

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA
MESTRADO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

THAIS SOARES KRONEMBERGER

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA POLÍTICA DE
SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE NITERÓI**

Niterói
2010

THAIS SOARES KRONEMBERGER

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA POLÍTICA DE
SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE NITERÓI**

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

Orientador: Prof. Dr. Ari de Abreu Silva

Niterói
2010

THAIS SOARES KRONENBERGER

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA POLÍTICA DE
SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE NITERÓI**

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

Aprovado em 8 de junho de 2010 com nota máxima (dez).

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ari de Abreu Silva - Orientador
UFF

Prof^a. Dr^a Ângela Vieira Neves
UFF

Prof. Dr. Aluizio Alves Filho
UFRJ/PUC-Rio

Prof. Dr. Carlos Henrique Aguiar Serra - Suplente
UFF

Prof^a. Dr^a. Jaqueline de Oliveira Muniz - Suplente
UCAM

Niterói
2010

*Para meus pais, **Heloisa e José**, e minhas irmãs, **Catarina e Gabriela**, alicerces da minha existência.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida;

Agradeço a minha mãe, Heloisa, por acreditar em mim e compartilhar dos meus ideais;

Ao meu pai, José, pela disciplina e por me ensinar a ser forte em todos os momentos;

Sou grata aos meus pais pelos anos de dedicação e pela educação que me foi proporcionada;

À Catarina, minha irmã querida, pelo companheirismo e confiança;

À Gabriela, minha irmã menor e filha do coração, pela compreensão nos momentos em que estive ausente;

Ao meu companheiro Felipe, por tornar a minha vida especial a cada dia;

Ao meu orientador Prof. Dr. Ari de Abreu Silva, um amigo e exemplo de professor;

Ao querido Marcio Malta, exemplo de confiança e caráter;

Ao amigo Alexandre Alves, com quem compartilhei dúvidas, alegrias e angústias;

À Professora Angela Neves, pelas discussões que norteiam este trabalho;

Ao Professor Aluizio Alves Filho, pelas contribuições no desenvolvimento da dissertação;

Agradeço ao Professor Carlos Henrique e à Professora Jacqueline de Oliveira Muniz por comporem a minha banca de dissertação como membros suplentes;

Aos colegas de Mestrado da turma de 2008, Ruy, Lilian, Malu, Marcelo, Flavia, Ricardo, Éden, com quem tive momentos inesquecíveis;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida durante o curso de Mestrado.

RESUMO

O presente estudo tem como principal objetivo analisar o caráter democrático e participativo dos conselhos de políticas públicas, em especial, o conselho municipal de saúde de Niterói, tendo como foco os representantes da sociedade civil. Com composição paritária e atribuições deliberativas, fiscalizadoras e de acompanhamento da política pública, inclusive em seus aspectos econômico-financeiros, os conselhos de saúde constituem no início da década de 1990 um importante constructo institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). A hipótese central que norteia a realização deste trabalho volta-se para a centralização de poder no interior desta instância por grupos participantes, inclusive representantes do poder público o que comprometeria a ocorrência do processo democrático e a inclusão participativa de novos atores. O estudo da prática democrática e participativa foi analisado a partir de quatro categorias pertinentes ao funcionamento do conselho: *organização*, desdobrada em duas subcategorias, *estrutura e composição*; *representação*; *deliberação* e *autonomia*. Além disso, buscou-se captar a percepção dos conselheiros representantes da sociedade civil – usuários e profissionais de saúde – quanto aos aspectos positivos e negativos ao exercício da participação. A realização da pesquisa foi caracterizada pela observação nas reuniões ordinárias do conselho municipal de saúde de Niterói, análise documental e entrevistas com os conselheiros representantes da sociedade civil. O estudo demonstra que a relação Estado-Sociedade precisa ser fortalecida com a democratização do poder em direção a sociedade, ainda considerada insuficiente, visto o conselho de saúde de Niterói enfrentar sérios entraves ao seu funcionamento, principalmente nos aspectos relacionados à sua autonomia e ao processo deliberativo.

Palavras-Chave: Conselhos de Saúde; Participação; Democracia.

ABSTRACT

The present study has as main object the analysis of the democratic and participatory public policies councils, especially Niterói's local health council, focusing on civil society representatives. Health councils emerge in the early 1990's as an important idealization of the Sistema Único de Saúde (SUS), with an equal composition and deliberative, supervising and stateful functions, monitoring public policies, including its economic and financial aspects. The central hypothesis guiding this work turns to the centralization of power within this instance by certain groups, which would limit the occurrence of the democratic participatory process and the inclusion of new actors. The study of the democratic and participatory practice was analyzed out of four relevant categories to the functioning of the board: organization, split into two subcategories, structure and composition; representation, deliberation and autonomy. There has also been an attempt to capture the perception of civil society representative counselors - users of the system and health professionals - for positive and negative aspects needed in the exercise of participation. The research was characterized by observation and presence in regular meetings of the municipal health council in Niterói, documental analysis and interviews with the civil society representatives advisers. The study shows that the relationship between State and society must be strengthened with the democratization of power towards society, yet insufficient, since the board of health in Niterói face serious barriers to its operation, especially in aspects related to autonomy and deliberative process.

Key Words: Health Councils; Participation; Democracy.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Objetivos	13
2.1. Objetivo Geral.....	13
2.2. Objetivos Específicos.....	13
3. Hipótese	14
4. Metodologia e Operacionalização	14
5. Justificativa	17
5.1. A Escolha do Município de Niterói.....	19
CAPÍTULO I – DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO: PROCESSOS EM CONSTRUÇÃO PERMANENTE	23
1.1. Democracia e Participação: uma Abordagem Teórica.....	23
1.2. Sociedade Civil: uma Contribuição para sua Definição.....	44
1.3. Processo Democrático e Cidadania no Brasil: um Debate em Períodos Recentes.....	51
CAPÍTULO II - PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NA POLÍTICA DE SAÚDE	62
2.1. Do Movimento Sanitário ao Surgimento do SUS.....	62
2.2. O Sistema Único de Saúde: Princípios e Diretrizes.....	72
2.3. Institucionalização da Participação na Política de Saúde.....	83
2.3.1. Os Conselhos de Saúde.....	92
2.3.2. Entraves ao Funcionamento dos Conselhos de Saúde: como torná-los mais Democráticos?.....	100
CAPÍTULO III - O CONSELHO DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE NITERÓI	113
3.1. O Conselho de Saúde de Niterói.....	113
3.2. O Conselho de Saúde de Niterói em sua Realidade: Observação e Análise.....	117
3.2.1. Organização.....	117

3.2.1.1. Estrutura.....	118
3.2.1.2. Composição.....	121
3.2.2 Representação.....	129
3.2.3. Deliberação.....	130
3.2.4. Autonomia.....	137
3.2.5. Aspectos Negativos e Positivos a Participação como Conselheiro de Saúde.....	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
ANEXOS.....	149
ANEXO I – Roteiro de Entrevistas.....	149
ANEXO II – Quadro Resumo Reuniões Ordinárias e Extraordinárias Conselho Municipal de Saúde de Niterói – 2008/2009.....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS – Ações Integradas de Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CMS/NIT – Conselho Municipal de Saúde de Niterói
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
D.O – Diário Oficial
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
IAPAS - Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
NOBs - Normas Operacionais Básicas
PAIS - Programa das Ações Integradas de Saúde
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SC PS – Sociedade Civil Segmento Profissional de Saúde
SC U – Sociedade Civil Segmento Usuário
SESAC - Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social
SINTUFF - Sindicato de Trabalhadores da Universidade Federal Fluminense
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo insere-se na discussão sobre os Conselhos de Políticas Públicas, caracterizados como arranjos institucionais de participação da sociedade civil brasileira que se desenvolveram na década de 1990. Tendo como objeto de estudo o Conselho de Saúde do Município de Niterói (CMS/NIT), busca-se a partir da percepção dos representantes da sociedade civil no conselho, analisar o caráter democrático e participativo desta instância. Considera-se como representantes da sociedade civil os conselheiros dos segmentos usuários e profissionais de saúde, ou seja, os atores políticos que não constituem a esfera do Estado.

A Constituição Federal de 1988, denominada de “Constituição Cidadã” define que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja organizado pela diretriz da participação da comunidade (Art. 198). Esta participação é regulamentada pela Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde e designa o conselho em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas do sistema de saúde (Art. 1º). A mesma lei define o conselho de saúde em caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre representantes da sociedade civil e do Estado, tendo como função atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Art. 1º§ 2º).

Considerados um conquista democrática do movimento social por um novo sistema de saúde no país a partir de meados da década de 1970, os conselhos de saúde possuem composição paritária - 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde, 25% de representação do governo, de prestadores de serviços privados – e contam com atribuições legais amplas, próprias do Poder Executivo e do Poder Legislativo, na definição e no acompanhamento da política.

Certamente, a participação da sociedade civil organizada em espaços deliberativos constitui um fenômeno de grande envergadura e densidade, que coloca desafios às teorizações sobre as democracias originadas de regimes autoritários, como é o caso brasileiro. Mais ainda, confirma que é real a possibilidade da participação social constituir-se como diretriz de uma política pública capaz de nortear os processos decisórios governamentais e afiançar o compromisso de dirigentes com o compromisso de decisões democraticamente tomadas (LABRA, 2009).

O conselho de saúde, portanto, é um espaço público onde a comunidade se expressa reivindicando seus direitos e controlando o Estado para que execute as deliberações oriundas desta instância. Esta garantia legal da participação da comunidade na gestão das ações e serviços de saúde por si só não garante o desempenho dos conselhos de saúde, uma vez que os mesmos estão na dependência de questões que envolvem diretamente a cultura do exercício da democracia por parte dos cidadãos (GOLÇALVES; SILVA; PEDROSA, 2008).

Labra (2002) argumenta que à medida que as políticas de saúde são pouco efetivas, os serviços de saúde funcionam mal ou os gestores são autoritários ou displicentes, os efeitos podem ser os piores possíveis para o exercício do controle social: perpetuação de valores culturais tradicionais, ritualização da representação dos usuários nos conselhos de saúde, falta de compromisso dos conselheiros frente à comunidade e comportamentos individualistas. Isto redundaria em um círculo vicioso “que fomenta la apatia participativa, la desconfianza em los poderes públicos y em los políticos, el descrédito, em fin, de la democracia y sus instituciones” (LABRA, 2002, p. 54).

Para Guizardi; Pinheiro (2006), após a experiência de mais de uma década dos conselhos de saúde, um conjunto de questões demanda respostas: concretizaram-se por meio destes espaços públicos as expectativas a eles vinculadas? Sua formalização consolidou e avançou o processo de democratização do Estado brasileiro? Ou, ainda, transformou a produção da política de saúde na direção pretendida?

Embora os conselhos de políticas sociais tenham como um dos seus principais objetivos promover a participação da sociedade civil na condução das políticas públicas, essa participação não segue como decorrência natural do funcionamento dos conselhos. “A mera institucionalização dessas arenas não é condição suficiente para que a participação política ocorra em “sintonia fina” com o espírito da Constituição Federal de 1988” (FUKS, 2005, p.47).

Neste sentido, tendo como principal objetivo compreender o processo democrático no interior destas instâncias para além da sua estrutura normativa, que este trabalho dedica-se ao estudo de caso no conselho de saúde do município de Niterói, dando voz, em especial, aos representantes da sociedade civil. Buscou-se analisar se a participação social através deste espaço público está provocando transformações no processo de decisão da política e se, para isso, a atuação da sociedade está tornando as

gestões públicas mais suscetíveis ao controle social, promovendo uma maior intervenção e fiscalização da política de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo geral do estudo é analisar o caráter democrático e participativo do conselho de saúde de Niterói, a partir de quatro categorias de análise voltadas para o funcionamento desta instância: **organização**, desenvolvida a partir de duas subcategorias: *estrutura e composição*; **representação, deliberação e autonomia**. Além disso, busca-se analisar a percepção dos conselheiros representantes da sociedade civil – usuários e profissionais de saúde – quanto aos aspectos positivos e negativos ao exercício da participação.

Pretende-se também analisar, a efetivação da participação e da prática democrática a partir da dinâmica de funcionamento do conselho, pois entende-se que o processo de decisão e acompanhamento da política é construído neste espaço público, na relação Estado-Sociedade.

2.2. Objetivos específicos

- Analisar a relação do conselho de saúde com o Executivo local;
- Analisar a influência do conselho na elaboração do orçamento no município de Niterói;
- Analisar a capacidade dos conselheiros representantes da sociedade civil em exercerem influência no processo de decisão da política;
- Analisar a existência de práticas políticas conservadoras neste espaço público, responsáveis por limitar a autonomia dos conselheiros representantes da sociedade civil;
- Investigar se existem condições de infra-estrutura para o funcionamento do conselho de saúde de Niterói (sede própria, internet, etc.), bem como a existência de instrumentos utilizados para divulgar as resoluções junto à sociedade civil;
- Analisar a forma de composição das entidades representantes no conselho de saúde de Niterói, a forma de escolha do presidente e da secretaria executiva, e também o respeito à paridade na representação;

- Analisar a representação da sociedade civil no conselho, como: participação dos conselheiros em associações e eventos na área de saúde; tempo de participação como conselheiro, e também tempo de participação da entidade no conselho.

3. HIPÓTESE

A hipótese geral deste estudo é a concentração de poder no Executivo local no exercício das funções do conselho de saúde. Acredita-se que o funcionamento destas instâncias está muito atrelado à secretaria municipal de saúde. Tal questionamento está diretamente relacionado com a democratização do poder do Estado em direção a sociedade civil.

Também constitui hipótese deste trabalho, a existência de atores políticos que controlam o processo decisório no interior do conselho, o que comprometeria o caráter democrático no funcionamento desta instância de participação.

4. METODOLOGIA E OPERACIONALIZAÇÃO

A dissertação utilizou como estratégia de pesquisa o estudo de caso por considerar um método relevante para o alcance do objetivo proposto. Considera-se que o presente trabalho possa contribuir nas demais investigações a serem realizadas nos conselhos de políticas públicas.

A pesquisa foi realizada no período de julho de 2009 a fevereiro de 2010 no conselho municipal de saúde de Niterói (CMS/NIT). Criado em 1992, o conselho é formado por 32 conselheiros titulares, dos quais 16 representam o segmento de usuários; 8, o de gestores; 8, o de trabalhadores de saúde, não havendo representantes dos prestadores de serviços.

O estudo foi caracterizado pela análise documental em atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS/NIT no período de 2008-2009; observação em reuniões iniciada em julho de 2009 até o período de fevereiro do ano em curso, e também por entrevistas semi-estruturadas com os conselheiros de saúde. A partir de um questionário com perguntas abertas (Anexo I) foram realizadas quinze entrevistas, sendo dez entrevistados do segmento dos usuários e cinco conselheiros representantes dos profissionais de saúde.

Realizou-se pesquisa bibliográfica sobre os estudos de caso em âmbito nacional, sobre os conselhos municipais de saúde, visando extrair contribuições para a realização deste estudo.

O método utilizado neste trabalho também compreendeu a pesquisa, a leitura e a reflexão teórica da literatura sobre o tema, abrangendo livros, dissertações e artigos em periódicos.

Para analisar a prática democrática e participativa no funcionamento do conselho elaborou-se um quadro de categorias e variáveis (Quadro I) - construído a partir da revisão bibliográfica sobre a temática e da observação nas reuniões do conselho. É fato que o estudo sobre esta questão não se esgota nas categorias e variáveis compostas no Quadro I, sendo apenas um recurso metodológico para a melhor análise dos resultados.

Ao todo são quatro categorias: **organização, representação, deliberação e autonomia**. Além disso, acrescenta-se a percepção dos conselheiros representantes da sociedade civil – entendidos como os usuários e os profissionais de saúde – em relação **aos aspectos positivos e negativos à participação no conselho**. Ressalta-se que as categorias foram elaboradas com base na revisão bibliográfica sobre o tema e na observação nas reuniões do conselho.

A categoria **organização** está relacionada à disposição do conselho em seus aspectos administrativos e físicos, bem como as características na sua composição. A título de organização dos resultados, esta categorias foram divididas em duas subcategorias: *estrutura e composição*. Para caracterizar a estrutura do conselho selecionou-se os seguintes critérios de análise: *estrutura física e administrativa; existência de instrumentos de comunicação junto à população; cursos de capacitação; comissões temáticas e periodicidade das reuniões*. Em relação à *composição*, têm-se as variáveis a seguir: *forma de escolha do presidente e da secretaria executiva; presidência do conselho exercida pelo próprio secretário municipal de saúde; forma de escolha das entidades representantes; paridade; participação da população nas reuniões*.

A **representação** foi analisada a partir da relação estabelecida entre o conselheiro de saúde e a entidade que representa, pois acredita-se que a efetividade da prática participativa volta-se para solidez do vínculo entre representante e representado. Tal categoria foi analisada a partir dos seguintes critérios: *tempo de participação como conselheiro de saúde; participação nas conferências de saúde (municipal, estadual e nacional); tempo de participação da entidade no conselho; divulgação a entidade que representa sobre os assuntos do conselho*.

A **deliberação** volta-se para os aspectos que caracterizam o processo de definição da política e busca perceber a influência dos representantes da sociedade civil na *elaboração do orçamento; na decisão da política e na construção da pauta*.

E por fim, entende-se que o processo de democratização do conselho passa pela sua **autonomia**, pela relação de não dependência com o Executivo local no seu funcionamento. As variáveis que compõem esta categoria são: *orçamento próprio; sede própria; atividades/reuniões fora da sede do conselho; existência formal de vínculos entre a prefeitura e os conselheiros*.

QUADRO I – MÉTODO DO ESTUDO: CATEGORIAS E VARIÁVEIS DE ANÁLISE

CATEGORIAS		VARIÁVEIS
ORGANIZAÇÃO	ESTRUTURA	Estrutura física e administrativa
		Existência de instrumentos de comunicação junto à população
		Cursos de capacitação
		Comissões temáticas
		Periodicidade das reuniões
	COMPOSIÇÃO	Forma de escolha do presidente e da secretaria executiva
		Presidência do conselho exercida pelo próprio secretário municipal de saúde
		Forma de escolha das entidades representantes
		Paridade
		Participação da população nas reuniões
REPRESENTAÇÃO	Tempo de participação como conselheiro de saúde	
	Participação nas conferências de saúde (municipal, estadual e nacional)	
	Tempo de participação da entidade no conselho	
	Divulgação à entidade que representa sobre os assuntos do conselho	
DELIBERAÇÃO	Influência na elaboração do orçamento	
	Construção da pauta	
	Influência no processo de decisão da política	
AUTONOMIA	Orçamento próprio	
	Sede própria	
	Atividades/reuniões fora da sede do conselho	
	Existência/forma de vínculos entre a prefeitura e os conselheiros	
ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS A PARTICIPAÇÃO		

Destaca-se algumas limitações metodológicas na realização deste trabalho, como a demora no acesso a documentação (atas, regimento interno) do conselho de saúde do

município de Niterói, provocada pela burocratização deste espaço. Além da dificuldade no acesso a tais materiais, ocorreu o atraso na realização das entrevistas com os conselheiros de saúde, explicado pela não divulgação à população dos contatos das entidades representantes.

5. JUSTIFICATIVA

A dissertação a ser desenvolvida é um desdobramento do estudo iniciado na monografia apresentada ao curso de Ciências Sociais da Universidade Federal Fluminense no 2º semestre de 2006¹, cujo tema foi o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a atuação dos principais atores políticos na política de saúde durante a década de 1990.

O objetivo principal do trabalho foi analisar a partir do processo de descentralização aplicado na saúde, a atuação dos principais atores políticos na política de saúde durante os anos 90, buscando traçar suas perspectivas e estratégias para o sistema de saúde brasileiro. Os atores políticos analisados foram: os conselhos de saúde, bem como, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; o Ministério da Saúde; as agências internacionais; a frente parlamentar da saúde; os planos privados de saúde; a participação da sociedade civil e o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira.

A realização deste trabalho foi fundamental para conhecer e compreender os distintos discursos específicos de cada ator político na área da saúde, assim como provocar questionamentos sobre a gestão pública do SUS. Tratou-se, de um conjunto de informações e interesses que dão ênfase ao ponto de vista de cada ator político analisado no referido trabalho.

No estudo realizado, os conselhos de saúde foram identificados como atores políticos de importante atuação no processo de descentralização do SUS. A questão do controle social foi analisada, observando-a através da expansão das instâncias de decisão do SUS, tanto em termos de participação societária, como de outros organismos entre as esferas do Executivo.

Nas últimas décadas, proliferaram novas formas participativas associadas às pressões por mais participação de organizações da sociedade civil que se mobilizaram

¹ Ver KRONEMBERGER, Thais Soares. O processo de descentralização do SUS: a atuação dos principais atores políticos na política de saúde brasileira nos anos 90. Cadernos do ICHF. Série Estudos e Pesquisas (UFF), v.3, 2008.

para inserir, na agenda pública, propostas e demandas relacionadas a temas diversos. No Brasil ocorreu a disseminação dessas formas de participação nas mais variadas políticas públicas, em todos os níveis de gestão – federal, estadual, regional, municipal e local - e foi na área de saúde, que tal disseminação ocorreu primeiramente em relação às outras áreas (CORTES, 2009).

Os conselhos de saúde surgiram como inovações políticas no quadro sanitário durante a década de 1990. A extensão e a rapidez na sua origem por todo o país têm transformado esses órgãos em foco de atenções de estudiosos. Os conselhos municipais de saúde desde a sua fase de implementação no início da década de 1990, com a Lei 8.142, que regulamenta a existência de conselhos, apresentaram um forte crescimento por todo o país. Entre 1991 e 1993 foram constituídos cerca de dois mil conselhos de saúde, o que significa um ritmo de praticamente dois novos conselhos por dia. Em julho de 1996, de acordo com o número de municípios já habilitados à municipalização, sugere que cerca de 65% do universo dos municípios dispõem de conselhos (CARVALHO, 1997).

Atualmente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM)², quase a totalidade dos municípios brasileiros possuem conselho de saúde (98,5%). Sua implantação e funcionamento provocaram inúmeras discussões e questionamentos por parte dos governos estaduais, municipais e dos movimentos sociais. De um lado, gestores que possuíam uma cultura centralizadora e burocratizada, que impedia a existência de fluxos de comunicação entre poder público local e a sociedade; por outro lado, as representações dos segmentos de trabalhadores de saúde, produtores de serviços e usuários que não apresentavam mecanismos que produzissem relações políticas nas quais os interesses conflitantes pudessem ser negociados em prol da saúde de toda a sociedade (GOLÇALVES; SILVA; PEDROSA, 2008).

A criação dos conselhos de saúde no Brasil e sua importância para a participação da sociedade civil na tomada de decisão é elemento fundamental no processo de construção da cidadania, sendo ainda importante instrumento de controle social e mecanismo estratégico na garantia de direito à saúde, fundamentado nos princípios da democratização do poder decisório no SUS (MARTINS, et. al, 2008).

Os conselhos municipais de saúde estão entre as principais experiências que acompanham o processo de redemocratização no país. Ao longo do período de

² BREMAEKER, François E. J. **Os conselhos municipais existentes no Brasil.** IBAM/APMC/NAPI/IBAMCO, 2001.

implementação do SUS, os conselhos de saúde consolidaram-se como espaços de mediação, participação e intervenção de interesses e de valores diversificados e plurais.

Por outro lado, comprova-se na prática que os conselhos de saúde possuem enormes problemas de legitimação e eficácia nesses espaços. Labra (2005) ao analisar esta questão aponta como explicação para esse paradoxo a tardia relação entre dois importantes fatores. De um lado, a adesão formal dos governantes aos princípios republicanos e, por outro, a disseminação desses valores na sociedade. A Constituição Federal de 1988 expressa a vontade dos legisladores em conduzir o país à democracia representativa. Entretanto, o processo de internalização desses valores está muito no início, até porque, de forma muito recente, as mudanças na cultura cívica e política ainda não se traduzem em crenças e comportamentos das elites, das instituições e da inclusão das organizações da sociedade com este ideal.

Desta forma, torna-se necessário aprofundar o estudo de experiências institucionais participativas, dentre elas os conselhos de saúde, como forma de qualificar não apenas os processos participativos, mas também o impacto que representam no que se refere à qualidade da democracia.

É sobretudo, no âmbito local, mas não exclusivamente, que emergem formas inovadoras de ação governamental, gestão pública e participação dos cidadãos. No campo institucional, a federação brasileira tende a ser um sistema bastante descentralizado, ainda que não tenha completado o processo de transferência de atribuições e competências para os municípios (ALMEIDA; CARNEIRO, 2003).

Neste sentido, os conselhos municipais de saúde tornaram-se potenciais instâncias de deliberação sobre as demandas manifestas da comunidade local, que visam assegurar a presença dos diversos segmentos da sociedade. Nesta perspectiva, constituem-se espaços para efetivação e consolidação na definição da política de saúde, possibilitando a participação de um ator político historicamente excluído das decisões políticas: a sociedade civil.

5.1. A Escolha do Município de Niterói

Localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, o município de Niterói possui 474.002 habitantes, com 129,38 km² de extensão territorial, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2007³.

³ Disponível em: www.ibge.gov.br/cidades. Acesso em 07 de março de 2009.

Foi capital do Estado do Rio de Janeiro em 1835 e no período de 1894 a 1901 perdeu o título provisório de Capital do Estado, retornado em 1902. Somente no ano de 1974, o município de Niterói deixa efetivamente de ser capital do Estado com a fusão entre os Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro. Após o Decreto nº 7928/98, de 06 de outubro de 1998, torna sem efeito qualquer indicação de divisão do município em distritos, assim permanecendo nesta divisão territorial.

Em relação à gestão da política de saúde, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96, denominada NOB 01/96⁴, criou duas modalidades de habilitação em gestão municipal: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). O município de Niterói é habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal e de acordo com esta forma de gestão possui as seguintes responsabilidades:

- Elaborar toda a programação municipal, contendo, a referência ambulatorial especializada e hospitalar;
- Gerenciar as unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, assim como, do estado e da União;
- Garantir a prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes;
- Normalizar e operar as centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência municipal e intermunicipal;
- Executar as ações básicas de média e alta complexidade em vigilância sanitária;
- Executar as ações de epidemiologia, de controle de doenças, dentre outras.

A NOB SUS01/96 reforçou a municipalização da saúde ao estabelecer como sua “finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus habitantes” (BRASIL, 1996). Esta norma de caráter municipalista propôs a ampliação das transferências regulares na forma “fundo a fundo”, incentivando a autonomia dos gestores municipais.

⁴ A Norma Operacional Básica 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município e redefinindo competências de estados e municípios. Os objetivos gerais desta NOB 96 foram promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal; descentralizar a responsabilidade pela gestão e execução da atenção básica de saúde; aumentar a participação da transferência regular e automática dos recursos federais a Estados e municípios; fortalecer e gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federais, através das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços de negociação e pactuação entre os gestores.

Importante destacar que esta norma estabeleceu pré-condições, ou requisitos, para que os municípios se habilitassem à forma de gestão pretendida. Um destes requisitos, para ambas as modalidades de gestão, é a comprovação do funcionamento do conselho municipal de saúde e da operação do Fundo Municipal de Saúde. Ressalta-se que anteriormente a esta legislação, especificamente no ano de 1992, o município de Niterói já havia implementado o seu conselho de saúde através da Lei Municipal nº 1085/1992, ainda regido pela legislação federal específica.

Em pesquisa realizada pelo Observatório das Metrôpoles⁵ da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, os conselhos municipais da metrópole fluminense possuem como principais características no que concerne ao seu funcionamento:

- A institucionalização dos conselhos pela totalidade dos municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, envolvendo principalmente as políticas sociais que tiveram incentivos do governo federal para sua descentralização. Assim, todos os municípios metropolitanos institucionalizaram os conselhos de saúde, de educação, da criança e do adolescente, e da assistência social;
- Adoção pela maioria dos municípios de mecanismos e procedimentos de garantia da participação autônoma da sociedade nesses canais, tais como fóruns próprios para a escolha das organizações que compõem os conselhos, acesso as informações, e formas diversas de prestação de contas;
- Elevada escolaridade dos conselheiros quando comparada à média da população na região. Consta-se que 90% tinham, no mínimo, o segundo grau completo e nenhum conselheiro se declarou analfabeto. Apesar do perfil de alta escolaridade em todos os setores, os conselheiros ligados às associações civis apresentaram níveis educacionais mais baixos que os demais.
- Em relação ao perfil de renda dos conselheiros, constatou-se que a maior parte apresentava um perfil de média/alta remuneração, onde 66% recebiam rendimentos acima de 5 salários mínimos e 39% acima de 10 salários mínimos. Cabe registrar, porém, que apesar de um rendimento médio elevado, os

⁵ Relatório Final de dezembro de 2005 “Como andam as Metrôpoles”. Disponível em: <http://web.observatoriodasmetrolopes.net/>. Acesso em 07 de março de 2009.

conselhos incorporavam um expressivo contingente de pessoas com baixa remuneração, até 5 salários mínimos, representando 27% do total dos conselheiros pesquisados. Verificou-se grandes variações entre os conselheiros seja segundo os municípios, seja segundo os segmentos representados.

Importante destacar que o estudo demonstra diferenças significativas entre os municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro no que concerne a institucionalização dos conselhos, entre as quais destacamos: (a) há casos onde os membros da sociedade civil permanecem indicados pelos dirigentes governamentais, principalmente pelos secretários municipais, impedindo a representação autônoma da sociedade civil; (b) a questão orçamentária, em geral, não faz parte da agenda dos conselhos, constituindo-se em grave obstáculo na definição das políticas públicas; (c) verifica-se grandes desigualdades nas condições de funcionamento dos conselhos.

Desta forma, devido à peculiaridade no funcionamento de cada instância de participação, elegemos o conselho de saúde de Niterói para analisar, o caráter democrático e participativo deste espaço público na política de saúde, tendo como foco os representantes da sociedade civil. Entende-se que este objetivo está diretamente relacionado com a democratização de poder do Estado em direção a sociedade civil, condição necessária para o funcionamento efetivo desta instância de participação.

Neste sentido, além desta seção introdutória sobre o escopo da pesquisa, a dissertação encontra-se estruturada em três capítulos e as considerações finais, assim distribuídos: no primeiro capítulo discute-se o conceito de democracia e participação e seus significados a partir da Antiguidade, além de apresentar uma seção dedicada à definição de sociedade civil, e também uma abordagem do processo de democratização da sociedade brasileira com a constituição dos conselhos de políticas públicas; o segundo capítulo volta-se para o debate da política de participação social no SUS, a origem e a institucionalização dos conselhos de saúde, bem como apresenta as características e os principais entraves ao funcionamento efetivo destas instâncias de pactuação na política de saúde; o terceiro capítulo dedica-se aos resultados da pesquisa de campo no conselho de saúde do município de Niterói, voltados principalmente para a análise do caráter democrático e participativo deste espaço público; e por fim apresenta-se as considerações finais do estudo realizado com a síntese dos principais resultados.

CAPÍTULO I - DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO: PROCESSOS EM CONSTRUÇÃO PERMANENTE

O primeiro capítulo deste estudo constitui uma breve discussão teórica no âmbito da literatura em ciência política sobre democracia e participação, seus diversos tipos e definições, bem como a abordagem de assuntos que permeiam essa temática, como: cidadania, sociedade civil, cultura democrática e representação.

Pretende-se com esta discussão obter subsídios teóricos para as questões levantadas neste estudo a respeito do caráter democrático e participativo dos conselhos de saúde, em especial, do município de Niterói. O que se entende por democracia e qual o tipo de participação presente neste espaço público? Quais as implicações acarretadas pela representação? As decisões dos assuntos públicos são definidas por todos (as) ou apenas por um pequeno grupo?

A título de organização, o presente capítulo encontra-se estruturado em três grandes seções: a primeira seção discute a concepção de democracia, seus significados e surgimento nas Cidades-Estado da Antiguidade e na sociedade moderna, como também as contribuições de teóricos e estudiosos sobre as implicações da prática democrática e participativa; na próxima seção apresenta-se o conceito de sociedade civil a partir da contribuição de autores que adotam a perspectiva gramsciana; e por fim, na terceira seção discutem-se as abordagens recentes na literatura sobre a discussão da cidadania na sociedade brasileira e a conquista de espaços institucionais de participação, como os conselhos de políticas públicas.

1.1. Democracia e Participação: uma Abordagem Teórica

Democracia, palavra de origem grega designada como o poder do povo (*demos, kratos*) é discutida há cerca de mais de vinte séculos. É uma das ideias consideradas fundamentais no âmbito da política e relaciona-se ao pluralismo político, a livre escolha dos governantes pelos governados e, também a ampla participação do cidadão nas decisões políticas.

O esforço em conceituar a democracia implica levar em consideração o seu caráter crítico e contestável. Isto porque coloca em questão a interface com a realidade e a noção de ideal democrático. Defende-se que a democracia não deve ser entendida apenas por seu aspecto mais geral, como sinônimo de liberdade e igualdade ou até

mesmo como forma de governo. A sua inserção na prática cotidiana, no âmbito da sociedade, ultrapassa esta visão e incorpora a ideia de cidadania.

Segundo Bobbio; Matteucci; Pasquino (2004), na Teoria da Democracia confluem três tradições históricas: a *teoria aristotélica* – das três formas de governo – que define democracia como governo do povo, de todos os cidadãos, ou seja, de todos aqueles que gozam dos direitos de cidadania; a *teoria medieval* de origem romana apoiada na soberania popular, onde há a contraposição de uma concepção descendente da soberania conforme o poder supremo se derive do povo e se torne representativo ou se derive do príncipe e se transmita por delegação do superior para o inferior; a *teoria moderna ou teoria de Maquiavel*, nascida do Estado Moderno na forma das grandes monarquias, segundo as formas históricas de governo. São essencialmente duas: a monarquia e a república - e a democracia nada mais é que uma forma de república, e o governo, originalmente popular, é denominado, ao contrário de democracia, república.

Ainda segundo Bobbio; Matteucci; Pasquino (2004), na teoria política contemporânea as definições de democracia tendem a resolver-se e a esgotar-se num elenco mais ou menos amplo, com os seguintes procedimentos universais: (I) o órgão político máximo, possuidor da função legislativa, deve ser composto de membros direta ou indiretamente eleitos pelo povo; (II) existência de outras instituições com dirigentes eleitos junto ao órgão legislativo; (III) todos os cidadãos que tenham atingido a maioria, sem distinção de raça, de religião, de sexo, podem ser eleitos; (IV) todos os eleitores devem ter voto igual; (V) todos os eleitores devem ser livres em votar, segundo sua própria opinião, formada o mais livremente possível; (VI) devem ser livres também no sentido em que devem ser postos em condição de ter reais alternativas; (VII) nenhuma decisão tomada por maioria deve limitar-se os direitos da minoria.

Sobre a definição de democracia, Bobbio (1999) afirma que, desde a idade clássica até a atualidade, o termo “democracia” foi empregado para designar uma das distintas formas de governo no qual o poder político é exercido pelo povo, ou pela maioria, o que a diferencia da monarquia e da aristocracia como governos de um e de poucos, respectivamente. Esse poder político, como consequência, incorpora a ideia de soberania popular, sendo o povo a autoridade política básica. Embora seja universalmente reconhecida e institucionalmente caracterizada como o modo de governar no qual o povo exerce o poder de forma direta, a democracia possui várias denominações e adjetivos, o que acarreta a falta de unicidade.

Como ressalta Goyarde-Fabre (2003), a democracia definida como “plural”, “liberal”, “socialista”, “popular”, “constitucional”, etc., é geralmente qualificada como: “representativa” (o povo age por meio de representantes); “governada” (o povo é soberano, mas delega seus poderes); “governante” (caso em que o papel dos partidos é fundamental); ou até de “consenciente” (o povo é passivo). A “democracia direta”, assim como implementada na Grécia Antiga, tornou-se história atualmente, porém o povo continua sendo o principal vetor da democracia, o que a indica como o governo do povo. Importante mencionar que até mesmo a palavra povo (*demos*) ainda hoje possui distintos significados.

Como destaca Dahl (2001), embora a palavra *demo*, em geral, na Grécia Antiga se referisse a todo o povo, às vezes significava apenas a gente comum ou apenas o pobre. Era também utilizada por críticos aristocráticos para mostrar desprezo pelas pessoas comuns que haviam usurpado o controle que os aristocratas tinham sobre o governo. O governo popular, que foi introduzido nas cidades gregas, também se fez presente em Roma mais ou menos na mesma época, e foi denominado de república, que poderia ser interpretada como “a coisa pública” ou os “negócios do povo” (em latim, *res* significa coisa ou negócios, e *publicus*, público).

