A vocalização nos conselhos

A vocalização dos atores, que é medida pela quantidade de falas que eles exprimem no processo deliberativo, nos mostra a capacidade dos diferentes segmentos se expressarem dentro do conselho. Essa variável nos permite mostrar se o conselho se constitui em um espaço inclusivo a partir da possibilidade de que todos se expressem de forma igualitária.

Inicialmente, analisamos a vocalização de acordo com o sexo dos participantes. Podemos perceber, a partir do gráfico 1, que há uma predominância de falas de atores do sexo masculino, nos dois conselhos analisados. Em todos os anos, a vocalização masculina é maior que a feminina. No CES-MG, ela é maior que 75%. Já no CMS-BH, com exceção do ano de 2003 que segue o mesmo padrão do Conselho Estadual, temos que a vocalização dos atores do sexo masculino é maior que 55%.

Temos assim no CMS-BH uma maior participação de mulheres do que no CES-MG. Essa maior participação de mulheres no CMS-BH pode estar ligada ao fato de que o conselho prevê um representante do Movimento de Mulheres, bem como tem uma plenária específica para as mulheres, podendo indicar que a existência de um espaço dedicado às mulheres venha a favorecer uma maior participação feminina.

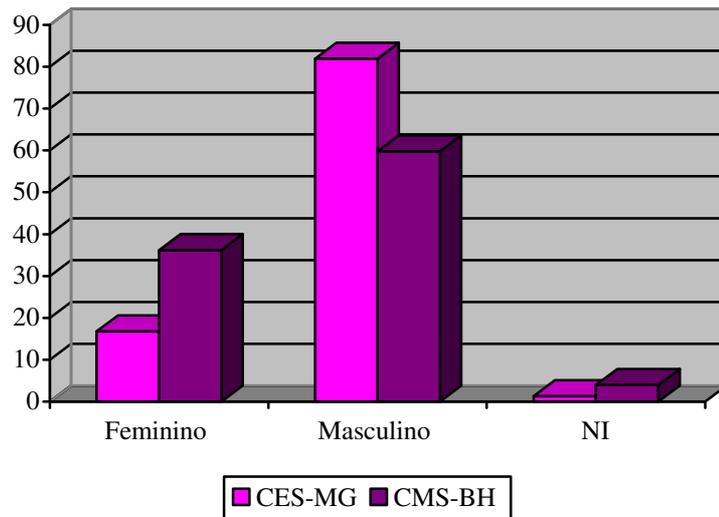


GRÁFICO 1 – Vocalização por sexo

Fonte: AVRITZER et all, 2009; FARIA et all, 2010

Procuramos também verificar como ocorre a vocalização de acordo com os segmentos do conselho. Esse dado torna-se relevante na medida em que ele nos mostra se a paridade entre o segmento do usuário e os demais membros, prevista nas regras, se reflete numa vocalização equilibrada entre esses atores.

Podemos perceber pela tabela 1 que, em nenhum dos dois conselhos, o segmento dos usuários detém 50% de vocalização. Porém, no CMS-BH, os usuários se destacam dos demais segmentos. Esse dado deve levar em consideração o alto percentual de falas em que não foi possível identificar o segmento³⁸, tendo que ser analisado com cautela.

³⁸ Por NI estamos considerando as falas em que não é possível identificar o segmento devido ao registro das falas. Geralmente, encontramos nas atas expressões como “os conselheiros decidiram”, ou “o conselheiro falou”. Apesar de não ter como identificar o segmento, tais falas fazem parte do processo deliberativo, por isso não a retiramos da análise, apesar de ser alto o seu percentual.

Tabela 1 – Vocalização por segmento

Segmento	CES-MG	%	CMS-BH	%
Governo	109	7,3	307	7,7
Usuário	237	15,9	1192	29,7
Trabalhador	198	13,3	735	18,3
Prestador	22	1,5	18	0,4
Mesa Diretora	583	39,2	32	0,8
Plenário	-	-	5	0,1
Comissão	-	-	47	1,2
Ator Externo	294	19,8	698	17,4
NI	45	3,0	973	24,3
Total	1488	100	4007	100

Fonte: AVRITZER et all, 2009; FARIA et all, 2010

Constatamos que no CMS-BH há um maior número de falas dos usuários (29,7%), seguido dos trabalhadores (18,3%) e atores externos (17,4%). Já no CES-MG, o número de vocalizações é mais significativo na Mesa Diretora, que possui 39% do registro de falas. Posteriormente, temos os atores externos (19,8%), usuários (15,9%) e trabalhadores (13,3%).

Os trabalhadores possuem uma expressiva vocalização nos dois conselhos, sendo um segmento influente nessas arenas. Esse fato indica que esses atores, que estiveram presentes no Movimento Sanitário, continuam com uma participação ativa dentro do conselho. Também ressalta sua importância devido à grande quantidade de questões técnicas que são debatidas nos conselhos. Porém a vocalização dos trabalhadores não é suficiente para indicar que o conselho seja uma instituição neocorporativa, como apontam alguns estudos (CORTÊS, 2009; CORTÊS, GUGLIANO, 2010), pois não temos um monopólio da participação desse segmento e pela análise das atas não conseguimos aferir se há uma articulação desses com alguma organização de profissionais e trabalhadores da saúde. Além disso, suas falas não são, necessariamente, no sentido de defesa dos interesses corporativos. Muitas delas tratam de assuntos da política de saúde. A natureza da política pública que é deliberada nos conselhos nos mostra que essa não é uma esfera de representação de interesses específicos, pelo menos nos dois níveis analisados

É interessante notar a baixa participação do segmento dos prestadores de serviços nos dois conselhos analisados. Esse fato também é percebido em conselhos de saúde de outros municípios e estados. (CORTÊS, 2009; AVRITZER *et all.*, 2009; CUNHA, 2007; FUKS e PERISSONOTO, 2007, 2005). A baixa participação do segmento dos prestadores de serviço pode indicar que esse segmento não considera que esta seja uma arena decisória importante (CUNHA, 2007; FUKS e PERISSONOTO, 2007), ou que eles “têm outros canais de manifestação e negociação de interesses, mantendo uma relação com o Estado que não pode (ou não deve) ser expressa nos espaços públicos de deliberação” (CUNHA, 2007, p. 145).

Outro fator que chama atenção nos dois conselhos é o grande percentual de participação dos atores externos³⁹. No CES-MG, eles representam 19,8% e no CMS-BH 17,4%. Esse dado nos mostra a disposição do conselho em incluir outros atores no processo deliberativo. Aqui, podemos notar que os conselhos utilizam da regra de seu RI em que a participação de pessoas que não são membros do conselho é permitida, e que no CES-MG o fato dessa participação ter que ser aprovada pelo plenário, não a inviabiliza, ainda que possa significar um filtro, que admite diferenciação na inclusão. A tabela 2 mostra a vocalização dos atores externos nos dois conselhos estudados.

Tabela 2 – Vocalização dos atores externos

Segmento	CES-MG	%	CMS-BH	%
Ator externo governo	41	13,9	383	54,9
Ator externo sociedade civil	-	-	104	14,9
Ator externo trabalhador	16	5,4	-	-
Ator externo NI	237	80,6	211	30,2
Total	294	100	698	100

Fonte: AVRITZER *et all.*, 2009; FARIA *et all.*, 2010

Apesar do grande percentual de falas em que não foi possível identificar o tipo de ator externo, podemos verificar que no CMS-BH há uma grande preponderância de atores governamentais, que não são conselheiros e que participam das reuniões do

³⁹ Devido às reuniões dos conselhos serem abertas e públicas, temos sempre presentes visitantes, colaboradores, ou técnicos das Secretarias, que podem participar, têm direito a voz, mas não são membros dos conselhos. Esses participantes foram considerados em nossas análises como atores externos.

conselho. Já no CES-MG, não foi possível identificar pelo registro das atas a participação de atores da sociedade civil. Dentre os atores governamentais do CES-MG, constatamos a presença do Assessor de Gestão Estratégica, Assessor de Normatização e Assessor Técnico. Dentre os três, o Assessor Técnico, que cuida dos assuntos financeiros, é o que mais fala. É interessante destacar a participação do ator externo trabalhador, que é o Secretário da Mesa de Negociação do SUS, que também não é um cargo do Conselho, mas está sempre presente nas reuniões. Esses atores são convocados pelo Conselho para prestar esclarecimentos e informar o plenário de questões relacionadas à pauta.

Também merece destaque a participação que a Mesa Diretora tem em ambos os conselhos. No CMS-BH, ela quase não aparece, enquanto no CES-MG são os membros da mesa que mais vocalizam nas reuniões do conselho. Importante apontar as regras que balizam cada um desses conselhos, pois no CMS-BH, a Mesa Diretora é eleita pelos conselheiros, enquanto no CES-MG são indicados por seus segmentos. Cunha (2007) aponta que a forma como os conselhos se estruturam e funcionam pode determinar os resultados deliberativos, e que ocorre assimetria deliberativa decorrente da posição que os segmentos ocupam na estrutura organizacional do conselho. Assim, devido ao grande percentual da Mesa Diretora no CES-MG, procuramos verificar dentro desse segmento quais eram os atores que mais atuavam, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3 – Vocalização por cargo que ocupa na Mesa Diretora no CES-MG

Função	CES-MG	%
Presidente	18	3,1
Vice-Presidente	360	61,6
Secretario Geral	136	23,3
1º Secretario	9	1,5
2º Secretario	60	10,3
Total	583	100

Fonte: FARIA et all, 2010

A função que aparece com maior vocalização é a de Vice-Presidente, que possui mais de 60% das falas que se referem à Mesa Diretora do CES-MG. Tal fato pode ser explicado pela ausência do Presidente, também Secretário de Estado da Saúde, nas

plenárias do Conselho. Essa ausência pode ser notada pelo baixo percentual de falas do presidente, que perfaz apenas 3%.

Apesar do Vice-Presidente ser representante dos usuários, podemos constatar, por meio de entrevista, que ele tem uma forte relação com o governo, podendo ser considerado como substituto do Secretário, já que está na Mesa Diretora há bastante tempo, revezando entre as funções de Vice-Presidente ou Secretário Geral. Também podemos perceber que o processo de escolha dos representantes da Mesa Diretora é amplamente influenciado por membros do governo. A Mesa Diretora era escolhida por meio da alternância entre usuários e trabalhadores, porém “o governo passou a tentar controlar as eleições, a ele interessava no cargo de vice-presidente ou secretaria geral, que são cargos chaves de definição da política, dele ter pessoas um pouco mais afinadas com ele” (Entrevista 1). Também nos foi relatado que

em alguns momentos havia a intervenção do gestor, que tinha menor representação, mas a ele interessava ter controle do conselho então ele sempre buscava afastar aqueles que ele considerava como opositor, aqueles que o questionava ele considerava como opositor e para tal não queria que ocupasse um espaço de definição que era a mesa diretora (Entrevista 1)

Outras funções da Mesa Diretora, como Secretário Geral (23,3%) e Segundo Secretário (10,3%) possuem uma vocalização expressiva, se comparados às demais funções, o que permite concluir que aqueles que ocupam cargos na Mesa Diretora falam mais. Esse fator também pode estar relacionado à forma como a Mesa direciona as reuniões, pois é ela quem conduz a reunião, apresentando algumas pautas, tirando dúvidas sobre as mesmas e sobre questões internas ao conselho, e concedendo o direito de fala aos demais conselheiros.

A partir dos dados sobre vocalização no CES-MG e no CMS-BH, podemos constatar que a paridade entre os usuários e os demais segmentos não se reflete numa vocalização equilibrada. Apesar dos usuários serem os atores que mais falam no CMS-BH, eles não detém 50% das falas. Este fato merece investigação profunda uma vez que, embora os usuários sejam positivamente discriminados na composição dos conselhos, ainda assim, não pautam as reuniões dos mesmos. Os dois conselhos também são espaços de discussão e debate entre diversos atores além dos conselheiros, devido a forte presença dos atores externos que em sua grande maioria são do segmento governamental. Tal fato pode indicar duas coisas: uma forma de monopolizar o

conselho, mas também pode indicar que o governo reconhece o conselho como uma arena importante de decisão e por isso encaminha seus técnicos para debater em plenário as questões que estão nas pautas.

Percebemos, também, que o CMS-BH inclui mais vozes em seu processo deliberativo, pois além de ter um pouco mais de participantes mulheres não constatamos que haja uma assimetria deliberativa em seu processo como ocorre no CES-MG. No conselho estadual, podemos notar que há uma assimetria deliberativa decorrente da posição que o segmento ocupa na estrutura organizacional do conselho. Como vimos, os membros da Mesa Diretora possuem uma vocalização muito superior aos demais conselheiros, merecendo destaque o Vice-Presidente, representante dos usuários, que corresponde a um pouco mais de 60% das falas da mesa e o Secretário-Geral, representante dos trabalhadores, com 23% das falas.

Identificados quem são os atores que mais falam nas reuniões, a seção seguinte procura verificar quais são os principais assuntos que são debatidos nos conselhos, que são um indicativo da relevância que essa arena adquire para as políticas de saúde.

4.2.2. Os temas que são debatidos nos conselhos

Além de saber quem são os atores que participam do processo deliberativo, também procuramos verificar sobre quais temas eles deliberam. Para a qualidade da deliberação não é importante apenas saber quem são os atores que participam, mas também o assunto sobre o qual debatem. Esse deve ser relevante para a sociedade como um todo e sobre matérias que precisam de regulação.

Cada fala da ata, considerada uma unidade de análise, foi classificada de acordo com 14 temas⁴⁰, conforme pode ser visto na tabela 4. A partir dessa classificação, podemos verificar que os principais assuntos debatidos no CES-MG são Organização Interna (16,5%), Coordenação entre os níveis da política (12,8%), e Controle da Política – fiscalização (10,21%). Ainda destacam-se no CES-MG, discussões sobre a pauta (9,78%), informes e convites (8,59%), controle da política – normatização/planejamento (7,53%), controle do fundo (6,48%) e gestão de atendimento (7,71%).

⁴⁰ A lista completa da descrição dos 14 temas encontra-se nos anexos.

No CMS-BH, os principais temas em discussão são Organização Interna (22,29%); Controle da Política – normatização/planejamento (19,38%) e Gestão de Atendimento (14,10%). O conselho municipal também dedica parte de seu tempo a questões referentes a informes, convites e manifestações, que perfazem 11,17% dos temas. Além disso, também temos que, nesse conselho, o debate sobre questões referentes ao Controle da Política – fiscalização (10,23%), comparativamente aos demais temas, pouco aparece.

Tabela 4 – Temas debatidos nos conselhos

Temas	CES-MG	%	CMS-BH	%
Controle da Política (fiscalização)	359	10,21	500	10,23
Controle da Política (normatização/planejamento)	265	7,53	947	19,38
Controle da política geral	24	0,68	36	0,74
Controle de fundo e financiamento	228	6,48	243	4,97
Coordenação entre os Níveis da Política	425	12,08	159	3,25
Expressão (tematização) de problemas públicos	22	0,63	3	0,06
Gestão atendimento	271	7,71	689	14,10
Gestão de serviços	121	3,44	96	1,96
Gestão especialidade	200	5,69	153	3,13
Informes, convites, manifestações	302	8,59	546	11,17
Organização interna	582	16,55	1089	22,29
Pauta	344	9,78	86	1,76
Questões gerais	107	3,04	7	0,14
Questões gerais relacionadas à política de saúde	262	7,45	288	5,89
Violência	5	0,14	44	0,90
Total	3517	100	4886	100

Fonte: AVRITZER et al, 2009; FARIA et al, 2010

Temos então que, nos dois conselhos estudados, o principal tema sobre o qual debatem é a sua própria organização interna, como já apontado em outros estudos

(CUNHA, 2009; AVRITZER, 2007a; AVRITZER et al, 2009). Esse dado pode indicar que os conselhos ainda se encontram voltados para seus problemas de estruturação interna em detrimento de uma intervenção mais eficaz na gestão da política de saúde (FARIA e RIBEIRO, 2010). Devemos levar em consideração que o tema Organização Interna faz parte da dinâmica das reuniões, em que algumas questões da política levam à decisão sobre Organização Interna, principalmente, quando decidem formar comissão para estudar algum assunto em pauta (ALMEIDA, 2010). Mas pode revelar a própria vocação destas instituições participativas que, embora temporalmente já consolidadas, ainda buscam uma identidade própria, revelada inclusive pelas mudanças pelas quais passam em seus RIs (FARIA et al, 2010). Ou demonstram também sua flexibilidade institucional, que indica capacidade adaptativa ao contexto.

Apesar do tema da Organização Interna sobressair nos dois conselhos como o principal tema vocalizado, outros temas também aparecem. Em ambos, podemos perceber a prevalência de outros dois temas, quais sejam, Coordenação entre os níveis e Controle da Política – fiscalização, no CES-MG; e Gestão de Atendimento e Controle da Política – normatização/planejamento no CMS-BH.

No CES-MG, temos que a soma dos três principais assuntos: Organização Interna, Controle da Política (fiscalização) e Coordenação entre os níveis, totalizam 37,9%; 42,7% e 43,4% nos anos de 2007, 2008 e 2009, respectivamente ⁴¹. A exceção dentre o período analisado é o ano de 2006, em que as principais discussões foram sobre a Pauta (26,3%), Organização Interna (19,6%) e Controle da Política (normatização e planejamento) (14,2%). Esse é um indicativo de que essas não são questões pontuais ao conselho, já que foram amplamente debatidas durante três anos.

No CMS-BH os principais temas são: Organização Interna, Controle da Política (normatização e planejamento) e Gestão de Atendimento. A soma desses três assuntos em todos os anos estudados é superior a 50%. Interessante notar no CMS-BH que, ao desagregarmos os dados, a Organização Interna é o principal tema do conselho apenas no ano de 2006.

A partir da tabela 4, podemos notar que a discussão sobre a coordenação entre os níveis, além de ser um dos principais temas do CES-MG, pouco aparece no CMS-BH. Essa discussão pode ser um indicativo de que o Conselho Estadual cumpre sua função na lógica sistêmica da Política de Saúde, ou seja, de coordenação dos níveis de governo,

⁴¹Estas porcentagens derivam da soma dos três por ano.

como previsto nos documentos de sua criação e na NOB 01/93, não sendo essa uma atribuição dos municípios (FARIA et all, 2010).

Outro tema bastante debatido em ambos os conselhos refere-se ao controle, diferenciando-se o tipo de controle prevalecente em cada um deles. No CMS-BH, o principal tipo de controle debatido é o que se enquadra na categoria Controle da Política – Normatização e Planejamento que engloba apreciação de convênios a serem firmados; planos, programas e projetos a serem executados; compra de equipamentos e serviços; estabelecimento de normas etc. Já no CES-MG, o principal é o Controle da Política – Fiscalização, ou seja, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde, mas também a apreciação do relatório de gestão e a prestação de contas dos serviços prestados pela Secretaria de Saúde como um todo.

Essa diferenciação entre os tipos de controle prevalecente em cada conselho pode ser um indicativo das atribuições de cada conselho em sua esfera de atuação. Podemos dizer que o CES-MG tem uma atuação mais voltada para a coordenação e acompanhamento das ações de saúde, enquanto o CMS-BH dedica-se mais a normatização, estabelecendo normas, via programas e projetos que concretizam as ações de saúde no município.

A categoria Gestão de Atendimentos - que engloba aspectos relacionados aos recursos humanos, à qualidade dos serviços ofertados pelo sistema como um todo; bem como as condições de atendimento - é a 3ª que mais aparece no CMS-BH. Essa é também a categoria que mais se destaca dentre os três tipos de gestão (atendimento, serviços e especialidades), devido ao fato de que as principais ações de atendimento à saúde são de responsabilidade do município. Com exceção de gestão de atendimentos, que foi amplamente debatido no CMS-BH, podemos dizer que o debate sobre gestão não é a principal questão dos conselhos. Tal dado pode ser explicado em função da própria vocação dos Conselhos em geral e destes em particular. Suas atribuições no interior do sistema como um todo podem não estar vinculadas a esta temática, assumindo mais as funções de articulador e fiscalizador. Tatagiba (2002) aponta que esse seria um dos problemas dos conselhos, que os mesmos estariam mais capacitados para ‘impedir o Estado de transgredir’, do que ‘induzi-lo a agir’. Mas, o que podemos constatar, principalmente na esfera estadual, é que essa seria a principal função dos conselhos, qual seja a articulação com as outras esferas do sistema e fiscalização das ações do Estado (FARIA et all, 2010).

Também podemos perceber que é alta a frequência de informes, convites e manifestações em ambos os conselhos. Isso se deve ao fato de que esses temas estão presentes em quase todas as reuniões analisadas do CES-MG e em todas do CMS-BH, já que esse têm um momento no início das reuniões em que os conselheiros podem se manifestar livremente.

Os assuntos menos debatidos em ambos os conselhos referem-se à violência, à expressão e tematização de problemas públicos, bem como questões gerais e controle da política geral, denotando que os conselheiros se ocupam de temas voltados para a política de saúde, não se ocupando de debater questões mais gerais da política e/ou questões que não se referem à saúde.

Além de analisar quais são os temas mais debatidos nos conselhos, concentramo-nos em um, em particular, qual seja, a sua função de controle, pois é um elemento constitutivo da democracia deliberativa (CUNHA, 2007, 2009) e também está prevista em suas leis de criação e RIs. No caso dos conselhos de saúde, a análise da função de controle torna-se ainda mais relevante, devido ao fato de que essa era uma bandeira do Movimento de Saúde.

Por controle referimo-nos a “uma moderna relação Estado-sociedade, onde cabe a esta estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele” (CARVALHO, 1995, p.8). Dessa forma,

os conselhos devem contribuir para o controle social sobre a efetividade e eficácia das ações, programas e serviços, tanto quanto para o exercício do direito constitucional de cobrar administrativa ou judicialmente, mediante representação, aos órgãos competentes na conformidade da legislação específica, que os órgãos responsáveis pelas políticas sociais cumpram os objetivos constitucionais na conformidade das ações previstas (MOREIRA, 2001, p.23).

Alguns estudos (CUNHA, 2009, 2007; TATAGIBA, 2002; CARVALHO, 1995) apontam que os conselhos exercem mais a função de controle em detrimento de outras funções, como a de formulação de política. Assim, para verificar o CES-MG e o CMS-BH no que se refere a sua função de controle em relação às demais, agrupamos os temas debatidos em seis grandes grupos, como mostra a tabela 5. Na categoria Controle agrupamos os diferentes tipos de controle, a saber: Controle da Política (fiscalização); Controle da Política (normatização/planejamento); Controle da política geral; Controle de fundo e financiamento. Em Gestão, agrupamos os três tipos de gestão (atendimento,

serviços e especialidades). Organização Interna e Coordenação entre os níveis constituíram em duas categorias separadas por entender que ambas são funções específicas dos conselhos, e que não havia similaridade com os outros temas. Questões gerais relacionadas à política de saúde também se constituiu em uma categoria única devido ao fato de que suas discussões referem-se também a política de saúde, mas não são da ingerência dos conselhos em questão. Já em Outros, foram agrupadas as seguintes categorias: Expressão (tematização) de problemas públicos; Informes, convites, manifestações; Pauta; Questões gerais; Violência.

Tabela 5 – Principais temas debatidos nos conselhos agrupados

Temas agrupados	CES-MG	%	CMS-BH	%
Controle	876	24,91	1726	35,33
Gestão	592	16,83	938	19,20
Organização interna	582	16,55	1089	22,29
Coordenação	425	12,08	159	3,25
Questões gerais relacionadas à política de saúde	262	7,45	288	5,89
Outros	780	22,18	686	14,04
Total	3517	100	4886	100

Fonte: AVRITZER et all, 2009; FARIA et all, 2010

Pela tabela 5, podemos perceber que tanto no CES-MG quanto no CMS-BH os temas sobre o controle predominam nas discussões. Visto isoladamente poderia parecer que o conselho se absorve de suas próprias questões, dado ao alto percentual de falas sobre organização interna. Porém, vemos que no CES-MG, há um maior percentual de falas sobre a função de controle, seguido de outros temas, que se sobressaem ao de Organização Interna. Podemos verificar também que há um equilíbrio entre as funções de Gestão e Organização Interna. Já no CMS-BH, também temos a preponderância da função controle, mas ainda é alto o percentual de falas sobre Organização Interna que aparece em segundo lugar, um pouco à frente de questões relacionadas a Gestão.

A maior predominância de questões referentes ao controle no CMS-BH, em relação ao CES-MG, pode estar relacionada a competências previstas em seu RI e a sua própria dinâmica. No caso do CES-MG, a própria dinâmica do conselho dificulta este conselho, principalmente no que diz respeito ao fundo. Segundo entrevista, a

preponderância do Vice-presidente dentro do conselho dificulta a ação dos demais para que haja um controle efetivo das políticas, “aprovasse o relatório de gestão, mas a prestação de contas não, em tese a prestação de contas fica sem aprovação” (Entrevista 1).

De acordo com o RI do CMS-BH, das 14 competências e atribuições, 8 referem-se ao controle, fiscalização e/ou acompanhamento da política de saúde, quais sejam: (a) *acompanhar* a implementação das diretrizes da Conferência Municipal de Saúde; (b) *acompanhar* as diretrizes do SUS a nível estadual e nacional; (c) atuar na formulação de estratégias e no *controle* da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; (d) aprovar, *controlar*, *acompanhar* e avaliar o Plano Municipal de Saúde; (e) deliberar, analisar, *controlar* e apreciar o funcionamento do Sistema Único de Saúde, no nível municipal; (f) *acompanhar e controlar* a atuação dos setores público e conveniado na área da saúde; (g) *fiscalizar* a gestão do Fundo Municipal de Saúde; (h) *acompanhar* o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde.

Enquanto no CMS-BH, um pouco mais de 50% de suas atribuições referem-se ao controle, no CES-MG, esse percentual é de 32%. Como competências ligadas a temática do controle no CES-MG temos: (a) deliberar sobre a adequação de Plano Anual Estadual de Saúde, a ser enviado à Assembléia Legislativa do Estado, às diretrizes definidas pelo Conselho Estadual de Saúde, e *fiscalizar, acompanhar e avaliar* o cumprimento da Política que orienta o plano; (b) *apreciar, analisar e fiscalizar*, em nível estadual, o funcionamento do Sistema de Saúde; (c) *analisar* a compatibilidade do Plano de aplicação de recursos do SUS/MG com a prestação de contas encaminhada pelas SES; (d) *apreciar* a compatibilidade da prestação de contas de nível municipal, encaminhada pelo CMS com plano de aplicação de recursos respectivo; (e) conhecer e *apreciar* os Convênios e Termos Aditivos que se referirem ao funcionamento e consolidação do Sistema de Saúde; (f) solicitar, para conhecimento e *fiscalização* cópias dos balancetes mensal e anual dos órgãos integrantes do Sistema Estadual de Saúde; (g) *fiscalizar* a alocação dos recursos econômicos, financeiros, operacionais e humanos dos órgãos institucionais do Sistema Estadual de Saúde, para que assim possam melhor exercer suas atividades e atender eficientemente às necessidades populacionais nesta área; (h) exercer ampla *fiscalização* nos órgãos prestadores de serviços, na área de saúde, no sentido de que suas ações proporcionem

desempenho efetivo e com alto grau de resolutividade ao Sistema Estadual de Saúde. A tabela 6, a seguir, apresenta os tipos de atribuições e competências de cada conselho de acordo com o seu Regimento Interno.

Tabela 6 – Tipos de atribuições e competências do CES-MG e do CMS-BH

Tipos de competências/atribuições	CES-MG	%	CMS-BH	%
Controlar/acompanhar/fiscalizar	8	32	8	53,4
Formulação/proposição	5	20	3	20
Ter acesso a informação	4	16	2	13,3
Publicização das ações	3	12	-	-
Interação (coordenação) com outros órgãos	3	12	-	-
Outros	2	8	2	13,3
Total	25	100	15⁴²	100

Fonte: RI do CES-MG e do CMS-BH

Como podemos perceber pela tabela 6, de acordo com as atribuições e competências previstas em seus Regimentos Internos, a principal função dos conselhos é a de controle público, qual seja controlar, acompanhar, fiscalizar e apreciar determinados aspectos da política de saúde. A sua função propositiva, qual seja, a formulação, proposição de políticas e/ou o estabelecimento de diretrizes corresponde a 20% de suas atividades no conselho. Podemos notar também que no CMS-BH, diferentemente do CES-MG, que possui maior quantidade de atribuições, há uma forte preponderância da função de controle, que corresponde a um pouco mais de 50% de suas atividades.

Como apontado por Tatagiba e Teixeira (2008), os conselhos podem incidir de formas variadas nas diferentes fases das políticas públicas. “(...) Os conselhos foram encontrando, não sem conflitos, seu lugar e seu papel (nem sempre desejado) na divisão do trabalho que envolve a gestão das políticas” (TATAGIBA e TEIXEIRA, 2008, p. 6) Podemos constatar que os conselhos de Saúde, tanto Estadual quanto o Municipal,

⁴² O CMS-BH possui 14 competências/atribuições previstas em seu RI. Porém, em uma delas encontramos tanto a função de proposição quanto de controle.

atuam mais no controle e na fiscalização das ações do Estado. A incidência do CMS-BH é fortemente na área de fiscalização, sendo que 35% de suas discussões referem-se ao controle, o que condiz com o que está previsto em seu RI, em que temos que um pouco mais de 50% de suas atribuições referem-se a essa atividade. Essa característica pode estar associada à forma pela qual a política de Saúde está estruturada, ou seja, as principais decisões são determinadas pela esfera federal, que repassa aos municípios a responsabilidade da execução (TATAGIBA e TEIXEIRA, 2008). Já no CES-MG, prevalecem as discussões sobre controle, mas o conselho ocupa grande parte de seu tempo em outras questões como gestão da política de saúde e em sua própria organização, mas em menor escala. Interessante destacar a participação da esfera estatal na coordenação e articulação entre os entes federados, não sendo previsto para o Conselho Municipal tal atribuição.

4.2.3. Dinâmica das deliberações

Além de verificarmos quais são os principais temas presentes nas reuniões dos conselhos, procuramos também analisar de que forma eles são apresentados nas reuniões, ou seja, se há debates, contestações, propostas, demandas e denúncias. Essas categorias podem nos informar se há, no conselho, um processo de troca de argumentos, se ele realmente se constitui num espaço em que os temas colocados em pauta são debatidos. Também é possível verificar se os debates proporcionam possível mudança de preferências, que é outro ponto importante tratado pela teoria da deliberação, uma vez que diferentes pontos de vista se confrontam. A idéia presente é de que a pluralidade e diversidade de opiniões podem gerar auto-reflexividade e, com isso, alterar a posição inicial do debatedor.