Porém, como ressalta Dahl (2001), o direito de participar no governo ou dos assuntos públicos sempre foi restrito. No caso de Roma, a participação era somente garantida aos patrícios (os aristocratas) e, em Atenas, cidade grega, a participação restringia-se aos homens. Mais tarde, com o desenvolvimento da democracia e após muitos conflitos, foi garantido ao povo o direito à participação no governo.

Dahl (2001) descreve que, com o desenvolvimento da democracia já haviam surgido na Europa, até o século XVIII, práticas e ideias políticas que se tornariam importantes elementos nas instituições democráticas:

(...) a lógica da igualdade, por exemplo, estimulou o surgimento das assembleias *locais*, em que os homens livres pudessem participar do governo, pelo menos até certo ponto. A ideia de que os governos precisavam do *consenso dos governados*, que no início era uma reivindicação sobre o aumento dos impostos, aos poucos se tornou uma reivindicação a respeito das leis em geral. Numa área grande demais para assembleias diretas de homens livres, como acontece numa cidade, numa região ou num país muito grande, o consenso exigia *representação* no corpo que aumentava os impostos e fazia as leis. Muito diferente do costume ateniense, a representação devia ser garantida pela *eleição* – em vez de sorteio ou alguma outra forma de seleção pelo acaso. Para garantir o consenso de cidadãos livres em um país, nação ou estado-nação, seriam necessários legislativos ou parlamentos representativos eleitos em diversos níveis: local, nacional

e talvez até provinciano, regional ou ainda outros níveis intermediários (DAHL, 2001, p. 32).

Porém o autor acrescenta que, se tais idéias e práticas políticas continham uma expectativa de democratização, ainda faltavam peças decisivas para a concretização do ideal democrático. Em primeiro lugar, existiam enormes obstáculos à democracia: diferenças entre direitos, deveres, influência, poder, trabalho, a força de escravos e homens livres, ricos e pobres proprietários e não-proprietários de terras, etc. “A lógica da igualdade mergulhava de cabeça na desigualdade irracional” (DAHL, 2001, p. 33). Em segundo lugar, mesmo onde existiam as assembléias, os parlamentos estavam muito longe de corresponder aos mínimos padrões democráticos. “Os parlamentos em si eram bastiões de privilégios, especialmente em câmaras reservadas para a aristocracia e o alto clero” (DAHL, 2001, p. 33). Em terceiro lugar, os representantes do povo não representavam todo o povo, estando metade da população adulta excluída da vida política. E por último, as ideias democráticas não eram compartilhadas, tampouco compreendidas. “A liberdade de expressão era seriamente restrita, especialmente se exercida para criticar o rei (...). Os partidos políticos foram amplamente condenados por ser considerados perigosos e indesejáveis” (DAHL, 2001, p. 35).

Inserido nesta questão, Arblaster (1987) chama atenção para o problema da relação entre a ideia e a realidade, o que pode ser interpretada como democracia ideal e democracia real. Isto porque a realidade não corresponde a algumas noções clássicas sobre a definição de democracia, o que torna necessário rever a nossa concepção da própria democracia, para que seja adaptada a sociedade atual.

Para Dahl (2001), apesar da presença de muitas ideias sobre a democracia, é possível identificar alguns critérios de um processo democrático a que uma associação ou até mesmo um governo teriam que corresponder para satisfazer a exigência de que todos os membros estejam aptos a participar nas decisões políticas: (I) *participação efetiva*, ou seja, todos os membros devem ter oportunidades iguais e efetivas de voto e todos os votos devem ter o mesmo peso político; (II) *igualdade de voto*, a todos os membros são garantidas oportunidades iguais e efetivas de voto; (III) *entendimento esclarecido*, cada membro tem oportunidades iguais e efetivas de aprender sobre as políticas alternativas importantes e suas prováveis consequências; (IV) *controle do programa de planejamento*, isto é, os membros devem ter a oportunidade exclusiva para

decidir quais as questões que devem ser colocadas no planejamento; (V) *inclusão*, entendida como o pleno direito de cidadãos em participar das decisões políticas.

Com isso, pode-se questionar a existência de todos estes critérios em instituições políticas e nos próprios governos democráticos. É possível, na prática que todos os membros de uma associação tenham o direito à participação e à deliberação, ao acesso às informações, e também que sejam considerados como iguais? Para isso, é importante o conhecimento sobre a realidade política e a avaliação sobre a qualidade da democracia em associações, entidades, instituições políticas de caráter plural, participativo e inclusivo, bem como o apoio dos cidadãos em tais espaços.

Apesar de tais questionamentos, não há dúvidas sobre as qualidades e as vantagens da democracia como prática e até mesmo como sistema político. Sobre este assunto, Dahl (2001) apresenta algumas consequências desejáveis da democracia como governo: direitos essenciais, liberdade geral, autodeterminação, autonomia moral, desenvolvimento humano, igualdade política, proteção dos interesses pessoais essenciais.

Apesar de suas falhas, não devemos perder de vista os benefícios que tornam a democracia mais desejável que qualquer alternativa viável a ela:

- A democracia garante aos cidadãos uma série de direitos fundamentais que os sistemas não-democráticos não proporcionam (nem podem proporcionar);
- A democracia assegura aos cidadãos uma liberdade individual mais ampla que qualquer alternativa viável;
- A democracia ajuda a proteger os interesses fundamentais das pessoas;
- Apenas um governo democrático pode proporcionar uma oportunidade máxima para os indivíduos exercitarem a liberdade de autodeterminação – ou seja: viverem sob leis de sua própria escolha;
- Somente um governo democrático pode proporcionar uma oportunidade máxima do exercício da responsabilidade moral;
- A democracia promove o desenvolvimento humano mais plenamente que qualquer alternativa viável;
- Apenas um governo democrático pode promover um grau relativamente alto de igualdade política (DAHL, 2001, p, 73).

Ainda sobre esta discussão entre discurso e prática democrática, Bobbio (1992) em um dos seus estudos ressalta o caráter dinâmico da democracia e concentra-se no tema da “transformação”, considerando a utilização deste termo em vez de crise: “A democracia não goza no mundo de ótima saúde, como de resto jamais gozou no passado, mas não está à beira do túmulo” (BOBBIO, 1992, p. 9). Sobre esse aspecto da transformação da democracia, Bobbio (1992) examina o contraste entre os ideais

democráticos e a “democracia real”, ou seja, entre o que foi prometido e o que foi efetivamente realizado. Ao todo, identifica seis promessas:

(I) “O modelo ideal da sociedade democrática era de uma sociedade centrípeta. A realidade que temos (...) não tem apenas um centro de poder, mas muitos, merecendo o nome de sociedade policêntrica ou poliárquica” (BOBBIO, 1992, p. 23). Esta citação contrasta entre o modelo de uma sociedade monista, caracterizada por um estado democrático fundado na soberania popular e a sociedade real de caráter pluralista;

(II) A segunda promessa volta-se para questão da representação. “Jamais um princípio foi mais desconsiderado que o da representação política” (BOBBIO, 1992, p. 24). Sendo uma sociedade composta de grupos autônomos que buscam a sua supremacia e defendem seus próprios interesses, ocorre uma combinação entre o interesse nacional e o interesse do próprio grupo. “Quem representa interesses particulares tem sempre um mandato imperativo. E onde podemos encontrar um representante que não represente interesses particulares?” (BOBBIO, 1992, p. 25);

(III) A terceira promessa constitui a não derrota das oligarquias no poder;

(IV) Como quarta promessa tem-se a incapacidade da democracia de ocupar todos os espaços nos quais se exerce o poder para a tomada de decisões. “A esse ponto a distinção que entra em jogo não é mais aquela entre poder de poucos e de muitos, mas aquela entre poder ascendente e poder descendente” (BOBBIO, 1992, p. 27). Neste ponto, o autor argumenta que o desenvolvimento da democracia em um país é constatado, não pela quantidade de indivíduos que possuem o direito de participar nas decisões, mas pelos espaços nos quais podem exercer este direito;

(V) “A quinta promessa não cumprida pela democracia como ideal é a da eliminação do poder invisível” (BOBBIO, 1992, p. 28), ou seja, um Estado invisível. A democracia tem como perspectiva eliminar o poder invisível da sociedade e tornar públicas as decisões, o que favorece o exercício do controle do poder público e do conhecimento das ações pelos cidadãos;

(VI) Última promessa não cumprida é a educação para a cidadania. Sobre este ponto, o autor atenta para o fenômeno da apatia política e do uso clientelista do voto.

Segundo Bobbio (1992), a explicação para o não cumprimento de tais promessas é que elas foram projetadas para sociedades menos complexas que a de hoje. O autor enumera três obstáculos que não estavam previstos ou que surgiram em decorrência das “transformações” da sociedade civil:

(I) “(...) na medida em que as sociedades passaram de uma economia familiar para uma economia de mercado, de uma economia de mercado para uma economia (...) regulada, planificada, aumentaram os problemas políticos que requerem competência técnica” (BOBBIO, 1992, p. 34). A partir daí, como explica o autor, temos a inserção de especialistas na esfera política para solucionar problemas técnicos. E como consequência, a combinação - entenda-se contrária - entre democracia e tecnocracia. A primeira “sustenta-se sobre a hipótese de que todos podem decidir a respeito de tudo” (BOBBIO, 1992, p. 34). A segunda, ao contrário, “pretende que sejam convocados para decidir apenas aqueles poucos que detêm conhecimentos específicos” (BOBBIO, 1992, p. 34).

(II) O segundo obstáculo foi o crescimento do aparato de poder burocrático, hierarquicamente ordenado e, com isso, oposto ao sistema de poder democrático: “configurando-se um sistema político como uma pirâmide, na sociedade democrática o poder vai da base ao vértice e numa sociedade burocrática, ao contrário, vai do vértice à base” (BOBBIO, 1992, p. 34).

(III) O terceiro e último obstáculo volta-se para o rendimento do sistema democrático, sobre a chamada “ingovernabilidade da democracia” (BOBBIO, 1992, p. 35). A questão volta-se para as inúmeras demandas oriundas da sociedade civil, ao governo e a sua incapacidade de respondê-las de forma adequada.

Para Bobbio (1992), a democracia é “caracterizada como um conjunto de regras que estabelecem quem está autorizado a tomar as decisões coletivas e quais os procedimentos” (p. 18). Para que uma decisão possa ser aceita e tenha caráter coletivo é necessário que seja realizada com base em regras “que estabeleçam quais são os indivíduos autorizados a tomar as decisões vinculatórias para todos os membros do grupo, e à base de quais procedimentos” (BOBBIO, 1992, p. 19).

Sobre esta questão, Lindblom (1981) ao analisar o processo de decisão política, argumenta que em todos os sistemas políticos nacionais, os formuladores de políticas representam uma elite eleita. “Em suma, embora as regras democráticas ampliem a participação, ainda assim é necessário que haja na sociedade uma elite incumbida das decisões políticas” (LINDBLUM, 1981, p. 32). Nessa perspectiva, os cidadãos só exerceriam o controle direto sobre a seleção de uma elite que ocupa as posições decisórias. “Não há dúvida de que as regras democráticas dão aos cidadãos importantes poderes e liberdades, mas não um controle muito eficaz sobre a decisão política” (LINDBLUM, 1981, p. 57).

Esta discussão trazida por Lindblom (1981), contrapõe a concepção e a implementação da democracia como prática política e cotidiana que envolveria o conjunto de cidadãos na tomada das decisões políticas. E ainda, encara a participação como um aspecto negativo e ineficaz ao processo de discussão e deliberação dos assuntos de interesse público.

Ao analisar o significado da democracia em uma perspectiva histórica, Arblaster (1987) atenta para uma perspectiva paradoxal ao se referir que, desde a Grécia até a atualidade, a democracia tem sido considerada pelas pessoas cultas, um dos piores tipos de governo e de sociedade. “Era mais ou menos sinônimo de “governo da ralé”, o que, por definição, constituía uma ameaça a todos os valores essenciais de uma sociedade civilizada e ordeira” (ARBLASTER, 1987, p. 18). Como a realidade no surgimento da democracia é caracterizada por uma maioria pobre, isto justificava o significado da democracia como o governo dos pobres ou da “ralé”. Assim, como recorda Arblaster (1987) o termo oligarquia significava não apenas governo de poucos, mas de uns poucos “ricos e bem nascidos”.

Importante também a relação entre democracia e luta. Desde a Grécia Antiga, a democracia nunca foi alcançada sem conflito, e esse conflito tem sido em grande parte, uma forma de luta de classes, mesmo que seja atribuída como a luta da maioria pobre contra os poucos ricos e “bem nascidos” (ARBLASTER, 1987).

Ainda sobre o conceito de democracia em suas origens, Goyarde-Fabre (2003) chama atenção para dois aspectos importantes que se perpetuaram: o primeiro volta-se para a definição de democracia como forma de um regime, tendo por base a autoridade do governo e o exercício do poder pelo povo; já o segundo aspecto é a presença das paixões humanas de caráter conflituoso na esfera política, de forma que “no mesmo movimento que suscita a esperança da liberdade e da igualdade, faz pesar sobre a Cidade as ameaças da desrazão que o desejo insaciável do povo introduz na razão” (GOYARDE-FABRE, 2003, p. 13).

Como mencionado por Arblaster (1987), o conceito de democracia evoluiu para descrever uma realidade em desenvolvimento, pois na Cidade-Estado o conjunto de cidadãos governava a si próprio. A *polis* ou Cidade-Estado era uma entidade autogovernada e dentre elas pode-se citar Atenas, considerada a mais estável e duradoura, além de constituir-se como a mais importante cultural e politicamente da Grécia Antiga. A democracia, encarada como modo constitucional da Cidade-Estado, constituída e gerida pelos cidadãos, voltava-se para a liberdade de opinião e debates

abertos nas assembleias. “Nem existia nada de parecido com a moderna organização partidária, por meio da qual as vozes dissidentes pudessem ser disciplinadas ou silenciadas. A democracia e o debate aberto eram inseparáveis” (ARBLASTER, 1987, p. 39).

Interessante perceber que o surgimento da democracia na Grécia Antiga está diretamente relacionado com a concepção de política e a ideia de cidadania. A política como atividade coletiva e exercício do poder pelos cidadãos e a cidadania como condição para o funcionamento da democracia, caracterizada pela participação dos indivíduos na comunidade e seu envolvimento nas questões de interesse público.

O Estado ou *polis* era um todo, no qual os indivíduos eram partes constitutivas, dele dependentes e não auto-suficientes, como agora o indivíduo é freqüentemente concebido no pensamento liberal moderno (ARBLASTER, 1987, p. 41).

Relacionado aos aspectos do reconhecimento do povo enquanto corpo político e da cidadania como categoria central da democracia, Goyarde-Fabre (2003) destaca a ideia de Constituição e o caráter da política na Cidade-Estado: “O axioma básico da Constituição democrática dos atenienses é, com efeito, a participação de todos os cidadãos na organização e no funcionamento da Cidade-Estado” (GOYARDE-FABRE, 2003, p. 45).

Desta forma, o aspecto fundamental da democracia era dar aos pobres, assim como aos ricos, uma atuação no governo da *polis*. Como recorda Arblaster (1987), a democracia, governo do próprio povo, em sua origem significava e era “o Estado e a sociedade como um todo, o conjunto dos cidadãos governando-se diretamente através da participação ativa na política” (ARBLASTER, 1987, p. 44).

Assim, como destaca Goyarde-Fabre (2003), o momento fundador da democracia consiste no período conflituoso contra a oligarquia. A democracia em Atenas não significava que “todos” governavam, mas que “todos os cidadãos” participavam do governo. Porém, esta amplitude da participação era limitada apenas àqueles considerados como “cidadãos”, o que excluía os escravos, mulheres e estrangeiros. Por outro lado, a democracia nas cidades gregas se constituía de forma direta, ignorando o regime representativo, característico das sociedades modernas: “A Eclésia ou assembléia do povo podia facilmente reunir-se na ágora, deliberar publicamente e até votar por meio de mãos erguidas” (GOYARDE-FABRE, 2003, p. 21). Diante disso coloca-se uma questão: como sustentar a participação direta dos cidadãos nas decisões de interesse público? E como realizá-la na conjuntura atual?

Sobre esta questão e sua relação direta com o sucesso da democracia, torna-se fundamental considerar a identidade e a responsabilidade dos cidadãos nas questões que envolviam o Estado e sua comunidade. Como menciona Arblaster (1987): “O êxito da democracia dependia de os cidadãos aceitarem as suas responsabilidades cívicas e, portanto, manter um sentido de identificação com o destino da polis entre os cidadãos” (p. 41).

Como analisa Goyarde-Fabre (2003), a ideia-força na origem da democracia se constrói em três pilares assimilados pela esfera política: constitucionalidade, legalidade e cidadania. Inserido nestes princípios, a liberdade constituía um aspecto central da democracia: “um dos princípios essenciais daquele regime era que o povo exercia sua cidadania coletiva e diretamente na praça pública, ditando para si uma Constituição e leis” (GOYARDE-FABRE, 2003, p. 57).

Além dos princípios constituintes da democracia, a *representação* é um dos seus parâmetros fundamentais. A ideia na qual os governantes eleitos pelos governados devem agir em seu lugar significa, como afirma Goyarde-Fabre (2003), “um dos axiomas fundamentais da democracia – a ponto de se falar corretamente de democracia representativa” (p. 127). Em seu estudo, a autora remete a Rousseau quando este afirma que a ideia de representação é moderna, pois nos governos antigos a própria palavra é desconhecida.

Desta forma, Goyarde-Fabre (2003) esclarece que o pensamento político do século XVII transferiu para o direito público uma técnica do direito privado ainda em vigor no direito romano. Com isso, a representação corresponde ao modelo de mandato reconhecido pelo direito feudal, ou seja, o representante está obrigado por instruções dos representados, sem poder distanciar-se delas:

(...) o mandatário põe-se a realizar o ato que o mandante o encarregou de executar. Através desse mandato, chamado de “mandato imperativo”, a vida política – o que era o caso na época medieval – era pensada como o prolongamento da vida doméstica; o “mandato imperativo” impõe ao representante respeitar a promessa feita àquele ou àqueles de quem é o porta-voz e a quem deve prestar contas (GOYARDE-FABRE, 2003, p. 128).

Goyarde-Fabre (2003) esclarece que, para Rousseau, a democracia representativa implicará a subordinação dos representantes-governantes à “vontade geral” do povo, como se cada um deles representasse toda a população e não apenas cada um dos eleitores. A autora acrescenta que Rousseau ao defender a democracia

direta e condenar o sistema representativo pelo fato da soberania não poder ser dividida nem alienada, ainda não tem um conceito claro do que será denominado de “mandato representativo”. É em Hobbes que esta discussão será abordada: “a pessoa pública que é o Estado é, portanto, representativa de todos aqueles – “a multidão reunida pelo contrato”, isto é, o povo – que lhe transferiu seus direitos” (GOYARDE-FABRE, 2003, p. 128). A autora ainda sintetiza que no pensamento *hobbesiano* o importante é o procedimento da representação, porque é ela que confere ao corpo político sua unidade e seu poder.

A democracia empregada no decorrer dos séculos pelos filósofos para assinalar teoricamente um modelo de regime político será designada só no século XIX como o “fato social que caracteriza a potência ativa do povo no espaço público” (GOYARDE-FABRE, 2003, p. 197).

Porém, na sociedade moderna a liberdade tão prezada e valorizada na Grécia Antiga será questionada pelos teóricos liberais do século XIX, bem como a impossibilidade pela democracia direta e participativa. Ocorre um afastamento pela democracia na Grécia como governo do próprio povo e, com isso o funcionamento da democracia representativa (ARBLASTER, 1987).

Bobbio (1992) argumenta a participação de todos os cidadãos nas discussões sobre os assuntos públicos, presente na democracia direta jamais desapareceu, apenas começa a ser realizada de formas secundárias com a consolidação da democracia representativa: “tendo sido mantido em vida pelos grupos políticos radicais, que sempre tenderam a considerar a democracia representativa (...) como um condenável ou errôneo desvio da idéia originária do governo do povo, pelo povo e através do povo” (BOBBIO, 1992, p. 154).

Para que exista democracia direta no sentido próprio da palavra, isto é, no sentido em que direto quer dizer que o indivíduo participa ele mesmo nas deliberações que lhe dizem respeito, é preciso que entre os indivíduos deliberantes e a deliberação que lhes diz respeito não exista nenhum intermediário (BOBBIO, 1992, p. 51).

De acordo com Bobbio (1992), a democracia representativa significa que as deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade são tomadas por pessoas eleitas para esta finalidade. Com isso, a representação não é considerada propriamente como democracia direta, mas se torna um caminho entre a democracia representativa e a democracia direta.

Um sistema democrático caracterizado pela existência de representantes substituíveis é, na medida em que prevê representantes, uma forma de democracia representativa, mas aproxima-se da democracia direta na medida em que admite que estes representantes sejam substituíveis (BOBBIO, 1992, p. 52).

O que se percebe é que, de acordo com Bobbio (1992), entre a forma extrema de democracia direta e a forma extrema de democracia representativa, existe um *continuum* de formas intermediárias. “Isso implica que, de fato, democracia representativa e democracia direta não são dois sistemas alternativos, mas são dois sistemas que podem se integrar reciprocamente” (BOBBIO, 1992, p. 52).

Ainda sobre a relação entre democracia direta e democracia representativa, Bobbio (1999) atenta para a ampliação da democratização, “entendida como instituição e exercício de procedimentos que permitem a participação dos interessados nas deliberações de um corpo coletivo” (BOBBIO, 1992, p. 155), frente a dimensões estritamente políticas:

(...) se hoje se deve falar de um desenvolvimento da democracia, ele consiste não tanto, como erroneamente muitas vezes se diz, na substituição da democracia representativa pela democracia direta (...), mas na passagem da democracia na esfera política, isto é, na esfera em que o indivíduo é considerado como cidadão, para a democracia na esfera social, onde o indivíduo é considerado na multiplicidade de seu *status* (BOBBIO, 1999, p. 155-56).

Entende-se, segundo Bobbio (1999), que uma vez conquistado o direito à participação política, o cidadão começa a perceber que a esfera política está inserida em uma esfera mais ampla, isto é, a esfera da sociedade como um todo, e que não existe decisão política que não seja determinada no âmbito da sociedade civil.

A partir do século XIX, a democracia passará por transformações e será o lugar de conflitos e enfrentamentos. Como analisa Goyarde-Fabre (2003), é menos a política democrática moderna que a sociedade democrática que, massificada, será corroída por dificuldades e problemas. “Os ímpetos que a animaram e engendraram, além de sua inflação, distorções tais que ela obriga, provoca, desde o seu interior, sua fragilidade e sua precariedade. A democracia é, pois, forçada a se defender a si mesma” (GOYARDE-FABRE, 2003, p. 198). Ou como exemplifica a autora: “as virtudes da democracia também são suas fraquezas, sua força é também o que produz sua impotência” (GOYARDE-FABRE, 2003, p. 342).

Sobre o funcionamento da democracia na Grécia Antiga e a questão da democracia representativa, Lima Junior (1997) relembra que a concepção de democracia direta, tal como formulada e implementada nas Cidades-Estado, volta-se para a não separação entre Estado e sociedade, ao contrário do que permeia a democracia representativa. Desta forma, o povo participa em caráter indireto ao deter o direito de escolher os seus representantes e responsabilizá-los.

Como destaca Arblaster (1987), o principal argumento em defesa da democracia representativa tem sido pragmático: é a melhor forma que se pode arranjar no contexto das sociedades maiores, visto que nessas sociedades há dificuldades de reunir os cidadãos em um só lugar.

(...) Hoje virtualmente por toda a parte, a democracia é considerada como sinônimo de uma espécie de sistema representativo. Daí o ter-se acrescentado o termo “direto” àquilo que, até cerca de 150 anos, era conhecido por toda a parte por “democracia”. Hoje o termo sem qualificativo é atribuído a uma forma de democracia que é, quanto muito, indirecta (ARBLASTER, 1987, p. 123).

Arblaster (1987) atenta para as definições frequentes de democracia como sistema de governo ou, mais recentemente, como um processo de escolha do governo, que ao darem muita ênfase a tais definições afasta as atenções para a importância do significado intrínseco da ideia de democracia. A vontade de transpor ou mesmo anular a distância entre governo e governados, Estado e sociedade, muitas vezes é considerado como fato consumado no pensamento político. Originalmente a democracia significava: “o povo governando-se a si próprio, sem mediações por meio de representantes, diretamente ou, se necessário, por rotações nos cargos governativos entre os cidadãos” (ARBLASTER, 1987, p. 94).

Ao longo do seu estudo, Arblaster (1987) defende uma concepção de democracia entendida como poder popular e encarada como um processo contínuo de interações entre governo e sociedade com um máximo de envolvimento do povo nas decisões públicas. Para isso, é necessário um ambiente de maior abertura e liberdade possíveis, que possibilite o povo expor livremente as suas ideias, reivindicações e inicie suas atitudes políticas.

Quanto mais uma comunidade se aproxima de realizar o ideal democrático de autogoverno, maior será a extensão da participação dos cidadãos no governo e mais se diluirá a distinção convencional entre governo e governados. Nestas circunstâncias, definir a democracia apenas como uma forma ou processo de governo é enganador. (...) Em circunstâncias destas, o Estado é socializado e a sociedade é politizada. A democracia participativa tem

necessariamente implicações na vida social, e é mais corretamente considerada um modo de viver do que apenas um artifício ou processo político (ARBLASTER, 1987, p. 95).

Para que ocorra a participação popular no regime democrático, Arblaster (1987) enfatiza que é necessário que haja identificação das camadas populares com o sistema político a que faz parte. É importante também que se faça presente a igualdade política e com isto que nenhuma minoria se sinta permanentemente excluída do poder e do exercício da influência política. “Se (...) estamos interessados em criar uma sociedade (...) democrática, então não pode haver dúvidas de que um dos nossos objetivos tem de ser uma igualdade que seja mais do que estritamente política ou formal” (ARBLASTER, 1987, p. 121).

Uma questão que permeia esta discussão é o conflito de interesses e a desigualdade social no processo democrático. Rousseau argumentava que um grau de desigualdade excessivamente elevado em uma sociedade impediria que o interesse comum ou a vontade comum se desenvolvessem. Interessante observar que no pensamento político clássico, democracia significava não apenas uma forma de governo, mas de toda uma sociedade e era associada ao princípio da igualdade social. O problema que se impõe é como criar essa igualdade se não ocorrer pelo próprio governo eleito. (ARBLASTER, 1987).

Em todo o caso, sem o sentido de um interesse comum, é evidente que a própria democracia corre riscos, quer da parte de uma minoria privilegiada decida a obstruir as ações políticas destinadas a ajudar a maioria pobre, quer pela (...) incorporação violenta no Estado de uma minoria que não aceita a legitimidade desse Estado e que é sistematicamente excluída do poder e da influência (ARBLASTER, 1987, p. 117).

É somente no século XX que, tanto na teoria como na prática, a democracia como uma espécie de governo popular veio a exigir que os direitos de envolver-se plenamente na vida política deveriam ser atendidos a toda população. Dahl (2001) percebe uma distinção entre as instituições deste período e as denomina de *poliarquia* (governo de muitos) – *democracia poliárquica*, em referência a democracia representativa moderna. São elas: funcionários eleitos; eleições livres, justas e frequentes; liberdade de expressão; fontes de informação diversificadas; autonomia para as associações e cidadania inclusiva.

(...) a democracia poliárquica é diferente da democracia representativa com o sufrágio restrito – como a do século XIX. Também é diferente das democracias e das repúblicas antigas que não apenas tinham sufrágio restrito, mas faltavam-lhes muitas outras características decisivas da democracia poliárquica – por exemplo, os partidos políticos, o direito de formar organizações políticas para influenciar ou fazer oposição ao governo existente, os grupos de interesse organizados, e assim por diante. É também diferente das práticas democráticas em unidades tão pequenas que os membros podem se reunir diretamente e tomar decisões políticas, fazer leis (DAHL, 2001, p. 104).

Segundo Silva (1997), uma ordem política poliárquica, tal como formulada por Dahl (2001), pressupõe os seguintes aspectos:

a) Os membros dessa ordem possam manifestar suas preferências entre alternativas políticas; b) que as preferências possuam peso idêntico ao serem computadas; c) que a alternativa que obtiver o maior número de votos será a vencedora; d) que cada membro possa inserir na votação uma alternativa ou alternativas que ele considere como preferível frente a quaisquer alternativas apresentadas; e) que os membros conheçam igualmente as alternativas ou se informem igualmente sobre elas; f) que as alternativas mais votadas possam substituir, a qualquer momento, as que receberam o menor número de votos; g) que os dispositivos enunciados pelas alternativas escolhidas sejam executados e, h) que as decisões tomadas entre períodos de votações serão controladas pelas eleições precedentes ou pelas demais condições acima (SILVA, 1997, p. 26).

Porém Silva (1997), chama a atenção para as pré-condições necessárias à existência de uma sociedade poliárquica, sendo determinante ser caracterizadas como: democrática, pluralista, diferenciada e competitiva. Além disso, o autor destaca a reduzida capacidade das características poliárquicas na sociedade brasileira:

(...) Mas, quando se pensa nas condições vigentes na sociedade brasileira, nos mecanismos existentes em seu processo político e decisório, na sua desigualdade sócio-econômica, na ausência de competitividade em numerosas áreas do seu ordenamento político, nos acessos profundamente diferenciados às decisões e às informações (e as rendas governamentais), condições que são profundamente hostis àquele modelo, o sonho poliárquico esfuma-se. Não que muitos aspectos da poliárquia não estejam presentes. É que a permeabilidade destas características poliárquicas ainda é bastante reduzida, ou, se não, não ocorre com tamanha intensidade (...) (SILVA, 1997, p. 28).

Ao trazer a discussão de Silva (1997) para a proposta deste estudo, ou seja, para os conselhos de políticas públicas, pode-se perceber que o funcionamento de forma democrática e a possibilidade de uma participação inclusiva dos cidadãos nestas instâncias legitimadas e reconhecidas pelo Estado torna-se um grande desafio, visto as condições históricas da sociedade brasileira.

Ao analisar a concepção de democracia nas sociedades modernas, além de um conjunto de garantias institucionais ou da vontade da maioria, Touraine (1996) destaca a dimensão do respeito pelos projetos individuais e coletivos, que possibilitam a combinação entre liberdade pessoal com coletividade social. A isto, o autor introduz a noção de cultura política. Essa se origina apenas se a “sociedade política é concebida como uma construção institucional cujo objetivo principal é combinar a liberdade dos indivíduos e coletividades com a unidade da atividade econômica e das regras jurídicas” (TOURAINÉ, 1996, p. 29).

A cultura democrática define-se como um esforço de combinação entre unidade e diversidade, liberdade e integração. (...) definida como a associação entre regras constitucionais comuns e a diversidade de interesses e culturas. É preciso cessar de opor, retoricamente, o poder da maioria aos direitos das minorias. Não existe democracia se esses dois elementos não forem respeitados (TOURAINÉ, 1996, p. 29).

Para Touraine (1996), a democracia apoia-se no reconhecimento pelas instituições sociais da liberdade individual e coletiva e estas não podem existir sem a livre escolha dos governantes pelos governados e sem a participação do maior número possível de pessoas na origem e transformação das instituições sociais.

Na visão de Touraine (1996), a democracia só será possível com o reconhecimento e a garantia pelas instituições políticas e pela lei da distância que separa Estado e vida privada. É necessário que Estado e sociedade civil permaneçam separados, e também atrelados um ao outro pela representatividade dos dirigentes políticos. Para o autor, a constituição da democracia ocorre pela complementação e *interdependência*⁶ entre três dimensões: direitos fundamentais, cidadania e representatividade dos dirigentes.

Ainda segundo Touraine (1996), a democracia exige, em primeiro lugar, a representatividade dos governantes e só se torna representativa se for plural. A segunda característica é que os representados sejam e considerem-se como cidadãos, ou seja, que possuam consciência de filiação e reivindiquem o direito à cidadania. E por fim, torna-se indispensável para a democracia, o reconhecimento dos direitos fundamentais. Contudo, o autor afirma que a aproximação da representação, cidadania e limitação do poder pelos direitos fundamentais não basta para constituir, em todos os casos, a democracia.

E, se não há princípio mais geral do que esses três elementos, é preciso concluir que o elo que os une e obriga a se combinar é apenas

⁶ Grifos do autor. TOURAINÉ, 1996, p. 43.

negativo: consiste precisamente na ausência de um princípio central de poder e legitimação (TOURAINÉ, 1996, p. 46).

Touraine (1996) também incorpora na sua análise a ideia de sujeito e sua relação com a cultura democrática. Neste sentido, a democracia deveria auxiliar os indivíduos a serem sujeitos “e conseguirem em si mesmos, através de suas práticas como de suas representações, a integração (...) também de sua identidade que se apoia em uma cultura e tradição (...)” (TOURAINÉ, 1996, p. 175).

A cultura democrática seria o caminho para transformar e recompor a sociedade, bem como promover a integração das diversas culturas, visto que a democracia encontra-se ameaçada pela imposição de valores, normas e práticas cotidianas, assim como por um individualismo que abandona a vida social e responsabiliza os aparelhos do Estado e os mecanismos de mercado (TOURAINÉ, 1996).

Em sua obra, “Cultura e Democracia: o Discurso Competente e Outras Falas”, Chauí (2007) atenta para a questão de a democracia ser reduzida à dimensão de um sistema estritamente político, não sendo percebida como forma da própria vida social (cidadania, direito, associações, circulação de informações, diversidade de reivindicações, eleições, etc.). As condições sociais da democracia seriam “menos pré-condições para a democracia, seriam menos condições dadas para haver democracia, e seriam muito mais a expressão de uma sociedade democrática através de suas próprias condições” (CHAUÍ, 2007, p. 149).

Nesta perspectiva, Chauí (2007) analisa que na esfera econômica, as condições sociais da democracia, seriam promover a igualdade sócio-econômica e no campo político-institucional, admitir que a democracia seja uma forma política definida com a capacidade de conviver e acolher os conflitos, legitimando-os pela institucionalização dos partidos e pelo mecanismo eleitoral.

Eis por que a questão da democracia, ao ser reduzida à esfera estritamente político institucional, acaba sendo reduzida a uma discussão que se concentra, em última instância, nas transformações do aparelho do Estado, isto é, discutida “pelo alto” e com as lentes dos dominantes. Se, do lado socialista, a ênfase no econômico parece fazer com que a discussão se realize a partir “de baixo” e reforce o tema da igualdade, contrapondo-se à discussão liberal que enfatiza o tema da liberdade, em termos estritamente históricos, a igualdade, afirmada por uns, e a liberdade, defendida por outros, deixaram intacta a questão da alienação e com ela a da democracia, porque deixaram intacta a questão do Poder (CHAUÍ, 2007, p. 155).

Nesse sentido, Chauí (2005) destaca que a definição de democracia, bem como a sua prática pela diretriz liberal se reduz a um regime político eficaz, baseado na ideia de cidadania – definida pelos direitos civis – organizada em partidos políticos, e que se manifesta no processo eleitoral de escolha dos representantes e nas soluções técnicas para os problemas sociais e econômicos. Pela concepção liberal, o indivíduo é a figura central como portador da cidadania civil ou política, inserido na sociedade civil de acordo com as relações do mercado.

Por outro lado, o pensamento de esquerda, estabelecido na compreensão do social como divisão interna das classes a partir da exploração econômica, redefiniu a democracia, recusando considerá-la somente como regime político, afirmando a ideia de sociedade democrática. A concepção de esquerda sobre democracia enfatiza a ideia e a prática da participação, entendida como intervenção direta nas ações políticas e como interlocução que determina a ação dos representantes. A caracterização da sociedade como democrática é assim definida por Chauí (2005):

Dizemos, então, que uma sociedade é democrática quando institui algo mais profundo, que é condição do próprio regime político, ou seja, quando institui direitos e que essa instituição é uma criação social, de tal maneira que a atividade democrática social realiza-se como luta social, e politicamente, como um contra-poder social que determina, dirige, controla, limita e modifica a ação estatal e o poder dos governantes (CHAUÍ, 2005, p. 25).