Constatamos que os conselhos cumprem com o seu papel deliberativo, entendido no sentido de que os temas e as informações que são colocados em pauta são discutidos pelos conselheiros. Consideramos como debate o processo em que, após a introdução de um assunto, pelo menos mais duas pessoas se manifestam sobre o mesmo⁴³. Podemos perceber que no CES-MG a presença de debates é muito superior a do CMS-BH. Apesar dessa grande diferença de um conselho para o outro, podemos considerar que há nesses conselhos a troca de argumentos sobre os temas que são colocados em discussão.

⁴³ Utilizamos aqui metodologia proposta por Almeida (2006; 2007) e adotada nas pesquisas Avritzer et al (2009) e Faria et al (2010).

Tabela 7 – Presença de debate nos conselhos

Conselho	Debate	Quantidade de debates por reunião
CES-MG	971	29,4
CMS-BH	187	2,07

Fonte: AVRITZER et all, 2009; FARIA et all, 2010

A partir da tabela 7, podemos verificar que as reuniões do CES-MG apresentam mais debates por reunião, comparadas às do CMS-BH. Tal fator indica que os membros desse conselho são mais capazes não apenas de vocalizar os temas, mas também de torná-los uma ação dialógica (CUNHA, 2009). Tal dado indica que nesse conselho seus membros trocam razões. A maior preponderância de debates por reunião no CES-MG pode estar ligada à maior diversidade de interesses presentes no âmbito do Estado.

Apesar de constatarmos a presença de debates nas reuniões, a análise das atas nos permite dizer que os assuntos tratados não apresentam discordância, sendo que as pessoas que falam nas reuniões sofrem poucas contestações. Novamente no CES-MG temos mais contestações por reuniões, se comparado ao CMS-BH, como pode ser visto pela tabela 8. Mas, se compararmos a quantidade de contestações com os demais tipos de falas que foram analisadas nos conselhos, veremos que esse é um número bastante baixo em ambos.

Tabela 8 – Presença de contestação nos conselhos

Conselho	Contestação	Quantidade de contestação por reunião
CES-MG	177	5,4
CMS-BH	40	0,4

Fonte: AVRITZER et all, 2009; FARIA et all, 2010

Porém, devemos olhar com cautela esse dado, pois a leitura das atas não nos permite aferir, com exatidão, a presença de contestação (AVRITZER et all, 2009; FARIA et all, 2010). A forma como as atas são produzidas não contém as mais diferentes manifestações expressas pelos conselheiros, tais como entonações e diferentes formas de se expressar. Muitas vezes uma dada informação pode ser lida

apenas como um debate, mas a forma como foi manifestada expressa um desapoio ao que está sendo deliberado. Muitas vezes esse tipo de ocorrência nem é relatado nas atas. Não obstante, a observação *in locu* das reuniões pode ser uma forma de melhor qualificar a leitura das atas. Porém, a observação de algumas reuniões no ano de 2009, no CES-MG e no CMS-BH, nos mostra que a quantidade de contestação nas reuniões é bastante baixa. Ela ocorre, mas não está sempre presente às reuniões, apenas em questões pontuais. Tal fato nos permite corroborar os achados da análise das atas e levantar a hipótese de que, se existem contestações, elas podem estar acontecendo nas comissões ou nas Câmaras Técnicas, onde os conselheiros possuem mais tempo para discutir sobre os pontos de pauta, podem chamar outras pessoas para contribuir na análise, além de serem formadas por um grupo menor de pessoas, que possibilita mais oportunidade para a expressão. Caso essa hipótese seja verdadeira, podemos dizer que quando os pontos de pauta chegam ao plenário, as principais discussões já se realizaram e o acordo sobre o encaminhamento da questão já foi construído.

No que se refere à demanda, que é uma solicitação ou pedido ao conselho que se traduz numa proposta concreta a ser apreciada e votada pelo Conselho, e denúncias que relatam problemas na política, no funcionamento e/ ou na prestação de serviços, temos que os conselhos possuem um perfil diferenciado como mostra a tabela 9.

Tabela 9 – Presença de demanda e denúncia nos conselhos (N)

Conselho	Demanda	Denúncia
CES-MG	391	414
CMS-BH	402	148

Fonte: AVRITZER et all, 2009; FARIA et all, 2010

No CES-MG temos mais denúncias do que demandas, contrariamente ao CMS-BH, onde há a maior ocorrência de demandas que de denúncias. A maioria das demandas no CMS-BH foi feita pelos usuários (113), seguido dos trabalhadores (90) e atores externos (89). No CES-MG também temos como principal demandante o segmento dos usuários (194), seguido pelos trabalhadores (102). A maior preponderância de demandas no CMS-BH pode nos indicar que os participantes dessas arenas considerem que no nível local, talvez seja mais fácil de ver as suas solicitações

serem atendidas, por se sentirem mais próximos aos governantes, prefeitos e vereadores. Também devido ao fato de que a maioria dos serviços é ofertada no nível municipal.

Outro ponto que pode nos indicar isso é que no CES-MG, a grande maioria de suas demandas é interna, ou seja, demandas que vem do conselho ou conselheiros para outras instituições. Aqui, podemos perceber mais uma vez a função do CES-MG enquanto articulador e coordenador da política de saúde, ou seja, direcionando as demandas que lhes chega para as devidas instituições. No CES-MG foi possível constatar que as demandas são, em sua maioria, direcionadas ao próprio conselho ou para a Secretaria Estadual de Saúde. Isso indica um pouco do conteúdo dessas demandas, que em geral são de caráter político ou administrativo. Já no CMS-BH, temos uma parcela considerável de demandas advindas de atores externos.

Novamente o CMS-BH tem uma participação ativa dos atores externos que são os que mais apresentam denúncias ao conselho (63), seguido dos usuários (38). No CES-MG, temos o mesmo padrão das demandas, qual seja, usuários (191) e trabalhador (108).

Além de verificar os diferentes tipos de expressão nos conselhos, também procuramos analisar a quantidade de propostas produzidas pelos conselhos, bem como quais são os segmentos que mais as apresentam. Podemos verificar pela tabela 10 que o CMS-BH apresenta uma quantidade de propostas (709) bastante superior ao CES-MG (312). Porém, numa análise por reunião temos que o CES-MG apresenta mais propostas por reunião, ou seja, 9,4 enquanto o CMS-BH tem 7,9 propostas por reunião. As propostas referem-se a um assunto, tema ou questão colocado por um ator com expectativa de gerar debate/decisão ou apreciação do conselho. Elas indicam também que, no decorrer do processo deliberativo, novos assuntos são colocados em pauta, mostrando a dinamicidade do conselho em discutir os temas que surgem no decorrer do processo, não se limitando àqueles previamente definidos.

Tabela 10 – Presença de propostas nos conselhos

Conselho	Propostas	Quantidade de propostas por reunião
CES-MG	312	9,4
CMS-BH	709	7,9

Fonte: AVRITZER et al, 2009; FARIA et al, 2010

Temos que no CES-MG o principal proponente é o segmento dos usuários, que possui um pouco mais de 50% das propostas feitas ao conselho, seguido dos trabalhadores (29%), como pode ser visto pela tabela 11. No CMS-BH também temos uma forte atuação dos trabalhadores (19%), aparecendo também os atores externos, com o mesmo percentual, seguido dos usuários (17%). Considerando o encaminhamento de propostas no conselho como um indicativo do poder de agenda, podemos dizer que no CES-MG, os usuários e trabalhadores detêm um maior poder de agenda, e no CMS-BH são os trabalhadores e atores externos.

Tabela 11 – Segmento que encaminhou propostas no CES-MG e no CMS-BH

Segmento	CES-MG (%)	CMS-BH (%)
Governo	9	4
Usuário	53	17
Trabalhador	29	19
Prestador	2	0
Ator externo	-	19
Comissão	-	4
Mesa Diretora	-	1
Plenário	-	2
Segmento NI	7	35
Total	100	100

Fonte: AVRITZER et al, 2009; FARIA et al, 2010

Interessante observar que os trabalhadores, que tiveram uma atuação ativa no período de constituição e estruturação dos conselhos, apresentando novas estratégias e formas de atuação, continuam se mobilizando para propor novas questões a serem debatidas. Esse segmento continua a ter um papel preponderante na área da saúde. Tal fato também pode ser observado nas análises de Pereira, Cortês e Barcelos (2009), em que os profissionais e trabalhadores da saúde são muito influentes. Porém, os dados que possuímos não nos permitem extrapolar para análises mais aprofundadas para mostrar qual o real poder dessa categoria dentro dos conselhos, nem mesmo se eles se articulam entre si, constituindo em uma categoria homogênea.

Ainda em relação às propostas nos conselhos devemos ressaltar dois pontos. Primeiro, como já apontado anteriormente, o alto percentual de atores em que não foi possível identificar o segmento no CMS-BH (35%). Logo, devemos olhar com cautela esse dado. Também chama atenção a baixa participação dos atores governamentais na proposição de novos temas em ambos os conselhos. Esse dado merece uma análise mais detalhada para que possamos chegar a alguma conclusão, pois ele pode nos indicar que essa seria uma forma de esvaziar o debate na medida em que não traz novas questões a serem discutidas. Porém, essa também poderia ser uma estratégia do governo em concentrar nos pontos de pauta que são previamente definidos, evitando que o conselho desvie para outras questões.

A partir dos dados levantados podemos ter uma percepção de como são as dinâmicas deliberativas nas reuniões dos CES-MG e do CMS-BH. Podemos dizer que ambos os conselhos há a presença de debates, ou seja, os temas que são colocados em pauta são debatidos, havendo a troca de argumentos e, por vezes, os mesmos são contestados, podendo indicar seu potencial para a mudança na preferência desses atores. Porém, no CES-MG esse debate é comprometido devido ao monopólio de fala, o que compromete a deliberação. Além de debater e contestar, podemos perceber que os conselheiros têm, nesse espaço, um local em que podem apresentar os problemas não resolvidos na política de saúde, apontando-os e cobrando dos governos uma solução, por meio da apresentação de denúncias. Também é o espaço em que expõem suas demandas, bem como apresentam novas propostas a serem deliberadas, ou seja, discutidas e possivelmente decididas. Na tabela 12, temos uma síntese das principais formas de expressão no CES-MG e no CMS-BH.

Tabela 12 – Formas de expressão no CES-MG e no CMS-BH

Formas de expressão	CES-MG	%	CMS-BH	%
Debate	971	42,87	187	12,58
Contestação	177	7,81	40	2,69
Demanda	391	17,26	402	27,05
Denúncia	414	18,28	148	9,96
Proposta	312	13,77	709	47,71
Total	2265	100	1486	100

Fonte: AVRITZER et al, 2009; FARIA et al, 2010

Apesar de ambos os conselhos terem poucas contestações, constatamos que o CES-MG e o CMS-BH possuem um perfil diferenciado no que se refere às formas de se expressar. No CES-MG há a maior presença de debates, seguidos de denúncias. Talvez a maior presença de debates no CES-MG pode estar relacionada à coordenação que o Estado assume, bem como a presença de maiores interesses em jogo do que no município. Já o CMS-BH é fortemente marcado pela proposição de novos temas, bem como demandas. Esse dado pode nos indicar que o Conselho Municipal, por ser mais próximo dos cidadãos, tenha se tornado o *locus* em que são apresentadas as suas solicitações, seja em forma de demandas ao conselho ou propondo novas questões a serem discutidas. E não são apenas os conselheiros que reconhecem o conselho dessa forma, mas também os atores externos que têm uma forte participação.

A partir da análise das atas podemos verificar como ocorre a deliberação no conselho, concebida como um processo discursivo e argumentativo. No que se refere a vocalização, ou seja, a capacidade de fala dos atores, podemos verificar que apesar dos representantes dos usuários deterem 50% das cadeiras do conselho, isso não se reflete em uma vocalização equilibrada aos demais segmentos. No CMS-BH, os usuários são os que mais falam, o que corresponde, aproximadamente, a 30% das falas. Mas, nesse conselho também temos a presença dos trabalhadores e atores externos. Essa dispersão das falas aliada à maior presença das mulheres, em contraste com o CES-MG, permite-nos dizer que esse conselho é mais inclusivo deliberativamente. É bastante expressiva a atuação dos atores externos em ambos os conselhos, mostrando que o princípio da publicidade bem como o da pluralidade estão presentes nesses espaços. Apesar de o

CES-MG estar aberto a participação de outros atores, ele é menos inclusivo, pois podemos notar que há uma assimetria deliberativa, uma vez que os conselheiros que possuem assento na Mesa Diretora monopolizam as discussões nesse espaço. Temos que a Mesa Diretora ocupa quase 40% das falas dos segmentos do conselho, o que mostra uma assimetria na efetivação do princípio da igualdade deliberativa. Deste, o vice-presidente monopoliza ainda mais a fala, o que fere ainda mais o princípio da igualdade deliberativa. Foi possível constatar em pesquisa de campo e pelas entrevistas realizadas que este ator se comporta de forma autoritária com os demais, chegando a anular o direito de voz de alguns atores.

Quanto aos temas que são discutidos nos conselhos, podemos verificar que a primeira impressão demonstra que os conselheiros estariam mais voltados para os temas de sua própria organização interna. Porém, numa análise mais detalhada, podemos perceber que em ambos os conselhos prevalece a temática do controle. Assim como Tatagiba e Teixeira (2008), entendemos que a atuação dos conselhos “compromete o Estado com o princípio da partilha do poder de governar”, sendo esse poder distribuído nas diferentes fases da produção de políticas. Os conselhos de saúde concentram sua ação na última fase da política, qual seja o controle *ex-post*. Essa forte preponderância dos conselhos na função de controle está de acordo com as atribuições previstas em seus Regimentos Internos. Podemos notar também que o CES-MG atua como um articulador entre os diferentes níveis da política. Essa função de coordenação é um tema bastante discutido no CES-MG, bem como previsto em seu RI, o que não ocorre no CMS-BH.

Sobre a forma como os conselheiros se expressam, notamos uma grande diferenciação nos dois conselhos estudados. No CES-MG há forte presença de debates, talvez devido ao seu papel articulador e à presença de diferentes interesses que se expressam no Estado. Já no CMS-BH, o principal tipo de fala dos conselheiros é a proposta, seguido de demandas, denotando que os conselheiros consideram o nível local mais próximo e, conseqüentemente, a melhor forma de obterem uma resposta satisfatória às suas necessidades em saúde. Importante ressaltar que em ambos os conselhos, a partir da análise das atas, não foi possível verificar a existência de contestação entre os conselheiros, constituindo o conselho em um espaço mais homogêneo. Tal dado pode estar ligado ao fato de que as questões que são discutidas em um conselho de saúde são muito técnicas e, devido a presença de pessoas especializadas em certos assuntos, não haveria espaço para a contestação. Porém, tal

dado também pode estar ligado ao fato de que as normas gerais são pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde, bem como pelo Conselho Nacional, o que, de alguma forma, homogeneizaria o discurso. São necessários estudos mais detalhados para verificar se realmente há ou não contestações dentro do conselho, onde elas ocorrem, e caso não ocorram, o que explicaria tal fato.

Porém, o processo deliberativo não se resume à apresentação e debate de temas. É preciso verificar em que medida essa discussão produz decisão, pois é a partir da produção de decisões que poderemos verificar se os conselhos realmente interferem na produção de políticas públicas na área de saúde. O processo deliberativo visto a partir da produção de decisões será o que discutiremos na próxima seção.

4.3 – O processo deliberativo: produção de decisões

A deliberação deve ser considerada não apenas como argumentação e discussão, mas também como um processo de tomada de decisão (AVRITZER, 2000). Os debates devem ser concluídos, seja por meio de um acordo (BOHMAN, 2009), de um consenso, ou de votação e da regra da maioria (HABERMAS, 1997).

A partir da análise das atas dos conselhos podemos constatar que no CES-MG e no CMS-BH as discussões são concluídas. Devemos pontuar que a forma como foram trabalhados os dados nos dois conselhos a partir das atas são diferenciadas. No CES-MG, procurou-se identificar se o conselho produz ou não decisões, sendo que a coleta dos dados foi feita a partir de todos os temas que foram apresentados no conselho, em diferentes formas. A pesquisa buscou identificar de todos os temas apresentados, aqueles que geraram uma decisão. Vale ressaltar que não são todos os temas colocados em discussão no conselho que visam a uma decisão, como exemplo temos os informes, as manifestações, dentre outros. Já no CMS-BH, o fechamento do processo discursivo focou somente nas propostas apresentadas, ou seja, dentre as propostas apresentadas quantas foram aprovadas pelo conselho.

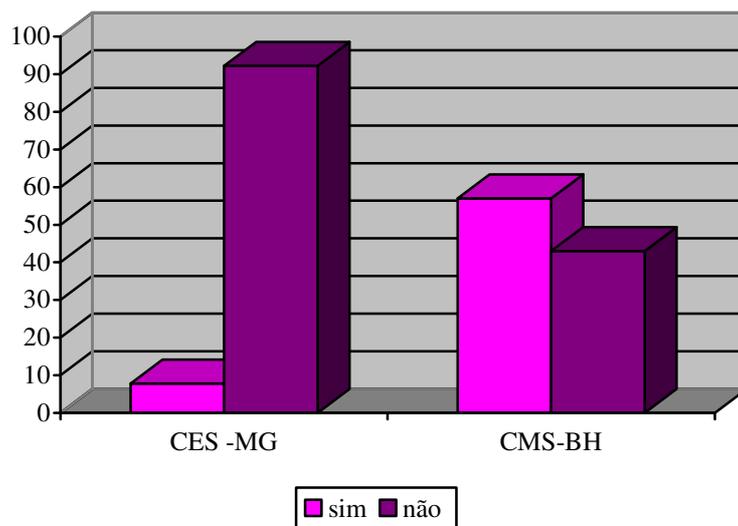


GRÁFICO 2 – Conclusão das discussões nos conselhos

Fonte: AVRITZER et all, 2009; FARIA et all, 2010

No CES-MG, temos que apenas 7,8% dos temas que foram colocados em pauta, tornaram-se decisões, enquanto 92,2% não as produziram. No CMS-BH, 57% das propostas apresentadas foram aceitas, ou seja, essas propostas foram aprovadas pelo conselho. Temos, a partir desses dados que ambos os conselhos têm algum processo por meio do qual as discussões se encerram, sendo estabelecida alguma decisão.

Porém, para essa análise gostaríamos de ir além da simples constatação de que os conselhos concluem suas discussões e verificar se eles, de fato, chegam a alguma decisão. Para que tais decisões tenham validade jurídica não basta apenas que elas sejam aprovadas pelos seus respectivos conselhos, é preciso que elas se transformem em resoluções. “Somente as decisões que são consubstanciadas em resoluções tornam-se vinculantes e podem ser passíveis de serem reclamadas juridicamente” (CUNHA, 2009, p. 297). As resoluções, então, são decisões do Conselho sobre algum aspecto da política, no caso a política de saúde, que assume a forma de norma estatal (TATAGIBA e TEIXEIRA, 2008).

Como apontado pela Resolução nº 333 do CNS, tais resoluções devem ser homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo em um prazo de 30 dias dando-lhes publicidade oficial. Essa Resolução também prevê que, caso não haja a homologação dentro do prazo estipulado, nem seja enviada pelo gestor ao Conselho uma justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na

reunião seguinte, “as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público”.

Apesar dessa prerrogativa, nem sempre as decisões são homologadas pelo Executivo. Cunha (2007a) aponta que a institucionalidade legal pode não ser o fator preponderante para a homologação das decisões nas instituições participativas, devendo-se levar em consideração também o projeto político do grupo que está no poder. Segundo a autora, a homologação das decisões por parte dos gestores pode ser um indicativo de valorização desses espaços de participação.

Assim, através da análise das resoluções, podemos comprovar o que nos indicam as atas, ou seja, os conselhos de saúde estudados, estadual e municipal, produzem decisões e, seguindo as recomendações do CNS, decisões vinculantes. Temos que, nos períodos analisado, o CES-MG produziu um pouco mais de resoluções que o CMS-BH, como pode ser visto pelos dados da tabela 13.

Tabela 13 – Quantidade de Resoluções nos conselhos

Conselho	Quantidade de resoluções
CES-MG	104
CMS-BH	95

Fonte: Elaboração da autora

Além da constatação de que os conselhos produzem decisões, interessava-nos também verificar a que temas elas se referem. A temática das resoluções pode ser um indício de como esses conselhos incidem sobre a produção de políticas pública. A partir da tabela 14 podemos ver os temas das resoluções nos dois conselhos.

Tabela 14 - Temas das Resoluções do CES-MG e do CMS-BH

Temas	CES-MG	%	CMS-BH	%
Controle da Política (fiscalização)	1	0,9	1	1
Controle da Política (normatização/planejamento)	26	22,2	19	18,3
Controle da política geral	-	-	1	1
Controle de fundo e financiamento	21	17,9	33	31,7
Coordenação entre os Níveis da Política	13	11,1	10	9,6
Gestão atendimento	13	11,1	9	8,7
Gestão de serviços	7	6		
Gestão especialidade	22	18,8	13	12,5
Informes, convites, manifestações	-	-	1	1
Organização interna	13	11,1	17	16,3
Questões gerais relacionadas à política de saúde	1	0,9	-	-
Total	117⁴⁴	100	104	100

Fonte: Elaboração da autora

Inicialmente podemos verificar que apesar de Organização Interna ser o principal tema debatido em ambos os conselhos, ele não se configura como o principal tipo de resoluções nos conselhos. No CMS-BH, ele aparece como o 3º maior tema das decisões, mas no CES-MG não ocorre o mesmo. No CES-MG parece não haver uma relação direta entre os principais temas que são debatidos (organização interna, coordenação entre os níveis e controle da política-fiscalização) e os principais temas a que se referem as resoluções (controle da política-normatização e planejamento, gestão de especialidades e controle do fundo e financiamento). Tal dado sugere que os temas que tornam-se resoluções podem ser apresentados em plenário, mas não são amplamente discutidos pelos conselheiros.

No CMS-BH, já encontramos uma relação maior entre o que se debate e o que torna decisão vinculante, pois dentre os principais temas debatidos, dois configuram-se, também, como principais temas das resoluções (controle da política-normatização/planejamento e organização interna).

⁴⁴ O total de Resoluções (95) é diferente da quantidade de temas (117) encontrados nas mesmas devido ao fato de que tivemos resoluções com mais de uma temática.

Interessante notar que há muitas resoluções sobre o controle do fundo e financiamento, mas esse tema pouco aparece nos debates dos dois conselhos. Tal fato pode estar relacionado à atribuição dos mesmos em analisar e aprovar as prestações de contas para que seja feito o repasse de verbas, indicando que, se essa discussão acontece, ela deve estar sendo feita nas Câmaras Técnicas ou Comissões, ou que elas não ocorrem, e o conselho aprova as contas como são apresentadas pelas Secretarias.

Agregando os dados, podemos observar, a partir da tabela 15, que o principal tema das resoluções do CES-MG é o controle (41%), seguido das questões sobre Gestão (35,9%). Em menor porcentagem, temos os temas sobre Organização Interna e Coordenação entre os níveis. No CMS-BH, o principal tema é o controle, que corresponde a um pouco mais de 50% das resoluções, depois temos resoluções sobre Gestão, seguido de Organização Interna, Coordenação entre os níveis e Outros, que nesse caso, referem-se a Convites, Informes e Manifestações.

Tabela 15 – Tema das resoluções do CES-MG e CMS-BH agrupados

Temas agrupados	CES-MG	%	CMS-BH	%
Controle	48	41,0	54	51,9
Gestão	42	35,9	22	21,2
Organização interna	13	11,1	17	16,3
Coordenação entre os níveis	13	11,1	10	9,6
Questões gerais relacionadas à política de saúde	1	0,9	-	-
Outros	-	-	1	1
Total	117	100	104	100

Fonte: Elaboração da autora

Podemos constatar que os temas agregados das resoluções seguem o mesmo padrão dos temas debatidos agregados, qual seja, a predominância do tema controle em ambos os conselhos, sendo que no CMS-BH, temos um percentual maior que o CES-BH. No CES-MG, há um pequeno equilíbrio entre os temas controle e gestão.

Um ponto que nos chamou atenção na análise do CES-MG, e que pode ser a explicação por que os temas das discussões não coincidem com os das resoluções, foi o fato de que encontramos a aprovação de dois tipos nas atas: pelo plenário e *ad*

referendum pelo presidente. Apesar de não constar como prerrogativa da presidência do conselho, constatamos que algumas resoluções foram decididas por ela *ad referendum*, ou seja, sem o debate e a discussão em plenário. Encontramos que 17,1% das resoluções são *ad referendum* e 82,9% foram decididas em plenário. Das resoluções *ad referendum* temos que 55% são sobre Gestão de Atendimento e 20% sobre o Controle da Política – normatização/planejamento.

As regras do CES-MG não prevêem essa modalidade de resolução, também não foi constatado que haja alguma resolução em que tenha sido aprovada essa possibilidade, pois caso ela ocorresse deveria ter sido incorporada no novo Regimento Interno que é recente, de 2008. Apesar de conter nas resoluções aprovadas *ad referendum* pelo presidente que as mesmas devem voltar ao plenário para uma discussão não foi possível verificar se tal fato realmente ocorre, mas ele indica, mais uma vez, uma preponderância da Mesa Diretora em relação aos demais conselheiros e compromete mais uma vez seu caráter democrático.

Através da análise das resoluções do Conselho Estadual e do Conselho Municipal de Saúde podemos constatar que ambos cumprem com o seu papel de produzir decisões vinculantes, que possam afetar a política de saúde. Temos que o CES-MG produziu um pouco mais de resoluções que o CMS -BH. Porém, devemos levar em consideração que o CES-BH utiliza-se de estratégias pouco democráticas ao tomar decisões *ad referendum*, ou seja, o plenário do conselho não discute tais decisões, e as mesmas não são previstas em sua Lei de Criação, nem em seu Regimento Interno.

Quanto aos temas das Resoluções, podemos notar que são relevantes para a política pública em que atuam, não se voltando apenas para questões de procedimentos internos. Assim como os debates, as principais decisões dos conselhos configuram-se na temática do controle, que também é uma etapa da produção das políticas públicas de saúde. Temos que no CMS-BH, o controle é o principal, pois o encontramos em 51,9% das Resoluções. Já no CES-BH, apesar do controle ser o principal tema (41%), as questões sobre Gestão também ganham destaque (35,9%).

A partir da análise dos dados, podemos ver que o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte constituem-se em instituições participativas, ou seja, operam a partir dos princípios da representação e participação e interagem com os atores estatais. Podemos verificar também que o CMS-

BH constitui-se em uma arena deliberativa, onde ocorrem debates entre os participantes, sobre temas relacionados à Política de Saúde, bem como chegam a uma decisão ao final desse diálogo. O CES-MG, apesar de controlar, gerir e coordenar a Política de Saúde, em âmbito estadual, o faz a partir de procedimentos, às vezes, autoritários, não havendo, assim, uma democratização interna, o que compromete a sua deliberação.

Tanto a análise das atas dos conselhos, bem como os seus documentos (RI e Lei de Criação), nos mostram que ambos não possuem a mesma capacidade inclusiva, nem tampouco práticas democráticas iguais. Chegamos à conclusão que o CES-MG é menos inclusivo e democrático que o CMS-BH. Tal conclusão baseia-se inicialmente no desenho institucional de ambos. No que se refere à estrutura de funcionamento, o CES-MG possui uma Mesa Diretora que é indicada pelos segmentos, tem o Secretário de Estado como presidente e eles permanecem maior tempo nos cargos. Esse conselho também não prevê em seu RI Câmaras Técnicas e Conferências. Além disso, a participação de atores externos no plenário passa por um filtro, já que ela tem que ser informada à Mesa Diretora e apreciada pelo plenário. No CMS-BH o plenário é aberto à participação de atores externos, comprovando o princípio da publicidade de tais espaços. Temos também que no município a Mesa Diretora é eleita, bem como o seu presidente, que ocupam um menor período de tempo no cargo. Nesse conselho temos também a previsão de Câmaras Técnicas, Conferências e de outras instâncias de participação local e regional.

No que tange à sua composição, o CES-MG possui representação fixa de entidades, não se atentando para questões territoriais, nem mesmo de grupos minoritários. Prevaecem em sua composição grandes organizações, como as federações, mas tal fator está relacionado a uma questão de escala, do formato de participação em esferas não-locais, não podendo ser atribuído como a não inclusão de atores. A forma de escolha desses representantes é outro ponto que merece destaque, visto que tanto os representantes do governo, bem como dos demais segmentos são indicados e não eleitos. No CMS-BH, não há representação de entidades, e sim de categorias, sendo que, com exceção dos representantes do governo, os demais segmentos são indicados a partir de assembleia, o que denota um processo de recrutamento mais amplo. A composição desse conselho também prevê assento para as diversas regionais da cidade, bem como para grupos minoritários, como mulheres e

portadores de deficiência. Considerando que as ações do CES-MG e do CMS-BH serão pautadas em suas regras, temos que o CES-MG possui uma capacidade inclusiva baixa, e algumas de suas práticas não visam democratizar o acesso.

A partir da análise das atas, verificamos que ambos os conselhos tratam de assuntos diretamente ligados à Política de Saúde, principalmente no que diz respeito ao controle das ações do Estado. No CMS-BH prevalece a função de controle, seguida de questões sobre Organização Interna. No CES-MG, também prevalece o controle, mas o conselho também se ocupa com questões sobre Gestão e Organização Interna. Essa diferenciação na distribuição dos temas nos conselhos está fortemente relacionada a atribuição de cada um dentro do sistema de saúde. No CES-MG temos discussões sobre coordenação dos níveis, que é uma atribuição do Estado, não aparecendo com tanta frequência no município. E o município ocupa-se mais de questões relacionadas a Gestão, muito devido a sua competência em relação às ações de atendimento. Temos que essa diferenciação nas temáticas dos conselhos está de acordo com o que é previsto em seus regimentos, e que, de modo geral, são assuntos que impactam a Política de Saúde.

Apesar dos conselhos tratarem de temas voltados para a política da área, podemos verificar, em seu processo deliberativo, que o CES-MG é também menos inclusivo no que se refere à vocalização e argumentação. Temos que nesse conselho há uma assimetria deliberativa, em que os segmentos que ocupam posição na Mesa Diretora possuem maior capacidade de vocalização. Além disso, verificamos que há quase um monopólio do conselho, em que um membro, o Vice-Presidente, detém 60% das falas da Mesa Diretora. Por meio de entrevistas, constatamos que além dos membros da Mesa Diretora serem indicados, há uma forte influência do governo na escolha desses membros. Esse fator fere o princípio da deliberação em que todos atores devem ter igual possibilidade de se expressar, bem como igual acesso à informação e recursos.