Sobre a temática da participação e da deliberação de todos os cidadãos nas questões de interesse público, Young (2001) defende o ideal da democracia em uma perspectiva mais ampla, baseada na discussão, e propõe a denominação “democracia comunicativa”. A autora leva em consideração para o entendimento da democracia deliberativa as diferenças culturais e a ampliação do conceito de comunicação:

Em primeiro lugar, proponho que as diferenças de cultura, perspectiva social ou comprometimento particularista sejam comprometidas com recursos a serem utilizados na compreensão da discussão democrática, não como divisões a serem superadas. Em segundo lugar, proponho um conceito ampliado de comunicação democrática. Saudação, retórica e narração são formas de comunicação que se somam a argumentação na contribuição da discussão política (YOUNG, 2001, p. 366).

Young (2001) realiza considerações importantes a respeito do processo democrático deliberativo. É necessário que cada indivíduo tenha a possibilidade de apresentar propostas e criticar, expressar suas opiniões, estando livres de qualquer tipo de dominação ao expressar-se. A deliberação possui como objetivo principal atingir o

consenso, mesmo que se recorra à votação, o resultado final deverá ser um julgamento coletivo e não um conjunto de preferências particulares.

Em seu estudo sobre democracia e participação, Demo (1988) define essa última como *conquista*, para significar que é um processo. Participar é redistribuir bens e poder. Entende-se que a participação não pode ser uma dádiva, uma concessão, isto porque possuiria o caráter de tutela, ou nas palavras do autor: “Não pode ser entendida como concessão, porque não é fenômeno residual ou secundário da política social, mas um dos seus eixos fundamentais (...). Não pode ser entendida como algo preexistente” (DEMO, 1941, p. 18). A participação envolve disputa de poder, constitui-se como *outra forma de poder*⁷: “Assim, para realizar participação é preciso encarar o poder de frente, partir dele, e então, abrir os espaços de participação (...)” (DEMO, 1941, p. 20).

Teixeira (2002) observa que o conceito de participação – ressurgido da visão liberal – tem sua origem na *pólis* grega, caracterizado pelo sentido decisional, restringido ao processo eleitoral e limitador aos que se dispusessem de patrimônio. Para o autor, torna-se necessário delimitar o conceito de participação, pois recentemente se manifesta por novos conteúdos e sentidos, às vezes contraditórios e múltiplos.

Para isso, é fundamental considerar o poder político, que não se confunde com autoridade ou Estado, mas supõe uma relação em que atores, com recursos disponíveis nos espaços públicos, fazem valer seus interesses, aspirações e valores, construindo suas identidades, afirmando-se como sujeitos de direitos e obrigações (TEIXEIRA, 2002, p. 26).

Na visão de Teixeira (2002), independentemente das formas de que se pode revestir, a participação significa “fazer parte”, “tomar parte”, “ser parte” de um processo, de uma atividade pública, de um ato, de ações coletivas:

Referir a parte significa pensar o todo, a sociedade, o Estado, a relação das partes entre si e destas com o todo e, como este não é homogêneo, diferenciam-se os interesses, aspirações, valores e recursos de poder (TEIXEIRA, 2002, p. 27).

Conforme destaca Teixeira (2002), pela combinação de várias formas de mediação e a construção de diversos espaços de interlocução entre diferentes atores, ocorre a redefinição da participação como exercício da cidadania ativa. Desta forma, chega-se a um entendimento de participação cidadã, definida como processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem

⁷ Grifos do autor.

pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações.

O exercício da participação cidadã ocorre no âmbito da sociedade civil e possui como principais alvos o Estado, o mercado e a própria sociedade civil. O fortalecimento da sociedade civil dá-se, por um lado, com a assunção de deveres e responsabilidades políticas específicas e, por outro, com a criação e exercício de direitos. Implica também o controle social do Estado e do mercado, segundo parâmetros definidos e negociados nos espaços públicos pelos diversos atores sociais e políticos (TEIXEIRA, 2002, p. 30).

A participação cidadã, essencialmente política, constitui-se numa atividade pública e de interação com o Estado, tendo a sociedade civil como ponto de sustentação. Não se reduz aos mecanismos institucionais e de busca. Teixeira (2002) também a distingue das demais formas de participação:

(...) a participação cidadã diferencia-se da chamada “participação social e comunitária”, desde que não objetiva a mera prestação de serviços à comunidade ou à sua organização isolada. Tampouco se trata de simples participação em grupos ou associações para a defesa de interesses específicos ou expressão de identidades. (...) Não se confunde com a expressão “participação popular”, muito utilizada para designar a ação desenvolvida pelos movimentos (...) visando ao atendimento de carências ou à realização de protestos (...). (TEIXEIRA, 2002, p. 31).

Segundo Demo (1988) constitui-se como instrumentos importantes de participação: a organização da sociedade civil; o planejamento participativo - no sentido de motivar os processos participativos - entendido como a atitude do Estado ou instâncias localizadas no lado mais privilegiado da sociedade; o acesso universalizado a um mínimo de educação formal para o exercício da cidadania; a questão cultural, como formação histórica de identidade comunitária; e por fim, o processo de conquista de direitos pelas minorias e indivíduos em geral.

Em torno destas questões que permeiam a finalidade da participação, Demo (1988) destaca que os objetivos principais são o controle do poder e a cultura democrática, sendo o primeiro objetivo considerado como o fenômeno básico da democracia. “Não, porém, um controle feito somente pelo próprio poder, através de leis e decretos, mas substancialmente um controle feito pela base” (DEMO, 1994, p. 73). A cultura democrática é entendida como uma situação construída e institucionalizada, um valor comum, um modo de ser. “Assumindo o conceito de cultura como processo de identificação comunitária, cultura democrática significa democracia como cultura de um

povo, como marca característica de sua organização e sobrevivência” (DEMO, 1994, p. 78-9).

Como descreve Teixeira (2002), “a cultura política ancorada em valores e tradições de solidariedade e de ação coletiva e reforçada na prática cotidiana – deve ser considerada (...) como mais um fator a impulsionar a participação” (p. 29).

Considera-se ao longo deste trabalho, a participação e a interferência da população no processo decisório como fundamental para a realização do processo democrático. E mais, constitui-se como de fundamental importância para a prática cidadã e para a transformação de uma cultura política permeada pelo clientelismo e favorecimentos pessoais. A proposta deste estudo debruça-se em analisar questões, como: Há participação efetiva da sociedade em espaços institucionais de caráter público? O processo de decisão política é descentralizado em direção à sociedade?

Sobre este questionamento, Teixeira (2002) observa que a dimensão mais discutida em participação diz respeito ao seu papel na tomada de decisão. É necessário identificar quem são os atores, “elites tecnicamente preparadas e selecionadas, via processo eleitoral, ou cidadãos, de forma direta ou através de mecanismos que permitam sua expressão e deliberação” (TEIXEIRA, 2002, p. 33).

Teixeira (2002) recorda que a dimensão decisória da participação está presente em todos os que trataram o tema da democracia. Rousseau, por exemplo, destacava a importância da tomada de decisão, com o envolvimento direto e permanente do cidadão, sendo o governo apenas intermediário, responsável por executar as leis e manter a liberdade.

Porém, o problema da participação da população no processo decisório volta-se para a sua viabilização. Alguns problemas são colocados por TEIXEIRA (2002), como por exemplo, a agenda política. Como definir as questões a serem propostas e quais as condições para que os cidadãos se pronunciem sobre os conteúdos e alternativas políticas? Como inserir no processo decisório os excluídos que não dispõem das condições mínimas de informações para tomarem parte num processo demorado e complexo? Como lidar com o corporativismo e a apatia política? Todas estas questões constituem desafios para o exercício da participação e sua implementação no processo decisório da política.

Como discutido, contrastando com as concepções clássicas da democracia, podemos identificar abordagens contemporâneas que se debruçaram na tentativa de compreender o fenômeno da democracia e da participação. Uma dimensão que permeia

esta discussão é a concepção de sociedade civil e sua relação com a política e com o Estado. O estudo da sociedade civil é recente, em termos de reconstrução do conceito, e sua reflexão surgiu durante as décadas de 1970/80 sobre as lutas contra o autoritarismo e pela redemocratização no Leste Europeu, em países da Europa Ocidental e na América Latina (TEIXEIRA, 2002).

Por entender que o conceito de sociedade civil é importante para a análise deste trabalho, a próxima seção volta-se para uma breve abordagem do tema à luz de autores que adotaram a perspectiva gramsciana na compreensão deste conceito. Cabe ressaltar que outros autores se dedicaram a construção do conceito de sociedade civil, porém segundo Teixeira (2002) apud Coutinho (1981, p. 91) é Gramsci que vai apresentar elementos básicos para a compreensão atual, definindo-a como o conjunto de organizações responsáveis pela elaboração e difusão de ideologias pelas quais as classes buscam exercer a hegemonia.

1.2. Sociedade Civil: uma Contribuição para sua Definição

Segundo Coutinho (1992) Gramsci foi o primeiro a enfatizar o fato que o Estado capitalista se ampliou, de que as realidades do poder se difundiram pelo conjunto da sociedade, de modo a fazer com que surgisse até mesmo uma nova esfera do social, denominada “sociedade civil”.

Acrescenta-se a isso a análise de Duriguetto (2007), ao destacar que o novo cenário social e político da época histórica vivenciada por Gramsci possibilitou a sua percepção para uma complexa rede das relações de poder e de organização de interesses que fizeram emergir uma nova dimensão da vida social, a qual denomina de sociedade civil:

Essa esfera da superestrutura ideopolítica designaria o espaço em que se manifesta a organização e representação institucional dos interesses dos diferentes grupos sociais, da elaboração e/ou difusão dos valores, cultura e ideologias que tornam ou não conscientes os conflitos e as contradições sociais (DURIGUETTO, 2007, p. 54).

Em seu estudo sobre “Gramsci e a questão da sociedade civil”, Semeraro (1998) afirma que além das debilidades organizacionais e das omissões políticas, Gramsci percebia que faltava, principalmente, uma concepção própria de sociedade, uma fundamentação teórica que partindo das lutas populares fosse capaz de romper e superar a cultura dominante. “Pois, mais do que a dependência econômica, era a subordinação

ideológica que anulava os caminhos da liberdade e esvaziava os esforços das classes subalternas na construção de seu projeto hegemônico” (SEMERARO, 1998, p. 64).

Segundo Semeraro (1997), a sociedade civil para Gramsci é o extenso e complexo espaço público não estatal onde se estabelecem as iniciativas dos sujeitos modernos que, com sua cultura, com seus valores ético-políticos e suas dinâmicas associativas, foram identidades coletivas.

É o lugar, portanto, de grande importância política onde as classes subalternas são chamadas a desenvolver as suas convicções e a lutar para um novo projeto hegemônico que poderá levar à gestão democrática e popular do poder (SEMERARO, 1997, p. 5).

O conceito de “sociedade civil” em Gramsci constitui o elemento essencial, juntamente com o conceito de hegemonia, na determinação da especificidade e da novidade da sua teoria política: o conceito de “sociedade civil” como portadora material da figura social da hegemonia, como esfera de mediação entre a infra-estrutura econômica e o Estado em sentido restrito (COUTINHO, 1992).

O que Gramsci denomina como organismos da “sociedade civil” são: os partidos de massa, os sindicatos, as associações profissionais, os comitês de empresas e de bairro, as organizações culturais etc. “(...) É por meio deles que as massas populares, e em particular a classe operária, organizam-se de baixo para cima, a partir das bases, constituindo o que poderíamos chamar de sujeitos políticos coletivos” (COUTINHO, 1992, p. 23). Para Gramsci, a sociedade civil é formada pelo conjunto plural dos sujeitos políticos coletivos, ou pelos “aparelhos privados de hegemonia”. Com o surgimento da esfera pública de múltiplos interesses organizados, a obtenção do consenso – da hegemonia obtida através da negociação – torna-se o recurso principal da ação política.

Duriguetto (2007) explica a especificidade do conceito de sociedade civil em Gramsci, visto que diferencia-se da tradição jusnaturalista em que sociedade civil não constitui a esfera das liberdades econômicas, dos contratos; não está orientada em função do Estado (Hegel), tampouco se reduz ao espaço exclusivo das relações econômicas e da hegemonia burguesa, tal como Marx a definira. Por outro lado em Gramsci, a sociedade civil é a esfera em que as classes se organizam, defendem seus interesses e disputam a hegemonia.

É na sociedade civil que se trava a batalha pela hegemonia, onde são determinados os rumos da economia e se elaboraram as ideologias. Por isso, entende-se em Gramsci a importância que adquirem os intelectuais e o partido, os construtores do

consenso entre as forças políticas da sociedade. Sobre a relação entre hegemonia e democracia, Semeraro (1998) afirma:

A concepção de hegemonia, de fato, supõe diferenças, multiplicidade, conflitos e interdependência entre partes sociais. De modo que o grupo que se propõe a ser hegemônico deve demonstrar as suas capacidades de “persuasão” e de “direção”, muito mais do que força e a dominação. A hegemonia, afinal, tem uma íntima ligação com a democracia entendida como forma de busca pública da verdade, como consenso obtido através de uma escola permanente de liberdade e de autonomia (...). A hegemonia, então, não é a incorporação passiva das massas do Estado, sancionada só pelo sistema parlamentar, mas é acima de tudo a permanente movimentação de iniciativas que elevam a capacidade subjetiva e a participação dos indivíduos (SEMERARO, 1998, p. 78).

Coutinho (1992) chama a atenção para falsas conclusões teóricas no estudo de Gramsci. O autor explica que as interpretações equivocadas voltam-se para dois mal-entendidos. Em primeiro lugar, o conceito de sociedade civil em Gramsci não é o mesmo que em Marx. E em segundo lugar, a questão da sociedade civil em Gramsci em relação com o vínculo de condicionamento recíproco entre infra-estrutura e super-estrutura, deve estar relacionada ao problema do Estado: “o conceito de “sociedade civil” é o meio privilegiado através do qual Gramsci enriquece, com novas determinações, a teoria marxista do Estado” (COUTINHO, 1992, p. 74). E ainda: “Gramsci não inverte nem nega as descobertas essenciais de Marx, mas “apenas” as enriquece, amplia e concretiza, no quadro de uma aceitação plena do método do materialismo histórico” (COUTINHO, 1992, p. 74).

Importante ressaltar que Gramsci “amplia”, com seu conceito de sociedade civil, a teoria marxista “clássica” do Estado. Sobre esta questão, torna-se importante citar a análise de Coutinho (1992):

A grande descoberta de Marx e Engels no campo da teoria política foi a afirmação do caráter de classe de todo o fenômeno estatal; essa descoberta os levou, em contraposição a Hegel, a “dessacralizar” o Estado, a desfetichizá-lo (...). A gênese do Estado reside na divisão da sociedade em classes, razão por que ele só existe *quando e enquanto* existir essa divisão; e a função do Estado é precisamente a de conservar e reproduzir tal divisão, garantindo assim que os interesses comuns de uma classe particular se imponham como o interesse geral da sociedade (...). Gramsci, porém trabalha numa época e num âmbito geográfico nos quais já se generalizou uma maior complexidade do fenômeno estatal: ele pôde assim ver que, com a intensificação dos processos de participação política, que tomam corpo nos países “ocidentais” (...) surge uma esfera social nova, dotada de leis e de funções relativamente autônomas e específicas, tanto em face do

mundo econômico quanto dos aparelhos repressivos do Estado (COUTINHO, 1992, p. 74-5).

Desta forma, ao utilizar o termo “sociedade civil” para designar os “aparelhos privados de hegemonia”, ou seja, os organismos de participação política aos quais se adere voluntariamente (privados) e que não se caracteriza pelo uso da repressão, Gramsci expressa uma nova determinação do Estado, que não elimina as determinações registradas por Marx, Engels e Lênin, mas representa um enriquecimento e um desenvolvimento das mesmas (COUTINHO, 1992).

Segundo Coutinho (1992) a teoria ampliada do Estado em Gramsci (conservação/superação da teoria marxista “clássica”) apóia-se nessa descoberta dos “aparelhos privados de hegemonia”, o que remete ao pensador italiano a distinguir duas esferas essenciais no interior das superestruturas.

Eu amplio muito a noção de intelectual e não me limito à noção corrente, que se refere aos grandes intelectuais. Esse estudo leva também a *certas determinações do conceito de Estado* que habitualmente é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo para adequar a massa popular a um tipo de produção e à economia de um dado momento); e não como equilíbrio entre sociedade política e sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre a inteira sociedade nacional, exercida através de organizações ditas privadas, como a Igreja, os sindicatos, as escolas, etc.) (GRAMSCI, 1927 apud COUTINHO, 1992) ⁸.

Gramsci em sua análise do Estado diferencia duas esferas – sociedade política e sociedade civil. O Estado desempenha uma função de domínio – próprio da sociedade política – que tem em vista submeter às classes subalternas em uma função hegemônica, própria da sociedade civil – que visa a obter o consenso e a adesão das classes subalternas, a constituição num bloco de diversas forças sociais, a unificação ideológica e cultural da nação. O fim do Estado destacado por Marx é concebido por Gramsci como a reabsorção, pela sociedade civil, da sociedade política, que numa sociedade sem classes, está destinado à extinção, à medida que se unificam os interesses do proletariado e o conjunto do corpo social (GRISONI, MAGGIORI, 1974).

“A construção da hegemonia considerada na óptica emancipatória das classes subalternas conduz à ocupação dos espaços da sociedade civil e da sociedade política e leva à radicalização da democracia e à extinção do Estado capitalista” (SEMERARO, 1998, p.84). Em Gramsci a extinção do Estado na sociedade comunista sem classes, é

⁸ Carta a Tatiana Schucht, 19 de março de 1927, In: Gramsci, *Lettere dal Carcere*, cit., p.58.

denominada “sociedade regulada”, onde cada indivíduo será capaz de se autodeterminar e construir coletivamente a “nova civilização”.

Ao conquistar os espaços do Estado, os trabalhadores não realizam seus ideais políticos na implantação de estruturas burocráticas e administrativas. A política-hegemonia só pode ser inteiramente desenvolvida pela classe que no seu projeto político: “afirme como finalidade do Estado seu próprio fim, seu próprio desaparecer, ou seja, a absorção da sociedade política na sociedade civil”. Pois, são as atividades e as organizações da sociedade civil criadas pelos trabalhadores e as classes subalternas, no difícil e demorado processo de construção da hegemonia, que carregam dentro de si uma outra concepção de sociedade e de Estado (SEMERARO, 1998, p. 84).

Semeraro (1998) afirma que Gramsci ao analisar a questão do Estado, procura evitar dois tipos de confusão criados em torno da relação entre sociedade política e sociedade civil: um de caráter economicista e liberal, o outro de caráter totalitário e organicista.

A primeira confusão, ao identificar o Estado com o governo, separa o Estado da sociedade civil considerada um setor autônomo, à parte, regulado pelas regras “naturais” da liberdade econômica. A segunda confusão deriva dos sistemas totalitários que tendem a identificar Estado e sociedade civil, unificando “ditatorialmente” os elementos da sociedade civil no Estado (SEMERARO, 1998, p. 66).

Sobre a análise da extinção do Estado segundo o pensamento gramsciano, Coutinho (1992) afirma que as funções sociais da “dominação e da coerção” – à medida que se avança na construção econômica do socialismo – cedem progressivamente espaço à hegemonia e ao consenso. Por outro lado, a reabsorção do Estado pela sociedade civil – o fim da alienação da esfera política – relaciona-se a uma preocupação básica em Gramsci: a de uma divisão entre governantes e governados, entre dirigentes e dirigidos, que ele reconhece necessária em determinado nível da evolução social. Porém, para o pensador italiano torna-se fundamental criar as condições nas quais não mais exista a necessidade dessa divisão.

Semeraro (1998) ao analisar a contribuição do pensamento gramsciano, destaca que para entender a sociedade civil como espaço surpreendente e aberto às determinações dos homens que podem originar tanto formas de democracia e de participação das massas, como também podem instaurar formas de “revolução passiva” e também de “totalitarismo” ideológico que podem neutralizar as organizações da sociedade civil.

Está toda aqui a diferença entre as formações capitalistas onde a sociedade civil é orientada em função do Estado e da centralização do poder, e a perspectiva socialista onde a sociedade civil se desenvolve livremente, passa a controlar o poder do Estado e, progressivamente, absorvê-lo no seu projeto de auto-governo (SEMERARO, 1998, p. 73).

É nas sociedades “ocidentais”, onde Gramsci caracteriza o Estado como ampliado e as lutas por transformações radicais travam-se no âmbito da “sociedade civil”, objetivando a conquista do consenso da maioria da população, e orientam-se para influir e obter espaços em âmbito dos próprios aparelhos de Estado, já que esses são permeáveis à ação das forças em conflito. Nas sociedades que Gramsci denominou como “orientais” não existe uma “sociedade civil” pluralista e desenvolvida, a luta de classes acontece em torno da conquista do Estado, mediante um “assalto revolucionário” (COUTINHO, 1992).

Na análise de Gramsci, é nas sociedades “orientais” onde a estratégia se orienta para a “guerra de movimento”, para um choque frontal, tendo como meta a conquista do Estado; já nas sociedades “ocidentais” o centro da luta está na “guerra de posições”, na conquista de espaços no interior da “sociedade civil” e, através e a partir dela, no próprio Estado (COUTINHO, 1992).

A guerra de posição não é constituída apenas pelas trincheiras propriamente ditas, mas por todo o sistema organizativo e industrial que está por trás do exército alinhado, sendo imposta sobretudo pelo tiro rápido dos canhões, das metralhadoras, dos mosquetões, pela concentração das armas num determinado, bem como pela abundância do abastecimento, que permite a rápida substituição do material perdido depois de uma penetração e de um recuo (...). A mesma transformação deve ocorrer na arte e na ciência política, pelo menos no que se refere aos Estados mais avançados, onde a “sociedade civil” tornou-se uma estrutura muito complexa e resistente às “irrupções” catastróficas do elemento econômico imediato (crises, depressões, etc;) as superestruturas da sociedade civil são como o sistema das trincheiras na guerra moderna. (...) Trata-se, portanto, de estudar com “profundidade” quais são os elementos da sociedade civil que correspondem aos sistemas de defesa na guerra de posição (GRAMSCI, 2002, p. 72-3).

Como complementa Duriguetto (2007) a noção de hegemonia como “direção intelectual e moral” assume destaque central na estratégia da “guerra de posição”. “O conceito refere-se tanto ao processo em que uma classe torna-se dirigente quanto à direção que uma classe no poder exerce sobre o conjunto da sociedade” (DURIGUETTO, 2007, p. 59). A hegemonia expressa à direção e o consenso

ideológico-político que uma classe consegue obter dos grupos aliados, alargando e articulando interesses.

Semeraro (1997) acrescenta que é necessário levar em consideração a importância que Gramsci atribui aos elementos da liberdade e da vontade, a insistência sobre a “reforma intelectual e moral”, a importância da escola e da cultura, a formação da consciência e a participação popular nas organizações sociais, a construção de uma nova concepção de mundo não burguesa e, a busca do consenso na construção da hegemonia.

Ainda segundo a autora, a relação entre hegemonia e democracia está diretamente relacionada, pois a transição para o socialismo se efetivaria por meio de um processo progressivo de democratização e de conquista de espaços políticos e de participação popular organizada nos espaços da sociedade civil. Porém, a potencialidade da democracia tanto na sociedade civil quanto na esfera do poder político é incompatível com o capitalismo e com a permanência da divisão de classes.

O desenvolvimento de uma consciência crítica em relação à concepção hegemônica vigente e de uma ação política articulada e de propostas superiores de sociedade como pressuposto subjetivo e objetivo para a formação de um processo de *catarse* na direção da construção de uma nova hegemonia das classes subalternas implica, necessariamente, na transformação da sua bagagem ideocultural (DURIGUETTO, 2007, p. 62).

Semeraro (1997) acrescenta que o socialismo, como democracia radical, pode atuando na sociedade civil superar a lógica do capital e originar uma nova lógica industrial a partir dos princípios de participação das classes trabalhadoras e da socialização do poder. Gramsci parte da própria realidade, a partir das experiências dos “conselhos de fábrica” em Turim, onde os indivíduos chegam a se organizar socialmente e a conquistar espaços hegemônicos. “um movimento de fábrica tende a transformar em “subjetivo” o que é posto “objetivamente”, que de um sistema de fábrica pode surgir uma “vontade coletiva” (...) e introduzir uma “ruptura” radical entre capitalismo e industrialismo” (SEMERARO, 1997, p. 9).

Outro destaque em relação à contribuição gramsciana para o estudo da sociedade civil e que possui relação com a temática deste estudo é a discussão entre “grande política” (alta política) e “pequena política” (política do cotidiano, do dia-a-dia, política parlamentar, de corredor, de intrigas).

A grande política compreende as questões ligadas à fundação de novos Estados, à luta pela destruição, pela defesa, pela conservação de determinadas estruturas orgânicas econômico-sociais. A pequena política compreende as questões parciais e cotidianas que se apresenta no interior de uma estrutura já estabelecida em decorrência de lutas pela predominância entre as diversas frações de uma mesma classe política. Portanto, é grande política tentar excluir a grande política do âmbito interno da vida estatal e reduzir tudo a pequena política (...). Ao contrário, é coisa de diletantes pôr as questões de modo tal que cada elemento de pequena política deva necessariamente tornar-se questão de grande política, de reorganização radical do Estado (GRAMSCI, 2007, p. 21).

Até que ponto as discussões no âmbito da sociedade civil e do Estado voltam-se para as questões mais estruturais, de transformação da realidade, ou seja, da grande política? Os conselhos de políticas públicas cumprem o papel de discutir e deliberar as questões pertinentes a política municipal, de interesse da população como um todo ou são caracterizados pelo fisiologismo, pelas relações de interesse pessoal entre as associações e o Executivo local?

Ao longo desta seção buscou-se trabalhar o conceito de sociedade civil a partir do pensamento gramsciano a fim de complementar a discussão proposta neste estudo sobre a prática democrática e o exercício efetivo da participação para o bem comum. Considera-se que os aspectos trabalhados por Gramsci conservam toda a sua atualidade e nos auxiliam no entendimento da dinâmica de funcionamento dos espaços institucionais de participação, como os conselhos de políticas públicas.

Com a pretensão de discutir democracia e participação no contexto atual, em especial em relação ao caso brasileiro, a próxima seção deste trabalho dedica-se à análise das abordagens recentes na literatura sobre esta temática. Adotando-se como marco o processo de redemocratização do país a partir da década de 1980 e, posteriormente a promulgação da Constituição Federal de 1988, aborda-se assuntos como: cidadania, direitos sociais e novos espaços institucionais de participação.

1.3. Processo Democrático e Cidadania no Brasil: um Debate em Períodos Recentes

É inegável não considerar que a democracia assumiu um lugar de destaque no século XX, marcado efetivamente por disputas em torno da questão democrática. Para Santos; Avritzer (2002) esta disputa, travada no final de cada uma das guerras mundiais e ao longo do período da Guerra Fria, envolveu dois debates principais:

Na primeira metade do século o debate centrou-se em torno da desejabilidade da democracia. Se, por um lado, tal debate foi resolvido em favor da desejabilidade da democracia como forma de governo, por outro lado, a proposta que se tornou hegemônica ao final das duas guerras mundiais implicou em uma restrição das formas de participação e soberania ampliada em favor de um consenso em torno de um procedimento eleitoral para a formação de governos. Essa foi a forma hegemônica de prática da democracia no pós-guerra, em particular nos países que se tornaram democráticos após a segunda onda de democratização. Um segundo debate permeou a discussão em torno da democracia no pós-Segunda Guerra Mundial: trata-se do debate sobre a compatibilidade ou a incompatibilidade entre a democracia e o capitalismo (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 40).

Segundo os autores, a concepção hegemônica da democracia possui como principais elementos a contradição entre mobilização e institucionalização, a valorização positiva da apatia política, a concentração do debate democrático na questão dos desenhos eleitorais das democracias, o tratamento do pluralismo como forma de incorporação partidária e disputa entre as elites e a solução reducionista para o problema da participação pela via da discussão das escalas e da complexidade.

Todos esses elementos que poderiam ser apontados como constituintes de uma concepção hegemônica da democracia não conseguem enfrentar adequadamente o problema que voltou a tona com a assim chamada “terceira onda de democratização (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 42).

Santos; Avritzer (2002) destacam o problema da qualidade da democracia, pois quanto mais se insiste na fórmula clássica desta, menos se consegue explicar o paradoxo da democracia ter trazido uma enorme degradação das práticas democráticas. A expansão da democracia liberal coincidiu com uma grave crise desta nos países centrais, onde mais se tinha consolidado, uma crise que ficou conhecida como a da dupla patologia: “a patologia da participação (...); e a patologia da representação, o fato de que os cidadãos se considerarem cada vez menos representados por aqueles que elegeram” (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 42).

Com a reabertura do debate democrático com o fim da Guerra Fria e o aprofundamento do processo de globalização, a teoria hegemônica da democracia encontra-se relacionada a um conjunto de questões não resolvidas que remetem ao debate entre democracia representativa e democracia participativa. Porém, Santos; Avritzer (2002) demonstram que tais questões podem ser articuladas a partir de uma visão diferenciada, denominada de “concepção não-hegemônica da democracia”,

vinculando procedimento com forma de vida e entendendo a democracia como forma de aperfeiçoamento da convivência humana.

(...) a democracia é uma gramática de organização da sociedade civil e da relação entre Estado e sociedade: a democracia revela-se, assim, a sociedade histórica, por excelência, a sociedade que por sua forma acolhe e preserva a indeterminação em contraste notável com o totalitarismo que, edificando-se sob o signo da criação do novo homem, na realidade, agencia-se contra essa indeterminação (Lefort, 1986, 31 apud Santos; Avritzer, 2002, p. 51).

Segundo os autores, é necessário negar as concepções substantivas de razão e as formas homogeneizadoras de organização da sociedade, reconhecendo a pluralidade humana. Isto ocorre a partir da ênfase na criação de uma nova gramática social e cultural e o entendimento da inovação social articulada com a inovação institucional, ou seja, com a busca de uma nova institucionalidade da democracia.

Desta forma, no caso do Brasil, a redemocratização durante a década de 1980 não passou de um desafio de limites estruturais da democracia, recolocando na agenda de discussão sobre a democracia questões como: relação entre procedimento e participação social; o aumento da participação social que redefiniu a adequação da solução não participativa e burocrática ao nível local, e por último, coloca-se o problema da relação entre representação e diversidade cultural e social (SANTOS; AVRITZER, 2002).

Sader (2008), em prefácio à obra “Política Social e Democracia”⁹, destaca que por mais que o Brasil seja um país democrático, “como reza o receituário liberal” (SADER, 2008, p. 15), não democratizou as suas estruturas de poder. Mesmo com o fim da ditadura e a consolidação do regime democrático, não ocorreu a democratização do poder. “(...) A extensão do direito político e jurídico não foi acompanhada de uma democratização do acesso aos bens e serviços” (SADER, 2008, p. 16).

Nesta perspectiva, o momento atual, para Nobre (2004), exige que se compreenda tanto a reflexão sobre a natureza dos regimes democráticos e da posição que podem e/ou devem ocupar nesses regimes os mecanismos de participação e deliberação de cidadãos e cidadãs, como análises concretas desses mecanismos e suas lógicas institucionais. Para o autor, a questão central na disputa em torno do sentido da democracia encontra-se justamente na definição da natureza e da posição que podem e/ou devem ocupar a participação e a deliberação dos cidadãos no Estado Democrático

⁹ BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política Social e Democracia**. 4ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

de Direito. E ainda, o exercício da democracia, depende não apenas da sua garantia por meio de direitos, mas também de uma “cultura política democrática” que lhe dê sustentação.

(...) o nascimento da democracia de massas vem precedido em pelo menos dois séculos pelo estabelecimento de direitos no sentido moderno da expressão, de modo que a reconstrução desse vasto processo tem de ser entendida a partir do vínculo histórico da democracia com essa criação de novos direitos – vínculo que recebeu na modernidade o nome de “cidadania” -, pois mostra que a democracia no seu sentido contemporâneo é também indissociável de lutas sociais pela conquista de direitos” (NOBRE, 2004, p. 25).

Dagnino (2004) analisa que um primeiro elemento constitutivo dessa concepção de cidadania se refere à noção de direitos. A “nova cidadania” ou “cidadania ampliada”, que começou a ser formulada pelos movimentos sociais a partir do final da década 1970 e ao longo da década 1980, tinha uma concepção que buscava implementar um projeto de construção democrática, de transformação social, que impõe um laço constitutivo entre cultura e política. A nova cidadania assume uma redefinição da ideia de direitos, cujo ponto de partida é a concepção de um “direito a ter direitos”:

Essa concepção não se limita a provisões legais, ao acesso a direitos definidos previamente ou à efetiva implementação de direitos formais abstratos. Ela inclui a invenção/criação de novos direitos, que surgem de lutas específicas e de suas práticas concretas. Nesse sentido, a própria determinação do significado de “direito” e a afirmação de algum valor ou ideal como um direito são, em si mesmas, objetos de luta política. (...) essa redefinição inclui não somente o direito à igualdade, como também o direito à diferença, que especifica, aprofunda e amplia o direito à igualdade (DAGNINO, 2004, p. 104).

Um segundo ponto, que implica o direito a ter direitos, é que a nova cidadania, ao contrário das concepções tradicionalmente vigentes no Brasil, não encontra-se vinculada a uma estratégia das classes dominantes e do Estado de incorporação política processual dos setores excluídos. “Nesse sentido, é uma estratégia dos não-cidadãos, dos excluídos, uma cidadania “desde baixo” (DAGNINO, 2004, p. 104).

E por último, um terceiro elemento é a ideia de que a nova cidadania transcende uma referência central no conceito liberal: a reivindicação ao acesso, inclusão, participação e pertencimento a um sistema político já dado. O que está em questão é o direito de participar na própria definição desse sistema para construir uma nova sociedade.

O reconhecimento dos direitos de cidadania, tal como é definido por aqueles que são excluídos dela no Brasil de hoje, aponta para transformações radicais em nossa sociedade e em sua estrutura de relações de poder. Daí a importância que essa noção adquiriu na emergência de experiências participativas como os Orçamentos Participativos e outras, onde os setores populares e suas organizações lutam para abrir espaço para o controle democrático do Estado mediante a participação efetiva dos cidadãos no poder. Além disso, não há dúvida de que essas experiências expressam e contribuem para reforçar a existência de cidadãos-sujeitos e de uma cultura de direitos que inclui o direito a ser co-participante em governos locais (DAGNINO, 2004, p. 104-105).

Santos; Avritzer (2002) também destacam que os processos recentes de democratização também incorporaram o elemento de instituição da participação. No caso do Brasil, durante o processo de redemocratização, os movimentos comunitários reivindicaram em diversas regiões do país, em especial na cidade de Porto Alegre, o direito de participar nas decisões em nível local.

Como destaca Albuquerque (2007) a participação da sociedade nas políticas ou programas sociais está associada à reforma do Estado, que se acentuou desde os anos 80 e que enfatizou a descentralização destas políticas. Propostas de reforma das políticas sociais emergem desde os antigos sistemas de proteção social, progressivamente abalados por diversas crises que se sucederam desde a perda de dinamismo do Estado desenvolvimentista até as fortes crises econômicas e fiscais dos anos 80 e 90.

Fleury (2008) afirma que, desde o final da década de 1970 e durante a década de 1980, nos marcos do esgotamento do modelo desenvolvimentista de substituição de importações e com as tensões ao interior do pacto corporativo de sustentação do poder, foi sendo criado um consenso em relação à necessidade de inserção das economias regionais na economia globalizada, tendo como elementos a redução do déficit fiscal e da espiral inflacionária, redução do tamanho e funções do Estado em relação à provisão, bem como descentralização, fortalecimento do mercado por meio da liberalização econômica, aumento da produtividade e flexibilização das relações de trabalho.

A perda de poder dos atores tradicionalmente vinculados ao pacto corporativo - sindicatos, burocracia, classe média, militares e partidos políticos - e o surgimento de novos atores no cenário político - agências internacionais, governos locais, organizações não governamentais, empresários - alterou a estrutura de poder que sustentara o processo de *state-building*, no interior do qual se conformaram as políticas de proteção social durante o século XX (FLEURY, 2008, p. 35).