No que se refere às reuniões temos que, no CES-MG elas parecem mais dinâmicas que no CMS-BH, devido ao fato de conterem mais debates, contestações, denúncias e propostas. A maior quantidade de debates e denúncias naquele conselho nos mostra que as temáticas colocadas em pauta poderiam estar sendo aprofundadas. Tal dado pode estar relacionado, também, ao fato de que no Estado temos uma maior diversidade de interesses. Porém, devemos estar atentos a esses dados, pois no CES-MG

a maioria das demandas, denúncias e propostas feitas referem-se ao segmento de usuários. Esse número elevado pode estar relacionado ao fato de que o Vice-Presidente do conselho, que é quem mais fala, representa esse segmento. Sendo assim, no CES-MG há uma tentativa de troca de razões, mas ela fica comprometida pelo monopólio de vozes. O CMS-BH possui uma maior quantidade de demandas, mostrando que o nível local deve ser considerado por esses atores como mais próximo e mais facilmente terem as suas demandas atendidas.

Por fim, a análise da produção de decisões também nos mostra que o CES-MG possui práticas menos democráticas. Constatamos que, apesar de não conter no Regimento Interno, nem mesmo em alguma resolução, o presidente toma decisões *ad referendum*, ou seja, sem que os assuntos sejam decididos pelo plenário. Mais uma vez vemos a forma arbitrária com que a Mesa Diretora desse conselho atua. Outro indicador dessa atuação refere-se ao fato de que os principais temas das Resoluções não são os principais temas que são debatidos. Constatamos que há um grande debate sobre outras questões, não diretamente ligadas à Política de Saúde, mas temos um grande número de Resoluções, por exemplo, sobre questões relacionadas ao fundo e financiamento. Temos assim que as principais questões do conselho podem ser apresentadas no conselho, mas não são amplamente debatidas, podendo ser uma estratégia do governo para aprovar os temas de acordo com os preceitos da Secretaria, ou essa discussão pode estar acontecendo em outras arenas que não o plenário do conselho.

A partir da análise dos dados chegamos a conclusão de que o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte é mais inclusivo e possui práticas mais democráticas que o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Essa constatação nos faz refletir sobre algumas possibilidades que possam explicar essa diferença. Considerando que os fatos sociais não possuem uma única explicação, sendo submetidos a diversas variáveis, levantamos algumas hipóteses para que as práticas do Conselho Estadual sejam menos democráticas e inclusivas que o Conselho Municipal, tais como: o problema da escala, que dificulta a participação em âmbito estadual, devido a fatores como a extensão territorial e quantidade de membros envolvidos no processo; o projeto político dos governantes que possuem concepções diferenciadas sobre a participação o que também acarreta em uma atuação diferente, podendo ser mais favorável ou não à participação da sociedade civil; e o tipo de representação da

sociedade civil que está presente nessas instituições. Essas hipóteses serão mais bem detalhadas a seguir, nas reflexões conclusivas sobre esse trabalho.

Conclusão

A participação política, concebida como uma forma de interferir nas decisões que afetam diretamente a população, bem como a democratização e o compartilhamento do poder, sofre mudanças a partir da década de 1980 e 1990. Inicialmente, podemos perceber que houve um aumento dessa participação, que ocorreu principalmente via ativismo, por meio de mobilizações e denúncias. Posteriormente, temos um novo padrão de ação da sociedade civil, que não descarta o ativismo, mas age prioritariamente de forma institucionalizada, via instituições participativas. Essas, por sua vez, mudam o debate sobre a participação devido ao fato de inserirem a sociedade civil no sistema político (AVRITZER, 2009). Nessa forma de participação temos ações de cooperação entre o Estado e a sociedade, e não mais uma sociedade contra o Estado.

Os conselhos de políticas públicas constituem-se em instituições participativas, em que a atuação do Estado e da sociedade ocorre, principalmente, por meio da deliberação. Temos, assim, nesses espaços uma dinâmica deliberativa em que ocorre a troca de razão entre os participantes, em que todos têm igual direito de participar, sem coerções internas e externas. Os debates referem-se a temas relevantes para a política em questão e buscam chegar a uma decisão, seja por meio de um acordo, de um consenso, ou de votação pela regra da maioria.

Outra característica desses espaços é que a participação se estabelece por meio de representantes, ou seja, alguns grupos da sociedade civil assumem o papel de representantes. Consideramos a representação de uma forma relacional, em que o representante deve interagir com os outros representantes para se chegar a uma decisão ponderada, bem como retomar às suas bases para discussão e prestação de contas (YOUNG, 2006). Nos conselhos de políticas públicas temos uma nova forma de representação, que não se baseia na relação direta entre representação e no conceito de soberania, mas se estabelece por meio de perspectivas variadas (YOUNG, 2006), afinidade com o tema (AVRITZER, 2007), dentre outros.

Temos, então, que a representação propicia a inclusão, na medida em que, por meio dela, torna-se possível ocupar diferentes espaços. Porém, nesse trabalho, consideramos não apenas a representação, mas também a participação e a deliberação como mecanismos que possibilitam a inclusão dos atores da sociedade civil.

A instauração dos conselhos de políticas públicas configurou-se como uma possibilidade de inclusão de novos atores ao processo político, bem como o aprimoramento da democracia. Essa nova forma de atuação da sociedade civil tornou-se possível devido a suas mudanças, mas também devido a abertura do Estado, em que temos uma gestão participativa, em que o cidadão pode exercer um controle público sobre a ação do Estado, direcionando e interferindo em suas ações (NOGUEIRA, 2005).

Assim, a atuação do Estado se dá na interação com a sociedade civil, porém, é preciso salientar que é possível que se estabeleça diferentes tipos de relação entre os mesmos. A forma de relação entre o Estado e a sociedade civil pode variar de acordo com o contexto histórico, a atuação e organização da sociedade civil, a vontade política dos governos, dentre outros (ABERS e KECK, 2009; AVRITZER, 2008, 2009; FARIA, 2008a, 2009; FARIA e RIBEIRO, 2010; WAMPLER, 2010).

A partir da interação entre o Estado e a sociedade civil nos Conselhos de Saúde estadual e municipal analisados, podemos verificar que as relações que se estabelecem são diferenciadas, o que reflete na capacidade inclusiva dessas instituições. Pela análise das regras, bem como da dinâmica participativa e deliberativa dos conselhos, constatamos que o CES-MG possui práticas menos democráticas e é uma arena menos inclusiva que o CMS-BH. Tal dado pode ser constatado, no CES-MG, pela forma como são escolhidos os representantes, por meio de indicação; bem como a definição dos mesmos em Regimento, ou seja, o pré-estabelecimento das entidades que terão assento; a forma de composição da Mesa Diretora, que sofre intervenções do governo; e a não previsão de Câmaras Técnicas, conferências e outras instâncias de participação, indicando que não há estratégias de aproximação com os representados.

O mesmo ocorre quando analisamos o seu processo deliberativo em que temos no CES-MG uma assimetria deliberativa em que os atores pertencentes a Mesa Diretora possuem maior capacidade de vocalização, destacando-se o Vice-Presidente. Essa preponderância da Mesa Diretora também é constatada pelo fato do conselho tomar decisões *ad referendum*, ou seja, sem discussão e decisão do plenário.

Uma possível explicação para a diferença de atuação entre os conselhos poderia ser a escala. Como apresentado nos capítulos anteriores, a participação no nível local, devido à proximidade entre os atores e as instituições possibilita que haja maior interação, pois eles se encontram mais próximos dos problemas a serem debatidos e

sentem que podem de fato interferir na política. Os constrangimentos impostos à participação ampliada, como a quantidade de atores envolvidos e a extensão territorial devem ser percebidos como um entrave à plena participação do CES-MG. Devido a grandes distâncias do território mineiro não é plausível que todos os representantes estejam presentes em todas as reuniões, nem mesmo que venham sempre ao conselho para reuniões de Câmaras Técnicas e ou reuniões extraordinárias. Devemos levar em consideração também a grande diversidade de interesses que devem ser acomodados na esfera estadual, bem como uma maior burocracia, o que pode vir a dificultar a participação, bem como a tomada de decisão.

O fator escala também pode ser percebido quando analisamos as dinâmicas deliberativas dos conselhos e os temas que são debatidos. Temos no CES-MG mais debates, contestações, denúncias e propostas, que pode estar relacionado ao fato da maior diversidade de interesses que há no Estado. Na esfera estadual temos uma sobreposição de poderes, em que é preciso administrar a relação com os mais de 800 municípios existentes no Estado. No município temos a prevalência de demandas, que pode estar relacionada à proximidade dos atores dessa instância considerando-a como a melhor forma de solucionar essas questões.

Apesar de ambos os conselhos ocuparem-se da temática do controle, temos que ela prevalece mais no CMS-BH, enquanto o CES-MG ocupa-se também com Gestão e Organização Interna. Interessante notar que as discussões sobre “Coordenação entre os níveis” se sobressaem no CES-MG, já que essa é uma atribuição do Estado, enquanto “Gestão de Atendimento” são prevalentes no CMS-BH.

Por último, devemos chamar atenção para o tipo de representação que encontramos nos dois conselhos. No CES-MG temos uma representação mais corporativa, com a presença de federações, categorias profissionais organizadas regionalmente e sindicatos estaduais, o que não é verificado no CMS-BH. Essa pode ser a forma encontrada para lidar com os problemas da participação em esferas não-locais, considerando a escala e a representação estadual. Apesar de tais federações serem uma forma de abarcar uma maior diversidade de atores e interesses, pretendendo representar um maior número de atores e sua distribuição estadual, ela carrega em si outro entrave, qual seja o pouco número de associações com essas características. Apesar do CES-MG ter uma representação fixa de entidades, que conseqüentemente seria um fator para torná-lo menos inclusivo, devemos nos perguntar se realmente há outras federações e/ou

associações nesse formato no Estado de Minas Gerais. Devemos levar em consideração que, ainda, são incipientes os trabalhos sobre a participação e/ou associativismo no âmbito estadual, e dessa forma, precisamos de estudos mais detalhados para que possamos verificar se há um padrão de atuação em âmbito estadual e como ele se configura.

Além da escala, devemos levar em consideração também o projeto político dos governantes do Estado e do município, que são bastante diferenciados durante o período analisado. Como mostrado nos capítulos anteriores, para além do partido do governo, o projeto político abrange também as interpretações e concepções de mundo que orientam as ações dos sujeitos (DAGNINO, 2002). Dessa forma, podemos vislumbrar que no município de Belo Horizonte há um projeto participativo, que se inicia com o governo de Patrus Ananias, em 1993, e se estende até 2008, com o governo de Fernando Pimentel. Durante esses quinze anos, tivemos governos comprometidos com a participação cidadã, o que pode ser visto pelas diversas políticas participativas que foram criadas, como a implantação do OP e o aumento e a persistência no número de conselhos gestores (AVRITZER, 2009; CUNHA, 2009; WAMPLER, 2010). A estrutura administrativa, por meio de legislação e também mudanças internas, alterou a sua forma de agir em busca de promover uma gestão participativa, bem como ampliar a justiça social. Como apontado por Wampler (2010, p. 369),

os líderes do governo aprovaram uma série de reformas por meio da criação de espaços públicos dentro do governo local, no sentido de proporcionar aos cidadãos o acesso aos funcionários do governo, para permitir que os cidadãos tivessem voz no processo de decisão política e, finalmente, dar aos cidadãos o direito ao voto sobre políticas públicas e programas

Não podemos dizer que o mesmo aconteça com o Estado. Durante 15 anos, Minas Gerais foi governada por três gestões do PSDB e uma do PMDB. Apesar de contar com instituições formais participativas, tais governos não estavam preocupados com uma gestão participativa. Não vemos a criação, em âmbito estadual, de novas formas de participação, não há um diálogo mais próximo com o cidadão. Tal fato pode ser constatado no processo de criação do CES-MG, em que nos foi relatado que houve uma forte pressão do governo que era contrário a sua instauração.

Podemos dizer que no Estado há a idéia de participação dos cidadãos, mas não voltada para o empoderamento dos mesmos, dando-lhes um real poder de decisão, pois o que permanece é uma gestão gerencial e não verdadeiramente participativa. Nesse tipo de gestão a participação é instrumental e visa, tão somente, contribuir para a eficácia das ações do governo. Como nos foi relatado em entrevista, nos últimos oito anos houve uma ampla reestruturação do conselho. “[...] conseguimos um espaço definido, uma estrutura mínima de funcionamento para que o conselho pudesse estar executando suas funções, [...] passamos a ter um espaço melhor definido, quase meio andar que nos ficamos com ele, e veículo para o conselho” (Entrevista 1).

Porém, ao mesmo tempo em que o governo favorece o Conselho, por meio da estruturação de seu espaço físico e um melhoramento em suas condições de atuação, ele também coopta seus membros, seja por meio de interferências na composição da Mesa Diretora, colocando pessoas ligadas ao governo, ou por meio de leis, como o Decreto-Lei nº 32.568, que reorganiza todos os conselhos estaduais, e especificamente no caso da Saúde reitera a posição do Secretário de Saúde no cargo de presidente do conselho.

Consideramos que a escala e o projeto político são algumas das hipóteses levantadas para explicar as práticas do CES-MG e do CMS-BH. Porém, se faz necessário uma investigação mais aprofundada para que possamos esclarecer melhor as diferenças que são encontradas na participação institucionalizada em âmbito municipal e estadual.

Referências Bibliográficas

ABERS, Rebecca. Introduction: Participation, Empowerment, and State-Society Relations. In: ABERS, Rebecca. *Inventing Local Democracy*. Boldner London. Lynne Rienner Publishers, 2000.

ABERS, Rebecca e KECK, Margaret E. Mobilizing the State: The erratic partner in Brazil's Participatory Water Policy. *Politics & Society*, vol. 37, n. 2, p. 289-314. 2009

AIRES, Maria Cristina Andrade. *A dimensão representativa da participação na teoria democrática contemporânea: limites e possibilidades da inclusão política*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ALMEIDA, Débora Rezende de. Metamorfose da representação política: lições práticas dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil. In: AVRITZER, L. (org.) *A dinâmica da participação no Brasil*. São Paulo: Editora Cortez. 2010 (no prelo).

_____. Representação Política e Deliberação no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Pensar BH/Política Social*, ano VIII, Edição nº24, Belo Horizonte, nov. 2009.

_____. Participação política nos Conselhos Municipais de Saúde e Educação: limites e possibilidades do "controle social". *Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia*, UFSC, Florianópolis, 2007.

_____. *Conselhos municipais de saúde e educação: distintos padrões de participação política*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), p.17-26, 2004.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2), p.331-345, 2003.

_____. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 14, nº. 40, p.111-141. 1999.

ARRETCHE, Marta e MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: ARRETCHE, Marta; HOCHMAN, Gilberto; MARQUES, Eduardo (org.) *Políticas Públicas no Brasil*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

AVRITZER, L. (org.) *A dinâmica da participação no Brasil*. São Paulo: Editora Cortez. 2010 (no prelo).

_____. *Participatory Institutions in Democratic Brazil*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.

_____. Civil society in Brazil: from social autonomy to political interdependency. *Paper apresentado no XXVIII International Congress of the Latin American Studies Association*. Rio de Janeiro, Brazil. June 11-14, 2009a

_____. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opinião Pública*, v.14 n.1 Campinas jun. 2008

_____. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. *Dados*, Rio de Janeiro, vol. 50. n° 3, pp. 443-464, 2007.

_____. *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2007a

_____. Teoria democrática e deliberação pública. *Revista Lua Nova*. n°. 50, p. 25-46. São Paulo: CEDEC, 2000.

_____. *A moralidade da democracia: ensaios em teoria habermasiana e teoria democrática*. São Paulo: Perspectiva. Belo Horizonte: Editora UFMG. 1996

_____. Modelos de sociedade civil: uma análise da especificidade do caso brasileiro. In: AVRITZER, L. *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 1994.

AVRITZER, L., et all. *Participação e (Re) distribuição nas políticas públicas em Minas Gerais: relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

_____. *Reinventando os mecanismos de inclusão e controle social nos conselhos de saúde: relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

_____. *Os Conselhos Municipais de Assistência Social em Minas Gerais; relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: UFMG, 2003

AVRITZER, Leonardo; CUNHA, Eleonora Schettini M.; REZENDE, Débora Almeida. Efetividade Deliberativa. *Texto base preparado para a Oficina “A efetividade das instituições participativas no Brasil: perspectivas, estratégias metodológicas e resultados”*. Brasília, maio de 2010 (mimeo.)

AVRITZER, Leonardo; PEREIRA, Maria de Lourdes Dolabela. Democracia, participação e instituições híbridas. *Teoria e Sociedade*. Belo Horizonte, Número Especial. 2005.

AVRITZER, L. e COSTA, S. Teoria Crítica, Democracia e Esfera Pública: concepções e usos na América Latina. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 47, no 4, 2004, pp. 703 a 728

AVRITZER, L e WAMPLER, Brian. Públicos participativos: sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático. In: COELHO, V. S. e NOBRE, M. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004. pp. 21-40

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. *A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular*. São Paulo: Editora Ática, 1998.

BENHABIB, Seyla. Rumo a um modelo deliberativo de legitimidade democrática. In: MARQUES, Ângela Cristina Salgueiro (org.). *A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas: textos fundamentais*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

BOHMAN, James. A democracia deliberativa e seus críticos. *Metapolítica*. vol. 4, n.º 14. p. 24-47. DF, Mexico: CEPACOM, 2000.

_____. O que é a deliberação pública? Uma abordagem dialógica. In: MARQUES, Ângela Cristina Salgueiro (org.). *A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas: textos fundamentais*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

BELO HORIZONTE. *Lei 5.903* de 03 de Junho de 1991 que cria o Conselho Municipal de Saúde, os conselhos distritais de saúde, as comissões locais de saúde. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br>

_____. *Lei 7.536* de 19 de Junho de 1998 que dispõe sobre Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a conferência municipal de saúde, os conselhos distritais de saúde, as comissões locais de saúde. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br>

_____. *Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte*
Disponível em: <http://www.pbh.gov.br>

BOSCHI, Renato Raul. Corporativismo. In: AVRITZER, Leonardo. ANASTASIA, Fátima (org.). *Reforma Política no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2006

_____. *A arte do associativismo*. Rio de Janeiro: Vértice, 1987.

BRASIL. *Lei 8.080* de 19 de Setembro de 1990 que dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br>.

_____. *Lei 8.142* de 28 de Dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br>

CARDOSO, Ruth. A trajetória dos movimentos sociais. In: DAGNINO, E. (org.) *Os anos 90: Política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense. 1994

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia*. São Paulo: Lemos Editorial. 1997.

_____. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE / IBAM. (1995).

CHAMBERS, S. e KOPSTEIN, J. Civil society and the state. In: DRYZEK, J., HONIG, B., e PHILIPS, A. (org.) *The Oxford Handbooks of Political Science*. Oxford University Press, 2006.

COHEN, J. Deliberação e legitimidade democrática. In: MARQUES, Ângela Cristina Salgueiro (org.). *A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas: textos fundamentais*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Editora Cortez, Cedec. 1999

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 333*, de 04 de novembro de 2003 que dispõe sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em <http://www.cns.gov.br>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 319*, de 07 de novembro de 2002 que dispõe sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em <http://www.cns.gov.br>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 033*, de 23 de dezembro de 1992 que aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. Disponível em <http://www.cns.gov.br>

CORTÊS, Soraya Vargas (org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CORTÊS, Soraya Vargas. Participação e governança: o impacto de fóruns participatórios sobre a gestão e implementação de políticas públicas. *XXVIII Encontro Anual da ANPOCS*, Caxambu, 2004.

_____. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun, 2002, p.18-49.

_____. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. III, nº 1, 1998, p.6-17.

CORTÊS, Soraya Vargas e GUGLIANO, Alfredo. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 12, nº 24, mai/ago, 2010, p.44-75.

COSTA, Rosilda de Jesus. *A sociedade civil organizada e os caminhos do aprimoramento democrático no Brasil*. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

CUNHA, Eleonora Schettini Martins. *Efetividade deliberativa: estudo comparado de conselhos municipais de assistência social (1997/2006)*. Belo Horizonte. Tese (Doutorado) apresentada ao Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.

_____. A efetividade deliberativa dos conselhos municipais de saúde e de criança e adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L. (Org.) *A participação social no nordeste*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

_____. O potencial de conselhos de políticas e Orçamentos Participativos para o aprofundamento democrático. In: DAGNINO, E. e TATAGIBA, L. (org.) *Democracia, Sociedade Civil e Participação*. Chapecó: Argos, 2007a .

CUNHA, Eleonora Schettini M. *Aprofundando a democracia: o potencial dos conselhos de políticas e orçamentos participativos*. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CUNHA, Eleonora S. M. e ALMEIDA, Débora C. R. A produção de conhecimento sobre os conselhos de políticas: alguns desafios metodológicos. In: GOMES, Ana Maria R. et all. *Metodologias e Participação*. Módulo 3 do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais. Belo Horizonte: UFMG. 2009.

CUNHA, Eleonora Schettini M. e JARDIM, Laura Silva. *Conselhos de Políticas*. Disponível em: <http://www.democraciaparticipativa.org>

DAGNINO, Evelina, OLVERA, Alberto J. e PANFICHI, Aldo. *A disputa pela construção democrática na América Latina*. Campinas: Editora Paz e Terra, 2006.

DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: DAGNINO, E. (org.) *Os anos 90: Política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense. 1994

DAHL, R. *Prefácio à teoria democrática*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1989.

_____. *Sobre a democracia*. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2001

DOIMO, Ana Maria. *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Anpocs.1995

DOIMO, Ana Maria e RODRIGUES, Marta M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. *Política & Sociedade*, vol.2, nº 03, 2003.

DRYZK, John S. Insurgent democracy: civil society and state. In: DRYZK, John S. *Deliberative Democracy and Beyond*. Oxford University Press. 2000

DRYZEK, John S. and DUNLEAVY, Patrick. *Theories of Democratic State*. Palgrave Macmillan. 2009

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FARIA, Cláudia Feres. Participação, sociedade civil e governo Lula (2003-2006): construindo uma sinergia positiva? In: ANGELO, V. A. e VILLA, M. A (org.) *O Partido dos Trabalhadores e a política brasileira (1980-2006): uma história revisitada*. São Carlos: EdUFSCar, 2009.

_____. Os determinantes da efetividade democrática da participação social. In: GOMES, Ana M. R. et all. *Metodologias e participação*. Módulo III do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais. Belo Horizonte: UFMG. 2009a.

_____. O que há de radical na teoria democrática contemporânea: a análise do debate entre ativistas e deliberativos. *Paper apresentado no 6º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política – ABCP*, Campinas, jun, 2008

_____. *Estado e Organização da Sociedade Civil no Brasil contemporâneo: construindo uma sinergia positiva?*(mimeo). 2008a.

_____. Sobre os determinantes das políticas participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L (org.) *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

_____. O que a estadualização da participação tem a dizer sobre a prática deliberativa: uma análise do Orçamento Participativo no Rio Grande do Sul (1999-2002). *Paper apresentado no 5º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política – ABCP*, Belo Horizonte, jul, 2006.

_____. *O Estado em movimento: complexidade social e participação política no Rio Grande do Sul*. Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

_____. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. *Revista Lua Nova* n.º 50, p. 47-68. São Paulo: CEDEC, 2000.

FARIA, Claudia F; ENDO, Clarissa T.O.; CUNHA, Isabella D; SILVA, Lânia M.; JARDIM, Laura S. *A estadualização dos formatos participativos no Brasil*

contemporâneo: a dinâmica participativa e a efetividade da inclusão política (relatório de pesquisa). Belo Horizonte: UFMG. 2010

FARIA, Cláudia F. e RIBEIRO, Uriella C. Entre o legal e o real: o que dizem as variáveis institucionais sobre os Conselhos Municipais de Políticas Públicas? In: AVRITZER, L. (org.) *A dinâmica da participação no Brasil*. São Paulo: Editora Cortez. 2010 (no prelo)

FRASER, Nancy. “Repensando la esfera pública. Una contribución a la crítica de la Democracia actualmente existente”, *Revista Ecuador Debate*, nº 46 (Abril): 139-174. Quito, 1999.

FUKS, Mario e PERISSONOTO, Renato Monseff. Recursos, influência política e cultura cívica nos conselhos gestores de Curitiba. In: DAGNINO, E. e TATAGIBA, L. (org.) *Democracia, Sociedade Civil e Participação*. Chapecó: Argos, 2007.

_____. Recursos, Decisão e Poder. Conselhos gestores de políticas de Curitiba. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.21, n.60, 2005.

FUKS, Mario; PERISSONOTO, Renato Monseff; RIBEIRO, Ednaldo Aparecido. Cultura política e desigualdades: o caso dos Conselhos Municipais de Curitiba. *Revista de Sociologia e Política*, nº21, p.125-145, Curitiba, 2003.

FUNG, Archon. Representation, association, and participation: toward three dimensional democratic governance. *Paper prepared for Midwest Political Science Association Meeting*, Chicago, April, 2005.

_____. Democracy as a reform strategy. In: FUNG, A. *Empowered Participation: reinventing urban democracy*. Princeton: Princeton University Press. 2004.

FUNG, Archon and WRIGHT, Erik Olin. Thinking about Empowered Participatory Governance. In: FUNG, A.; WRIGHT, E. O. (org.) *Deepening Democracy – Institutional Innovation in Empowered Participatory Governance*. London: Verso. 2003.

GOHN, Maria da Glória. *O protagonismo da sociedade civil*. São Paulo: Editora Cortez, 2005.

_____. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

GUTMAN, Amy e THOMPSON, Dennis. O que significa a democracia deliberativa. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais*. vol. 1. jan/mar. Belo Horizonte, 2007

HABERMAS, Jurgen. *Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

_____. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HELD, David. *Modelos de Democracia*. Belo Horizonte: Paidéia, 1987.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos Municípios Brasileiros 2009*. Rio de Janeiro, 2010.

JACOBI, Pedro. *Movimentos Sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde*. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

JARDIM, Laura Silva. *A qualidade da deliberação no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Monografia de Conclusão de Curso. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

LABRA, M.E. & SILVA, I. F.L. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(1):161-170, jan-fev, 2001.

LAVALLE, Adrian G. et.al. Representação Política e Organizações Cívicas. Novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 21, n.60, 2006.

LAVALLE, Adrián Gurza. Sem pena nem glória: o debate sobre a sociedade civil nos anos 90. *Revista Novos Estudos*. São Paulo: CEBRAP, nº66, p.91-110. 2003.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D. e MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), p.269-291, 2001.

LUCAS, Simone Dutra e CAMPOMIZZI, Jader Bernardo. A participação cidadã no controle do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R et all (org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã, 1998.

LÜCHMANN, Lígia Helena H. O desenho institucional dos conselhos gestores. In: LYRA, R.P (Org.) *Participação e segurança pública no Brasil: teoria e prática*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2009. Disponível em: <http://www.npms.ufsc.br>. Acesso em 23/07/2010.

MACHADO, Cristiane Vieira e VIANA, Ana Luiza d'Avila. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: VIANA, A. L.; IBAÑEZ, N; ELIAS, P.E.M. (org.) *Saúde, Desenvolvimento e Território*. Editora Hucitec, São Paulo, 2009.

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

MEDEIROS, Rogério de Souza. Crítica e resignação nas atuais relações entre as ONGs e o Estado no Brasil. In: DAGNINO, E. e TATAGIBA, L. (org.) *Democracia, Sociedade Civil e Participação*. Chapecó: Argos, 2007

MENCUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política para crianças e adolescentes em capitais brasileiras: os conselhos de direitos importam? In: AVRITZER, L. (org.) *A dinâmica da participação no Brasil*. São Paulo: Editora Cortez. 2010 (no prelo)

_____. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007

_____. A implantação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: ARRETCHE, Marta; HOCHMAN, Gilberto; MARQUES, Eduardo (org.) *Políticas Públicas no Brasil*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007a

MIGUEL, Luiz Felipe. Representação Política em 3-D. Elementos para uma teoria ampliada da representação política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n. 51, 2003.

MINAS GERAIS. *Decreto-Lei nº 43.613* de 2003 que dispõe sobre a composição de Conselhos de Políticas Públicas do Estado de Minas Gerais. Disponível em www.saude.mg.gov.br/ces

MINAS GERAIS. *Decreto-Lei nº 32.568* de 1991 que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Estadual de Saúde – CES/MG e dá outras providências. Disponível em www.saude.mg.gov.br/ces

MINAS GERAIS. Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Disponível em www.saude.mg.gov.br/ces

MOREIRA, Maria Tarquínia Vieira. Instância Deliberativa das Políticas Públicas de Cunho Social: Contorno Jurídico dos Conselhos. In: INFORMATIVO CEPAM. *Conselhos municipais das áreas sociais*. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – Cepam, 2.ed., v.1, n. 3, 2001.

MOUFFE, Chantal. Por um modelo agonístico de democracia. *Revista de Sociologia e Política*. n.25, p.11-23, nov.2005.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Um estado para sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. São Paulo: Editora Cortez. 2005

PATEMAN, Carole. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 161p.

PEREIRA, Elisabete Olivera; Soraya, CÔRTEZ; Márcio, BARCELOS. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul: histórico, funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CORTÊS, Soraya Vargas (org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PERUZZOTTI, Enrique. Representative democracy as mediated politics: rethinking the link between representation and participation. *Paper apresentado no workshop Rethinking Representation: a North-south dialogue*. Bellagio, Italy. Sept 29 to Oct 03. 2008.

PESSOTO, U. C; NASCIMENTO, P. R; HEIMANN, L. S. A gestão semi plena e a participação popular na administração da saúde. *Caderno de Saúde Pública*. Jan/fev (17) 1 Rio de Janeiro. 2001.

PINTO, Celi Regina Jardim. A sociedade civil institucionalizada. *Política & Sociedade*, Florianópolis, v. 5, p. 99-116. 2004

PITIKIN, Hanna. O conceito de representação. IN: Cardoso, F. H. e Martins, C. E. (orgs.) *Política e Sociedade*. SP: Cia Editora Nacional, 1979.

PLOTKE, David. Representation is democracy. *Constellations*, volume 4, n.1, p.19-34. 1997

PRZEWORSKY, Adam. *Estado e economia no capitalismo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

RAICHELLIS, Rachel. *Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.

SADER, Emir. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Implantação e funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil. In: CARVALHO, Maria do Carmo A. A., e TEIXEIRA, Ana Claudia C. (Org.) *Conselhos gestores de políticas públicas*. São Paulo: Pólis, 2000. P.15-21

SANTOS JUNIOR, Orlando A.; RIBEIRO, Luiz Cesar de Q. AZEVEDO, Sergio de (org.). *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

SCHERER-WARREN, Ilse. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. *Sociedade e Estado*, v.21, n.1. p.109-130, jan/abr. Brasília. 2006

SCHLOSBERG, David. The pluralist imagination. In: DRYZEK, J., HONIG, B., e PHILIPS, A. (org.) *The Oxford Handbooks of Political Science*. Oxford University Press, 2006.