Fleury (2008) também destaca que a associação entre a luta por uma democracia participativa, com a inclusão de toda a população em sistemas universalizados de proteção social e com a organização descentralizada das políticas e serviços, foi a marca da reforma brasileira da década de 1980, quando os demais países da região já sofriam as consequências do predomínio da onda liberal e seus modelos de reforma social.

É a partir da década de 1970 que o termo “sociedade civil” passa a ser introduzido no vocabulário político e desenvolvido teoricamente em nosso país. Os anos 70 e 80 apresentaram-se como um marco na história da organização da sociedade civil no país, caracterizado pela ampliação e pluralização dos grupos, associações e instituições, que procuram se posicionar de forma autônoma em relação ao Estado. Trata-se de um novo cenário, ao passo que supera o conjunto de experiências de organização social anterior ao período do regime militar. A questão da autonomia emerge como o primeiro elemento articulador de uma noção de sociedade civil (IDEIAS, 1998-1999).

Este novo contexto de mobilização da sociedade civil estimulou o desenvolvimento de novas reflexões em torno do sentido da democracia no Brasil. As novas práticas políticas inauguradas pelos movimentos sociais e as questões que foram sendo apresentadas para a sociedade, redefiniram o espaço da política; provocavam e reivindicavam mudanças nos padrões de comportamento social, onde fazer política era uma atividade que estava voltada para o conjunto do tecido social. Neste sentido, a luta por direitos é o objetivo maior.

Em seu estudo, Telles (2000) discute os impasses e os dilemas da construção da cidadania, tendo como foco a dinâmica da sociedade, em específico, as possibilidades da cidadania se enraizar nas práticas sociais. Para isso, a autora argumenta que considerar a sociedade civil como foco da discussão significa um modo de problematizar a questão dos direitos.

Em sua análise, a sociedade é vista como extremamente complexa, contraditória e atravessada por ambivalências de todos os tipos:

(...) essa é uma sociedade em que a descoberta da lei e dos direitos convive com uma incivilidade cotidiana feita de violência, preconceitos e discriminações; em que existe uma espantosa confusão entre direitos e privilégios; em que a defesa de interesses se faz em um terreno muito ambíguo que desfaz as fronteiras entre a conquista de direitos legítimos e o mais estreito corporativismo; em que a experiência democrática coexiste com a acertação ou mesmo convivência com as práticas as mais autoritárias; em que a demanda por direitos se faz muitas vezes numa combinação aberta ou encoberta

com práticas renovadas de clientelismo e favoritismo que repõem diferenças onde deveriam prevalecer critérios públicos igualitários (TELLES, 2000, p. 93).

Telles (2000) afirma que é na dinâmica da sociedade civil que uma noção de bem público é ou pode ser construída como invenção histórica e política, que depende de espaços públicos democráticos nos quais a pluralidade das opiniões se expressa, nos quais os conflitos ganham visibilidade e as diferenças se representam nas razões que constroem os critérios de legitimidade dos interesses e aspirações defendidos como direitos.

É nesse sentido que se pode afirmar que os direitos, como luta e conquista, significam também uma reinvenção do princípio republicano da coisa pública, o que, no caso brasileiro “significa na verdade uma (re)criação da própria República, essa ficção (...) que nunca se efetivou como prática e valor político numa quase ausência que repõe o padrão oligárquico e patrimonialista da coisa pública” (TELLES, 2000, p. 102).

Para Nobre (2004), o estabelecimento de direitos e o da criação de uma cultura política democrática – está na base do desenvolvimento do grande arranjo social do pós-guerra na Europa, denominado de *Welfare State*. O Estado de Bem Estar Social – *Welfare State* - resultou de uma ampla negociação entre movimentos sociais, sindicatos, entidades patronais, partidos políticos e burocracia estatal. O resultado dessa ampla negociação política foi a concretização de uma gama de direitos sociais, cuja implementação tornou-se obrigação do Estado. Na visão do autor:

Ao atribuir ao Estado a obrigação pela implementação de políticas, o cidadão foi tornado *cliente* do Estado e, nessa posição, objeto de uma ação paternalística por parte de uma burocracia a quem delega a promoção da igualdade de fato entre os cidadãos. Nesse sentido, substitui-se a participação do cidadão na vida pública pela decisão técnica da burocracia estatal, sendo que o controle político da burocracia fica delegado aos partidos políticos e o único momento de intervenção do cidadão é o voto; (...) Esse processo se realiza por intermédio do *direito*, que é a contrapartida necessária do conceito moderno de cidadania (NOBRE, 2004, p. 27).

Desta forma, Nobre (2004) destaca que não se trata apenas de constatar a aparente vitória incondicional do regime burocrático como forma universal de legitimação da dominação, mas igualmente de constatar a aparente vitória incondicional do regime democrático como forma universal de legitimação da dominação e a sua perda de vitalidade como mecanismo de integração social.

Segundo o autor, a emergência dos novos movimentos sociais constitui um elemento fundamental para interpretar a crise do *Welfare State*. A crítica social e os novos movimentos contestatórios, que se voltaram contra a pretensão de neutralidade técnica da burocracia estatal, conquistaram novos espaços de participação e de deliberação dentro do próprio aparelho de Estado.

(...) se a deliberação e a participação devem encontrar seu lugar no Estado Democrático de Direito, será necessário aceitar um jogo entre, de um lado, espaços públicos autônomos e as novas formas de institucionalidade que se projetam e, de outro, macroestruturas definidoras do regime democrático (NOBRE, 2004, p. 37).

Dagnino (2004) analisa as feições que assumem hoje no Brasil, os impactos do projeto neoliberal, e sugere a existência de uma *confluência perversa* entre um projeto político democratizante, participativo e o projeto neoliberal, que marcaria hoje, o cenário da luta pelo aprofundamento da democracia na sociedade brasileira. Desta forma, a disputa política entre projetos políticos distintos assume então o caráter de uma disputa de significados para participação, sociedade civil, cidadania e democracia.

(...) grande parte da interlocução entre o projeto neoliberal, que ocupa majoritariamente o aparato do Estado, com o projeto participativo se dá justamente através daqueles setores da sociedade civil que se engajam nessa aposta e passam a atuar nas novas instâncias de participação junto ao Estado (DAGNINO, 2004, p. 99).

Segundo Dagnino;Olvera;Panfichi (2006), nos últimos anos, vários países da América Latina vêm desenvolvendo experiências de ampliação no campo da política e construção da cidadania, re-significando a própria ideia de democracia e demonstrando que é possível construir um novo projeto democrático, baseado nos princípios de “extensão e generalização do exercício dos direitos, da abertura de espaços públicos com capacidades decisórias, da participação política da sociedade e do reconhecimento e inclusão das diferenças” (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p.16).

Na análise sobre a superação do conceito liberal de cidadania, Dagnino (2004) destaca que esta não está confinada dentro dos limites das relações com o Estado, ou entre Estado e indivíduo, mas deve ser estabelecida no interior da própria sociedade, como parâmetro das relações sociais que nela se travam. Neste sentido, o processo de construção da cidadania, como afirmação e reconhecimento de direitos e, especialmente na sociedade brasileira, é um processo de transformação de práticas arraigadas na sociedade, cujo significado está longe de ficar limitado à aquisição formal e legal de um conjunto de direitos. “A nova cidadania é um projeto para uma nova sociabilidade: (...)

um formato mais igualitário de relações sociais em todos os níveis, inclusive novas regras para viver em sociedade” (DAGNINO, 2004, p. 105).

Na visão de Santos; Avritzer (2002), existe uma combinação entre a democracia representativa e a democracia participativa: coexistência e complementaridade. Coexistência no sentido de uma convivência, em diversos níveis, das diferentes formas de procedimentalismo, organização administrativa e variação de arranjo institucional. A segunda forma de combinação, a complementaridade, implica uma articulação mais profunda entre democracia representativa e democracia participativa. O objetivo é associar ao processo de fortalecimento da democracia local, formas de renovação cultural relacionadas a uma nova institucionalidade política, que recoloca na pauta democrática as questões de pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social.

A concepção de complementaridade é diferente da de coexistência (...), ela implica uma decisão de sociedade política de ampliar a participação em nível local através da transferência ou devolução para formas de participação de deliberação de prerrogativas decisórias a princípio detidas pelos governantes (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 76).

Em seu estudo, Santos; Avritzer (2002) descrevem três teses para o fortalecimento da democracia participativa. A primeira tese implica no *fortalecimento da demodiversidade*, ou seja, pela defesa de uma democracia multicultural, num sentido da deliberação pública ampliada e do adensamento da participação. A segunda tese volta-se para o *fortalecimento da articulação contra-hegemônica entre o local e o global*, isto é, a expansão de alternativas ao modelo hegemônico como a experiência do Orçamento Participativo em Porto Alegre. E por último, a terceira tese seria a *ampliação do experimentalismo democrático*, sendo necessária para a pluralização cultural, racial e distributiva da democracia.

Albuquerque (2007), em seu estudo sobre as experiências de participação - “de setores que tradicionalmente não tiveram “parcela” de poder nos espaços de decisão sobre políticas sociais” (p. 221) – afirma que o Brasil se diferencia dos demais países do Cone Sul. O município brasileiro, desde a Constituição Federal de 1988, é um ente federativo, com Poderes Legislativo e Executivo autônomos, embora subordinados às Constituições federais e estaduais. O sistema tributário e as atribuições legais são unificados para todos os municípios.

Nos demais países não se desenvolveram sistemas que articulem as atribuições e o financiamento das políticas sociais nos diversos níveis de governo. O papel do município na gestão das políticas sociais permanece reduzido e pontual. A participação social em espaços locais fica então muito fragmentada e desvinculada dos espaços que decidem as diretrizes nacionais das políticas (ALBUQUERQUE, 2007, p. 235).

A autora sugere algumas hipóteses sobre os fatores que poderiam favorecer o alcance dos novos espaços participativos como espaços de controle democrático sobre as políticas sociais. A primeira hipótese seria a construção de sistemas descentralizados, articulados e participativos, que podem apresentar-se como caminho fundamental para o controle da sociedade civil sobre as políticas sociais e a universalização de direitos. O segundo fator volta-se para o fato da participação social, denominada “novas políticas sociais”, ou seja, políticas sociais em que o Estado e a sociedade civil vêm construindo uma nova institucionalidade em que ainda se definem papéis - oferece mais flexibilidade e abertura a possibilidades democratizadoras.

É nesta nova relação, entre Estado e sociedade civil, no contexto de democratização da década de 1980, a partir de mecanismos de incentivo à participação, que procura-se a democratização do Estado e a politização da sociedade civil. A Constituição Federal de 1988 inaugura uma nova institucionalidade democrática, tão almejada pelos movimentos sociais.

Nesta perspectiva, com o conceito de “Públicos Participativos”, Wampler; Avritzer (2004) propõem diminuir o distanciamento que existe nos debates sobre a democratização entre a perspectiva institucional e as teorias da sociedade civil.

A idéia de Públicos Participativos compreende cidadãos organizados que buscam superar a exclusão social e política por meio da deliberação pública, da promoção de transparência e responsabilização (*accountability*) e da implementação de suas preferências políticas. Instituições participativas, ancoradas por sanção oficial na Constituição de 1988, (...) entrelaçam atores da sociedade civil com a sociedade política formal. Isto é, novos atores e seus aliados políticos institucionalizaram suas estratégias e práticas em sistemas de produção participativa de decisões, criando, assim, uma nova esfera de deliberação e negociação que aqui se conceitua como Públicos Participativos (WAMPLER; AVRITZER, 2004, p. 212).

Neste sentido, inserido neste debate, considera-se os conselhos de políticas públicas como as principais inovações institucionais que acompanham e particularizam o processo de redemocratização no país. Tais espaços colocam em questão a divisão do

poder com a inserção dos representantes da sociedade civil no controle social e na condução das políticas públicas (TATAGIBA, 2005).

Com a pretensão de aprofundar o debate sobre estes espaços institucionais no exercício do controle social e da definição da política pública de saúde, o próximo capítulo apresenta o histórico da participação no campo da saúde pela reforma do sistema de saúde brasileiro e dedica-se à análise dos conselhos e das conferências de saúde.

CAPÍTULO II - PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NA POLÍTICA DE SAÚDE

Este capítulo dedica-se ao estudo da participação cidadã na política de saúde, abrangendo a temática sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a institucionalização da participação pelos conselhos e conferências de saúde.

Com a construção do SUS, a política de saúde serviu de exemplo para as demais políticas públicas ao institucionalizar a participação social no acompanhamento, fiscalização e decisão da política com a constituição dos conselhos de saúde presente nos três níveis de governos – nacional, estadual e municipal.

O estudo encontra-se estruturado em quatro grandes seções: a primeira seção volta-se para o histórico da participação na política de saúde em meados da década de 1970, envolvendo a atuação do movimento pela Reforma Sanitária em transformar o sistema de saúde brasileiro. A segunda seção apresenta o processo de reforma do setor da saúde no país com a construção SUS, como também a apresentação dos princípios e diretrizes que regem a política de saúde no Brasil. A seguir, analisa-se o processo de institucionalização da participação social com a criação dos conselhos e das conferências de saúde.

Destaca-se nesta seção, os objetivos e as finalidades dos conselhos, assim como os principais debates e temas travados nas conferências nacionais de saúde ao longo da década de 1990. Por fim, a última seção dedica-se ao estudo dos conselhos de saúde, em especial no âmbito municipal, promovendo uma revisão na literatura setorial sobre os principais entraves ao exercício da prática democrática e participativa nestes espaços, bem como as medidas a serem adotadas para o seu fortalecimento.

2.1. Do Movimento Sanitário ao Surgimento do SUS

O surgimento do SUS está diretamente relacionado com o processo de redemocratização do país e à atuação dos movimentos sociais e segmentos de acadêmicos, profissionais de saúde, estudantes e demais setores envolvidos com a saúde no país.

A partir de 1968, o movimento sanitário, assim denominado, surgiu tendo como base teórica uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde, ou seja, adotava a teoria do materialismo histórico e dialético do marxismo, para analisar a saúde numa determinada sociedade. Comprometidos com a transformação do sistema de

saúde até então vigente, lutavam pela melhoria das condições e de atenção à saúde da população, na consecução do direito de cidadania (SCOREL, 2008).

Buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, as bases universitárias – a academia – tomaram o campo das políticas públicas como arena privilegiada de atuação e, nesse sentido, o movimento sanitário começou a constituir-se como tal. Sua organização transcendia seu objetivo específico, ao envolver-se nas lutas mais gerais daquele momento: a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil (SCOREL, 2008, p. 397).

Como analisado por Fleury (1997) *apud* Paim (1997), as décadas de 1970 e 1980 apontavam para a emergência de um novo padrão em Saúde Coletiva, centrado em dois conceitos fundamentais: determinação das doenças e processo de trabalho em saúde. Entendia-se que a saúde e a doença não poderiam ser explicadas exclusivamente pelas suas dimensões biológica e ecológica, mas por fenômenos determinados social e historicamente.

(...) Este paradigma orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se referia à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas aquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (FLEURY, 1997 *apud* PAIM, 1997).

De acordo com Escorel (2008), a formação inicial do movimento sanitário diferencia-se em três vertentes principais: a primeira constituída pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); a segunda integrada pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a terceira vertente por profissionais, professores e pesquisadores.

O movimento estudantil e o CEBES caracterizaram-se por difundir a teoria da medicina social. O movimento estudantil na área de saúde liderou o debate sobre temas como saúde comunitária, por meio das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC), criadas a partir de 1974. Até 1979, a SESAC constituiu-se como espaço de difusão do pensamento médico-social do movimento sanitário entre os estudantes, na formação da consciência sanitária em torno de duas ideias principais: a democratização do país e do setor saúde e contra a privatização da saúde (SCOREL, 2008).

O Cebes foi criado em 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UnB, em Brasília, colocando em discussão a questão da democratização da saúde e constituindo-se como organizador de um novo pensamento e prática em saúde, associado à luta política. Realizou debates

sobre saúde, editou a Revista “Saúde em Debate”, publicou livros e promoveu reuniões em parceria com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Constituiu-se, desta forma, um conjunto de elementos que formaram a ideia da Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas (PAIM, 2008).

No final da década de 1970, em meio a intensas manifestações políticas contrárias ao governo militar, iniciou-se no âmbito do Estado uma mobilização de secretários municipais de saúde, em especial nos municípios com governos progressistas (PAIM, 2008). A partir do I Encontro de Secretários Municipais de Saúde, realizado em 1978, começava a se elaborar a proposta da Reforma Sanitária, enfatizando

a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção (...). A partir de uma ideia pouco estruturada de uma Reforma Sanitária no Brasil, constata-se uma evolução para transformá-la em uma proposta (PAIM, 2008, p. 80-81).

Neste sentido, com objetivo de dar concretude à proposta da Reforma Sanitária, o Cebes apresentou o documento “A questão democrática da saúde” no I Simpósio de Política Nacional de Saúde realizado em 1979, propondo a criação do SUS (PAIM, 2008). Sobre a importância do documento, Paim (2008) comenta:

A importância histórica desse texto, entre outros aspectos, reside no fato de, pela primeira vez, propor a criação do “Sistema Único de Saúde (SUS)”, posteriormente, adotado como documento do Cebes Nacional e apresentado por Sérgio Arouca no I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados (PAIM, 2008, p. 81).

Como destaca Labra (2007), esse documento foi considerado pelo CEBES como uma primeira etapa na formulação de uma plataforma de luta em defesa da democratização da medicina e da saúde brasileira. Além disso, remete à participação na política

Por uma Saúde autenticamente democrática entende-se: (...) organizar o Sistema de forma descentralizada (...) a fim de viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do Sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos, e assembleias e instâncias próprias do Sistema Único de Saúde. (...) Esta descentralização visa (...) sobretudo ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de saúde. (...) Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias. (...) Evita-se, também, com isto, uma participação do tipo centralizador tão cara ao espírito corporativista e tão apta às manipulações cooptativas de um Estado Brasileiro (...). O órgão

[Ministério da Saúde/SUS] deve ter poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população através de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados (LABRA, 2007 *apud* CEBES, 1980, p. 23-24).

Escorel (2008) relata que a Reforma Sanitária persistiu durante algum tempo como palavra de ordem, mas foi abandonada e retomada em 1985/1986. A elaboração do documento e a sua apresentação no Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados evidenciaram a existência de um movimento articulado. Anos depois, a proposta foi legitimada como princípio na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e incorporada anos depois no capítulo sobre Saúde da Constituição Federal de 1988: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado” (ESCOREL, 2008). Para isso, o texto continha as seguintes medidas:

(...) deter o empresariamento da medicina; transformar os atos médicos em bem social gratuito; unificar o sistema de saúde; atribuir ao Estado a administração total desse sistema; entregar a esse sistema a tarefa de planejar e executar a política nacional de saúde; estabelecer mecanismos eficazes de financiamento do sistema; descentralizar esse sistema; e viabilizar uma real participação popular em todos os níveis e etapas da política de saúde (ESCOREL, 2008, p. 408-09)

De acordo com Escorel (2008), a segunda vertente do movimento sanitário era composta pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica e diferencia-se da vertente anterior por ter expressão na arena concreta do mundo do trabalho. A ideologia assalariada trabalhista era postulada pelos médicos a ponto de constituir um movimento para a formação dos sindicatos - instrumentos de luta e pressão política dos trabalhadores – como também a realização de greves a fim de conquistar suas reivindicações por melhores condições de trabalho e melhores salários.

A terceira vertente do movimento sanitário era formada por docentes que construíram o marco teórico, o referencial ideológico do movimento. Entre 1975 e 1979, aumentou o número de instituições de ensino na área de saúde que incorporaram a abordagem médio-social à análise dos problemas de saúde. Destaca-se nesta esfera do movimento sanitário, a associação da luta política com a produção intelectual, o desenvolvimento de pesquisas e a realização de cursos de pós-graduação, além da forte relação com os movimentos sociais (ESCOREL, 2008).

De acordo com Carvalho (1995), neste período, o *locus* da participação é redefinido, pois alcança o conjunto da sociedade e do Estado, visto que seus objetivos são a democratização da saúde, designando a reivindicação pelo acesso universal e

igualitário aos serviços de saúde e também o acesso ao poder. E sobre a característica da participação naquele momento, o autor analisa:

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de “incorporação do saber e da experiência popular” ou de “aproximação com a comunidade”, mas como forma de garantir o redirecionamento das políticas e práticas no sentido para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde (CARVALHO, 1995, p. 23).

A década de 1970 caracterizou-se por importantes transformações estruturais que configuraram um marco decisivo para a sociedade e o sistema político brasileiro na década de 1980. Com o processo de abertura política, emerge uma sociedade cada vez mais organizada (BOSCHI, 1987).

Na análise de Boschi (1987), inaugura-se neste período um interesse generalizado pelos valores democráticos, “permeando todas as esferas da vida, todas as coletividades emergentes, e perpassando as barreiras de classe” (BOSCHI, 1987, p. 13). No nível político-institucional, o processo de abertura prosseguia “sob o fio da navalha, com seu curso “corrigido” pelas pressões de radicalismo de direita, por um lado, e a movimentação de uma coalização anti-regime que se ampliava cada vez mais” (BOSCHI, 1987, p. 13).

Durante o período de 1974-1979, em que o país encontrava-se sobre a direção do general Geisel, o movimento sanitário teve fraca capacidade de interferência nas decisões institucionais. Contudo, a participação do movimento sanitário teve ganhos por “acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de saúde ou definidores da política de saúde, em secretarias municipais de saúde e em outros loci da máquina governamental setorial” (SCOREL, 2008, p. 416) e ainda, terá repercussões no governo Figueiredo (1979-1984), traduzida pelo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) até as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Segundo Cordeiro (1991), este período também foi caracterizado pelo esgotamento do “milagre econômico”, com um novo cenário de políticas sociais que pretendia corrigir a concentração de renda. Tais políticas abriram novos canais de captação de recursos que provocaram o aceleração do processo de privatização do setor de serviços, incluindo os de saúde.

O sistema previdenciário passou por mudanças institucionais ao separar o componente de benefícios da assistência médica e originar instrumentos específicos

para a arrecadação. Foi criado em 1977 o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) e organizados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) (CORDEIRO, 1991).

Sob o ponto de vista dos usuários, as transformações da organização do sistema de saúde apontadas indicavam um dilema a ser enfrentado: a inoperância do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde perante as alternativas de cobertura proporcionadas pelo complexo médico-empresarial (CORDEIRO, 1991, p. 27).

O Prev-Saúde foi lançado na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980 e “constituiu-se num marco do chamado discurso “democrático-social” do Estado brasileiro” (PAIM, 2008, p. 84). As diretrizes do programa referiam-se à ampliação da cobertura por serviços básicos de saúde a toda população; reorganização do setor público de saúde, pela articulação de diversas instituições públicas; descentralização decisória; participação social; regionalização; melhoria das condições do ambiente com foco em sistemas simplificados de abastecimento d’água (PAIM, 2008).

O Prev-Saúde encontrou aceitação entre os profissionais de saúde preocupados com a melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população e foi interpretado como uma conquista dos movimentos sociais que, naquele momento defendiam a democratização da saúde (PAIM, 2008 *apud* PAIM, 1984). Porém, a versão inicial do programa foi criticada pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) e, posteriormente recusada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Mesmo com a elaboração de várias versões do programa até o ano de 1981, com a participação e a contribuição de organismos da sociedade civil e de diversas instituições inclusive do próprio Estado (universidades, Escola Nacional de Saúde Pública), o projeto foi abortado (PAIM, 2008).

Em 1981, a crise da previdência veio à tona, confirmando o grande déficit financeiro. A causa da crise para uns era decorrente da redução das contribuições salariais devido ao desemprego e ao arrocho salarial provocados pela recessão econômica, enquanto outros argumentavam que o problema estava localizado na assistência médica previdenciária (ESCOREL, 2008).

Para tentar solucionar a crise, em novembro de 1981 foi elaborado o “pacote da previdência”, que previa o aumento das contribuições previdenciárias, a diminuição dos

benefícios dos aposentados e a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) - (ESCOREL, 2008 *apud* RODRIGUEZ NETO, 2003).

Neste sentido, PAIM (2008) acrescenta que a criação do CONASP indicaria mudanças importantes nas políticas de saúde. O órgão, composto por médicos empresários, estabelecia princípios racionalizadores na utilização dos recursos destinados à assistência médica, e logo no ano de 1982 formulou e aprovou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano CONASP.

Este Plano era orientado por um decálogo de princípios, representando uma inflexão nas políticas de saúde no Brasil, com a incorporação de políticas racionalizadoras na assistência médica na Previdência Social:

- 1) prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial;
- 2) integração das instituições (federal, estadual e municipal) no sistema regionalizado e hierarquizado;
- 3) utilização plena da capacidade de produção;
- 4) estabelecimento de níveis e limites orçamentários;
- 5) administração descentralizada de recursos;
- 6) participação complementar da iniciativa privada;
- 7) critérios mais racionais para prestação de serviços (públicos e privados) e melhoria das condições de atendimento;
- 8) simplificação do pagamento de serviços a terceiros, com controle dos órgãos públicos;
- 9) racionalização na prestação de serviços de custo elevado;
- 10) implantação gradual da reforma com reajustes eventuais (PAIM, 2008, p. 91).

Contudo, ocorreram limites à implementação do Plano CONASP, pois desde a sua concepção faziam-se presentes interesses de diversas articulações de poder no interior do aparelho institucional da previdência social, representados de um lado pelo complexo médico-industrial e, por outro, pelos que detinham interesses político-ideológicos contrários, estes últimos representados pelos sindicatos médicos do movimento da renovação médica (REME) e demais sindicatos de profissionais de saúde. Os institutos de pesquisa em saúde pública e medicina social, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), movimentos de associações de moradores, as Federações e confederações de Trabalhadores na Agricultura (CORDEIRO, 1991).

Em 1982, a realização de eleições diretas para governador e a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), possibilitaram que os convênios que envolviam o INAMPS, as secretarias estaduais e municipais de saúde,

que faziam parte de um dos projetos do Plano CONASP, se transformassem, no próximo ano, no Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS) e em 1984 constituísse as Ações Integradas de Saúde (AIS) (PAIM, 2008).

Em 1984, o cenário político no país é marcado pela redemocratização e ocupação de um governo civil na presidência, por meio de eleições indiretas. A aliança democrática formada para derrotar os militares no poder permitiu a eleição de Tancredo Neves para Presidente da República e José Sarney como Vice-Presidente. Para fundamentar essa aliança, diversos documentos na área de saúde foram produzidos e, no período de 1985-1987, cargos públicos no aparelho do Estado foram ocupados por atores sociais identificados com políticas democratizantes (PAIM, 2008).

Nesse contexto, as AIS foram fortalecidas em termos orçamentários e consideradas como uma estratégia para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços de saúde. Devido à conjuntura do período, as AIS foram justificadas por vários motivos, dentre eles destacam-se: princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; administração descentralizada; possibilidade de participação popular organizada; caminho para o estabelecimento do sistema unificado de saúde (PAIM, 2008).

Como esclarece Cordeiro (1991), as AIS proporcionavam a base técnica e princípios estratégicos que posteriormente beneficiariam os movimentos pela Reforma Sanitária, porém ainda estavam longe de constituir uma política de saúde assumida pelo governo. O desafio era transformar o sistema de saúde brasileiro, e isto só seria possível “pela coerência entre discurso e prática, (...) vontade política e ação administrativa (...) desmontar as áreas burocráticas que ligavam interesses dos segmentos da burocracia previdenciária, e (...) ganhar em eficiência nos aparelhos institucionais da saúde” (CORDEIRO, 1991, p. 38).

As propostas para a reformulação do setor saúde vinham sendo debatidas desde 1984 pelas instituições universitárias, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), pela Associação Brasileira de Pós-Graduação (ABRASCO), por comissões de saúde dos partidos políticos e por segmentos de profissionais de saúde, de trabalhadores urbanos e rurais, pelo movimento da reforma sanitária (CORDEIRO, 1991).

Como descreve Cordeiro (1991), a posição do movimento sanitário foi reforçada ainda em 1984 em uma reunião para avaliação das AIS promovida pelo CEBES e pela ABRASCO, onde foi reforçada a posição do movimento sanitário em promover a

unificação do sistema de saúde, a coerência entre descentralização e democratização, a participação da população nas decisões referente à política de saúde. Mais uma vez, as AIS eram reconhecidas como uma etapa estratégica para a reforma do sistema de saúde, ou seja, as AIS “deveriam ser o instrumento da construção de um sistema unificado, descentralizado, desburocratizado, eficiente e participativo” (CORDEIRO, 1991, p. 45).

É nesse período também que, personalidades do movimento sanitário conquistam cargos de direção no interior do Estado: Sergio Arouca, médico sanitário, se torna presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Hésio Cordeiro, professor do Instituto de Medicina Social da UERJ, é escolhido para presidente do INAMPS. Por outro lado, a Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social foi assumida pelo Ministro Waldir Pires, identificado como pertencente aos setores conservadores.

Em entrevista¹⁰, Sergio Arouca relata os acontecimentos até a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que significou um marco para a história da saúde pública no país:

Há um núcleo de pensamento da esquerda em conflito com um núcleo conservador. Carlos Santana, que ideologicamente era considerado conservador, mas que era um radical na área da saúde, se torna Ministro da Saúde. Começa aí a discussão em torno do primeiro passo a ser dado. O marco era transferir o Inamps para o Ministério da Saúde, e qualquer reforma deveria começar pela integração. Mas havia um problema: a Saúde estava na mão de um conservador e a Previdência com a oposição. Até que, na calada da noite, o Carlos Santana consegue um decreto que autoriza o Sarney a passar o Inamps para o Ministério da Saúde. Waldir Pires então *veta* o decreto, dizendo que “o Inamps é um patrimônio dos trabalhadores e que por isso essa decisão deveria ser participada a eles”. Pensamos em fazer isso convocando uma Conferência. Mas, na época, as Conferências de Saúde eram espaços burocráticos, onde os temas e os resultados já estavam pré-definidos. Propusemos então convidar *a sociedade* para discutir a questão e realizar uma conferência com a participação de 50% de usuários (AROUCA, 2002, p. 19. Entrevista).

Segundo Carvalho (1995), uma nova visão de participação origina-se ao pretender criar uma relação entre o Estado e os segmentos sociais, não constituindo uma proposta de sujeito social específico, mas adquire o status de um modelo geral/ideal de relação Estado-Sociedade. A categoria central deixa de ser o povo ou a comunidade e passa a ser a sociedade e com ela a ideia de cidadania e uma nova concepção de Estado. A participação almejada é a de um conjunto de indivíduos e grupos sociais “cuja

¹⁰ Entrevista concedida a Revista Radis Comunicação em Saúde, nº 3, OUT/2002.

diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal” (CARVALHO, 1995, p. 25).

Associada a esta forma de participação está à noção de controle social do Estado exercido pela sociedade civil em oposição ao controle particular característico dos grupos com maior poder de acesso e influência no Estado (CARVALHO, 1995). Neste sentido, em um contexto de Reforma Democrática do Estado, faz se presente à ideia do controle social sobre o funcionamento do Estado e a criação de espaços institucionais de participação social, como os Conselhos de Saúde.

Esse é o marco que inspira o advento recente dos Conselhos de Saúde na sociedade brasileira. A idéia de que tais órgãos colegiados, com a presença dos diversos segmentos sociais, em especial daqueles tradicionalmente excluídos, pudessem “controlar” o Estado, assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados (CARVALHO, 1995, p. 28).

Assim, como analisa Albuquerque (2007), a participação da sociedade nas políticas ou programas sociais está associada à reforma do Estado, desde a década de 1980 e ao incentivo ao processo de descentralização. De forma geral, a descentralização foi associada à ideia de eficiência e eficácia dos gastos sociais. Os municípios foram apontados como o espaço privilegiado para o atendimento a necessidade dos cidadãos. “Enfatizou-se a participação ativa da sociedade na gestão de programas, equipamentos ou serviços sociais implementados em nível local como garantia de maior transparência das ações do Estado” (ALBUQUERQUE, 2007, p. 207).

Para Albuquerque (2007), o Brasil constitui um caso particular dentre os países do Cone Sul, marcado por um passado sem direitos sociais garantidos a uma ampla parcela da sociedade, e como consequência, a negação da cidadania, além de uma profunda desigualdade social marcada por uma cultura autoritária e clientelista. A partir da década de 1970, os movimentos sociais ao lutarem pela conquista do retorno democrático, recusam as relações de subordinação ao Estado e reivindicam o direito às políticas sociais mais públicas, democráticas e inclusivas.

De acordo com Almeida (1995), dentre as políticas sociais, a política de saúde foi à única em que a reforma neste setor, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), resultou de uma política deliberada e radical de descentralização, definida no âmbito federal, envolvendo Executivo e Legislativo.

a reforma promoveu a racionalização dos serviços de saúde por meio da integração das redes federal, estadual e municipal e da municipalização do atendimento primário; da definição das fontes de

financiamento; do estabelecimento das funções para as instâncias de governo; da criação de mecanismos automáticos de transferência de recursos no interior da rede pública e do setor privado (ALMEIDA, 1995, p. 95).

2.2 O Sistema Único de Saúde: Princípios e Diretrizes

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi fundamental para o processo de reforma sanitária no Brasil, desencadeado na Constituição Federal de 1988. Com ampla participação dos segmentos da sociedade civil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde teve a presença de mais de quatro mil pessoas e discutiu temas como: a reformulação do sistema nacional de saúde, a saúde como direito de cidadania, o financiamento do setor, como também a criação de novas bases institucionais de participação social (ESCOREL, 2008).

Importante destacar que até o surgimento do SUS, muitos obstáculos foram enfrentados pelos que lutavam pela democratização e por um novo sistema de saúde no Brasil. Tais obstáculos partiam até mesmo da Presidência da República, como relembra Sergio Arouca:

(...) Da Conferência, sai o movimento pela Emenda Popular, a única emenda constitucional que nasce do movimento social. Esse foi o maior sucesso da Reforma Sanitária, que enfrentou mudanças de ministros e até de um presidente da República (o ex-presidente Fernando Collor, que era absolutamente contra o SUS). Para ele, segundo o pensamento da reforma neoliberal do Estado, o SUS era uma excrescência (AROUCA, 2002, p. 19. Entrevista).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi precedida de pré-conferências e reuniões estaduais, realizadas em todo o país e seriam elaborados técnicos que serviriam de base para as teses a serem debatidas. Ao ser convocada pelo Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, assim como afirma Carvalho (1995), já expressa seu ineditismo e caráter de “Constituinte da Saúde”. Isto pode ser confirmado com a definição do temário da Conferência, assim como dispõe o Art. 2º:

I. Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;

II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde de acordo com os princípios de: integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde;

III. Financiamento setorial (BRASIL, 1985)¹¹.

De acordo com o Art. 3º do Decreto de convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, além da participação de representantes do Ministério da Saúde, das Forças Armadas e dos demais Ministérios, bem como de parlamentares das Comissões de Saúde do Senado, da Câmara dos Deputados e das Assembleias Legislativas Estaduais, destaca-se a participação inédita da sociedade civil organizada:

- Representantes das organizações sindicais de empregados e empregadores;
- Representantes das Associações, Conselhos e Sindicatos dos Profissionais de Saúde;
- Representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Representantes das entidades prestadoras de serviços de saúde;
- Representantes de outras entidades representativas da sociedade civil.

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde fica evidente que as transformações do sistema de saúde brasileiro ultrapassavam uma simples reforma administrativa e financeira. Exigia-se a ampliação do conceito de saúde e sua aplicação institucionalmente, além da revisão na legislação de acordo com os princípios da Reforma Sanitária (BRASIL, 1986)¹².

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis (...). Há (...) necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las (BRASIL, 1986).

Para isso, a reestruturação do sistema nacional de saúde tornava-se fundamental com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria ter como princípios: descentralização das ações e serviços de saúde; integralidade das ações; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação da população, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde; fortalecimento do papel do município; universalização da cobertura populacional; equidade em relação ao acesso (BRASIL, 1986).

¹¹ BRASIL, Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985. Convoca a 8ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências.

¹² BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília- DF, 17 a 21 de março de 1986.

Em relação à diretriz da participação social no SUS, também foi deliberado na 8ª Conferência Nacional de Saúde a constituição do Conselho Nacional de Saúde (CNS), composto por representantes do Ministério da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, cuja atribuição seria orientar e avaliar o desempenho do SUS. Também decidiu-se pela criação dos conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, sendo sua composição formada por representantes eleitos pela comunidade, usuários e prestadores de serviços, que tinham como objetivo permitir a participação plena da sociedade na formulação, execução e fiscalização da política de saúde (BRASIL, 1986).