SCHUMPETER, Joseph Alois. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SILVA, Marcelo Kunrath; CORTES, Soraya M. Vargas; REOS, Janete Cardoso; BARCELOS, Márcio. *Quando os novos personagens dominam a cena: recursos organizativos e relações de poder no Conselho Nacional de Saúde – Brasil*. Porto Alegre, out/2006 (mimeo)

SOMARRIBA, M.(coord.) *Descentralização e governança no setor saúde em Belo Horizonte*. Fundação João Pinheiro: Escola de Governo. Belo Horizonte, 1998.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), p.451-455, 2001.

SOUZA, Celina e CARVALHO, Inaiá M. M. de. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*: CEDEC, n.48, p. 187-212. 1999.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: AVRITZER, L (org.) *A participação em São Paulo*. São Paulo: Editora UNESP, 2004

TEIXEIRA, Ana Claudia. A atuação das Organizações Não Governamentais (ONGs): entre o Estado e o conjunto da sociedade. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, Ana Claudia e TATAGIBA, Luciana. Dinâmicas participativas institucionalizadas e produção de políticas públicas. *Paper apresentado no 6º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política – ABCP*, Campinas, jun, 2008

TOCQUEVILLE, A. *A democracia na América*. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia. São Paulo: Edusp. 1977

URBINATI, Nadia. Representation as advocacy: a study of democratic deliberation. *Political Theory*, vol.28, n.6, p.758-786, 2000.

_____. O que torna a representação democrática. *Revista Lua Nova*, n. 67, pp. 191-228, 2006.

URBINATI, Nadia e WARREN, Mark E. The concept of representation in contemporary democratic theory. *Annual Review of Political Science*, Vol. 11, June, 2008.

WAMPLER, Brian. Transformando o Estado e a sociedade civil por meio da expansão das comunidades política, associativa e de políticas públicas. In: AVRITZER, L. (org.) *A dinâmica da participação no Brasil*. São Paulo: Editora Cortez. 2010 (no prelo)

IWARREN, M. *Democracy and association*. Princeton and Oxford: Princeton University Press. 2001

WEBER, M. *Ensaio de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1982

YOUNG, I. M. Representação política, identidade e minorias. *Lua Nova*. São Paulo, n. 67, 2006.

_____. Comunicação e o outro: além da democracia deliberativa. In: SOUZA, J (Org.) *Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1 – METODOLOGIA PARA ANÁLISE DAS ATAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Pesquisa: Participação e (re)distribuição nas Políticas Públicas em Minas Gerais – FAPEMIG – Projeto Democracia Participativa (Prodep)

Análise das atas – Categorização do CMS

Análise de conteúdo / temática.

Unidade de análise: a “fala” do conselheiro ou outro participante.

O que categorizar

QUEM FALA?

1. Sexo: M / F / Sexo NI.

2. Segmento: Governo, Usuário, Trabalhador, Prestador, Mesa Diretora, Ator Externo (sociedade / governo), Plenário, Segmento Comissão, Segmento NI.

O QUE FALA?

3. Tema: observar em cada unidade de análise o tema que é tratado – categorização temática (ver categorias abaixo). **OBSERVAR SE A FALA SE TRADUZ NUMA DEMANDA OU DENÚNCIA.**

DEMANDA: é uma solicitação ou pedido ao conselho que não se traduz numa proposta concreta a ser apreciada e votada pelo conselho

DENÚNCIA: são falas dos atores que relatam problemas na política, denúncias de mau funcionamento e prestação de serviços, têm sentido de controle social e fiscalização.

4. **SE HOUVER PROPOSTA CATEGORIZAR SUA ORIGEM:** Proposta Governo, Proposta Usuário, Proposta Trabalhador, Proposta Prestador, Proposta Mesa Diretora, Proposta Ator Externo Governo, Proposta Ator Externo Sociedade, Proposta Ator Externo NI, Proposta Plenário, Proposta Comissão, Proposta NI.

PROPOSTA: é um assunto, tema, questão colocada por um ator com expectativa de gerar debate/decisão ou apreciação do conselho.

5. A colocação do ator pode gerar ou não debate (duas ou mais pessoas falando). A fala dos atores no debate pode incluir vários temas.

6 - Tal debate pode gerar contestação. A presença de contestação no debate é registrada sempre que a intervenção de algum ator se opor explicitamente à posição daquele que iniciou o debate ou se opor a outro debatedor do mesmo assunto;

7 - Além disso, o debate pode gerar uma contraproposta. A contraproposta, geralmente, surge no debate como alternativa a uma proposta inicial feita por algum ator. **IDENTIFICAR O ATOR QUE FAZ A CONTRAPROPOSTA, SEXO, SEGMENTO E TEMA. FAZER HIPERLINK COM A FALA QUE ELE ESTÁ CONTESTANDO.**

8 - A proposta e/ou o debate podem gerar uma Decisão (aceitação / rejeição). Esta decisão dirá respeito a um tema específico. Marcar cada decisão de forma separada. Se a decisão está na mesma fala que apresenta a proposta, fazer apenas uma marcação. Se a

decisão ocorre em outro momento da ata, fazer hiperlink para ligar a decisão à pessoa que propôs. Neste caso, NÃO MARCAR O TEMA NOVAMENTE. Marcar apenas, decisão aceitação- tema e Resultado

9- Tipo de resultado: resolução, aprovação, encaminhamento ou moção. Marcar resultado, apenas para as decisões-aceitação.

Resolução: São decisões cujo resultado dá origem a resoluções do conselho. Estas decisões devem ser confirmadas em documentos redigidos pelo conselho, que devem ser comparados com a ata.

Moção: são decisões relativas a moções de apoio ou repúdio a alguma política, ato ou ação de entidades ou pessoas. Marcar o tema do qual se trata a moção, o assunto e na decisão marcar decisão-aceitação organização interna.

Aprovação: São decisões cujo resultado indicam a aprovação de uma proposta e que não se encaixa nas demais definições.

Encaminhamento: São decisões cujo resultado indica um encaminhamento de documentos (ofício, carta etc).

10 - Tipo de ata: transcrição / completa / resumida / extrato (presença de mediador, explicitação do debate).

Categorização temática

1. Pauta

2. Convites/Avisos/Manifestação: informes em geral; informações sobre eventos externos ao CMS, demandas por mobilização tanto de categorias quanto de forma geral para questões específicas de saúde quanto de temas mais gerais.

3. Organização Interna do CMS (Demanda ou Denúncia): assuntos relacionados à organização e funcionamento do CMS; nomeação de comissões e representantes; criação e funcionamento de Câmaras Técnicas; assessorias e consultorias; parcerias com outras instituições – universidades, corpo de bombeiros – que possam subsidiar o trabalho dos conselheiros; capacitação de conselheiros; eleição de conselheiros; destituição de conselheiros; participação dos conselheiros em eventos ou outras instituições participativas; revisão de regimento interno e lei de criação; conferência municipal; participação em outras conferências e encontros.

4. Gestão Serviços (Demanda ou Denúncia): serviços de atenção básica nível primário/ambulatorial relacionados aos Centros de Saúde, Postos de Saúde, Unidades de Saúde; discussão sobre rotinas de trabalho, ações a serem desenvolvidas, campanhas de vacinação, dengue etc. (p.ex., implantação de serviços para diabéticos nos postos).

5. Gestão Especialidades (Demanda ou Denúncia): serviços de nível secundário, relacionados aos PAM CERSAM's, hospitais e UPA's e especialidades tais como: cardiologia, oftalmologia, oncologia, HIV, saúde mental, etc.; fornecimento de próteses, órteses, etc.; urgências e emergências; credenciamento de serviços hospitalares; credenciamento de serviços secundários do SUS.

6. Gestão Atendimento - Assistência/Atenção em saúde - (Demanda ou Denúncia): questões relacionadas à qualidade dos serviços ofertados pelo sistema como um todo; aspectos relacionados aos recursos humanos (quantidade, contratação, qualidade, etc.),

condições de atendimento na saúde como um todo (p.ex, concurso da prefeitura para agentes comunitários, falta de medicamentos no serviço, greve de funcionários, condições de atendimento, falta de viaturas, ambulâncias para atendimento), discussões sobre salários dos funcionários.

7. A - Controle da Política de Saúde (Normatização/Planejamento): apreciação de convênios a serem firmados; projetos de construção de unidades de saúde e hospitais; planos, programas e projetos a serem executados na saúde; compra de serviços e equipamentos; agenda da saúde; nível de gestão; implantação de auditoria de serviços; estabelecimento de padrões, normas e referenciais (RH, desempenho, qualidade de serviços, etc., tanto de atividades públicas quanto privadas); sistemas de monitoramento e avaliação, apreciação de plano municipal e deliberação do Conselho Municipal a respeito do funcionamento dos conselhos locais e distritais, regulamentação e interferência no processo eleitoral.

7. B - Controle da Política de Saúde (Fiscalização): questões relacionadas ao monitoramento e avaliação das ações de saúde (da secretaria e de conveniados); apreciação do relatório de gestão; prestação de contas dos serviços prestados pela secretaria de saúde como um todo; auditoria de serviços.

8. Controle do Fundo e Financiamento da Saúde: prestação de contas do Fundo; recursos do Fundo; critérios de partilha de recursos; tabela de prestação de serviços; pagamento a hospitais, captação de recursos para o fundo; prestação de contas de convênios; prestação de contas e divisão de recursos da Secretaria de Saúde.

9. Coordenação entre os níveis da política de saúde (Demanda ou Denúncia): aspectos relacionados à interação e coordenação entre as esferas federal, estadual, municipal e entre o nível central do município e suas regiões ou distritos (conselhos regionais e locais); consórcios / cooperação intermunicipal; comissões intergestores.

10. Questões Gerais da Saúde (Demanda ou Denúncia): questões relacionadas à política de saúde, mas fora da esfera de ingerência do conselho, estando mais afeitas à prefeitura, ao Estado, ao Governo Federal (p.ex., emenda constitucional sobre recursos destinados à saúde).

11. Violência e Saúde (Demanda ou Denúncia): ações de violência relacionadas aos espaços de atenção e serviços de segurança nestes espaços.

12. Controle da Política: questões não diretamente relacionadas à política de saúde, de abrangência mais ampla; questões relacionadas aos poderes públicos em geral, mesmo que de outros níveis de governo (p.ex. reforma administrativa da prefeitura; plano plurianual do governo).

13. Expressão (tematização) de problemas públicos: apresentação de questões relacionadas ao interesse público e ao bem comum, que não sejam relacionadas à questões de saúde (p.ex., recuperação de áreas verdes, ações de voluntariado).

14. Questões Gerais (Demanda ou Denúncia): outros assuntos

ANEXO 2 - METODOLOGIA DO ESTUDO DAS ATAS DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Pesquisa – A estadualização dos formatos participativos no Brasil contemporâneo: a dinâmica participativa e a efetividade da inclusão política - Fapemig

Para que se pudesse fazer um estudo das atas do Conselho, foi preciso que se tomasse as falas como objeto de análise. Para a execução de tal trabalho, foram utilizados os softwares EXCEL e SPSS. Segue a codificação utilizada para o preenchimento do banco de dados:

I. Classificar: Conselho

Nome do conselho: 1 = Conselho Estadual de Saúde, 2 = Conselho Estadual de Assistência Social, 3 = Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente.

II. Classificar: tipo de reunião

1 = Ordinária, 2 = Extraordinária.

III. Classificar: tipo de ata

Tipo de ata: 1 = Simplificada, 2 = Detalhada, 3 = Transcrita.

Transcritas – a ata apresenta integralmente as falas dos atores.

Detalhada – a ata apresenta discurso indireto e é intercalada por falas integrais dos atores.

Simplificada – a ata apresenta discurso indireto.

IV. QUEM FALA?

1. Identificação do ator da fala : nome do conselheiro
2. Sexo: Feminino / Masculino
3. Função desempenhada no conselho: Presidente, Conselheiro Titular; Conselheiro Suplente; Secretaria Executiva, NI, Externo.
4. Segmento que representa no Conselho: Sociedade Civil (Prestador, Usuário, Trabalhador); Governo; NI e NA.
5. Entidade ou instituição que representa no Conselho: nome

V. TEMAS:

(1) **Pauta:** Assuntos relacionados com a pauta e a dinâmica da reunião; falas que objetivam organizar o andamento da reunião, definir os assuntos que serão ou não discutidos; falas que tem o objetivo de conceder a palavra a alguém ou interromper uma fala.

(2) Categorização temática: informes/ convites/ manifestações: informes em geral; informações e/ou convite sobre eventos externos ao Conselho, demandas por mobilização tanto de categorias quanto de forma geral.

(3) Categorização temática: organização interna: Assuntos relacionados à organização e funcionamento do Conselho; nomeação de comissões e representantes; criação e funcionamento de Câmaras Técnicas; assessorias e consultorias; parcerias com outras instituições – universidades, corpo de bombeiros – que possam subsidiar o trabalho dos conselheiros; capacitação de conselheiros; eleição de conselheiros; destituição de Conselheiros; participação dos conselheiros em eventos ou outras instituições participativas; revisão de regimento interno e lei de criação; conferência estadual, municipal; participação em outras conferências e encontros.

(4) Categorização temática: gestão de serviços:

Saúde: serviços de atenção básica nível primário/ambulatorial relacionados aos Centros de Saúde, Postos de Saúde, Unidades de Saúde; discussão sobre rotinas de trabalho, ações a serem desenvolvidas, campanhas de vacinação, dengue etc. (p.ex., implantação de serviços para diabéticos nos postos).

Criança e Adolescente: ações básicas para atendimento de crianças e adolescentes (atendimento sócio-educativo), ofertadas em unidades de atendimento públicas ou por instituições conveniadas (orientação e apoio sócio familiar, atendimento a necessidades especiais, educação para o trabalho, defesa de direitos e enfrentamento da violência). Bolsa Família, PETI.

Assistência Social: ações de proteção social básica (CRAS (antigo NAF), serviços socioeducativos para grupos diversos, benefícios eventuais, BPC, inserção produtiva); discussão sobre rotinas de trabalho, ações a serem desenvolvidas, etc, PETI.

(5) Categorização temática: gestão especialidade

Saúde: serviços de nível secundário, relacionados aos PAM CERSAM's, hospitais e UPA's e especialidades tais como: cardiologia, oftalmologia, oncologia, HIV, saúde mental, etc.; fornecimento de próteses, etc.; urgências e emergências; credenciamento de serviços hospitalares; credenciamento de serviços secundários do SUS.

Criança e Adolescente: serviços especializados relacionados aos centros de atendimento à criança e adolescente e aos programas de atendimento sócio-educativo em meio aberto, colocação familiar, abrigo, internação, FEBEM, liberdade assistida, APAE, etc.

Assistência Social: ações de proteção social especial de média e alta complexidade (CREAS, serviços domiciliares, albergues, abrigos, moradias provisórias, repúblicas, casa de acolhida, família colhedora) serviços para crianças e adolescentes em situação de trabalho, em medida sócioeducativa, em situação de abuso/exploração sexual; serviços para pessoas com deficiência, idosos, migrantes, usuários de substâncias psicoativas em situação de abandono, maus tratos, abuso, negligência e violência; apoio em situações de riscos circunstanciais (calamidades públicas e emergências).