De acordo com Cordeiro (1991), os desdobramentos após a 8ª Conferência Nacional de Saúde contribuíram para três níveis de ação política e técnica da reforma sanitária: a luta pelo texto da saúde no capítulo da ordem social da nova Constituição; o início do processo de implementação da reforma pelos movimentos institucionais e a mobilização da sociedade para ampliação das bases sociais do movimento sanitário. Pretendia-se conquistar apoios em favor das mudanças no setor saúde, a partir das ações administrativas e institucionais na gestão da política de saúde.

Segundo Carvalho (1995), a partir de meados de 1987 o processo de Reforma Sanitária entra num impasse: o avanço das propostas no âmbito institucional não é acompanhado por transformações reais na política. Mas em 1987, com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), este cenário se modifica. Os SUDS objetivavam dar prosseguimento as Ações Integradas de Saúde (AIS), buscavam promover a descentralização técnica, o que se torna viável com a eleição de governadores opositoristas, interessados em ampliar seus poderes de gestão na saúde.

Com isso, o SUDS origina o aparato legal para o repasse a estados e municípios de “recursos financeiros, humanos e patrimoniais, estabelecendo assim base material para o advento do comando unificado e descentralizado sobre a rede assistencial” (CARVALHO, 1995, p. 58).

Com o SUDS, é estabelecido um novo modelo de convênio entre os entes federativos: União, estados e municípios, tornando obrigatória a participação dos setores da sociedade nas comissões interinstitucionais e advertindo para a criação dos conselhos de saúde (CARVALHO, 1995).

Cordeiro (1991) destaca que a proposta de criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) compreendia diretrizes para promover a transição das AIS para o Sistema Único de Saúde (SUS). E nas palavras do autor:

Reconhecia-se que a consolidação da reforma sanitária se dava por intermédio dos novos postulados constitucionais que reconheceram a saúde como direito de cidadania e como dever do Estado (CORDEIRO, 1991, p. 97).

De acordo com Paim (2008), foi considerado um avanço no processo de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), desencadeado pelo próprio movimento sanitário, a reformulação do atual sistema nacional de saúde. Interessante destacar que essa posição não era consensual. “Se em 1986 a polêmica no movimento sanitário residia na suposição de que as AIS atrapalhavam a Reforma Sanitária, em 1987 tal suspeita deslocou-se para o SUDS” (PAIM, 2008, p. 136). E ainda, segundo o autor, o importante para a época era que a “Reforma Sanitária não se resumia ao SUDS, mas este trazia embutida a negação do sistema até então vigente, carregando o embrião do novo sistema proposto pela RSB” (PAIM, 2008, p. 136).

Como fruto da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorre à formulação de documentos que propunham a seção da saúde na Constituição e uma nova legislação do sistema nacional de saúde:

Os principais desdobramentos da 8ª CNS foram a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Saúde. A primeira de composição paritária entre governo e sociedade civil, realizou o trabalho de elaborar – aos moldes da Comissão Afonso Arinos – a proposta constitucional para o capítulo de saúde. A Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que se fez representar intensamente no processo constituinte, obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário (SCOREL, 2008, p. 429-30).

Neste sentido, a partir da Constituição Federal de 1988, denominada “constituição cidadã”, é instituído um novo conceito de saúde em nosso país, fruto de intensas lutas do movimento sanitário durante as décadas de 1970/80. “Uma das mudanças centrais da Constituição de 1988 foi retirar o direito à saúde da esfera trabalhista e do mercado e remetê-lo à esfera do direito de cidadania” (SILVA, 2009, p.41).

Uma grande conquista do movimento sanitário volta-se para o capítulo da seguridade social da Constituição Federal de 1988, em especial o Art. 196 que declara a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Tais ações e serviços, de acordo com o Art. 198, integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único,

organizado pelas diretrizes da descentralização, integralidade e da participação da comunidade.

Dentre as competências do SUS, destaca-se: (I) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; (II) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (III) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; (IV) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico (BRASIL; CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988; Art. 200).

Neste sentido, como analisa Noronha; Lima; Machado (2008), o SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito e incorpora em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde.

A implantação do SUS ocorreu em 1990, durante o governo do presidente Fernando Collor de Melo, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990¹³). A lei nº 8.080 dispõe sobre “as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (Lei nº 8080/90).

Durante o Governo Collor há um retrocesso na política de saúde no país, um tanto paradoxal frente ao novo modelo de saúde constituído com o SUS, a começar pelos vetos à Lei 8.080 nos pontos sobre participação social e transferência automática de recursos para as esferas subnacionais, além do adiamento da 9ª Conferência Nacional de Saúde realizada tardiamente em 1992. De acordo com a síntese de Faleiros *et al* (2006):

O veto demonstra uma posição claramente contra-hegemônica ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Estava consoante, portanto dos rumos da política internacional, na esteira da globalização econômica, em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação perdiam rapidamente sua voz (FALEIROS *et al*, 2006, p. 112).

Os vetos à Lei nº 8.080 podem ser visualizados no Quadro II:

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080. **Lei Orgânica da Saúde**. 19 de setembro de 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 de março de 2008.

Quadro II – Sistema Único de Saúde (SUS) - Vetos à Lei Orgânica da Saúde - 8.080/90

VETO	MATÉRIA	COMENTÁRIO
Art. 11 e seus §§ e Art 42	Estabelece a Conferência e o Conselho de Saúde e detalha sua organização.	Recuperado na íntegra na Lei nº 8.142/90.
§ 3º do Artigo 26	Correção monetária no atraso da remuneração de serviços.	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90.
Incisos II e III do Artigo 27	Instituição de planos de cargos e salários e carreira para o pessoal do SUS, em cada esfera do governo (II) e piso nacional de salário para cada categoria (III).	Inciso II parcialmente recuperado na Lei nº 8.142/90.
Art. 29	Escolas públicas que formam recursos humanos para a saúde serão subordinadas ao SUS.	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90.
Inciso I e §§ 4º e 6º do Art 32	Fonte de recursos para o SUS.	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90.
§§ 2º e 3º do Art 33 e §§ 3º, 4º e 7º do Art 35	Repasse de recursos.	Recuperado parcialmente na Lei nº 8.142/90 – parte foi matéria de NOBs.
§§ 1º e 4º e 7º do Art 39	Estrutura do Ministério da Saúde e incorporação do INAMPS e outros órgãos.	Recuperado parcialmente na Lei nº 8.689 (27/7/1993) – Matéria de diplomas legais posteriores.
Artigo 40	SUCAM e Fundação SESP – Transição das ações para o SUS.	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90.
Artigo 44 e §§	Transferência de servidores ao SUS.	Recuperado parcialmente na Lei nº 8.689 (27/7/1993) .
Artigos 48 e 49	Recursos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios.	Matéria posterior de portarias ministeriais.
Artigos 51 e §§	Não redução de recursos do SUS pela média quinquenal – Recursos para o SUS de 8% do PIB.	Não recuperado.
Artigo 53	Encaminhamento ao Congresso Nacional em 6 meses; Plano de Cargos e salários; piso salarial; salário mínimo de profissionais e técnicos; regulamentação de pré-pagamento de serviços; e Código Sanitário Nacional.	Não recuperado.

Fonte: Faleiros *et al* (2006)

Como aponta Faleiros *et al* (2006) os vetos à lei da saúde promove uma mobilização do movimento sanitário que pressiona o poder Legislativo para uma tomada de posição, no que seria traduzida posteriormente com a promulgação da Lei nº 8.142¹⁴, de 28 de dezembro de 1990, apesar do restabelecimento parcial dos vetos como demonstrado no Quadro II. A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre “a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde” (BRASIL, 1990).

Pela Lei nº 8.142/90, o SUS contará, em cada esfera de governo, com as conferências e os conselhos de saúde. Fica estabelecido que a cada quatro anos será realizada a Conferência Nacional de Saúde a ser convocada pelo Poder Executivo ou, de forma extraordinária pelo Conselho Nacional de Saúde, com representação de segmentos da sociedade, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde no país e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (art. 1º §1º) . Por sua vez, a Lei

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.142. 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 20 de março de 2008.

8.142 também determina a existência do conselho de saúde em cada instância correspondente “formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde, (...) inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 1990, art. 2º §2º). Além disso, a representação dos usuários, representantes da sociedade civil, nos conselhos e nas conferências de saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (Art.1º§4º), bem como a organização e as normas de funcionamento definidas em regime próprio, aprovadas pelas respectivas instâncias (Art.1º§5º).

A reforma do setor saúde no país, com a promulgação da Lei 8.080/90 e por sua vez, com a disposição de novas diretrizes para o sistema de saúde, é expressa por Arouca (2002):

Conquistamos a universalização na Saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada. Conseguimos estabelecer que a Saúde deve ser planejada com base nas Conferências e conseguimos formalizar os Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários. O último passo desse movimento pela Reforma Sanitária foi a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da Constituinte na Lei Orgânica 8.080. Dessa forma, todas as propostas reformistas de esquerda viraram Lei e isso acabou possibilitando a aprovação de outros projetos da esquerda (AROUCA, 2002, p. 19. Entrevista).

Pela Lei Orgânica da Saúde, o SUS passa a ser constituído “pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados pelos órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990)¹⁵. Com isso, são definidas as atribuições de cada esfera de governo e suas competências, sendo a direção do SUS única em cada esfera de governo, exercida pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais (NORONHA; LIMA; MACHADO; 2008). Constituem-se princípios e diretrizes do sistema de saúde (art. 7º):

- *universalidade* de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência;
- *integralidade e igualdade* de assistência à saúde;

¹⁵ BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- *participação da comunidade*;
- *descentralização político-administrativa*, com direção única em cada esfera de governo: ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- integração em nível executivo das ações de saúde;
- conjugação dos recursos financeiros da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência à saúde.

Em estudo sobre o sistema de saúde, Noronha; Lima; Machado (2008) comentam e analisam cada um dos princípios e diretrizes do SUS. O princípio da *universalidade*, ao expressar que todos são iguais nos direitos para obter as ações e os serviços de saúde que necessitam, rompe com o passado brasileiro marcado por um modelo contributivo de seguro social que beneficiava apenas os trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho. A *igualdade* na assistência à saúde também constitui um dos princípios do SUS, não sendo aceitável a discriminação e o privilégio no acesso aos serviços de saúde. Estes passam a ocorrer de forma *integralizada*, promovendo uma associação entre as ações de promoção da saúde e a prevenção de doenças com a assistência ambulatorial e hospitalar.

A participação da comunidade e a descentralização constituem as duas diretrizes da política de saúde. A participação ocorre no âmbito dos conselhos e das conferências de saúde realizados nos três níveis da federação: nacional, estadual e municipal. É por intermédio das entidades representativas que a população pode participar e deliberar do processo de decisão da política de saúde. Também como diretriz da política de saúde, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo implica uma maior responsabilização e autonomia dos estados e municípios na condução da política de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Noronha; Lima; Machado (2008) também apontam implicações que tais princípios e diretrizes ocasionam na política de saúde com o surgimento do SUS: a responsabilidade pela situação de saúde não ocorre apenas no âmbito setorial; as políticas econômicas e sociais devem estar voltadas para a eliminação ou redução de

riscos para a saúde; é fundamental a integração das políticas de saúde com as demais políticas públicas; faz-se necessária a integração das três esferas de governo no âmbito do SUS.

Em agosto de 1992, finalmente após adiamentos por parte do governo federal, foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema “Municipalização é o caminho”. Como destaca o relatório final, a 9ª Conferência Nacional de Saúde abrangeu a abordagem de três grandes vertentes:

- A primeira consistiu na reafirmação do texto da Seguridade Social na Constituição de 88, tendo em vista as ameaças de retrocesso às conquistas sociais que apontavam na direção da privatização da Saúde e da Previdência, e da Reforma Fiscal que alterava as bases de arrecadação e distribuição dos recursos para essas duas áreas;
- A segunda vertente volta-se para a reafirmação do SUS em torno de duas questões básicas: a primeira pela implementação da Lei Orgânica, em especial nos pontos relacionados à participação social (instituição dos conselhos de saúde) e ao financiamento (principalmente o repasse de recursos para os municípios). Reafirma-se o papel dos conselhos municipais e estaduais de saúde como espaços privilegiados para o exercício do controle social, constituídos de forma paritária, com poder deliberativo. Inclui-se também a reafirmação da necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS, bem como a definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos;
- A terceira e última vertente constitui o debate sobre as crises do Estado e do governo. A 9ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a carta “Fora Collor” e analisou a crise ética do governo que, junto ao modelo de desenvolvimento econômico, provocou a ingovernabilidade em que se encontrava o país. Reivindica-se a compatibilização do que constitucionalmente está determinado como deveres do Estado e um modelo econômico que pudesse atendê-los (BRASIL, 1993)¹⁶.

¹⁶ BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final 9ª Conferência Nacional de Saúde**. 9ª Conferência Nacional de Saúde Municipalização é o caminho. Brasília – DF, 9 a 14 de dezembro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

O governo Collor levou o Brasil a uma tragédia sanitária jamais assistida.

A nova Constituição Brasileira assegura o direito à saúde e prevê a criação de um sistema democrático comprometido com as necessidades da população. Apesar disso, esse governo violentou todos esses princípios e intensificou um período de desrespeito à ÉTICA, à moral e ao interesse público sem precedentes.

(...) A cada dia reinventam-se propostas que mascaram problemas e necessidades reais: a recente proposta de reforma fiscal do Governo é, na verdade, uma revisão constitucional que representa uma agressão aos direitos constitucionais já assegurados, mas ainda não implantados.

(...) Que o movimento social redobre o trabalho que já vem fazendo, contra a corrupção e contra a política econômica e exija nas ruas o FORA COLLOR JÁ (BRASIL, 1992, Carta da 9ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira).

Em 1993, com a extinção do INAMPS, várias mudanças ocorreram no setor saúde. Por 15 anos, esta instituição coordenou a política de centralização administrativa do sistema de saúde, caracterizada pelo modelo de atenção à saúde privatista e essencialmente médico (PASCHE *et al*, 2006). Em entrevista, Sergio Arouca relata o momento de extinção do INAMPS que vivenciou de perto:

(...) como Deputado Federal, fui designado como relator da extinção do Inamps. Todos achavam que era um suicídio, pois eu estava propondo a extinção de uma instituição com mais de cem mil funcionários e que iria mobilizar tanto trabalhadores quanto aposentados. De fato, sofri muita pressão. A surpresa é que, na hora da decisão final, as lideranças do Movimento dos Trabalhadores do Inamps eram favoráveis à extinção, em nome de um novo projeto (AROUCA, 2002, p. 19. Entrevista).

O cenário do sistema de saúde neste período com a implementação do SUS é analisado por Faleiros *et al* (2006):

A implementação do SUS, por sua vez, não foi tranqüila, com afloramento dos conflitos federativos, entre os estados e o governo federal, pelo repasse de verbas e transferência de patrimônio e pessoal, conflitos com servidores, resistência por parte do funcionalismo em ser transferido para estados e municípios. Por outro lado, há imensas negociações para obtenção de verbas. Estados e prefeituras enfrentam o dilema de administrar hospitais federais (...). A disputa por verbas, entre os ministros da Saúde e da Previdência, entre os ministros da Saúde e da Fazenda, entre os secretários estaduais e municipais de saúde e o ministro da Saúde, entre os governos estaduais e governo federal, entre secretários municipais e secretários estaduais de saúde, entre governos municipais e governos estaduais, caracteriza a dinâmica institucional de relações no setor. Por outro lado, o usuário sofre, no cotidiano, as conseqüências do sucateamento de serviços (...) (FALEIROS, *et. al*, 2006, p.120-121).

Para Santos (2009), a grande distorção no sistema de saúde brasileiro nos anos 90 foi que a inclusão da população, anteriormente excluída no acesso à saúde, pautou-se na universalidade e descentralização, com ênfase na municipalização, porém manteve atrofiada a integralidade, a igualdade, a regionalização e a participação dos conselhos de saúde na formulação de estratégias. Porém, tais princípios continuam sendo perseguidos por diversos atores sociais presentes nas esferas nacional, estadual e municipal, dentre eles, conselheiros de saúde, gestores locais e outros que se esforçam permanentemente em efetivá-los.

Contudo, como aponta Santos (2009), a partir de 1995, o SUS enfrenta diversas dificuldades na continuidade das reformas necessárias no setor de prestação de serviços, devido ao fortalecimento de políticas institucionais econômicas e das políticas públicas, que avançaram em direção ao ideário da focalização e segmentação, sobrepondo-se ao ideário da Reforma Sanitária universalista, com equidade e integralidade.

Pache *et al* (2006) destaca que, de forma paradoxal ao período da reforma do sistema de saúde brasileiro, ocorre um forte desfinanciamento do setor saúde, o que ocasionou o congelamento das tabelas de remuneração do SUS e a ausência de investimentos. Concomitante ao desenvolvimento do SUS, a partir da década de 1990 consolidou-se a hegemonia das políticas neoliberais na maioria dos países. No Brasil, foram consolidadas propostas de redução e restrição das atividades de proteção social, com a precarização das relações de trabalho, geração de superávit primário, abertura da economia nacional às empresas multinacionais, política de privatização e redefinição das funções do Estado, como regulação, avaliação (PASCHE *et al*, 2006).

A reforma SUS resistiu e continuou emergindo ainda que na contra-hegemonia em inúmeras trincheiras e ocasiões, ao nível dos Conselhos de Saúde, das entidades ligadas ao movimento da Reforma Sanitária, das CITs [comissões intergestores tripartite] e CIBs [comissões intergestores bipartite], e especialmente, na “ponta” do sistema, milhares de experiências exitosas entre gestores descentralizados, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e usuários (SANTOS, 2009, p. 22).

Como destaca Faleiros *et al* (2006), ao longo deste período, o percurso da política de saúde caracterizou-se como uma política de Estado e não de governo, dada a sua institucionalidade como política pública. A questão relacionada ao orçamento para a saúde foi pauta e ação constante do movimento social e sanitário, diante das atitudes governamentais de desconstrução das conquistas obtidas.

Albuquerque (2007) destaca que, inserido neste cenário de vulnerabilidades sociais e predomínio de receitas liberais para o enfrentamento das crises dos anos 80 e 90, encontra-se o surgimento de espaços institucionais de participação social que sofrem impacto nas possibilidades de participação e controle social sobre políticas públicas.

Sobre esta questão, Dagnino (2002) denomina de *confluência perversa* a existência de um projeto participativo construído a partir da década de 1980, ao redor da extensão da cidadania e do aprofundamento da democracia e o projeto do Estado mínimo, que se volta para a não garantia dos direitos.

A perversidade está colocada no fato de que, apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva. Essa confluência perversa faz com que a participação da sociedade civil se dê hoje em terreno minado, onde o que está em jogo é o avanço ou o recuo de cada um desses projetos (DAGNINO, 2002, p. 289).

Como aponta a autora, este é um dilema atual que está presente na ampla maioria das experiências de participação social, dentre elas os conselhos de políticas públicas, originadas no final da década de 1980 que buscam promover a atuação conjunta entre representantes do Estado e da sociedade civil na decisão da política.

2.3. Institucionalização da Participação na Política de Saúde

Uma das conquistas da Reforma Sanitária foi à institucionalização no âmbito do Estado, dos conselhos e das conferências de saúde, dotados de poderes legais e onde os usuários possuem representação paritária em relação ao governo e aos profissionais de saúde. Estes órgãos colegiados foram originados das lutas comunitárias da década de 1970 e constituem a expressão institucional de uma das ideias fundadoras da Reforma Sanitária: a participação da sociedade nas políticas e organizações de saúde (CARVALHO, 1997). E sobre a relação entre o tema da participação e a Reforma Sanitária, Carvalho (1997) acrescenta:

(...) Postulando a democratização no acesso a bens e serviços propiciadores de saúde, mas também a democratização do acesso ao poder, a agenda da reforma sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os “mecanismos de funcionamento” do Estado e não só com os “resultados distributivos” de suas políticas. Daí o emprego simultâneo das consignas “Democracia é saúde” e “Saúde é democracia”, emblema da Reforma Sanitária enquanto reforma também da política, no sentido de que o direito universal à saúde deveria ser acompanhado, garantido mesmo, pelo direito à participação no poder. Saúde como estratégia para a democracia e democracia como estratégia para a saúde (CARVALHO, 1997, p. 93).

Neste sentido, a ideia do projeto de Reforma Sanitária era aproximar o Estado da sociedade usuária do sistema de saúde e que suas demandas pudessem ser atendidas, tendo em vista o contexto de regime autoritário da década de 1970. É desta forma que a “participação da comunidade” e a “descentralização político-administrativa” surgem com as principais diretrizes da reforma institucional do modelo de saúde no Brasil (CARVALHO, 1997).

Coelho (2007) destaca que a participação e a deliberação nos *novos espaços democráticos*, como os conselhos de saúde, surgem da ideia de que parte significativa da atual incapacidade das políticas públicas em promover transformações concretas no *status quo* resulta da não inclusão dos destinatários dessas políticas nos processos decisórios. “Cresce a aposta de que as políticas se tornarão mais responsivas às necessidades da população à medida que esta for incluída nos processos decisórios” (COELHO, 2007, p.78).

A institucionalização da participação no SUS é garantida pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, através da criação dos conselhos e conferências de saúde, presentes em cada esfera de governo, e também como o controle social deve ser desdobrado. Este último é compreendido como um processo contínuo de democratização no âmbito local, capaz de promover a construção de um novo espaço de cidadania, onde o cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde.

O início dos anos 1990 foi fundamental para a consolidação do SUS, em especial para o avanço do processo de municipalização e incentivo a descentralização político-administrativa com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs). A fim de instruir e regular a nova organização do sistema, as NOBs abrangem: definição das formas de transferências de recursos interinstâncias de governo; definição de modalidades de pagamento de serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e de alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

Sobre as resoluções das NOBs e seus impactos para a participação social no SUS, ainda no governo Collor, foi aprovada a Norma Operacional Básica de 1991

(NOB-91), pela resolução nº 258 de 7 de janeiro de 1991¹⁷ e a NOB-92, pela portaria nº 234 de 7 de fevereiro de 1992¹⁸. Segundo a NOB-91, para que ocorra a transferência automática e direta de recursos do SUS para os municípios é exigida a criação de conselhos e fundos municipais de saúde, além da aprovação do Plano Municipal pelos Conselhos de Saúde. De acordo com a NOB 92, um dos requisitos básicos para o recebimento de recursos, de forma regular e automática, para a cobertura das ações e serviços de saúde, são o caráter deliberativo e a composição paritária do conselho municipal de saúde com representantes do governo, prestadores e profissionais de saúde (50%) e usuários (50%).

Como disposto pela NOB-92, estas resoluções tem forte relação com o processo de municipalização, que deve ser entendido principalmente pela nova responsabilidade do município em administrar, planejar, decidir e gerir o sistema de saúde. Mesmo com o discurso da eficiência e eficácia no âmbito municipal com a descentralização das ações e serviços de saúde, é considerada vantajosa a aproximação dos usuários do SUS na definição e no controle da política de saúde (BRASIL, 1992).

As formas de efetivação do controle social na organização do SUS, representado pelos conselhos e conferências de saúde, ocorrem como um processo de articulação entre atores sociais que possuem olhares distintos sobre a realidade e têm interesses diversos, nem sempre harmônicos, em que as disputas de poder estão presentes, de conflitos e de negociações, ainda que os processos de discussão busquem o consenso em defesa dos princípios do SUS.

É importante destacar que de acordo com a Lei 8.142/90 torna-se obrigatória a existência do conselho de saúde nas esferas estadual e municipal, incluindo o Distrito Federal, para o recebimento de recursos. Esta determinação legal pode explicar o forte crescimento por todo o país destas instâncias de participação. Entre 1991 e 1993 foram constituídos cerca de dois mil conselhos de saúde, o que significa um ritmo de praticamente dois novos conselhos por dia. Em julho de 1996, de acordo com o número de municípios já habilitados à municipalização, sugere-se que cerca de 65% do universo dos municípios dispõem de Conselhos (CARVALHO, 1997).

¹⁷ BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. <http://siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 de março de 2008.

¹⁸ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 de março de 2008.

A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os conselhos de saúde uma instância de proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde. A legislação estabelece a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O conselho é composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros (BRASIL, 1992).

Assim, com uma composição mista - 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde, 25% de representação do governo, de prestadores de serviços privados - e dotados de atribuições legais amplas, com poderes deliberativos, os conselhos de saúde surgem como um constructo institucional expressivo da democracia, perseguida pela Reforma Sanitária, a partir de meados da década de 1970.

Em 1993, no governo Itamar Franco, ocorre a edição da Norma Operacional Básica de 93 (NOB SUS 01/93)¹⁹ que, para estabelecer normas e procedimentos para a condução do processo de descentralização no SUS e mecanismos de financiamento das ações de saúde, tem como pressuposto a existência e o funcionamento regular dos conselhos de saúde como mecanismo privilegiado de participação e controle social. Ressalta-se que a NOB-93 baseia-se no documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, aprovado pelo conselho nacional de saúde, em 15 de abril de 1993 (BRASIL, 1993).

Para o gerenciamento do processo de descentralização do SUS é criada no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e em nível estadual é criada a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado (BRASIL, 1993).

A CIT tem por finalidade “assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder

¹⁹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1993 (NOB – SUS/93). Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 de março de 2009.

deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde” (BRASIL, 1993, 2.1.1), enquanto a CIB, presente em cada estado, possuía suas definições e propostas “referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador” (BRASIL, 1993, 2.2.1.2.)

Além disso, para a condução do processo de descentralização e de gestão do SUS, a NOB-93 cria modalidades de habilitação em gestão nos âmbitos estadual (parcial e semi-plena) e municipal (incipiente, parcial e semi-plena), sendo requisito para inserção e permanência dos estados e municípios, o funcionamento do conselho de saúde, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões (BRASIL, 1993).

Fica claro que o Sistema Único de Saúde é um novo modelo institucional de pactuação federativa, com um ator central que se torna o eixo de deliberação e de fiscalização – os Conselhos de Saúde. Os conselhos se consolidam em seu papel institucional de nova política de saúde, considerando o processo dinâmico de articulação entre os gestores das três esferas, os mecanismos de financiamento e o controle social, como uma normatização que garanta os poderes dos órgãos paritários (FALEIROS, *et. al*, 2006, p. 129).

A institucionalização da participação social no SUS também se consolida com a realização a partir de 1995 das Plenárias Nacionais dos Conselhos de Saúde. Constituem-se em espaços de institucionalização das demandas dentro do SUS e por um processo instituinte de debates, pressões e propostas, ao manifestar publicamente suas reivindicações pelo fortalecimento do SUS diante das autoridades do Ministério da Saúde e do poder Legislativo. Além disso, em sua dinâmica interna busca-se promover uma articulação entre conselheiros para uma ação conjunta e permanente, no sentido de sua organização e fortalecimento interno (FALEIROS *et al*, 2006).

De acordo com Faleiros *et al* (2006), os temas centrais das plenárias situam-se no eixo da relação entre instituinte e instituído, no movimento de pressão/negociação/implementação do SUS. Desde sua realização, constituem temas centrais de debates das Plenárias: aqueles relacionados a implementação do sistema público de saúde, como por exemplo, funcionamento, acesso, condições, publicização, municipalização, gestão; orçamento e financiamento; funcionamento, estrutura e organização das plenárias dos conselhos; formação de conselheiros, articulação e comunicação entre conselhos; controle social, papel, competência e organização dos

conselhos; recursos humanos, gestão, plano de carreira; modelo de gestão, organização da atenção à saúde; Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Resolução nº 33/92²⁰.

Em 1996, com a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, os mecanismos de participação já estavam consolidados, sendo esta conferência precedida por 27 Conferências Estaduais e mais de 3.000 Conferências Municipais de Saúde que debateram e analisaram o sistema de saúde. Segundo a Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde é reconhecido que a construção de um novo modelo de atenção à saúde passa, necessariamente, pela maior autonomia dos municípios e pela reafirmação da participação popular e o controle social com os conselhos paritários, tripartites e deliberativos para o desenvolvimento do SUS (BRASIL, 1998) ²¹. Para isso, são enfatizadas as seguintes reivindicações:

Exigir a manutenção do princípio e conteúdo constitucional da Seguridade Social (...);
(...) Ampliação da base de arrecadação da Seguridade Social com fontes permanentes de financiamento;
(...) Garantir o fim das fraudes e dos desvios de verbas através da efetiva fiscalização dos Conselhos de Saúde e a descentralização da gestão e controle em todos os níveis de complexidade dos serviços;
Exigir a imediata discussão do Projeto de Reforma de Estado e do MARE, no âmbito dos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais e a revisão de todas as propostas que ferem os princípios e as diretrizes do SUS;
Contra os modelos alternativos que se resumem à simples privatização da gestão das unidades públicas, como é o caso das fundações privadas (...);
Estabelecer, imediatamente, uma agenda de prioridades para a implantação de política de recursos humanos coerente com os princípios do SUS (...); (BRASIL, 1998, CARTA DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE).

Sobre as instâncias de participação social, em específico sobre os conselhos de saúde, é determinado na 10ª Conferência Nacional de Saúde assegurar seu pleno funcionamento pelos gestores do SUS, criando condições de infra-estrutura e recursos financeiros necessários para o pleno exercício de suas funções. “Os Conselhos devem dispor, ainda, de dotação orçamentária própria, espaço físico permanente, órgãos de assessoramento técnico, secretaria executiva e de apoio administrativo” (BRASIL, 1998, p. 44). Além disso, os conselhos de saúde devem promover uma Política Nacional

²⁰ Informações retiradas FALEIROS et al. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária**. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

²¹ BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final 10ª Conferência Nacional de Saúde**. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília - DF 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

de Capacitação de seus conselheiros custeados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Em relação à composição do conselho de saúde deve-se obedecer à paridade, respeitando a proporcionalidade de 50% de usuários; 25% de trabalhadores em saúde e 25% de gestores e prestadores. Fica também proibida a indicação pelo gestor de representantes dos trabalhadores em saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços nos conselhos de saúde, bem como a representação dos usuários pelos órgãos do Legislativo, Executivo e Judiciário, de entidades patronais, Lions e Rotary (BRASIL, 1998).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde também defendeu o fortalecimento político, a autonomia do conselho de saúde e a organização independente dos conselhos de saúde. Para isso, deliberou-se pela criação das Comissões Inter-Conselhos Tripartite e Bipartite, com o objetivo de proporcionar uma maior integração entre as ações e decisões dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde; construção de mecanismos permanentes de troca de informações entre conselhos e conselheiros de saúde sobre orçamento, legislação do SUS e outros, buscando garantir a transparência na gestão pública; e também destaca-se a deliberação de escolha do presidente do conselho de saúde entre seus membros por meio de eleição (BRASIL, 1998).

Em dezembro 2000, com a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde sob o tema “Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, dentre os diversos temas defendidos em âmbito do SUS, destaca-se o fortalecimento do exercício da cidadania através do controle social da sociedade, em especial no setor saúde, por intermédio dos conselhos e das conferências de saúde deliberativos e paritários, com exigência de respeito às suas decisões (BRASIL, 2001)²².

Para o fortalecimento do processo democrático foi proposto que a presidência dos conselhos de saúde deveria ser definida por eleição, ou seja, democraticamente entre seus membros, pelos representantes dos três segmentos. Propôs-se também que a criação de instrumentos e mecanismos como pautas, atas e relatórios garantam a prestação de contas das proposições encaminhadas e posições assumidas às bases que os elegeram, buscando sempre subsídios para votar de acordo com as posições do coletivo que representam. E ainda, em relação ao perfil dos conselheiros de saúde e o processo

²² BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final 11ª Conferência Nacional de Saúde**. 11ª Conferência Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

de escolha pelas suas entidades, definiu-se a sua realização apenas pelos segmentos que representam, evitando qualquer influência do gestor neste processo (BRASIL, 2001).

Em relação ao aspecto deliberativo e seu fortalecimento pelas instâncias de participação social no SUS, a 11ª Conferência Nacional de Saúde também aprovou a inclusão dos conselhos de saúde no processo de planejamento e execução orçamentária da esfera de governo ao qual estão vinculados. Para isso, faz-se necessário que os planos municipais de saúde, os orçamentos anuais, os planos plurianuais, os planos de investimento, as políticas de recursos humanos, as prestações de contas e os contratos/convênios assumidos pelo gestor sejam submetidos à apreciação dos conselhos (BRASIL, 2001).

Porém, foi defendida a ampliação do controle social para outras esferas que não o SUS, bem como a construção de outras formas de participação na discussão das políticas públicas, como a implantação do Orçamento Participativo. Com isso, foi enfatizada a criação de ouvidorias, vinculadas aos conselhos de saúde, de fácil acesso à população, para funcionarem como instâncias de encaminhamento de reivindicações e sugestões para problemas nos serviços de saúde. Para aproximar o cidadão das instâncias de participação e controle social do SUS, foi recomendada a criação de serviços tipo “Disque-SUS” com o objetivo de atuar no recebimento e encaminhamento de denúncias de atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Constitui tema frequente nas conferências de saúde a adequada estrutura funcional e operativa para o funcionamento dos conselhos de saúde, como espaço físico para a realização de reuniões e para a secretaria do conselho, equipamentos básicos como telefone, computador, internet, etc, com o intuito de proporcionar uma rede local acessível à população desde as unidades de saúde, funcionando como uma central de atendimento ao usuário do SUS. Além disso, foram aprovados os seguintes itens para um melhor funcionamento dos conselhos de saúde e consequente participação dos conselheiros:

- Estimular a formação de Comissões Temáticas Permanentes, como forma de ampliar e fortalecer a participação da população nos Conselhos, garantindo suporte técnico pelos gestores;
- Criar Câmaras Técnicas para subsidiar o papel fiscalizador dos Conselhos (...);
- Assegurar aos Conselhos condições para a contratação de assessores específicos nas áreas jurídica, de orçamento e finanças (...);
- Assegurar aos Conselhos o poder de solicitar auditorias relacionadas com o funcionamento das diversas instâncias do SUS, sendo os resultados das mesmas publicados em Diário Oficial (...) que, se não cumpridos deverão ser encaminhados ao Ministério Público;

Reafirmar o poder deliberativo e de fiscalização dos Conselhos, não de execução e/ou administração;
Tornar obrigatória a apreciação pelo Conselho de Saúde das indicações para a direção das unidades públicas de saúde (...)
(BRASIL, 2001, p. 74);

A preocupação com o funcionamento dos conselhos de saúde constitui a principal questão da Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, de novembro de 2003, que aprovou as diretrizes para a sua criação, reformulação e estruturação. Tal resolução justifica-se pela ampliação dos conselhos de saúde e surgimento dos conselhos regionais, conselhos locais, conselhos distritais de saúde, incluindo os conselhos distritais sanitários indígenas, ao longo das décadas, desde a constituição do SUS, determinados pelo avanço do processo de descentralização da política de saúde (BRASIL, 2003) ²³.

Reafirma-se o papel do conselho de saúde na definição e fiscalização da política de saúde nas instâncias correspondentes, e também busca-se fortalecer o processo de controle social no SUS. Reafirma-se a participação organizada, garantida na legislação, pelos conselhos de saúde como uma instância privilegiada na “proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2003, p.4-5).

Mantém, como disposto em resolução do ano de 1992 do Conselho Nacional de Saúde e de acordo com as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, a paridade dos segmentos na composição do Conselho, sendo composto por 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação do governo, de prestadores de serviços privados conveniados (BRASIL, 2003).

São competências dos conselhos de saúde nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal: implementar a mobilização e articulação da sociedade, na defesa dos princípios que fundamentam o SUS para o exercício do controle social; atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde; definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar; estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS; aprovar a proposta orçamentária anual da saúde; propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;

²³ BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333**, de 4 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 20 de março de 2009.

estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde; dentre outras. (BRASIL, 2003).

Guizardi; Pinheiro (2006) destacam a importância da conquista dos conselhos de saúde como espaços de participação na organização de uma institucionalidade democrática, sem o qual o direito à saúde não poderia efetivar-se como direito de cidadania. “Esse movimento de democratização das relações da sociedade e o Estado²⁴ é um acontecimento inédito na história das políticas sociais no país, colocando a saúde como pioneira na luta pela consolidação dos direitos sociais” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006, p. 800).