(6) Categorização temática: gestão atendimento

Questões relacionadas à qualidade dos serviços ofertados pelo sistema como um todo; aspectos relacionados aos recursos humanos (quantidade, contratação, qualidade, etc.), condições de atendimento na saúde como um todo (p.ex, concurso para agentes comunitários, falta de medicamentos no serviço, greve de funcionários, condições de atendimento, falta de viaturas, ambulâncias para atendimento, no CES; concurso para

contratação de psicólogos, falta de material para atendimento, no CEAS e no CEDCA), discussões sobre salários dos funcionários.

(7A) Categorização temática: controle da política (normatização/ planejamento)

Apreciação de convênios a serem firmados; projetos de construção de unidades de saúde e hospitais, no CES; e de unidades de atendimento, no CEAS e no CEDCA; planos, programas e projetos a serem executados ou na saúde ou da criança e do adolescente; compra de serviços e equipamentos; agenda ou da saúde, ou da assistência social, ou da criança e do adolescente; compra de serviços e equipamentos, no CEAS e no CEDCA nível de gestão; implantação de auditoria de serviços; no CEAS e no CES: estabelecimento de padrões, normas e referenciais (RH, desempenho, qualidade de serviços, etc., tanto de atividades públicas quanto privadas). Sistemas de monitoramento e avaliação, apreciação de plano Estadual e deliberação do Conselho Estadual a respeito do funcionamento dos conselhos municipais e locais, regulamentação e interferência no processo eleitoral. No CEAS: normatização de serviços e benefícios (BPC, eventuais, transferência de renda) a serem executados da assistência social; sistemas de monitoramento e avaliação; riscos, vulnerabilidade e danos; e, seguranças a serem garantidas.

(7B) Categorização temática: controle da política (fiscalização)

Questões relacionadas ao monitoramento e avaliação das ações de saúde (da secretaria e de conveniados), de assistência social (da rede como um todo – secretaria de assistência, outras secretarias e conveniados) ou da criança e do adolescente (da rede de atendimento como um todo – da própria secretaria, da educação, saúde e cultura, de conveniados/credenciados); apreciação do relatório de gestão; prestação de contas dos serviços prestados pelas respectivas secretarias como um todo; auditoria de serviços.

(8) Categorização temática: controle do fundo e financiamento

Prestação de contas do Fundo; recursos do Fundo; critérios de partilha de recursos; tabela de prestação de serviços; pagamento a hospitais, captação de recursos para o fundo; prestação de contas de convênios; prestação de contas das respectivas Secretarias e divisão de recursos.

(9) Categorização temática: coordenação entre os níveis da política

Aspectos relacionados à interação e coordenação entre as esferas federal, estadual, municipal, inclusive Poder Judiciário e Ministério Público; aspectos relacionados à interação entre conselhos estaduais, municipais, regionais e locais; consórcios/cooperação intermunicipal e interestadual; comissões intergestores; articulação intersetorial e com fóruns.

(10) Categorização temática: questões gerais relacionadas à política

Questões relacionadas às políticas ou de saúde, ou de assistência social ou da criança e do adolescente, mas fora da esfera de ingerência dos respectivos Conselhos, estando mais afeitas à prefeitura, ao Estado, ao Governo Federal (p.ex., emenda constitucional sobre recursos destinados à saúde ou à assistência social; construção de escolas, redução da idade para imputação de pena;).

(11) Categorização temática: violência

Ações de violência relacionadas aos espaços de atenção e serviços de segurança nestes espaços (enfrentamento da violência).

(12) Categorização temática: controle da política geral

Questões não diretamente relacionadas à política em questão, mas de abrangência mais ampla; questões relacionadas aos poderes públicos em geral, mesmo que de outros níveis de governo (p.ex. reforma administrativa da prefeitura; plano plurianual do governo).

(13) Categorização temática: expressão (tematização) de problemas públicos

Apresentação de questões relacionadas ao interesse público e ao bem comum, que não sejam relacionadas às questões de específica da política (p.ex., recuperação de áreas verdes, praças; ações de voluntariado).

(14) Categorização temática: registro de instituições

Pedidos de registros de Instituições, concessão de títulos a entidades (Impacto Social).

(15) Categorização temática: diagnóstico sobre a situação

Variável exclusiva do CEDCA: relaciona-se com discussões sobre o diagnóstico da área da criança e do adolescente.

(16) Categorização temática: Conselho Tutelar

Variável exclusiva do CEDCA, refere-se à criação, implementação e controle dos CT's; eleição de conselheiros tutelares; demais assuntos relacionados ao CT's.

(17) Categorização temática: questões gerais: outros assuntos.

VI. CARACTERÍSTICAS DA FALA

1. Ocorrência de relato na fala

Fala descritiva, sem juízo de valor, que faz referência a alguma situação passada ou presente.

2. Ocorrência de demanda na fala

É uma solicitação ou pedido ao conselho que não se traduz numa proposta concreta a ser apreciada e votada pelo Conselho.

3. Tipo e destino da demanda

Demanda interna: demanda que vem do conselho ou conselheiros para outras instituições e isto pode incluir conselheiro para próprio conselho, precisamos apenas mostrar para quem ela é dirigida.

Demanda externa: demanda que vem de algum participante externo.

Ex.: DI – Conselho

DI – Conselheiro

DI – Mesa Diretora

DI – Comissão (Se possível especificar que Comissão)

DI – Externo

DI – Ministério Público (CEDCA)

DI – Presidente

DI – Secretaria Executiva

DE (não há necessidade, nessa categoria, de especificar para quem a demanda se destina)

4. Ocorrência de denúncia na fala

São falas dos atores que relatam problemas na política, denúncias de mau funcionamento e prestação de serviços, têm sentido de controle social e fiscalização.

5. Ocorrência de esclarecimento na fala

Fala com o intuito de esclarecer algum assunto, seja decorrente de um pedido ou não.

6. Ocorrência de proposta na fala

Um assunto, tema, questão colocada por um ator com expectativa de gerar debate/decisão ou apreciação do conselho. Quando um ator faz uma proposição, a fala é mais do que um pedido ou uma solicitação. O ator propõe algo para o conselho apreciar. Nem sempre a proposição é votada pelo conselho, em alguns casos, o ator faz a proposta, mas não há registro na ata de que foi votada.

7. Fala inclusa em debate

A colocação do ator pode gerar ou não debate (duas ou mais pessoas falando, além da primeira pessoa que iniciou o assunto). A fala dos atores no debate pode incluir vários temas.

8. Ocorrência de contestação na fala

O debate pode gerar contestação. A presença de contestação no debate é registrada sempre que a intervenção de algum ator se opor explicitamente à posição daquele que iniciou o debate ou se opor a outro debatedor do mesmo assunto.

9. Produção de decisão

10. Forma de decisão

Aceitação – Se a decisão foi tomada a partir de aceitação, aclamação, unanimidade, consentimento, aprovação.

Ad referendum – Quando a decisão é tomada pelo Presidente e/ou Mesa Diretora.

Rejeição – Quando se negou a tomada de decisão.

Votação – entra, também, quando citado “consultou-se os conselheiros” e escolheu-se por alguma coisa.

NI – Quando há decisão, mas não se consegue identificar como se chegou a ela.

NA – Quando essa categorização não se aplica à fala, pois não se produziu decisões.

11. Tipo de resultado

Assessoria (interinstitucional) – questões que envolvem apoio/contribuição na elaboração de leis, documentos, planos, projetos, campanhas, etc. cujas ações não dependem exclusivamente da atuação do Conselho e envolvem outras instituições e agentes.

Burocracia Externa – pedido de inscrição/renovação de entidades; emissão de documentos (entrega de certificados para captação; envio de cópias de resolução a parlamentares); questões relacionadas à imagem do Conselho (logo em campanha comercial); correspondência com outros Conselhos e entidades (solicitação ao CMAS/Betim e a SEDESE);

Eleição – questões relativas a processos de escolha de representantes (escolha de representantes da mesa Diretora, de entidades).

Fundo e Financiamento – questões a respeito de critérios de partilha; certificados de captação de recursos e questões financeiras em geral.

Moção – decisões relativas a moções de apoio ou repúdio a alguma política, ato ou ação de entidades e pessoas.

Organizacional – questões de pauta (aprovação, inclusão de ponto); capacitação de conselheiros (organização de oficinas); assiduidade de conselheiros em Plenárias/Comissões; escolha de conselheiros para representação do Conselho em atividades/eventos diversos; questões relativas à dinâmica da Plenária (participação de externos; negação/permissão de pedido de fala); questões relativas às atividades/participação das Comissões (encaminhamento de propostas e documentos, aprovação de súmulas das reuniões; avaliação de atividades; escolha de encarregados); formação de grupos de trabalho; formatação de documentos; questões relacionadas ao Regimento Interno e posse de Conselheiros.

Projeto – decisões relacionadas aos projetos discutidos no Conselho. Aprovação/rejeição/encaminhamento de projetos.

Resolução – criação, aprovação e alteração de Resoluções tomadas pelo Conselho ou tomadas fora do Conselho.

NA – quando não há decisões.

ANEXO 3 – CLASSIFICAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DO CMS-BH

Atribuições do Art. 4º do RI do CMS-BH classificadas como:

a) Controlar/acompanhar/fiscalizar

- A) acompanhar a implementação das diretrizes da Conferência Municipal de Saúde;
- B) acompanhar as diretrizes do SUS a nível estadual e nacional;
- C) Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- D) Aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o Plano Municipal de Saúde;
- E) Deliberar, analisar, controlar e apreciar o funcionamento do Sistema Único de Saúde, no nível municipal;
- F) Acompanhar e controlar a atuação dos setores público e conveniado na área da saúde;
- G) Fiscalizar a gestão do Fundo Municipal de Saúde;
- I) Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde;

b) Formulação/proposição

- C) Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- H) Propor critérios para definição de padrões e metas assistenciais;
- J) Estabelecer parâmetros municipais quanto a política de recursos humanos a ser seguida no âmbito do Sistema Único de Saúde;

c) Ter acesso à informação

- K) Ter integral acesso, entre outras, a todas as informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro, orçamentário e operacional, bem como sobre recursos humanos, convênio, contratos e termos aditivos que digam respeito a estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde;
- L) O CMS-BH, quando entender oportuno, poderá convidar para participar de suas reuniões e atividades técnicos ou representantes de instituições ou da sociedade civil organizada;

d) Outros

- M) Aprovar o regimento, a organização, a convocação extraordinária e as normas de funcionamento da Conferência Municipal de Saúde, bem como das plenárias de saúde;
- N) apreciar quaisquer outros assuntos que lhe forem submetidos, dentro de sua competência.

ANEXO 4 - CLASSIFICAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DO CES-MG

Atribuições do Art. 7º do RI do CES-MG classificadas como:

e) Controlar/acompanhar/fiscalizar

II - Deliberar sobre a adequação de Plano Anual Estadual de Saúde, a ser enviado à Assembléia Legislativa do Estado, às diretrizes definidas pelo Conselho Estadual de Saúde, e fiscalizar, acompanhar e avaliar o cumprimento da Política que orienta o plano;

III - Apreciar, analisar e fiscalizar, em nível estadual, o funcionamento do Sistema de Saúde;

V - Analisar a compatibilidade do Plano de aplicação de recursos do SUS/MG com a prestação de contas encaminhada pelas SES;

VI - Apreciar a compatibilidade da prestação de contas de nível municipal, encaminhada pelo C.M.S. com plano de aplicação de recursos respectivo;

VII - Conhecer e apreciar os Convênios e Termos Aditivos que se referirem ao funcionamento e consolidação do Sistema de Saúde;

VIII - Solicitar, para conhecimento e fiscalização cópias dos balancetes mensal e anual dos órgãos integrantes do Sistema Estadual de Saúde;

IX - Fiscalizar a alocação dos recursos econômicos, financeiros, operacionais e humanos dos órgãos institucionais do Sistema Estadual de Saúde, para que assim possam melhor exercer suas atividades e atender eficientemente às necessidades populacionais nesta área;

XVIII - Exercer ampla fiscalização nos órgãos prestadores de serviços, na área de saúde, no sentido de que suas ações proporcionem desempenho efetivo e com alto grau de resolutividade ao Sistema Estadual de Saúde;

f) Formulação/proposição

I - Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos Estaduais de Saúde de modo a atender prioridades definidas, através de estudos de condicionantes políticos, sociais econômicos e, de indicadores epidemiológicos;

XI - Opinar previamente sobre toda e qualquer proposta de alteração da legislação sobre o Sistema Estadual de Saúde, de iniciativa do governo;

XIV - Sugerir meios para a integração dos serviços de saúde, para capacitá-los a responder à demanda populacional, com eficácia, eficiência e efetividade;

XVII - Propor meios para a articulação da soma de esforços das diversas instituições, entidades privadas e organizações afins, com o intuito de evitar-se a diluição de recursos humanos e atividades nas áreas da saúde;

XIX - Estabelecer critérios gerais de controle e avaliação do Sistema Estadual de Saúde, com base em parâmetros de cobertura, cumprimento das metas estabelecidas, produtividade e resolutividade, recomendando mecanismo claramente definidos para correção das distorções, tendo em vista o atendimento pleno das necessidades populacionais;

g) Ter acesso à informação

X - Ter integral acesso, entre outras, a todas as informações de caráter técnico administrativo, econômico-financeiro, orçamentário e operacional, bem como sobre recursos humanos, convênio, contratos e termos aditivos que digam respeito à estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao Sistema de Saúde;

XVI - Ter acesso pleno aos registros atualizados e fiéis dos quadros de pessoal dos órgãos integrantes do Sistema Estadual de Saúde, assim como da distribuição por turno de trabalho, carga horária e escala de plantões respectivos;

h) Publicização das ações

IV - Possibilitar o amplo conhecimento do Sistema Estadual de Saúde à população e às instituições públicas e entidades privadas;

XV - Cobrar a divulgação ampla de dados e estatísticas relacionados com a Saúde no Estado;

XX - Incentivar e participar da realização de estudos, investigações e pesquisa na área da saúde;

XXI - Solicitar, através de sua Mesa Diretora, aos órgãos integrantes do Sistema Estadual de Saúde a colaboração de servidores de qualquer graduação funcional, com a anuência da respectiva direção para participarem da elaboração de estudos, no esclarecimento de dúvidas, para proferirem palestras técnicas, ou ainda prestarem esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão a que pertencem;

XXIII - Pronunciar-se sobre as propriedades orçamentárias, operacionais e metas estratégicas, dos órgãos institucionais vinculados ao Sistema estadual de Saúde;

i) Interação (coordenação) com outros órgãos

XII - Manter audiências com dirigentes dos órgãos vinculados ao Sistema Estadual de Saúde, sempre que atender necessário, para debater o encaminhamento de assuntos de interesse coletivo e relacionado diretamente às suas atividades específicas;

XIII - Promover articulação multi-institucional, observadas as estruturas específicas a nível de cada órgão participante do Sistema Estadual de Saúde;

XXII - Promover contatos com as várias instituições, entidades provadas e organizações afins, responsáveis pelas ações ligadas às necessidades de saúde, Saneamento básico, Educação Sanitária e Meio Ambiente da população, para atuação conjunta;

j) Outros

XXIV - Alterar este Regimento Interno, no que não contraria outros documentos legais;

XXV - Apreciar quaisquer outros assuntos que lhe forem submetidos.

ANEXO 5 – RELAÇÃO DE ENTREVISTADOS

Entrevista 1 – RA, representante do segmento dos trabalhadores (CES-MG)

Entrevista 2 – RR, representante do segmento dos trabalhadores (CES-MG)