Certamente, a participação da sociedade civil organizada em espaços deliberativos constitui um fenômeno de grande envergadura e densidade, que coloca desafios às teorizações sobre as democracias originadas de regimes autoritários, como é o caso brasileiro. Mais ainda, confirma que é real a possibilidade da participação social constituir-se como diretriz de uma política pública capaz de nortear os processos decisórios governamentais e afiançar o compromisso de dirigentes com o compromisso de decisões democraticamente tomadas (LABRA, 2008).

2.3.1 Os Conselhos de Saúde

Como discutido nas seções anteriores, a participação social constitui uma das diretrizes da política de saúde juntamente com a descentralização, garantida na legislação pelos conselhos e pelas conferências de saúde em todas as instâncias governamentais: nacional, estadual e municipal.

O debate sobre os conselhos de saúde e sua importância para a participação da sociedade civil no processo de decisão da política é elemento primordial na construção da cidadania, constituindo um importante instrumento de controle social e mecanismo para a garantia do direito à saúde, fundamentado nos princípios do SUS (MARTINS *et al*, 2008).

Os Conselhos de Saúde emergiram (...) como instituições responsáveis por capacitar a participação dos cidadãos na governança da saúde, (...) sendo responsáveis não só por levar projetos do governo à população, como também por transmitir sugestões da população aos vários níveis de governo. (...) Conselhos de Saúde são foros políticos nos quais os participantes realizam debates e têm a chance de formar alianças e auxiliar a Secretaria de Saúde a definir prioridades e políticas (COELHO, 2007, p. 82).

²⁴ Grifo dos autores.

No âmbito das políticas públicas não é fenômeno recente em nosso país nem exclusivo da área de saúde, a existência de órgãos vinculados ao Executivo com funções de assessoramento. Com formação diversificada, tais órgãos em geral denominados *conselhos*, fazem parte da administração pública brasileira ao longo da história (CARVALHO, 1995).

Gohn (2007) diferencia três tipos de conselhos no cenário brasileiro do século XX: os criados pelo próprio poder Executivo; os populares, construídos pelos movimentos populares ou setores organizados da sociedade civil; e os institucionalizados, criados por lei após pressões e demandas dos movimentos sociais, com a possibilidade de participação da gestão dos interesses públicos. Os conselhos de saúde, objeto de estudo deste trabalho, insere-se na última modalidade descrita pela autora.

Na década de 1930 é criado o Conselho Nacional de Saúde (CNS), instituído com a função de atuar junto ao Conselho Nacional de Educação em dar assistência ao ministério. Em 1954, com a separação do Ministério da Saúde e da Educação, o CNS passou a exercer a função de assistir ao Ministro de Estado em relação aos programas de proteção à saúde e, em 1962 foi definido que o CNS teria a finalidade também de cooperar nos assuntos pertinentes ao Ministério da Saúde.

Durante a década 1970, a atuação do conselho foi ampliada em “examinar e emitir pareceres sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado” (CNS, 2009)²⁵. Durante este período, Carvalho (1995) acrescenta que a feição do CNS é de um órgão técnico e 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) ainda destaca que até o final da década de 1980 é aprofundado o perfil técnico e normativo do CNS através de diversos decretos e portarias, assumindo um funcionamento inexpressivo, inclusive neste período marcado pelas agitações e práticas políticas do movimento sanitário pela reformulação do sistema de saúde brasileiro. Foi apenas em julho de 1990, pelo Decreto 99.438/90, que ocorreu uma redefinição no CNS ao regulamentar as novas atribuições e definir as entidades e órgãos que comporiam o conselho.

²⁵ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Histórico Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: www.cns.org.br. Acesso em: 16 de novembro de 2009.

Em meados da década de 1990, uma nova legislação alteraria a formação do CNS (Decretos 1.448/95 e 1.974/96), resultado de uma extensa negociação da sociedade civil organizada com Ministério da Saúde. Fixaram-se quatro segmentos na composição do CNS: usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Sendo que os usuários ocupariam 50% das vagas e os outros 50% seriam divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço (CNS, 2009)²⁶.

É importante perceber que os atuais conselhos de saúde possuem pouca semelhança com o antigo CNS, caracterizado por uma diretriz mais de ruptura do que de continuidade. A proposta de formação recente dos conselhos de saúde tem origem nas experiências sociais desenvolvidas a partir do início dos anos 1970 (CARVALHO, 1995).

Anteriormente à constituição do SUS, durante as décadas de 1970/1980 já se fazia presente no país os conselhos que proporcionavam a participação da população como: conselhos comunitários; conselhos populares e conselhos administrativos:

Os conselhos comunitários, comuns nas décadas de 1970 e 1980, tiveram como objetivo servir de espaços de apresentação das demandas da comunidade junto às elites políticas locais, numa relação que renova a tradicional relação clientelista entre Estado e sociedade; (...) Já os conselhos populares são espaços públicos criados pelos próprios movimentos sociais, que têm como características um nível menor de formalização e o não envolvimento institucional. (...) Os conselhos administrativos estão voltados ao gerenciamento direto e participativo das unidades prestadoras de serviços como escolas, creches, hospitais etc., mas que não possuem poder de influir no desenho das políticas públicas da área em questão (TATAGIBA, 2002 *apud* TEIXEIRA, 1996 e DANIEL, 1994).

Segundo Draibe (1998), a forma *conselho*²⁷ encontra-se entre as mais fortes inflexões do sistema brasileiro de políticas sociais. A institucionalização dos conselhos de política social ocorre na etapa de consolidação da democracia e estes constituem-se como mecanismos de expressão, representação de interesses moldados pelos movimentos sociais. “Em boa medida, a nova institucionalidade das políticas sociais apoia-se e alimenta-se deste modelo de expressão, articulação de interesses e de processamento de demandas” (DRAIBE, 1998, p. 1).

Tatagiba (2002) destaca que os conselhos gestores de políticas possuem outra composição e características, pois constituem espaços de representação paritária entre

²⁶ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Histórico Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 de novembro de 2009.

²⁷ Grifos da autora.

Estado e sociedade, de natureza deliberativa e responsáveis por formular e fiscalizar a execução das políticas setoriais. Desta forma, segundo a autora diferenciam-se os conselhos gestores de outras experiências de conselhos, tendo em vista:

Serem espaços públicos com *composição plural e paritária*. Neles se fazem representar organizações da sociedade civil e agências do Estado, portadoras de interesses e valores não apenas distintos, mas por vezes antagônicos (...);
terem no processo de diálogo o instrumento privilegiado de resolução dos conflitos inerentes à diversidade dos interesses em jogo. O cerne dessa perspectiva liga-se à natureza pública dos acordos (...);
funcionarem como *instâncias deliberativas* com competência legal para formular políticas e fiscalizar sua implementação, apontando sentido da democratização da gestão (TATAGIBA, 2002, p. 54-55).

De acordo com Tatagiba (2002), se tais características transformaram os conselhos gestores em arranjos institucionais inéditos, precisa-se compreender até que ponto é possível efetivá-las, isto é, até onde a dinâmica do funcionamento dos conselhos tem possibilitado que esses princípios inovadores se traduzam em práticas políticas inovadoras. Porém, a autora ressalta que apesar da existência dos conselhos indicar uma conquista na luta pela democratização do país, encontra-se dificuldades em reverter a dinâmica concreta do funcionamento dos conselhos, a centralidade e o protagonismo do Estado na definição das políticas e das prioridades sociais.

Labra (2007) explica que o caráter deliberativo dos conselhos surgiu do legado corporativo e antidemocrático herdado de Vargas nas relações Estado e trabalhadores mediante conselhos consultivos, cujas posições dificilmente poderiam resultar em ações governamentais. Por outro lado, buscava-se por meio do caráter deliberativo dos novos arranjos participativos, investí-los de uma força democratizante, que efetivamente exercesse o controle social sobre decisões do poder público. Porém, desde o surgimento dos conselhos tem persistido o debate em torno da dicotomia consulta *versus* deliberação.

A implantação dos conselhos de saúde ocorreu em um cenário difícil de constituição do SUS durante a década de 1990, num contexto de instabilidade política e como destaca Labra (2007), onde se faz presente uma burocracia pública permeada por uma cultura autoritária, tecnocrática e clientelista, além da investida neoliberal que adotava medidas contrárias ao fortalecimento do Estado Social e a instituição de mecanismos participativos na formulação e execução das políticas públicas.

Os conselhos de saúde são definidos como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, voltado para a participação da

sociedade organizada na administração do sistema de saúde, propiciando o controle social desse sistema (BRASIL, 1992). Desta forma, a constituição e a estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde seguem as seguintes recomendações com o intuito de acelerar e consolidar o controle social do SUS:

Quadro III – Características, Funções e Atribuições dos Conselhos de Saúde

Recomendações

	Resolução CNS nº 33/1992	Conselhos Estaduais de Saúde	Conselhos Municipais de Saúde
COMPOSIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - paritária dos usuários, em relação aos outros segmentos representados. - composto por representantes do Governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. - o número de conselheiros não seja inferior a 10 nem superior a 20 membros. -50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado). -Os representantes dos usuários deverão ser indicados impreterivelmente pelas suas entidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais. - representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde. - representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes. - representante(s) de associações de portadores de deficiências. - representante(s) de associações de portadores de patologias. - representante(s) de entidades de defesa do consumidor. 	<ul style="list-style-type: none"> -composição semelhante à dos Conselhos Estaduais, adaptada ao Município. Não é necessária a presença de representante do Governo Federal.
ESTRUTURA	<ul style="list-style-type: none"> - Os organismos dos governos estadual e municipal deverão dar apoio e suporte administrativo para a estruturação e funcionamento dos Conselhos, garantindo-lhes dotação orçamentária; - Existência de Plenário e Colegiado Pleno, além de uma Secretaria Executiva com assessoria técnica. O Plenário ou Colegiado Pleno será composto pelo conjunto de conselheiros; - O Plenário reunir-se-á obrigatoriamente uma vez ao mês e sempre que necessário, e funcionará baseado em Regimento Interno a ser elaborado e aprovado pelo próprio Plenário; - A Secretaria Executiva, subordinada ao Plenário do Conselho, deverá ser a unidade de apoio ao funcionamento do Conselho de Saúde, secretariando suas reuniões e servindo de instrumento divulgador de suas deliberações, mantendo intercâmbio constante com as unidades do SUS; - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno, não devendo coincidir com o mandato do governo estadual ou municipal, sugerindo-se que tenha a duração de dois anos; - As reuniões dos Conselhos devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa. 		
COMPETÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> - atuar na formulação e controle da execução da política de saúde; - estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal; - traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde; - propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS; - examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde; - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde; - fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde; - estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde; - propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos; - estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS. 		

Fonte: Elaboração própria com base na Resolução CNS nº 33-92 - Recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Com isso, pode-se perceber que a formulação dos conselhos de saúde e o modelo de política de participação social do SUS foram muito bem elaborados, servindo de modelo para as demais políticas sociais. Contudo, como analisa Labra (2007), podem

ser realizadas algumas considerações sobre a relação entre formulação e implementação, sobre as distorções que surgiram com a implementação e desenvolvimento destas instâncias de participação:

Primeiro havia o risco dos CS [Conselhos de Saúde] se tornarem inoperantes (grifos meus). Tendo em vista a abrangência e a importância de suas competências, seria necessário montar “mini-burocracias” que atendessem o caráter rotineiro de suas atividades, um corpo de funcionários especializados e um fluxo continuado e suficiente de recursos financeiros.

Segundo, a padronização dos CS em todo o país conforme os componentes dispostos na norma seria praticamente impossível, (grifos meus) porquanto, ainda hoje, 73% dos municípios não tem condições mínimas de gestão já que são de pequeno porte (até 20 mil habitantes) e não têm renda própria. (...) não foi previsto o risco real de que tão somente os municípios e estados mais fortes e ricos pudessem ter CS mais aquinhoados, restringindo-se com isso o potencial democratizante e inclusivo da participação.

Terceiro, e mais importante, se apostou no caráter deliberativo dos CS (grifos meus) e na capacidade desse dispositivo de fazer com que todo o resto seguisse um curso relativamente normal, conforme as resoluções dos colegiados. Neste caso, também seria necessário um “planejamento estratégico” de médio e longo prazo que prevenisse os CS de caírem na armadilha do mencionado círculo vicioso.

Quarto, é provável que tivesse sido superestimada a mudança ético-cívica (...) (grifos meus). As numerosas experiências participativas já mostram que essa mudança é possível, mas ainda se processa numa escala molecular (LABRA, 2007, p. 30).

Moreira; Escorel (2009) destacam que os conselhos de saúde, originados nos 5.564 municípios brasileiros, representam a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país. A literatura sobre o tema aponta que institucionalização destas instâncias de participação é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois promove a ampliação e a diversificação dos atores políticos que participam do processo decisório. Porém, ainda se constitui como insuficiente para a efetivação democrática do processo decisório.

Dagnino (2002), em estudo sobre as diversas experiências de espaços públicos originadas a partir da década de 1990, dentre elas os conselhos de políticas públicas, conclui que as relações estabelecidas entre Estado e sociedade civil são sempre tensas, permeadas de conflito, e tais conflitos e tensões serão maiores ou menores dependendo de quanto compartilham o poder – e com que centralidade o fazem – as partes envolvidas.

De acordo com a autora, esta questão remete à natureza da participação da sociedade civil, com a emergência de experiências de construção de espaços públicos (conselhos, fóruns, orçamentos participativos, etc.), tanto daqueles que objetivam promover um debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas/interesses até então excluídos da agenda pública, como daqueles que se constituem como espaços de ampliação e democratização da gestão estatal.

(...) Essas diferentes concepções se manifestam, paradigmaticamente, de um lado, na resistência dos Executivos em compartilhar o poder exclusivo sobre as decisões referentes às políticas públicas. De outro, na insistência daqueles setores da sociedade civil em participar efetivamente dessas decisões e concretizar o controle social sobre elas. (...) Assim, o poder deliberativo previsto para os Conselhos Gestores com frequência se transforma na prática em função consultiva ou até mesmo apenas legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes. (...) O conflito pela partilha efetiva do poder se manifesta também em alguns casos como uma demanda pela ampliação do âmbito das decisões envolvidas: as queixas relativas à fragmentação, à setorialização etc., das políticas que resultam dos espaços que envolvem a participação da sociedade civil significam que essa partilha do poder, mesmo quando não existe, tem um caráter limitado e restrito, sem ampliar-se para decisões sobre políticas públicas mais amplas (...) (DAGNINO, 2002, p. 282-283).

Para Dagnino (2002), algumas destas dificuldades presentes na relação entre Estado e sociedade civil envolvem o conflito entre projetos políticos distintos e trazem as marcas da experiência histórica recente, caracterizada pelo confronto.

(...) Nesse sentido, o que os espaços públicos estão colocando é o aprendizado da tarefa de construção hegemônica, que requer o reconhecimento da pluralidade como ponto de partida de um processo de busca de princípios e interesses comuns em torno dos quais a articulação das diferenças abra caminho para a configuração do interesse público (DAGNINO, 2002, p. 286).

Os estudos de caso apontam dificuldades no âmbito dos conselhos municipais de saúde quanto ao seu funcionamento e estrutura, não sendo semelhantes em todo o país, encontrando-se particularidades em cada localidade. A legislação por si só não garante a efetiva democratização destes espaços, tampouco a partilha do poder entre Estado e sociedade civil. Neste sentido, a próxima seção deste estudo volta-se para a abordagem dos principais problemas apontados pela literatura setorial em relação ao funcionamento dos conselhos municipais de saúde.

2.3.2 Entraves ao Funcionamento dos Conselhos de Saúde: como torná-los mais Democráticos?

Compartilha-se da percepção de Tatagiba (2005) que os conselhos de políticas públicas constituem uma das principais experiências de democracia participativa no Brasil. Presentes na maioria dos municípios brasileiros, articulados desde o nível federal, representam uma conquista do ponto de vista da construção de uma institucionalidade democrática na sociedade. Sua inovação consiste em apostar na intensificação e na institucionalização do diálogo entre governo e sociedade civil – em espaços públicos e plurais – como condição eficiente dos recursos públicos.

Porém, a literatura e os estudos de caso realizados apontam para a existência de problemas no funcionamento dos conselhos municipais de saúde. Tais problemas podem ser definidos como de caráter estrutural, pois não se trata de uma prática política focalizada, mas estrutural da relação entre Estado e sociedade. Na análise de Silva (2004), embora se apresentem como conjunturais, são manifestações do modo estrutural como são edificadas as relações entre o Estado e as classes sociais no sistema capitalista.

Na percepção de Neves (2007), as práticas políticas com tendências mais conservadoras, antidemocráticas e clientelistas causam impedimentos ou criam obstáculos à ampliação do espaço público e à conquista da cidadania quando tais instâncias de participação, como os conselhos de saúde, os fóruns, os Orçamentos Participativos (OPs) são criados e exercem funcionamento. Tais espaços, como destaca a autora, constituem um incentivo na construção da ação participativa e democrática, porém não garantem sozinhos o processo de construção da cidadania.

As inúmeras leis que procuram exercer maior controle da sociedade sobre o Estado esbarram na cultura política dominante que está profundamente enraizada na sociedade brasileira. Aniquilar hábitos nefastos presentes à tradição, ainda que paulatina, de instrumentos de participação popular (NEVES, 2007, p. 397).

Sobre esta questão, um ponto destacado por Coelho (2004) é que a participação social que era esperada como uma decorrência quase natural do processo de descentralização e da abertura política passou a ser vista como dependente de fatores socioculturais que encontram-se fortemente presentes em nossa história e estão fora do controle dos agentes envolvidos na gestão da política. A efetiva participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde tem sido comprometida pela

“tradição autoritária do Estado brasileiro; presença de uma cultura política autoritária; fragilidade da vida associativa e pela própria resistência dos atores sociais e estatais em aceitarem participar desses fóruns (...)” (COELHO, 2004, p. 256).

Sobre o exercício do controle social, Labra (2002) adverte para a sua convergência praticamente em uma metáfora. Segundo a autora, uma atribuição fundamental do gestor municipal para materializar o controle social é submeter ao colegiado o pressuposto local anual e, no ano seguinte, efetivar a sua realização, conforme o plano de ação também aprovado previamente. Não obstante, salvo raras exceções, os gestores não cumprem essas exigências ocasionando sentimentos de frustração nos conselheiros.

É fato que o SUS ainda não alcançou uma oferta adequada de serviços de saúde para a população. Nessa perspectiva, Coelho (2004) destaca que os conselhos de saúde “foram depositários da promessa de que poderiam contribuir para tornar essa política mais responsiva aos interesses e prioridades desses segmentos” (p. 264). Os conselhos foram concebidos por um projeto que associa participação social e aprimoramento do SUS, sendo considerados como um mecanismo representativo da sociedade civil na definição da política de saúde.

Segundo Assis; Villa (2003), os conselhos de saúde são instâncias internas à estrutura do SUS e suas deliberações são resultados de negociações com o Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, que devem ter como eixos orientadores à representatividade de seus membros, a visibilidade de suas proposições, a transparência das relações e a articulação com a sociedade para garantir o processo democrático e a qualidade das ações.

Tais experiências de participação popular, como os conselhos de políticas públicas, podem, como é ressaltado pela literatura, constituir um canal de intervenção de setores da população na administração pública. Porém, este constitui apenas um aspecto do fenômeno. Ao serem implementadas, as medidas esboçadas nas propostas defrontam-se com “formas historicamente constituídas de sociabilidade política e de interação com os órgãos governamentais” (BEZERRA, 2004, p. 3).

Em seu estudo sobre o orçamento participativo, Bezerra (2004) parte do pressuposto de que os canais de participação popular, no âmbito do poder público, constituem oportunidades para a criação e renovação de relações de autoridade política nas localidades, tendo como foco a discussão de como este novo canal formal de

intervenção no poder público articula-se e concorre com meios tradicionais de acesso ao poder Executivo e interfere no equilíbrio de poder da localidade.

Para Labra (2005), um dos aspectos principais, mas que se torna pouco discutido quando o assunto é conselho de saúde, são as dimensões macro e micro do fenômeno participativo. Por um lado, ao longo da década de 1990, observa-se a ampliação de espaços de debate e deliberação sobre os temas de política pública nas quais participa, junto com agentes estatais, uma diversidade de representantes de organizações da sociedade civil. Por outro lado, comprova-se que os conselhos de saúde enfrentam vários problemas de funcionamento, principalmente de legitimação e eficácia dessas arenas.

Neste sentido, como exposto acima, tendo como objetivo sintetizar as principais dificuldades presentes no funcionamento dos conselhos de saúde, bem como as propostas discutidas e deliberadas para o fortalecimento da política de participação nestas instâncias de participação, elaborou-se o quadro a seguir estruturado em cinco grandes categorias de análise. São elas:

- **Organização**

- **Estrutura**: relacionada à organização do conselho de saúde, principalmente quanto à infra-estrutura mínima para o seu funcionamento (sede própria, telefone, computadores, acesso à internet, etc), existência de comissões temáticas, oferecimento de cursos de capacitação aos conselheiros de saúde para o exercício da sua atuação, bem como mecanismos de divulgação que promovam à aproximação da população junto às decisões e atividades do conselho;

- **Composição**: relacionada à organização do conselho de saúde, em especial no que diz respeito à paridade dos representantes da sociedade civil e do Estado, como também a forma de escolha do presidente e da secretaria executiva;

- **Representação**: volta-se para a relação representante e representado; para os aspectos pertinentes na relação entre o conselheiro e a entidade que representa no conselho de saúde, e também para o tempo de atuação dos conselheiros nesta instância de participação;

- **Deliberação**: questões relacionadas ao processo de decisão da política envolvendo a atuação dos conselheiros de saúde, em especial o poder de

influência dos conselheiros representantes do segmento dos usuários do SUS, frente ao governo;

- **Autonomia:** predominância do Executivo local no funcionamento do conselho de saúde e na relação com os demais conselheiros. Existência de fisiologismos; práticas de favorecimento pessoal;

A elaboração do quadro-resumo deu-se a partir da realização de pesquisa bibliográfica e da leitura sobre o assunto discutido, a fim de elencar as principais dificuldades pertinentes ao funcionamento dos conselhos de saúde, e conseqüentemente ao exercício da participação no SUS. Somado a isto, elencou-se as principais propostas, diretrizes e deliberações das duas últimas conferências nacionais de saúde, 12^a e 13^a, realizadas em 2003 e 2007, respectivamente, além da Resolução nº 333 do CNS, de novembro de 2003, que dispõe sobre as novas diretrizes para o funcionamento dos conselhos de saúde.

Válido mencionar que nos relatórios finais das conferências nacionais de saúde analisadas, as diretrizes e propostas para o melhor funcionamento dos conselhos de saúde se repetem, o que pode demonstrar a permanência ao longo dos anos de problemas que comprometem a dinâmica democrática e participativa destes espaços. Por isso, selecionamos apenas uma proposta, escolhida de uma única conferência para compor o Quadro IV.

É importante destacar que as cinco categorias de análise – Organização (estrutura; composição), Representação, Deliberação e Autonomia – mantêm relação entre si, quando se analisa os entraves ao funcionamento dos conselhos de saúde e as diversas propostas para o seu fortalecimento. Percebe-se que uma mesma dificuldade ao funcionamento do conselho pode se enquadrar em mais de uma categoria, o que também é válido para as propostas ou as diretrizes pertinentes ao seu fortalecimento.

Ressalta-se também, que os desafios a democratização e a participação nos conselhos de saúde, bem como as propostas e deliberações selecionadas não se esgotam no quadro abaixo. Torna-se necessário um olhar voltado para o cotidiano do funcionamento dos conselhos de saúde, reconhecendo as peculiaridades e

²⁸ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final 12ª Conferência Nacional de Saúde.** 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sergio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

²⁹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde.** 13ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

especificidades de cada localidade onde estão presentes. No caso deste estudo, em especial, elegeu-se um município para analisar a dinâmica do funcionamento e a capacidade de influência que os representantes da sociedade civil possuem em decidir e deliberar sobre a política.

QUADRO IV - DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE

<i>Categorias de Análise</i>	<i>Entraves a Democracia e a Participação</i>	<i>Propostas para o Fortalecimento dos Conselhos</i>
<p align="center">ORGANIZAÇÃO (ESTRUTURA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de estrutura mínima para o funcionamento dos conselhos de saúde (computadores, fax, telefone, internet, recursos, etc.). ○ Falta de mecanismos de intercâmbio entre o conselho e a população e consequente desconhecimento deste espaço pela maioria dos cidadãos; ○ Ausência de sede própria e a consequente formação dos conselhos de saúde na prefeitura; ○ Pouco oferecimento de cursos de capacitação pelas secretarias de saúde para o aprimoramento da atuação do conselheiro; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Criação de outros canais de comunicação entre o cidadão, possibilitando a participação popular nas discussões e resoluções dos seus problemas (12ª CONF. NACIONAL SAÚDE, Diretriz 1, IV, p. 102); ✓ Divulgação nas páginas oficiais (na <i>internet</i>) os seus planos de saúde, a composição do Conselho com os contatos, as pautas, as atas, os locais e os horários das reuniões, bem como suas resoluções, de modo a garantir maior transparência e participação no controle social (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, Inéditas, n. 58, p183.); ✓ Criação pelos Conselhos de Saúde de espaços de discussão interdisciplinar e intersetorial, bem como a realização de fóruns permanentes de debates sobre políticas de saúde e programas prioritários do governo, esclarecendo a população sobre seus direitos e deveres (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 56, p. 168); ✓ Garantir infraestrutura física, administrativa e financeira aos Conselhos de Saúde, criando bibliotecas públicas nos Conselhos, com acervo específico sobre questões relativas à saúde e ao controle social. Deve ser responsabilidade do gestor a disponibilidade de sede (funcionários, computadores, telefone, material de consumo), secretaria-executiva e assessoria nas áreas de comunicação social, direito, contabilidade e de atenção à saúde. Devem ser previstas medidas para punir judicialmente o gestor, caso não forneça a infraestrutura (12ª CONF. NAC SAÚDE, 25 diretriz, p. 107); ✓ Implementar uma política de informação e comunicação sob a responsabilidade dos Conselhos e dos gestores de saúde, usando diversos meios de comunicação, para informar a população sobre o papel dos Conselhos de Saúde e a sua importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS (12ª CONF. NAC. SAUDE, Diretriz 14, p. 104). ✓ Garantir a capacitação continuada e o aprimoramento dos conselheiros com a disponibilidade de recursos financeiros e infra-estrutura (12ª CONF. NAC. SAÚDE; Diretriz 34, p. 108);

<i>Categorias de Análise</i>	<i>Entraves</i>	<i>Propostas para o Fortalecimento dos Conselhos</i>
<p>ORGANIZAÇÃO (COMPOSIÇÃO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ A escolha do presidente realizada de forma não democrática; ○ Forma de escolha não transparente das associações que representam o usuário do SUS e dos demais segmentos. Muitas vezes escolhidas pelo próprio Executivo local; ○ Entidades com o maior número de representantes, o que pode vir a controlar o processo decisório; ○ Exclusão e marginalização de um substantivo contingente da população; ○ Não respeitabilidade aos princípios da paridade entre os segmentos representantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que a presidência ou coordenação dos Conselhos de Saúde não seja obrigatoriamente ocupada pelo gestor, sendo que os presidentes devem ser eleitos por voto direto e secreto (12ª CONF. NAC. SAÚDE, diretriz 19, p. 105); ✓ Garantia de eleição dos conselheiros de saúde em assembleias específicas realizadas a cada dois anos para esse fim, e que os mandatos não coincidam com a eleição ou fim do mandato dos gestores, proibindo que a mesma pessoa represente a mesma entidade por mais de dois mandatos consecutivos (12ª CONF. NAC. SAÚDE, Diretriz 21, p. 105); ✓ Discutir a adequação do número de conselheiros e a sua composição paritária entre os segmentos, delimitando o período de representação dos conselheiros a fim de garantir a renovação e limitar a participação do mesmo representante em várias comissões temáticas para ampliar o número de participantes nos diferentes espaços de controle social (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 64, p. 169); ✓ Garantia no regulamento interno dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo da livre participação de entidades representativas, sem assento cativo para entidades específicas (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 62, p. 169); ✓ Estabelecer que a escolha do presidente e de todos os membros da Mesa Diretora dos Conselhos de Saúde seja realizada por meio de eleição livre e democrática e votação direta e aberta entre seus membros (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 60, p. 168); ✓ Democratização do funcionamento dos Conselhos de Saúde, por meio de coordenações colegiadas ou mesa diretora eleita, promovendo reuniões e assembleias fora de suas sedes (12ª CONF. NAC. SAÚDE, Diretriz 20, p. 105).

<i>Categorias de Análise</i>	<i>Entraves</i>	<i>Propostas para o Fortalecimento dos Conselhos</i>
REPRESENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Problemas na relação do conselheiro com a entidade que representa; ○ Não divulgação das atividades e das iniciativas entre representantes das entidades e representados; ○ Despreparo para assumir a função de conselheiro de saúde. Desconhecem a estrutura e a forma de funcionamento do conselho de saúde, do SUS e de suas questões institucionais; ○ Atores que não se identificam com a realidade vivida pela maioria dos usuários do sistema de saúde. Há um isolamento não apenas na relação entre representantes e representados, como também na relação entre o conselheiro e a população. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A escolha dos representantes das entidades que possuem representação assegurada no regimento interno dos conselhos nacional, estaduais e municipal deve ser realizada pelas mesmas por meio de eleições democráticas e independentes, a partir de diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 63, p. 169); ✓ Inclusão e estímulo a participação de diferentes etnias e minorias de modo que, nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, a composição da representação de usuários eleita pelos movimentos sociais organizados respeite as especificidades raciais, étnicas, religiosas e democráticas do município e da região (12ª CONF. NAC. SAÚDE; Diretriz Geral 18, I, p. 105); ✓ A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro (CNS, RESOLUÇÃO Nº 333, VI); ✓ Proibir que a mesma pessoa represente a mesma entidade por mais de dois mandatos consecutivos (12ª CONF. NAC. SAÚDE, Diretriz 21, p. 105).

<i>Categorias de Análise</i>	<i>Entraves</i>	<i>Propostas para o Fortalecimento dos Conselhos</i>
DELIBERAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Constantemente questionada pela prática dos governantes; ○ Reduzida capacidade deliberativa; ○ Aprovação do orçamento – ou não é apresentado no plenário do Conselho ou possui linguagem técnica e por isso os conselheiros possuem dificuldades no entendimento, e conseqüente aprovação; ○ Assuntos meramente técnicos – dificuldades dos conselheiros representantes do segmento dos usuários em deliberar; ○ O processo decisório é dependente do secretário, bem como a agenda de discussão; ○ Construção da pauta de forma não inclusiva e democrática, centrada no Executivo; ○ Acesso à informação – nem todo conselheiro tem acesso a informação sobre a política de saúde; ○ Falta de conhecimentos necessários para exercer as funções de formulação de estratégias e fiscalização da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros; ○ Os conselhos de saúde não cumprem o papel de definir e fiscalizar a política de saúde; assume um papel mais reativo e de existência formal (TATAGIBA, 2002). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deve ser responsabilidade do gestor a disponibilidade de assessoria aos conselheiros nas áreas de comunicação social, direito, contabilidade e de atenção à saúde (12ª CONF. NAC SAÚDE, 25 diretriz, p. 107); ✓ Fortalecimento dos Conselhos de Saúde como instâncias deliberativas e fiscalizadoras dos serviços de saúde e suas pactuações, garantindo sua autonomia perante os poderes Executivo e Legislativo (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 23, p. 162); <ul style="list-style-type: none"> ✓ Articulação dos Conselhos de Saúde com os ministérios públicos para a implementação de ações relativas à garantia do cumprimento de suas deliberações e o apoio aos usuários quanto aos seus direitos (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 5, p. 159); ✓ O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem promover e assegurar dotação orçamentária para a implantação e a implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, em parceria com instituições de ensino superior e com a criação de núcleos de educação permanente, para promover a inclusão social qualificada para o controle social, formar e qualificar as ações de conselheiros de saúde e todos os atores envolvidos com o SUS, em caráter permanente (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 51, p. 166); ✓ Assegurar que as resoluções dos conselhos de saúde sejam homologadas pelo respectivo gestor no prazo máximo de quinze dias a contar da data de seu encaminhamento e, quando do não-cumprimento desse prazo, que os conselhos encaminhem representação formal ao Ministério Público, para as providências cabíveis (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 4, p. 159); ✓ Que o Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais convoquem periodicamente as conferências, para que suas deliberações se constituam diretrizes para as políticas de saúde, utilizando metodologias que possibilitem ampla participação, incluindo em sua programação a avaliação da implementação das propostas deliberadas em conferências anteriores e mobilizando todos os meios de comunicação para a divulgação de sua realização para toda a população (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 17, p. 161); ✓ O Conselho Nacional de Saúde deve encaminhar projeto de lei requerendo que o não-cumprimento das resoluções dos conselhos seja caracterizado como improbidade

<i>Categorias de Análise</i>	<i>Entraves</i>	administrativa do gestor (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, Inéditas, n. 15, p. 177). <i>Propostas para o Fortalecimento dos Conselhos</i>
AUTONOMIA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Atrrelamento dos representantes de usuários com o Executivo municipal; ○ Risco de tornarem-se instâncias homologatórias das decisões do gestor, caso possuam a função de atender muito mais a uma formalidade legal, ao invés de propor formas de alterações nas relações de poder entre Estado e sociedade (OLIVEIRA; GUSMÃO, 2004 <i>apud</i> MARTINS <i>et al</i>, 2008); ○ Práticas políticas conservadoras; Troca de favores, relações clientelistas entre conselheiros de saúde e o Executivo municipal; ○ Burocratização dos conselhos de saúde, restrito apenas a aprovação de verbas, onde apenas se referenda as propostas do Executivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assegurar a autonomia administrativa e financeira aos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, com repasse fundo a fundo, para custear as ações do controle social aprovadas pelos respectivos Conselhos, como seminários, conferências, fóruns (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 71, p. 170); ✓ A participação do poder Legislativo e Judiciário não cabe aos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os poderes (CNS, RESOLUÇÃO Nº 333, VIII); ✓ Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa (CNS, RESOLUÇÃO Nº 333, quarta diretriz, p. 7); ✓ Adotar medidas contra o nepotismo, a participação de prestadores como representantes dos trabalhadores ou usuários que, num mesmo Conselho, tenham assento juntamente com parentes ou vínculo de dependência econômica ou comunhão de interesses com quaisquer representantes (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 66, p. 169); ✓ Regulamentar a proibição da participação na condição de conselheiros de saúde representantes de usuários e trabalhadores das pessoas de cargos de confiança e comissionados na administração pública (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 61, p. 168); ✓ Os Conselhos de Saúde devem implantar medidas que visem a coibir o nepotismo, a participação de prestadores como representantes dos trabalhadores ou usuários que, num mesmo conselho, tenham assento juntamente com pessoas com as quais possuam grau de parentesco de primeiro e segundo graus, das quais sejam cônjuges, com as quais tenham relações de união estável e/ou união civil, a escolha de representantes dos usuários que tenham vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho (13ª CONF. NAC. SAÚDE, Eixo III, n. 66, p. 169).

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios Finais 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde e da revisão bibliográfica, como: MARTINS *et al*, 2008; TATAGIBA, 2002; LABRA, 2007;2005; FUKS, 2005; DAGNINO, 2002; COELHO, 2007; CORTES, 2009; 2002, dentre outros.

Como observado no Quadro IV, a literatura que aborda a temática dos conselhos de saúde aponta diversos problemas em relação ao seu funcionamento que dificultam o processo democrático e o exercício da cidadania no interior destas instâncias de pactuação entre Estado e sociedade. Dentre eles, podemos citar: o não exercício do caráter deliberativo na maior parte dos municípios e dos estados; as precárias condições operacionais de infra-estrutura; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações; a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros na relação com seus representados (BRASIL, 2004)³⁰.

Por outro lado, o espaço das conferências de saúde tem dado especial atenção à política de participação do SUS, propondo mudanças substanciais e realizando esforços para fortalecer a prática democrática com maior participação da população e de usuários do SUS no interior dos conselhos de saúde, decidindo e fiscalizando a política.

Para isso, como observado no Quadro IV, são necessárias algumas mudanças que promovam uma maior democratização e um melhor funcionamento aos conselhos de saúde, como:

a criação de mecanismos eficientes de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do SUS, permitindo uma maior publicidade e transparência das prestações de contas e dos relatórios de gestão. Todos esses fatores contribuem para a qualificação da administração pública, ampliando seu comprometimento com a participação popular e a gestão participativa (BRASIL, RELATÓRIO FINAL 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 101).

Para fortalecer o controle social e a gestão participativa, outros instrumentos foram discutidos no âmbito das instâncias de participação, objetivando a ampliação dos canais de participação com a população. Deliberou-se pela implementação de uma política nacional de ouvidorias do SUS para as três esferas de governo, submetendo-a aos respectivos conselhos de saúde, capacitando recursos humanos e disponibilizando recursos financeiros para implementação nos estados e municípios (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Neste sentido, como observado na descrição das propostas para o fortalecimento dos conselhos no Quadro IV, busca-se garantir e reforçar a prática democrática, bem como o exercício da cidadania no interior destes espaços públicos. Percebe-se um

³⁰ BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE **Relatório 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Conferência Sergio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

esforço em tornar concreto o que legalmente é garantido na legislação do SUS no que diz respeito à política de participação no cotidiano destas instâncias.

Além disso, reforça as funções dos conselhos em fiscalizar e decidir a política, incentivando a participação e a incorporação da população, do usuário do sistema público de saúde nas discussões e debates sobre este sistema. Também são realizadas propostas de aperfeiçoamento e avanço do controle social nos conselhos de saúde, relacionadas de forma geral ao seu funcionamento.

Este estudo, em especial, dedica-se à análise do processo de decisão da política de saúde pelos segmentos representantes da sociedade civil, o que envolve os conselheiros dos segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde. Questiona-se o quanto democrático e participativo torna-se estes espaços públicos, visto as diversas deficiências já apresentadas.

Neste sentido, o caráter deliberativo dos conselhos de saúde garantido pela Lei 8.142/90 e de grande importância para o fortalecimento da relação Estado-Sociedade, é atingido quando as decisões são homologadas pelo gestor legalmente constituído em cada esfera de governo. Como destaca Silva (2004), essa exigência da homologação pelo “chefe do poder constituído” torna a deliberação do conselho dependente da vontade política do governante. E, além disso, várias deficiências relacionadas ao funcionamento do conselho que ferem princípios da prática cidadã, colocando-a em questão.

Contudo, o sucesso da atuação dos conselhos municipais de saúde está diretamente relacionado com o reconhecimento e a legitimidade pelos atores políticos ali presentes. Como destaca Moreira;Escorel (2009), o Executivo municipal, representado pelas secretarias municipais de saúde, além de serem os únicos atores cujas prerrogativas e obrigações legais exigem a participação em todas as etapas do processo decisório, são também responsáveis por proverem condições de funcionamento aos conselhos municipais de saúde (infra-estrutura; recursos financeiros; recursos humanos).

Moreira;Escorel (2009) ainda apontam que a autonomia dos conselhos municipais de saúde reflete em sua organização, no que se refere às instâncias internas como mesa diretora; secretaria executiva e comissões permanentes, além de funcionários para sistematizar os trabalhos e as demandas. Importante mencionar que a inexistência de tais atividades tem impacto na qualidade da participação dos conselhos no processo decisório, pois tais tarefas de caráter técnico são importantes para o

funcionamento dos conselhos. A participação é ainda mais prejudicada no âmbito dos conselhos de saúde do que na secretaria municipal de saúde, pois além de não viabilizar as condições de autonomia, exerce a presidência, cargo que lhe permite concentrar e controlar o poder de agenda, a pauta de discussão e, com isso o rumo das reuniões e decisões. Do ponto de vista dos representantes dos usuários, o dano causado na qualidade da participação é ainda maior:

Desta maneira, há uma forte elevação dos custos da participação, o que demanda dos conselheiros investimentos pessoais (dedicação tempo e dinheiro) que supram lacunas institucionais. Os impactos negativos são mais sentidos pelos representantes dos usuários do SUS. Diferentemente dos demais conselheiros que, via de regra, participam do conselho como parte de suas atividades profissionais remuneradas, estes são, majoritariamente, militantes de entidades cuja missão institucional não é necessariamente ligada ao setor saúde (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 800).

Ao longo desses 18 anos de implementação do SUS, a participação na política de saúde no âmbito municipal tornou-se cada vez mais inclusiva devido ao seu significativo aumento. De acordo com Moreira; Escorel (2009), em pesquisa realizada sobre os conselhos municipais de saúde, ao longo deste período de consolidação do SUS, estes foram criados em 5.564 municípios, abrangendo um contingente de cerca de 72.000 conselheiros titulares, dos quais 36.000 representam o segmento dos usuários do sistema de saúde, tendo sido indicados por 28.000 entidades da sociedade civil. Porém, o processo democrático no sistema de saúde brasileiro, ainda não conseguiu legitimar e consolidar as instituições que têm como responsabilidade viabilizar a participação efetiva dos novos atores. (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Atualmente existem conselhos de saúde constituídos nos âmbitos nacional, estadual e em milhares de municípios brasileiros. Entretanto, a atuação desses conselhos é bastante diferenciada, o que indica imensos desafios a serem enfrentados na consolidação desses espaços como instrumentos efetivos ao controle social e à participação ampliada no campo concreto das deliberações da política de saúde.

Neste sentido, o próximo capítulo deste estudo dedica-se a pesquisa realizada no conselho de saúde do município de Niterói, tendo como principal objetivo analisar seu caráter democrático e participativo, a partir de quatro categorias de análise: *organização, representação, deliberação e autonomia*.

CAPÍTULO III - O CONSELHO DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE NITERÓI

Este capítulo tem como principal objetivo apresentar os resultados da pesquisa realizada no conselho de saúde do município de Niterói (CMS/NIT). Busca-se a partir da percepção dos representantes da sociedade civil neste espaço público, ou seja, os conselheiros de saúde dos segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde, analisar o funcionamento do conselho quanto ao seu caráter democrático e participativo.

O exercício da democracia e da participação no interior desta instância foi analisado a partir de quatro categorias de análise: **organização (estrutura; composição), representação, deliberação e autonomia**. Considera-se também, como fundamental para a questão deste estudo, analisar a percepção dos conselheiros quanto aos **aspectos positivos e negativos ao exercício da sua função**.

Neste sentido, este capítulo encontra-se estruturado em duas seções: a primeira apresenta o conselho de saúde do município de Niterói, destacando as suas principais características com base em seu regimento interno; a segunda seção dedica-se ao estudo da prática democrática e participativa no funcionamento do conselho, com base nas entrevistas realizadas e na análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias. Como complemento a este capítulo elaborou-se um quadro com os principais temas discutidos nas reuniões do CMS/NIT no período de 2008-2009 (Anexo II).

3.1. O Conselho de Saúde de Niterói

Niterói foi um dos primeiros municípios a possuir conselho de saúde, sendo criado em 1992 pela Lei Municipal nº 1.085, logo após a constituição do SUS em 1991. Como já mencionado, a composição do conselho é paritária, sendo formado por 50% de representantes do segmento dos usuários, 25% do segmento dos profissionais de saúde e 25% de representantes da secretaria municipal de saúde, de acordo com a determinação da legislação. Dentre os representantes do governo, uma vaga do conselho de saúde do município é destinada à câmara de vereadores do município, contando com a presença de um representante da comissão de saúde e desenvolvimento social.

Dentre os segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde percebe-se a pluralidade de entidades no CMS/NIT, sendo composto por associações de portadores

de patologia; associações de portadores de deficiências; entidades congregadas a sindicatos; organizações de moradores; conselhos comunitários; entidades dos profissionais no setor de saúde e entidade pública (Quadro V).

QUADRO V: COMPOSIÇÃO CONSELHO DE SAÚDE DE NITERÓI: USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CONSELHEIROS DE SAÚDE DE NITERÓI: SOCIEDADE CIVIL	
USUÁRIOS	PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)	Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais em Saúde e Previdência Social (SINDSPREV)
Federação das Associações de Moradores de Niterói (FAMNIT)	Associação dos Servidores Públicos Municipais de Saúde de Niterói (ASPMSN)
Conselho Comunitário de Saúde Norte de Niterói	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)
Conselho Comunitário de Saúde da Região Leste	Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN)
Conselho Comunitário Centro-Sul de Saúde de Niterói	Sindicato dos Psicólogos
Associação Fluminense de Amparo dos Cegos (AFAC)	Sindicato dos Médicos
Associação dos Amigos da Mama (ADAMA)	Conselho Regional de Fisioterapia
Grupo 7 Cores	Associação Médica Fluminense
Sindicato dos Bancários de Niterói e Região	
Sindicato dos Vigilantes de Niterói e Regiões	
Grupo Pela Vidua	
Associação de Hipertensos (AHN)	
Associação de Apoio ao Tratamento do Câncer Cutâneo	

Fonte: Publicação no Diário Oficial (D.O) de Niterói em 30 de agosto de 2007.

Sobre este último aspecto, cabe questionar a presença do legislativo no conselho, o que de certa forma, permeia os interesses partidários no interior deste espaço público e fere a sua autonomia. Segundo a resolução do CNS de 2003: “A participação do poder Legislativo e Judiciário não cabe aos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os poderes” (CNS, RESOLUÇÃO Nº 333, VIII, 2003).

O conselho de saúde de Niterói é regulamentado pelo decreto 6.815/94³¹, o qual especifica o seu funcionamento, as suas competências e atribuições. Com funções deliberativas, o conselho tem como objetivo estabelecer, acompanhar, fiscalizar e avaliar a execução da política de saúde do município (Art.2º).

Segundo o regimento interno, a atuação do conselho deve estar diretamente relacionada com as diretrizes da conferência municipal de saúde (Art. 3º), das quais destaca-se:

³¹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Decreto 6.815/94 de 6 de janeiro de 1994, homologa o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Niterói.

- I - Deliberar sobre a formulação de estratégias e atuar no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros;
- II – Appreciar, analisar, deliberar e controlar no nível municipal, o funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- III – Aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o Plano Municipal de Saúde;
- IV – Appreciar previamente emitindo parecer sobre o plano de aplicação compartilhada dos recursos financeiros transferidos pelos governos federal, estadual, municipal, fundos e outras fontes (...);
- V – Acompanhar a movimentação e requerer auditoria, quando necessário, dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (...), no âmbito municipal, apreciar e pronunciar-se conclusivamente sobre os relatórios de gestão do SUS apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde, inclusive do Fundo Municipal de Saúde;
- VI – Propor critérios para criar, aprovar, coordenar e supervisionar comissões necessárias ao efetivo desempenho do Conselho Municipal de Saúde;
- VII – Acompanhar a alocação e requerer auditoria, quando necessários dos recursos econômicos, financeiros operacionais, bem como dos recursos humanos dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Único de Saúde;
- VIII – Estabelecer instruções e diretrizes gerais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde no município;
- IX – Estimular a participação e o controle popular através da sociedade civil organizada nas instâncias colegiadas gestoras;
- X – Possibilitar a ampla informação das questões de saúde e o amplo conhecimento do Sistema Municipal de Saúde à população e às instituições públicas e entidades privadas, por meios informativos viáveis;
- XI – Deliberar sobre as propostas de orçamento e programa da secretaria municipal de saúde.

Desta forma, pode-se perceber que as **atribuições** do conselho de saúde são amplas e de grande responsabilidade no âmbito municipal, cabendo aos seus representantes atuar na definição, execução e acompanhamento da política, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Outro ponto a ser destacado no regimento interno do conselho de saúde de Niterói volta-se para a sua **organização**, sendo formado pelo colegiado pleno, pelo presidente e por uma secretaria executiva (Art. 7º).

O colegiado pleno representa o órgão de deliberação máxima, constituído pelos conselheiros de saúde eleitos na conferência municipal e tem por atribuição avaliar e propor soluções dos problemas submetidos ao conselho. Dentre as atribuições dos conselheiros de saúde, ressalta-se: estudar e relatar as matérias que lhe forem atribuídas pelo colegiado pleno; deliberar a criação das comissões; deliberar sobre os pareceres emitidos pelas comissões; apresentar moções ou proposições sobre assuntos de interesse para a saúde; fiscalizar o funcionamento de serviços de saúde no âmbito do SUS (Art.25º).

O presidente do conselho de saúde tem como competências presidir as reuniões do conselho; instalar as comissões e representar o conselho nos entendimentos com dirigentes dos demais órgãos da secretaria de saúde e do poder público, inclusive nas relações internas e externas do conselho de saúde (Art. 27).

A secretaria executiva do conselho, com função de operacionalizar as atividades juntamente com o presidente, é composta por um secretário indicado pelo gestor, além de dois conselheiros do segmento dos usuários e um conselheiro do segmento dos profissionais de saúde, escolhidos pela plenária do conselho. Dentre as responsabilidades da secretaria executiva, destaca-se (Art. 24º):

- Formalizar as reuniões ordinárias e extraordinárias do colegiado pleno do conselho de saúde e de suas comissões;
- Organizar a pauta das reuniões junto aos conselheiros de saúde, ao final da plenária, encaminhando-a com antecedência aos membros do conselho;
- Secretariar e registrar as reuniões do conselho, remetendo cópia das atas das reuniões para os seus conselheiros;
- Operacionalizar todos os assuntos administrativos, econômicos, financeiros e técnico-operacionais, submetidos à apreciação e deliberação do colegiado pleno;
- Dar amplo conhecimento público de todas as atividades e deliberações do colegiado pleno do conselho de saúde.

De forma geral, pode-se afirmar que o conselho de saúde de Niterói possui uma estrutura organizativa para o seu funcionamento, visto a formação de uma secretaria

executiva para auxiliar as atividades junto ao presidente do conselho, com caráter paritário, tripartite (1 representante da secretaria municipal de saúde; 1 representante dos profissionais de saúde e 2 representantes dos usuários) na sua composição.

Porém, as questões pertinentes quanto à organização do CMS/NIT voltam-se para a aplicabilidade do regimento, ou seja, o cumprimento efetivo das atribuições, e também a forma de escolha do presidente e da secretaria executiva, bem como das entidades que comporão o pleno do conselho.

Também de acordo com o regimento interno, as **deliberações** do colegiado pleno do conselho de saúde deverão ser homologadas pelo prefeito e publicadas no Diário Oficial do Município (Art 21º). Apesar de ser uma determinação, percebe-se a falta de divulgação e de conhecimento por parte da população sobre este aspecto. Os conselheiros eleitos na última conferência municipal de saúde realizada em 2007 reivindicavam a publicação no D.O do regimento interno em sua versão reformulada e aprovada no pleno do conselho.

Assim, observa-se que o CMS/NIT, de acordo com o seu regimento interno, possui uma estrutura organizativa para o seu funcionamento regular, garante o respeito à paridade entre seus representantes e especifica as responsabilidades do presidente, da secretaria executiva e do pleno do conselho.

De forma complementar, a próxima seção dedica-se a confrontação na realidade das atribuições do conselho, de acordo com as normas (legislação específica) que determinam o seu funcionamento, sob a ótica dos conselheiros representantes da sociedade civil.

3.2. O Conselho de Saúde de Niterói em sua Realidade: Observação e Análise

A partir da percepção dos conselheiros de saúde dos segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde, buscou-se analisar o caráter democrático e participativo do CMS/NIT em quatro categorias – organização (estrutura e composição), representação, deliberação e autonomia. Além disso, são apresentados os aspectos negativos e positivos, segundo a percepção dos entrevistados ao exercício da sua função de conselheiro.

3.2.1. Organização

A categoria organização é formada por duas sub-categorias, **estrutura e composição**, que por sua vez, desdobra-se em um conjunto de variáveis. A seguir, são apresentados os resultados referentes à organização do CMS/NIT.

3.2.1.1. Estrutura

Quanto às variáveis que caracterizam a **estrutura**, tem-se: *estrutura física e administrativa; existência de instrumentos de comunicação junto à população; cursos de capacitação; comissões temáticas e periodicidade das reuniões.*

O CMS/NIT conta com uma sala para o seu funcionamento no prédio da prefeitura de Niterói. Geralmente as reuniões são realizadas no auditório da fundação municipal de saúde, podendo também acontecer no auditório da policlínica do município. Cabe a secretaria municipal de saúde oferecer as condições para a realização das reuniões ordinárias, com periodicidade mensal e de caráter público, bem como toda a estrutura necessária para o desempenho das funções do conselho (Art 11º).

Em reunião realizada em janeiro de 2009 são feitas algumas solicitações à nova gestão municipal em relação à estrutura do conselho, como: aparelho de som; dotação orçamentária própria e computador. Em julho, atendendo à solicitação dos conselheiros, ocorre a instalação do som pela fundação municipal de saúde e a utilização de dois microfones (registro em Ata). Em relação ao funcionamento do conselho em seus aspectos administrativos, destaca-se a percepção de um conselheiro de saúde do segmento dos usuários:

(...) o conselho de saúde de Niterói é um dos mais atuantes e organizados que tem na cidade. Você tem reuniões que acontecem, possui uma pauta definida, tem atas, tudo aquilo que é burocrático, que precisa que o conselho se instaure, acontece. Frente a alguns conselhos que às vezes dá quorum, outras vezes não dá. É um conselho politicamente bem interessante (Entrevista, SC U 8³²).

As reuniões do CMS/NIT são públicas (Art 7º), tendo a população direito à voz. Somente os membros do conselho têm direito a voto (Art 12, §5). Contudo, apesar do conselho ser caracterizado como um espaço aberto à participação popular, **não existe instrumentos de comunicação junto à população**. A divulgação das informações à população não acontece, apenas estando cientes das reuniões os conselheiros de saúde que antecipadamente recebem um telegrama. As atas das reuniões são enviadas por e-mail antecipadamente e entregues impressas nas reuniões apenas aos conselheiros.

³² A sigla SC U é o mesmo que Sociedade Civil Segmento Usuário;
A sigla SC PS significa Sociedade Civil Segmento Profissional de Saúde;

O oferecimento de curso de capacitação para o exercício da atividade de conselheiro de saúde ocorreu por parte do Ministério Público no mês de novembro de 2009 e contou com a participação de menos de dez conselheiros.

É necessário estimular a educação permanente à cidadania a fim de fortalecer a prática democrática e participativa nos assuntos públicos. A realização de parcerias com universidades e demais instituições educativas torna-se fundamental para a capacitação das lideranças sociais a fim de aprimorar a representação e a atuação do conselheiro de saúde.

Uma parte dos conselheiros está acomodada, dentro do Conselho, e não cumpre o seu papel, entendeu, que é fiscalizar. (...) Parece que os conselheiros – e aí parece que é uma coisa que eu tenho alertado isso lá, no Conselho – da sociedade civil não sabem, não têm consciência do que é ser conselheiro; não sabem da responsabilidade, não sabem que eles podem ser condenados, podem ser até presos se houver desvio de verbas, no município, na área de saúde (Entrevista, SC U 1).

Segundo o depoimento deste entrevistado, o curso de capacitação pode ser um instrumento fundamental que possibilitará o esclarecimento e conscientização dos conselheiros de saúde das suas responsabilidades, bem como da importância em representar a população do município nas decisões e no acompanhamento da política.

Outro aspecto importante referente à estrutura do conselho volta-se para as **comissões temáticas**. As comissões possuem representação paritária dos três segmentos (usuário, profissional de saúde e governo) e sua constituição é decidida de forma coletiva, na plenária do conselho. Ao todo, o CMS/NIT possui quatro comissões aprovadas na reunião do mês de fevereiro de 2009: (I) Legislação, Planejamento, Financiamento e Recursos Humanos; (II) Acompanhamento da Gestão do SUS; (III) Saúde do Trabalhador; (IV) Atenção aos Ciclos da Vida e a Situações Especiais de Saúde.

No período de 2008-2009, foram apresentados relatórios de visitas nas unidades de saúde pela comissão de Acompanhamento da Gestão do SUS. Por outro lado, não foram aprovadas as prestações de contas do 3º trimestre de 2006, 2008 e 1º trimestre de 2009, por falta de quórum nas reuniões da comissão de Legislação, Planejamento, Financiamento e Recursos Humanos. É reivindicação recorrente dos conselheiros, o funcionamento regular das comissões temáticas, bem como o comprometimento dos participantes nas atividades a serem desempenhadas.

(...) As comissões elas existem, é claro que elas têm critérios, critérios na verdade de quórum, todas estas comissões são paritárias. Na

verdade estas duas comissões [Legislação, Planejamento, Financiamento e Recursos Humanos; Acompanhamento da gestão do SUS] são as que mais apresentam resultados, relatórios. Mas as comissões elas acontecem. Na verdade existe uma pré-disposição por parte do conselho para que essas comissões funcionem (Entrevista, SC U 8).

A comissão se reúne, leva para casa, analisa e dá o parecer. Se a comissão não der o parecer favorável esta matéria... Porque depois é remetido para o conselho de saúde. Se for o nosso parecer que não, ela não é votada na plenária. Ela não é assim atropelada. A comissão não quis, não vamos votar. Não. Nós fomos eleitos no conselho e é o conselho que elege as comissões. É assim, a gente entra em contato com todos os usuários e os profissionais de saúde. Olha só: A gente se reuniu, a gente entendeu que isso é melhor assim. O que vocês acham? Porque o problema já foi trabalhado na comissão (Entrevista, SC U 9).

As percepções dos dois entrevistados descritas acima apontam para o funcionamento das comissões de forma regular e efetiva, levando em consideração o papel deliberativo do conselho frente ao parecer dos projetos e atividades oriundos das comissões. De forma contrária, as opiniões dos demais entrevistados, transcritas abaixo, destacam os aspectos desfavoráveis:

Olha, eu entrei, mas não participei, não. Sabe por quê? Porque o negócio é meio... tudo já vem pronto, já vem... feito essas pizzas aí de supermercado, né, só botar no forno. Não tem valor, não tem nenhuma discussão, entendeu? (Entrevista SC PS 4).

Porque é aquela questão: quando a gente controla, quando a gente tem interesse, a gente marca, nós mesmo marcamos, aí o governo fica arredo, entendeu? Mas como as outras não têm muito interesse... A Comissão de Orçamento mesmo está sem discutir, porque, se ela estivesse reunindo, as questões delas podiam ter sido encaminhadas, e não foi por causa disso, entendeu? (Entrevista SC U 1).

Eu acho que isso foi uma idéia muito feliz, as comissões. Agora, eu estou sentindo falta das comissões. Não sei se te respondi. Inclusive, eu mesma como comissão. De uma organização, de um agendamento de reuniões, sabe?(...) Agora, se a comissão ela é desorganizada, ela não tem uma agenda, ela não tem nem o local, é tudo acéfalo, é complicado (...) comissão, o nome já diz, são várias pessoas; eu acho que não existe um ou dois... não é comissão, ou é? Eu acho que uma ou duas pessoas não podem responder pela comissão. Acho que a comissão pra funcionar, ela tem que ter um calendário de reuniões... (Entrevista SC PS 5).

Os depoimentos acima demonstram que a efetividade no desempenho das comissões também depende da participação e comprometimento dos conselheiros de saúde nestes espaços. Acrescenta-se a isso, três aspectos relacionados ao funcionamento

das comissões: o primeiro volta-se para a falta de discussão e debate; realização do exercício do controle social pelos conselheiros, e por fim do respeito à paridade, ou seja, da participação dos três segmentos do desenvolvimento das atividades das comissões.

De forma geral, o CMS/NIT constitui-se como um espaço aberto à participação da população (direito a voz) e conta com uma estrutura física e administrativa para o seu funcionamento, visto possuir toda uma organização interna para o seu funcionamento, como: mesa diretora, secretaria executiva e comissões temáticas. Porém, verificam-se limitações quanto ao cumprimento das atividades de algumas comissões, principalmente em relação a análise do orçamento municipal na área da saúde e a não existência de instrumentos de comunicação junto à população na divulgação de informações e resoluções do conselho, o que prejudica o caráter democrático deste espaço institucional.

Destaca-se principalmente, a ausência de uma política de comunicação entre o conselho e o cidadão, como também a não divulgação nas páginas oficiais (*internet*) do telefone do conselho, das pautas, das atas, dos locais e horários das reuniões, a fim de garantir maior transparência e participação no exercício do controle social.

3.2.1.2. Composição

Para a análise da **composição** foram selecionadas as seguintes variáveis: *forma de escolha do presidente e da secretaria de saúde; presidência do conselho exercida pelo próprio secretário(a); forma de escolha das entidades representantes; paridade entre os três segmentos (usuários, profissionais de saúde e governo); participação da população nas reuniões.*

A escolha do presidente do CMS/NIT ocorre por meio de eleição (Art. 8º), o que constitui um aspecto positivo para prática democrática e participativa neste espaço. Porém, tal medida só foi incorporada na legislação do CMS/NIT no ano de 2008 com a reformulação do regimento interno. **Estando atualmente como presidente do conselho o próprio secretário municipal de saúde.** Ressalta-se que, desde a constituição do conselho em 1992, os secretários municipais de saúde automaticamente ocupavam a presidência, não ocorrendo alternância de representantes neste cargo.

Porque é assim, agora saiu uma espécie... uma lei, não sei, do Conselho, que fala dessa questão de que o presidente do Conselho não precisaria ser, necessariamente, o Secretário de Saúde; eu acho que isso seria o correto, porque, quando o presidente do Conselho é o Secretário de Saúde, existe uma massa de manobra muito grande na mão do gestor, e aí, aquela parte crítica fica prejudicada porque as

pautas, entendeu, são todas orientadas...(...) Então, o gestor, ele tem uma posição clara de beneficiamento, de intervenção nos assuntos, de comprometimento com os assuntos; então, ele tem poder (Entrevista SC PS 4).

Nós aprovamos, em 2008, o regimento interno do Conselho; nesse regimento interno, ele determina de que o presidente do Conselho, ele tem que ser reeleito; não pode ser o Secretário de Saúde. A lei municipal diz que o secretário é o presidente do Conselho; o Conselho aprovou por unanimidade, no regimento, dizendo que o que consta na lei, não vai valer mais; então, se altera a lei, publica-se o regimento, e altera a lei, certo? E sentaram em cima do regimento, e sentaram em cima da discussão da lei. (...)Porque o secretário, sendo o presidente, o Conselho passa a ser nominado; a gente tendo autonomia de escolher um presidente... pode até ser o secretário, desde que ele seja cotado; eu acredito que, se for por voto, ele acaba ganhando, infelizmente, mas é a autonomia do Conselho, ter o seu posicionamento (Entrevista SC U 1).

De acordo com a percepção dos entrevistados, apesar da aprovação do conselho em eleger pelo voto o seu presidente, tal medida ainda não foi aplicada e tampouco publicada a reformulação do regimento interno em D.O. Neste sentido, cabe aos conselheiros cobrar à secretaria executiva e ao presidente a concretização de tal medida administrativa que atinge diretamente o funcionamento democrático do conselho.

Da mesma forma que o presidente, **a secretaria executiva** é escolhida pela plenária do conselho, sendo composta de forma paritária, por um representante do governo indicado pelo gestor municipal de saúde e por dois representantes dos usuários e um conselheiro do segmento dos profissionais de saúde (Art. 9º). Destaca-se que o colegiado pleno é soberano para substituir qualquer membro da secretaria executiva por ele indicado (Art. 9º § 1º), caracterizando, em tese, um modelo normativo democrático. O que se questiona é se a secretaria executiva representa efetivamente os demais conselheiros no cumprimento das suas funções. Outro aspecto diz respeito à alternância dos seus representantes e a não composição de conselheiros da mesma entidade no segmento dos usuários.

A forma de inserção das entidades no conselho ocorre pela disputa de vagas durante a conferência de saúde de Niterói, realizada em um período de dois em dois anos (Art. 5º § 1º). Todos os conselheiros entrevistados afirmaram ter participado da V Conferência Municipal de Saúde de Niterói, realizada em 2007, onde pleitearam a vaga da sua entidade no conselho. Os entrevistados comentam que a disputa política é acirrada, principalmente em relação às vagas do segmento dos usuários, sendo necessário realizar parcerias, estabelecer acordos e tecer articulações políticas para a

inserção da sua entidade no conselho, visto algumas associações exercerem um controle maior do número de vagas. Além disso, é criticada a falta de clareza e transparência no processo de escolha das entidades no conselho de saúde:

(...) a primeira coisa que eu percebi durante a conferência municipal de saúde, é o seguinte, quando as conferências, a manipulação já começa na tirada de delegados e na própria organização da conferência. Porque, primeiro, quem escolhe os temas que irão ser discutidos, é o governo. E não é só por ter a manipulação do governo e tem outro fator, a gente não tem hoje, diferente da década de 1980, a gente não tem hoje um movimento organizado, em defesa do SUS. Tem assim, movimentos isolados, mas não tem um movimento forte, organizado. Quem pauta os temas é o governo e a gente discute o que o governo quer. Durante a tirada de delegados, eu percebi isso, muitos delegados, que são tirados como representantes dos trabalhadores ou dos usuários, eles já são cooptados pelo governo ou via cargo comissionado ou via Médico de Família, delegado que é trabalhador de saúde e supervisor do médico de família, ou coordenador (Entrevista SC PS 1).

(...) Está errada a composição dos segmentos pelas entidades que estão ocupando as vagas; está errado nós não termos clareza como uma entidade chegou a ter conselheiros, entendeu, porque conselheiros do próprio segmento questionam: “Ué! Mas essa entidade, ela estava na Conferência, mas não foi eleita (Entrevista SC PS 2).

Segundo o depoimento dos entrevistados, a inserção das entidades representantes no conselho não ocorre de forma transparente, visto serem observados mecanismos de manipulação na seleção de delegados nas conferências municipais. Soma-se a isso, a questão de práticas de favorecimento entre representantes do poder público local e os conselheiros, o que fere a autonomia da participação destes representantes no interior desta instância.

Outro ponto a ser destacado refere-se ao predomínio das vagas do segmento dos usuários pelas associações de moradores e conselhos comunitários. *“Na verdade, as associações de moradores são a maioria dos votos, das cadeiras, no conselho de saúde no que tange ao segmento da sociedade civil.(...)”* (Entrevista SC U 8).

Defende-se neste estudo que o caráter democrático nas instâncias de participação é fortalecido quando há diversificação, pluralidade e rotatividade das entidades, bem como de seus representantes no conselho.

Quanto à **paridade**, de acordo com as normas do CMS/NIT, a composição dos três segmentos no pleno do conselho, nas comissões temáticas e na secretaria executiva tem caráter paritário, ou seja, cumprem a representação de 50% dos usuários e 25% dos demais segmentos: profissionais de saúde e governo. Contudo, percebe-se uma

unicidade entre os conselhos comunitários e as associações de moradores do município, pois os seus representantes pertencem ou já pertenceram a uma mesma entidade, que juntos ocupam sete vagas do segmento dos usuários, ou seja, 43,7%.

Quando perguntados sobre a paridade no conselho, alguns conselheiros tiveram uma percepção negativa: *“Eu acho que não. Eu acho que é um jogo mesmo de interesses que rola. Paritário, não. [interesses] pessoais. Pessoais mesmo! Essa é a minha visão mesmo. Paritário?”* (Entrevista SC U 7).

O processo de deliberação no interior do conselho está diretamente relacionado com a questão da paridade. Destaca-se a atuação dos representantes do governo em aprovarem as propostas de interesse da secretaria municipal de saúde; o estabelecimento de acordos e articulações nos pontos a serem votados, e também a existência de interesses pessoais, próprios de cada entidade, como pode ser percebido no depoimento acima.

Eu acho que o problema não está..., no Conselho de Niterói, não está na paridade, porque, inclusive, existe uma proporcionalidade, uma percentualidade, que essa paridade de 50% quase que desaparece, sabia? Existe, na votação... existe uma proporção (...). Eu acho o que pega é na temática, porque estão mal preparados pra discutir temática (Entrevista SC PS 4).

(...) mas o que a gente percebe é que, como está muito repetitivo, os conselheiros, por parte de algumas entidades, eles esqueceram que aquele é um espaço democrático, que todos, inclusive eles – que muita das vezes eles não falam, mas, inclusive, eles – têm o direito de voz. Na minha opinião, esse problema acontece porque se repete em tempo demasiado alguns conselheiros lá, e eles pensam que são donos do Conselho mesmo (Entrevista SC PS 2)

O Conselho, na minha percepção, ele funciona realmente da forma da sua criação, ou seja, ele tem um divisor de águas que são os 50% dos seus membros, usuários; os outros 25% dos profissionais, 25% do governo; cada um com a sua luta. (...) o governo na luta das dificuldades; os profissionais na luta pelas melhorias; os usuários na lutas das melhorias de serviço. Então, a participação do Conselho também, no seu processo decisório, no seu processo de discussão, fica muito clara essa divisão. Claro que em alguns pontos, você tem unanimidade, mas, na maioria dos casos, você acaba com o enfrentamento; e aí o divisor de água realmente seria o quê? A capacidade dos seus representantes de comporem um grupo em cada caso. Por quê? Só os usuários, eles são 50%, eles não conseguem vencer um embate; e o governo tem que se aliar ao profissional pra empatar, quando a briga for com o usuário. Se ele quiser ganhar contra o profissional, ele tem que compor com os usuários; é assim mesmo, é a norma temática. Sempre que um grupo deseja ver prevalecer o seu questionamento, ele tem que compor com um outro, e assim é levado, porque o voto é aberto em plenário, não existem decisões como práticas (Entrevista SC U 8).

É claro que o espaço do Conselho é um espaço político, né? Então, quando você está investido no papel de conselheiro, você precisa ter política para ganhar as pessoas na hora de fazer uma votação das propostas que você apresenta. E você não sendo do segmento do usuário, você tem uma dificuldade que é grande, ou seja, você precisa ganhar muitos conselheiros da parte que representa 50% daquele quorum, pra se conseguir ganhar as propostas, né? Aí, quando você regulamenta o funcionamento desse conselho, e estabelece que determinada entidade tem direito, por ser ela aquela representação, cinco vagas, você já está evitando uma tendência do governo, que é de amarrar, ou seja: “Eu sou simpático àquela entidade, então, eu vou garantir que a representação daquela entidade esteja sempre lá, porque aquela entidade é minha parceira nas votações” (Entrevista SC PS 2).

(...) eu sentia uma resistência, às vezes mesmo essa questão do profissional de saúde, dos usuários, dessa questão da paridade. No início, eu sentia assim, muitos desencontros em relação a isso, tá? Porque o que eu via, inicialmente, que os usuários, o pessoal dos sindicatos, a questão dos usuários, parecia... e às vezes o que parece é que eles querem ter um certo domínio e poder dentro do Conselho, entendeu? Eu percebi isso. (...) Então... mas hoje, eu estou sentindo que os membros do Conselho estão mais sintonizados um com outro; eu estou vendo assim, mais companheirismo, embora ainda haja alguma... sempre tem uma discordância (...) (Entrevista SC PS 5)

Destaca-se a partir das entrevistas transcritas acima, a percepção do conselho como um espaço político, sendo fundamental a articulação entre as entidades para a aprovação das propostas, principalmente na relação entre os usuários que representam 50% das vagas e os representantes da secretaria municipal de saúde.

Em relação à participação da população nas reuniões do CMS/NIT, as opiniões dos conselheiros variam. São destacados: a baixa participação da população nas reuniões; a percepção de que as demandas da população deveriam ser canalizadas para os conselheiros de saúde, que são representantes da sociedade civil neste espaço e desta forma serem averiguadas pelo conselho; bem como à resistência por parte dos conselheiros em receber outras entidades que não possuem assento no conselho.

Além disso, os entrevistados ressaltam a importância da prática do controle social como aspecto fundamental para o fortalecimento do conselho (prática não muito comum em nossa sociedade, visto o predomínio de uma cultura voltada para a não participação e inserção da sociedade nos assuntos públicos), como também a necessidade da divulgação do conselho como espaço aberto à canalização de demandas da população.

Olha eu acho assim, eu acho... eu costumo tirar água da pedra, entendeu? Eu acho que qualquer coisa é melhor do que nada, sabe? Eu

acho que é uma experiência lá, (...) de uma convivência com outras pessoas. (...) Pouca gente aparece ali; só aparece mesmo quem tem algum interesse e tal. (...), mas, de modo geral, porque as pessoas não têm tempo, porque a reunião do conselho é de tarde, as pessoas estão trabalhando, entendeu? Não tem condição (Entrevista SC PS 4).

Eu acho que os conselheiros de qualquer conselho, ele foi eleito pela sociedade civil para representá-los lá, naquele espaço, né, mas o motivo do conselho não fazer o seu papel, que é divulgar as ações, informar à sociedade o seu direito, várias coisas que o conselho não faz, eu acho justo que a sociedade participe; ela tem direito à voz, mas não tem direito a voto. Então, às vezes a gente vê o Conselho cheio. Por quê? Porque são entidades que chamam (...). Então, eu acho que o espaço hoje de todos os conselhos deveriam ser ocupados para assistir, entender, até às vezes levar alguma sugestão pro Conselho. Agora, por que eu acho isso? Porque o Conselho não faz o seu papel. Então, eu acho justo de que todas as pessoas tenham, devam estar lá presentes pra assistir; eles não votam, mas podem falar. Eu acho isso correto, e sempre defenderei que a sociedade tenha acesso total, até porque é um órgão público (Entrevista SC U 1).

A outra coisa que eu percebo, a resistência dos Conselheiros em permitir que pessoas que não são Conselheiras se manifestem (...) se as reuniões do Conselho são abertas, qual é o problema de qualquer cidadão niteroiense e de qualquer representante de outra entidade se manifestar e falar o que acha. Ele não pode votar. Quem vota são os conselheiros. Mas o direito a voz, no meu entender é garantido, e deveria ser bem vinda, porque o Conselho, ele está ali representando a sociedade. Quem não ouve os anseios da sociedade, como vai ele vai representar (Entrevista SC PS 1).

Olha, eu não vi com muita frequência ou necessidade de estar participando. Pode ser que algumas entidades tenham ido como ouvintes, né, mas mesmo as que foram como ouvintes, não se manifestaram, não fizeram uso da palavra com muita frequência. E, na minha concepção, o Conselho deve funcionar, efetivamente, deve pesar sobre os conselheiros a responsabilidade por aquele ato aos quais ele se propõe tomar. Nesse ponto, eu acho que tem que haver o seguinte: uma entidade se aproxima de uma entidade afim, seja por representatividade, apresente o documento, peça que o conselheiro vá lá, verifique *in loco*, e aí o conselheiro formaliza essa denúncia ao senhor presidente do Conselho, pede a pauta, e por questão de urgência, como conselheiro, já leva pra ouvidoria da prefeitura, já leva pro senhor secretário, e vai... O Conselho não é de forma alguma... o papel dele não é de receber denúncias; não é; ele não tem orçamento próprio pra executar, ele não tem poder, autonomia pra impor, como o Ministério Público, eventualmente, tem poder institucional, legal de impor uma atitude do governo sob pena de multa. O Conselho não tem como fazê-lo; ele é de conselho social; ele deve receber as contas, relatório de atividade, estar atento às demandas; é uma porta de entrada, dentro daquele leque que ele tem. Mas, felizmente, não participei de qualquer entidade que tenha ido pra lá pra comentar denúncias, ou comentar questões infrutíferas. Eu vi entidade vindo para aprender, para observar, para estudar, porque o Conselho de

Saúde, é um dos primeiros conselhos de Niterói; dentro do controle social, é um dos mais respeitados (Entrevista SC U 4).

Eu vejo isso como importante. Positivo e importante. A gente às vezes assume uma responsabilidade de ser conselheiro, de representar uma coisa muito grande (...).A comunidade estar no conselho. Porque ela vai ser o legitimador. Porque quando você atua no conselho, atua tecnicamente, profissionalmente. Mas quando a comunidade vai lá ela atua no emocional. A gente não pode trabalhar só no conselho com o emocional. A gente tem que pensar de forma racional. Porque a gente sabe que o nosso ato ali é muito importante (Entrevista SC U 9).

Eu acho positivo. Acho que deveria mais ter isso. Deveria mais. Deveria ser mais divulgado, ser mais divulgado; fala, fala, mas, não divulga, né? Eu acho que falta muito, né, eu acho que uma questão, que eu acho que aprendi, é de conhecer. Eu conheci com a necessidade, mesmo. Então, quando se parte para uma questão de necessidade, conhece (inaudível) realmente (inaudível) um espaço onde eu possa reivindicar, mas eu acho que é falta de conhecer esses espaços públicos (Entrevista SC U 7).

Eu acho excelente. Por quê? Eu acho que o Brasil precisa de controle social. Agora, eu também digo, que controle social? (...) Porque o povo brasileiro, a sociedade brasileira, ela não está acostumada em fazer controle social. Controle social, no meu ponto de vista, na sociedade brasileira, é uma palavra nova, sobretudo pras gerações mais novas, controlar significava prisão, maus tratos, etc, etc. A geração do silêncio, a geração do faz de conta, do “não posso”, “não deve, senão, vai para o paredão”. Então, nesse sentido, o controle ficou meio adormecido. “Não, você não tem que questionar, porque você vai precisar depois; então, faz de conta que você está aceitando, e deixa como está, porque você vai ser beneficiado depois”.

Eu estou fazendo um controle social, ou eu estou exercendo o poder? Um poder que eu acho que tenho, só porque eu sou conselheiro de Saúde. (...) Entretanto, tem questões maiores, que as pessoas se envolvem em políticas partidárias, e esquecem. Se eu estou em determinado partido, se eu estou em determinada situação política, eu não mexo; e isso também é outra questão. Eu acho que eu tenho que estar no Conselho, independente das minhas opções partidárias, sabe? Eu não quero saber que partido é o prefeito; eu estou ali pra ajudar a prefeitura a fazer um trabalho. Agora, se eu for pensar: “Não, eu quero mais que esse prefeito se ferre, porque ele é do partido que eu não sou”. Não é por aí. Eu digo que nós temos um objetivo, um princípio, um objetivo maior, que esse objetivo maior, ele é independente de quaisquer outras questões; elas não podem interferir. (Entrevista SC PS 5).

Na percepção deste último entrevistado, também é destacada a inserção de interesses partidários no interior do conselho, percebida como um aspecto negativo. Sobre esta questão, acredita-se que a influência partidária volta-se para uma dimensão de interesses próprios de cada grupo político, que não necessariamente são os interesses da sociedade civil como um todo. Muitas vezes o conselho é percebido como um espaço

de poder importante para ser ocupado pelos grupos político-partidários, a fim de canalizar as suas demandas e tecer estratégias de poder próprias. Este cenário compromete o papel desta instância, em acompanhar, fiscalizar e decidir a política de saúde do município, sem a inserção de vícios políticos.

Interessante perceber que a crítica sobre a influência de partidos no interior do conselho é feita, em especial, pelos conselheiros do segmento dos usuários:

Você vê que todas as intervenções não são pra ajudar, são pra ameaçar, pra mostrar... não é nem pra mostrar conhecimento, é em tom de ameaça, e eu acho que ali não é pra isso. E todas as vezes que acontece isso, as pessoas ficam até... nem querem mais falar porque sabem que entra em conflito, né? Então, o que atrapalha é realmente essa interferência política, política partidária, porque às vezes você é político, mas faz uma política de conciliação, e não de confronto (Entrevista SC U 10).

Ideologicamente, a pessoa tem que ter discernimento, porque, se não tiver, dá problema, prejudica. Na verdade, a pessoa chama de apartidário. Não existe bem apartidário, porque, na verdade, quem estava na sociedade é um ser político. Não é bem ser apartidário, mas tem que ter discernimento: o que é que é ser um representante social, e do que é que é ser representação... às vezes, está ligado a um partido político, ou a um vereador, um deputado (...) Mas nem por isso eu posso misturar as coisas (Entrevista SC U 6).

A não distinção entre os interesses partidários e os assuntos pertinentes ao conselho prejudica o funcionamento desta instância, principalmente nas deliberações, visto que a participação do conselheiro é direcionada não para os interesses comuns, coletivos, mas sim para os interesses de um determinado grupo político.

De forma geral, percebe-se que o CMS/NIT apesar de ter avanços quanto ao caráter democrático e participativo em seu regimento, apresenta aspectos desfavoráveis na sua composição, como: a baixa participação da população neste espaço, o que pode ser explicada pela ausência de instrumentos de comunicação junto à população; o histórico do conselho em não escolher seu presidente de forma democrática, que desde a sua constituição a presidência do conselho ser exercida pelo próprio secretário(a) de saúde; e também a necessidade de maior ampliação e transparência na inserção das entidades no CMS/NIT.

Outro aspecto importante volta-se para a resistência por parte dos conselheiros mais antigos em termos de representação quanto à participação e ocupação daquele espaço por outras entidades e forças sociais. Este posicionamento também é compartilhado pelos representantes da secretaria municipal de saúde, visto preferirem o consenso ao embate nas discussões. As reivindicações trazidas pelos demais

movimentos sociais, principalmente as demandas em relação às deficiências do sistema de saúde do município, geram conflito com os representantes do governo. Sendo o conselho aberto à participação da população, torna-se legítimo a ocupação deste espaço público por sindicatos, profissionais das unidades de saúde que buscam ter acesso aos representantes do governo para a solução das demandas do município.

Isto ficou claro, no surto de gripe *H1N1*, *gripe suína*, no ano de 2009, onde o conselho foi ocupado por representantes do Sindicato de Trabalhadores da Universidade Federal Fluminense (SINTUFF), ao levarem suas demandas e cobrarem ações mais efetivas, bem como maior esclarecimento a população por parte da secretaria de saúde.

3.2.2 Representação

Para analisar a representação no CMS/NIT foram utilizadas as seguintes variáveis: *tempo de participação como conselheiro de saúde; participação nas conferências de saúde (municipal, estadual e nacional); tempo de participação da entidade no conselho de saúde; divulgação à entidade que representa sobre assuntos do conselho.*

Em relação ao **tempo de participação como conselheiro de saúde**, verificamos que dentre os 15 conselheiros entrevistados, 8 participam do conselho desde a gestão atual iniciada em agosto de 2007; 4 conselheiros participam desde a gestão anterior a partir de 2005, e os demais possuem tempo de participação anterior a este período.

Sobre a **participação nas conferências de saúde (municipal, estadual e nacional)**, constata-se que 8 conselheiros participaram pela primeira vez da última conferência de saúde de Niterói, realizada em agosto de 2007; 2 conselheiros participaram da 4ª e da 5ª conferência de saúde de Niterói, realizada em 2003 e 2007, respectivamente, enquanto os demais participaram de três ou mais conferências de saúde do município. Importante ressaltar que 7 conselheiros participaram da conferência estadual de saúde, havendo apenas uma participação na conferência nacional de saúde.

Quanto ao **tempo de participação das entidades no CMS/NIT**, observa-se que 6 delas fazem parte do conselho desde a gestão atual, sendo que as demais tem representação anterior a este período.

E por fim, a **divulgação à entidade sobre os assuntos do conselho**, é realizada, em sua maioria, nas reuniões internas da entidade e no contato do conselheiro com os membros da instituição que representa e com a população. Destaca-se que duas entidades divulgam suas atuações no CMS/NIT por meio do seu *site* (sítio eletrônico), o

que constitui um mecanismo amplo de informação aos membros da entidade e à própria população.

Em síntese, pode-se perceber que na última conferência de saúde do município houve inserção de entidades que anteriormente não haviam participado, apesar de não ocorrer alternância de algumas associações no conselho. Além disso, destaca-se a significativa participação dos conselheiros nas conferências de saúde, tendo destaque as de âmbito municipal, principalmente a última realizada. Porém, verifica-se que são poucos aqueles que possuem uma trajetória de participação em eventos no setor saúde. Destaca-se também, que a divulgação das informações do conselho ocorre, principalmente no “boca a boca”, expressão utilizada pelos próprios entrevistados, e também nas reuniões internas das associações, o que constituem mecanismos de comunicação tradicionais e de pouca abrangência.

3.2.3. Deliberação

Para analisar a deliberação no CMS/NIT partiu-se de três variáveis: *influência na definição do orçamento; construção da pauta; influência no processo de decisão da política.*

Sobre a **influência dos conselheiros no orçamento**, percebe-se que é muita baixa a sua capacidade em definir e fiscalizar os recursos aplicados na área de saúde. Isto porque, os projetos e o relatório de prestação de contas da fundação municipal de saúde são entregues em prazos muito curtos para análise do direcionamento das verbas.

Acrescenta-se a isso, a ausência de influência dos conselheiros em elaborar o orçamento juntamente com os gestores, exercendo um papel apenas de aprovação dos recursos previamente definidos. Outra questão volta-se para o entendimento dos conselheiros em analisar as planilhas orçamentárias, visto a falta de treinamento e cursos de capacitação oferecidos pela secretaria de saúde. Os trechos destacados abaixo nas entrevistas realizadas apontam para isso:

Esse tipo de influência que eu acho que o Conselho não tem, nem o estadual tem, nem o federal, acredito que tenha. (...) Por quê? Hoje, eles têm avaliação... como eu falei: os conselhos, eles são reguladores do sistema, não é fiscalizador. Essa história de fiscalizador é uma grande balela. Não tem como ser fiscalizador. Porque nós somos legitimamente da sociedade, mas não somos legitimamente jurídicos, porque pra eles darem juridicamente legitimidade à gente, tinham que dar condições pra gente ser juridicamente. E quais são as condições? Por exemplo, cada vez que houver um investimento na saúde, nós tínhamos que estar com os técnicos e avaliar primeiro o projeto, só

que isso não é feito. Então, como eu posso dizer que sou fiscalizador? Fiscalizador só da ponta (...) (Entrevista SC U 6)

Os usuários não estão preparados pra esse tipo de análise, não estão preparados.(...) isso prejudica, porque isso atrofia o crescimento das pessoas; e não há tempo útil, porque as pessoas, elas não estão preparadas, entendeu? (Entrevista SC PS 4).

Então, desde o momento que você recebe esse calhamaço de documentos, que você tem uma primeira leitura daquelas dificuldades sobre a forma da apresentação, se é por e-mail, se é por papel, se a pessoa que está com aquilo ali... tem conselheiros que não tem o dom da cultura... não estão preparados pra aquela leitura (Entrevista SC U 4).

(...) na fiscalização, você exercita a fiscalização, você tem que ter conhecimento de causa; se você não está capacitado, como é que você pode fiscalizar, né? Não é verdade? Então, eu costumo dizer o seguinte: essas questões aqui, que são apresentadas, no Conselho, elas são muito técnicas; elas têm que ser apresentadas numa linguagem popular, onde todos entendam a linguagem (Entrevista SC U 5).

Nem influência de fiscalizar, nem colocar no orçamento. Porque, por exemplo, o orçamento desse ano, ele foi aprovado na Câmara; aí eu pergunto pra você... você vai ver lá o valor que vem pra saúde; você vai pegar todas as atas, e você vai ver onde está escrito quais foram os locais que a gente achou que o dinheiro tinha que ser aplicado, entendeu? Nós temos que discutir uma proposta de orçamento pra saúde, e dizer onde o dinheiro vai ser aplicado, porque aí, quando o dinheiro entrasse lá, nós já teríamos os locais adequados pra isso; mas não, o dinheiro já vai vir pro orçamento da saúde, e aí o governo é que vai direcionar pra onde ele vai; não é o Conselho que vai dar ... Eu quero saber pra onde vai esse dinheiro. Aí o governo vai trazer a proposta; então, ele vai ter que apresentar; aí a gente vai ter que dizer: "Ó, eu acho que aqui tem que botar mais um, aqui... tem que botar aqui". (Entrevista SC U 1).

Quando a gente vai discutir orçamento, primeiro a gente precisa entender. Por exemplo: vamos aprovar o relatório de 2008. A prestação de 2008 ainda não foi aprovada. Olha isso! A prestação de contas de 2009 foi aprovada, mas a de 2008 ainda não foi aprovada. Porque teve um impasse dentro da comissão de legislação porque existem gastos que estão no orçamento, na prestação de contas, mas que não batem com o relatório. Porque primeiro você apresenta um relatório, depois deste relatório é apresentado o pacote todo. Tudo é esmiuçado. E você vê que existem, os números não batem. (...) E às vezes o tempo... quando eles colocam a prestação de contas muito perto do fechamento. Ou então você aprova, e a responsabilidade, imagina! Se estiver tudo errado. Não, vamos avaliar, vamos aprovar aqui. Na verdade, é tudo muito rápido, muito obscuro. Se você não aprova a verba não sai. Daí, você vai prejudicar? Eu sou leiga no assunto. Faz parte do jogo político (Entrevista SC U 8).

Eu acho que não consegue fiscalizar quase nada. Primeiro porque nenhum de nós entende sobre o orçamento. No meu entender, por

mim, orçamento eu não entendo nada. Então, eu acho primeiro que para esse quesito a gente precisa ter um treinamento. Deveria ter uma capacitação. Eu não entendo nada e tenho várias perguntas. Primeiro, quando você pega aquele orçamento ali, eles vão discriminando as despesas. (...) Quando você pega o orçamento, você fica na dúvida. Tem um monte de nome que estão no orçamento que eu não sei. Eles entregavam uma semana antes à cópia do orçamento para os representantes da comissão. Não entrega para todos os conselheiros. Só para que é da comissão. E aí, a comissão tem que aprovar ou não. Tinha que dar um parecer. Aí a comissão de orçamento tinha que dar um parecer e no parecer tinha que está a aprovação ou não. E ser encaminhado para o conselho votar. Só que o pleno do conselho só tem acesso no dia. Só tem acesso a planilha do orçamento no dia. (...) Tem outra coisa também, devido a urgência da aprovação do orçamento, o conselheiro de saúde se sente pressionado a aprovar, porque a prefeitura faz aquela chantagem: “Não, o nosso prazo é até o final da semana, se a gente não aprovar este orçamento não tem repasse pelo Ministério da Saúde. E a saúde já está com graves problemas. E o conselheiro se sente pressionado, porque se ele não aprova...” (Entrevista SC PS 1)

De forma contrária, na percepção de um entrevistado, há influência dos conselheiros sobre o orçamento da saúde, destacando a atuação da plenária do conselho no processo de decisão política. Outro destaque feito por outro conselheiro volta-se para a falta de interesse por parte dos conselheiros em buscar a secretaria de saúde para decidir e fiscalizar os recursos.

A gente recebe as planilhas para aprovar. (...) A plenária aprova. A gente precisa analisar, entender o orçamento (...). E se agente disser que não, que não aprova, não vai acontecer. Porque não é eles que dizem. Eles propõem e gente estar ali para o debate. É um debate político (Entrevista SC U 9).

Agora, o que eu vi que o Conselho... Muitos conselheiros, eles falam dessa questão como culpa do governo; eu não coloco a culpa no governo. (...) Quantas vezes o Conselho já foi atrás do governo pra fazer esse controle? (...) Eu acho que temos que culpar o governo, a partir do momento em que o Conselho se manifestar de uma forma efetiva, significativa, e o governo negar, o governo se omitir (Entrevista SC PS 5).

O CMS/NIT precisa contar com assessoria técnica a ser disponibilizada pela secretaria de saúde, bem como cursos em parcerias com instituições de ensino superior que ofereçam aos conselheiros o aprendizado nas áreas de direito, orçamento, política de saúde, contabilidade, dentre outras áreas afins a função de conselheiro. Este aspecto encontra-se diretamente relacionado com o aprimoramento do conselho como instância deliberativa e fiscalizadora da política de saúde, além de promover a capacitação de lideranças representantes da sociedade civil.

Quanto à **construção da pauta**, percebe-se dificuldades dos conselheiros em exercer influência na definição das temáticas a serem discutidas. Por mais que seja aberta a propostas, ainda é concentrada na secretaria executiva. Segundo a fala de um entrevistado: *“Existe uma correlação de forças. Uma priorização do que eles entendem [secretaria executiva] por política de saúde. Na verdade, o que é a saúde para o conselho?”* (Entrevista SC U 8).

Esta questão destacada pelo entrevistado torna-se fundamental quando o aspecto analisado é a construção da pauta. Quais os interesses envolvidos por parte do governo e da sociedade civil e quais os que prevalecem nas reuniões? Os conselheiros são representados pela secretaria executiva? Existe alternância de representantes?

Tem umas coisas que acontecem, mas acontecem pela vontade do gestor, entendeu? Quando o gestor tem uma vontade política de fazer a coisa, e tem a possibilidade de fazer, porque não basta ter a vontade política (...). Mas uma coisa assim, muito complicada, uma reivindicação de usuário muito complicada, geralmente, não acontece; e os profissionais de saúde então, tem menos voz ainda(...). Mas acontece o seguinte: os assuntos mais... que incomodam mais são colocados no final da pauta, e não dá tempo de discutir (Entrevista SC PS 4).

O que acontece é o seguinte: sempre na reunião anterior, a gente define alguma coisa, mas existe uma comissão, que é de sociedade civil / governo, que senta e monta pauta pra reunião, né? O que eu posso dizer pra você é que eu não me sinto representante dessa pauta, pra essa comissão, porque a comissão que faz isso, ela não discute, tanto que teve uma discussão de um projeto lá, que o próprio membro da comissão falou que ele não viu o projeto que foi pra pauta, e ele é membro da comissão que escolhe a pauta (Entrevista SC U 1).

A pauta de discussão do Conselho deveria ser formulada com base na Conferência Municipal de Saúde. (...) Então, a pauta deveria ser estabelecida de acordo com o que foi aprovado na V Conferência Municipal de Saúde. Aí, o que eu percebi, a Conferência é solenemente ignorada e quem pauta as discussões é o governo ou a secretaria executiva do Conselho. Que, para mim, é outra distorção até. A secretaria executiva tem que estar a serviço do pleno do Conselho e o Pleno do Conselho tem que se pautar pelo que foi aprovado na Conferência. Então, para mim, tá tudo errado (Entrevista SC PS 1).

O problema é que nós temos uma comissão executiva extremamente viciada nas pessoas que estão lá. (...) Com uma comissão executiva dessa, o que se pode esperar é que a pauta seja aquela mesmo, e que nem as pautas indicadas pelo plenário do Conselho, que são votadas, entrem na pauta, porque a comissão acaba atropelando a votação do plenário. Ou seja, o plenário é maior do que ela, mas ela passa por cima, mas os conselheiros não falam nada (Entrevista SC PS 2).

Neste sentido, o grande entrave em relação à influência do usuário e do trabalhador na área de saúde na construção da pauta está na formação da secretaria executiva, em especial, na sua representação frente aos conselheiros de saúde, o que tem impacto na seleção dos temas que a plenária do conselho julga pertinente discutir.

Acrescenta-se a isso a não discussão dos assuntos com base no relatório final da última conferência de saúde realizada no município.

Mas é uma questão de interesses mesmo. “Eu coloco”, e aí, pronto, acabou. Não deveria ser assim. Lógico, tem tudo numa ordem decente, é verdade, mas se é uma questão que foi colocada e discutida, eu acho que tem que ser mantida. Mas a secretaria executiva está envolvida, sim, por interesses (Entrevista SC U 7).

Esse ano, as pautas foram muito truncadas, mas, por exemplo, da última, de 2008, por exemplo, teve coisas muito importantes, como a questão da nova compra de medicamento, (...) começaram a fazer um pregão pra baratear os medicamentos, que foi uma coisa muito importante. (...) A pauta truncada, que eu digo, é muita repetição de temas (Entrevista SC U 6).

Quando perguntados sobre a **influência em decidir a política de saúde**, os conselheiros apontam grandes dificuldades e um peso muito pequeno em definir as temáticas e os assuntos a serem discutidos. Destaca-se a predominância de interesses por parte do gestor em deliberar os assuntos pertinentes à secretaria de saúde, como a aprovação de projetos e programas de responsabilidade do município. Destaca-se também, a articulação política e os acordos realizados entre os segmentos no interior do conselho para a aprovação das propostas

Olha, eu não vejo assim, entendeu? Por exemplo, sabe um grupo de amigos, quando se reúne, aquela empatia que os outros... Quando um grupo de amigos se reúne pra planejar uma viagem conjunta, então, aquele sentido de colaboração, eu não vejo isso no Conselho.(...) elas agem querendo sempre sobressair um grupo sobre o outro, entende? (...) Porque tudo cai no burocrático, na burocratização, que é pior (...), e aí não rola, não acontece; acontece o que interessa; o que já está encaminhado, acontece, mas o que já está encaminhado, não se origina no Conselho; nem sempre tudo que está encaminhado, se origina no Conselho, através dos usuários ou dos representantes dos profissionais de saúde; só que o gestor já deu... Muitas coisas são originadas no Conselho, através do usuário, mas são coisas que demoram anos às vezes pra serem encaminhados; depois de muita insistência, muita insistência, entendeu? (Entrevista SC PS 4).

Na verdade, matematicamente falando, para qualquer tipo de política do governo passar com êxito ou não depende da correlação de forças posta. Os usuários são o segmento fundamental para que estas políticas sejam aprovadas. Mais do que os profissionais da rede,

porque os profissionais da rede são muito independentes, autônomos. Não tem uma articulação dos profissionais da rede. Quem altera a correlação, é o segmento usuário. E a percepção de algumas pessoas de chamarem outras instituições para participarem deste conselho é muito neste sentido. De tentar criar uma relação com a sociedade civil mais ampla (...) (Entrevista SC U 8)

A gente tenta, mas há dificuldades sim. Existe uma coisa que se chama visão. Às vezes tem um colega nosso que não tem a visão que nós temos e a gente tem que sensibilizá-lo (...). A nossa maior dificuldade é de relacionamento. Tem pessoas que não gostam de se relacionar. (...) Mas a gente percebe que tem pessoas que vai para ali às vezes, e às vezes já vai dizendo que não vai votar. Já vem com a idéia antes, porque já ouviu falar. Quando você quer votar alguma coisa, você tem que vender um produto. De repente um não aceita, mas o outro já aceita (Entrevista SC U 9).

Hoje, infelizmente, a gente vê que o peso das nossas intervenções, no sentido de mudar, no sentido de dar alguma resolução, de mudar alguma política de saúde pública em favor de aproximar essa política ao povo, é muito pouco, é quase que zero, entendeu? Porque, na maioria das vezes, o governo acha que é oposição das propostas que a gente faz. Porque, na verdade, quando a gente faz uma proposta, o governo entende que é difícil implementar, porque ele tem o interesse de minimizar a assistência; ao contrário, nós temos o interesse de maximizar, né? A assistência do SUS é universal e integral; então, a gente não pode ver uma prestação de serviço, que deveria ser integral, minimizada por programas básicos; da forma como está estruturado, é impossível, inclusive, de dar o resultado desejado com uma qualidade, né, dadas as dificuldades que já foram constatadas (Entrevista SC PS 2).

Outro ponto ressaltado volta-se para a falta de debates, discussões nas reuniões do conselho, e como consequência, a aprovação de propostas pautadas pela secretaria municipal de saúde. Esta questão passa pela escassa politização dos assuntos a serem debatidos no conselho, principalmente pelos conselheiros representantes da sociedade civil.

Além disso, os projetos apresentados pelos representantes da secretaria de saúde e que necessitam da aprovação em plenária são entregues sem tempo hábil para os conselheiros analisarem e darem o seu parecer. Tais projetos, em sua maior parte, estão diretamente relacionados com a aplicação dos recursos financeiros na condução da política de saúde de responsabilidade municipal.

O Conselho, pra mim hoje, ele não é 100%, um Conselho que a gente possa dizer assim, um conselho atuante. Porque, pra mim, atuar não é ir pra reunião e votar o que o governo quer; atuar, pra mim, é você propor, discutir e encaminhar, e aí, sim, você ter os 100% de

aprovação da discussão; hoje, o Conselho não discute (Entrevista SC U 1).

O projeto tinha que vir pra gente com antecedência pra você analisar, dar o seu parecer, e no dia você votar. O projeto chegou no dia e tinha que votar naquele dia. E aí, a proposta do governo era o seguinte: se a gente não votar hoje, vai perder a verba. Eu falei: “Gente, mas pelo amor de Deus! Eu não estou aqui pra ser apagador de incêndio. Então, eu vou fazer o que aqui?” E aí, mais uma vez, fui pro plenário e falei que não aceitaria mais isso, que eu ia continuar batendo; e se continuasse de novo isso, eu ia denunciar para o Ministério Público (Entrevista, SC U 1).

Por outro lado, segundo a percepção do entrevistado transcrita abaixo, o conselho de saúde cumpre a sua função, sendo um importante instrumento para a condução e fiscalização da política de saúde no município.

Olha, no meu sentir, eu acho que ele [conselho de saúde] é um dos instrumentos da política de saúde. O que eu quero dizer com isso? A Conferência é um instrumento muito interessante, que ela faz apontamentos que, às vezes, realmente conseguem estancar algumas discussões. (...) Então, o Conselho, eu acho que ele é o reflexo direto da Conferência. Eu nunca vi no Conselho, você virar o jogo, pois são exatamente pessoas que participaram da Conferência, e tiveram participação na sua formalização; são pessoas e entidades comprometidas com a melhoria do sistema de saúde. Eu não vejo ninguém no Conselho comprometido com a sua destruição, sempre por seu aperfeiçoamento. (...)E eu acho que o Conselho, ele é um órgão que mostra para o gestor que não é possível que ele cometa arbitrariedades; ele mostra ao usuário de que nada é fácil na saúde pública (...). O Conselho de Saúde, ele tem o poder máximo de não aprovação, que implica, no máximo, no não cumprimento de exigências que o governo está obrigado a seguir, que implicam, em última análise, numa indisponibilidade de recursos por falta do cumprimento da obrigação (Entrevista SC U 4).

Outro ponto que perpassa esta discussão é a transferência de assuntos da pauta para a próxima reunião, quando há muita discussão e polêmica sobre determinado assunto. Esta estratégia utilizada não vai de encontro ao incentivo do debate, do diálogo, ao conflito inerente a um espaço político, como é o caso do conselho de saúde.

Tem que ter esse diálogo permanente. Inclusive, quando a coisa esquentada, a melhor coisa é transferir pauta. (...) Aí, faz-se uma pauta mais específica pra discutir aquele assunto, entendeu? Mas tem que haver esse diálogo permanente, porque se não houver, sai tudo errado. (...) Pode ter gente votando a favor. Vai me desculpar, a favor do governo sem ter conhecimento da causa, e isso não pode acontecer. Então, aqueles que têm mais um pouquinho de... pegou mais a coisa, chega pro outro e diz: “Olha, cuidado Fulano! Você estar votando uma coisa que você não sabe como é que pode andar isso aí. Lá, na frente, você pode ser cobrado por isso” (Entrevista SC U 6).

O conselho aprova tudo. É difícil ele rejeitar alguma proposta do governo. Eu não me lembro de nenhuma. O que eu noto é o seguinte. Quando a proposta gera muita revolta, muita mobilização social, e a coisa pega mal, ou o governo retira a proposta ou então, já aconteceu no caso da gripe suína, não foi votado nada porque não tinha quórum. Quando eles viram que estavam gerando muita revolta, os conselheiros foram saindo e nada foi aprovado. O conselho é um órgão deliberativo, ele tem que deliberar. Quando o governo sente que a proposta gera muita revolta, eles retiram, recuam um tempo ou esvazia o quórum. No meu entendimento, este conselho em Niterói não está cumprindo o papel que deveria cumprir, ele não é democrático, ele não está preservando a autonomia do voto (Entrevista SC PS 1).

A deliberação no CMS/NIT de forma democrática e participativa enfrenta muitas dificuldades. Há baixa influência dos representantes da sociedade civil em elaborar e fiscalizar o orçamento visto a falta de preparo técnico por parte dos conselheiros, explicada pela ausência de cursos de capacitação oferecidos pela fundação municipal de saúde. Além disso, a pauta do conselho é concentrada na secretaria executiva e não há seguimento das temáticas de acordo com a conferência de saúde do município. A influência dos conselheiros - usuários e profissionais de saúde - em decidir a política municipal de saúde requer a partilha do poder entre gestor e sociedade civil, condição necessária para o avanço da democracia.

3.2.4. Autonomia

A autonomia foi analisada a partir de quatro variáveis: *orçamento próprio; sede própria; atividades e reuniões fora da sede do conselho; existência/forma de vínculos entre a prefeitura e os conselheiros.*

O CMS/NIT não possui **orçamento próprio**, mas como mencionado anteriormente, de acordo com o regimento interno do conselho compete à fundação municipal de saúde prover os recursos financeiros necessários para o seu funcionamento (Art. 11). Como descrito no capítulo anterior, é reivindicação nas conferências nacionais de saúde, a autonomia administrativa e financeira dos conselhos, com repasse de recursos na modalidade *fundo a fundo*, a fim de ser aplicados nas ações do controle social aprovadas pelo pleno do conselho.

Soma-se a isso, a não existência de **sede própria**, tendo o CMS/NIT localização na prefeitura de Niterói, o que compromete a autonomia do seu funcionamento e acentua a dependência com o Executivo local.

Não foi verificada a **realização de atividades e reuniões fora da sede do CMS/NIT**, com exceção das visitas nos hospitais e nas unidades de saúde pela

comissão de “acompanhamento da gestão do SUS” e demais comissões formadas nas plenárias do conselho para desempenhar tal função. Tampouco foram realizados eventos na área de saúde proporcionados pelo conselho de saúde.

A existência ou até mesmo a forma de vínculos entre a prefeitura e os conselheiros pode ser percebida na sede de algumas entidades estarem localizadas em espaços da prefeitura ou da fundação municipal de saúde. Alguns conselheiros chegam a mencionar relações de prestação de serviços entre entidades que tem assento no conselho e a secretaria de saúde:

(...) Se você tem um cargo comissionado em uma gestão, você é gestor, você deixou de ser independente do voto, porque você não vai querer perder o seu cargo. (...) Aí eu fico pensando assim: bom, a entidade que tem um contrato com a prefeitura, com a Fundação Municipal de Saúde, aí vai votar contra a prefeitura em alguma coisa? Não vai, entendeu. Eu acho que compromete a independência do voto. (...) a Resolução 333 que ela fala, em determinado momento, que não é recomendado, ela não proíbe, mas ela faz uma recomendação. Página 6, art. 6º, da Resolução 333 do CNS “A ocupação de cargo de confiança ou de chefia que interfira na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento”. Mas ela coloca “possível impedimento” na representação. No meu entender, devia ser proibido. Se você tem um cargo comissionado, e aqui não fala, mas se a entidade tem um contrato de prestação de serviço com o gestor ela passa a ser gestora. No meu entender. (Entrevista SC PS 1).

(...) uma pessoa que desenvolve ação de gestor, ele devia estar no segmento de usuários? O voto dele vai ser sempre de gestor. Por quê? Porque ele perdeu a autonomia, perdeu a capacidade de criticar, porque ele não quer perder o convênio. Na verdade, você tem: ou você é dedo ou você é anel nessa situação (Entrevista SC PS 2).

Outro aspecto destacado pelos próprios entrevistados volta-se para as relações pessoais, vínculos, entre os representantes do governo e os conselheiros, em especial do segmento dos usuários, o que compromete a autonomia do conselheiro no processo de deliberação da política:

Tem muita gente que às vezes está ali mais fica puxando o saco do próprio governo. Acaba puxando o saco do governo e acaba não resolvendo as questões. Porque ficam aquelas amizades, aquelas coisas de amigo e não cobra. Isso acontece muito. Tanto é que eles ficavam assim, eles tentavam querer o tempo todo falar comigo assim: queria contar com você, queria contar com você. Dava para perceber claramente esta intenção de me aliar a eles para poder estar com eles nas dificuldades de voto, votar com eles. Infelizmente, muitas vezes o que estraga os conselhos é isso (Entrevista SC U 2).

Os principais papéis do Conselho são: fiscalizar e propor políticas públicas de saúde. Não sabem nem o que estão fazendo lá. Mas eu tenho dúvidas. Alguns não sabem direito o que estão fazendo, outros

não querem saber. Porque são correio de transmissão do governo (Entrevista SC PS 1).

Em síntese, percebe-se que o CMS/NIT precisa conquistar mais autonomia no seu funcionamento, não depender ou estar atrelado à secretaria municipal de saúde para desempenhar suas atividades. Para isso, é fundamental que a legislação a nível nacional que regulamenta o funcionamento dos conselhos, disponha uma dotação orçamentária própria, repassada na forma *fundo a fundo*, para custear suas ações. Além disso, a autonomia do conselho está diretamente relacionada com a não efetuação de vínculos profissionais, de prestação de serviços entre as entidades com representação no conselho e a secretaria de saúde.

3.2.5. Aspectos Negativos e Positivos a Participação como Conselheiro de Saúde

Segundo a percepção dos conselheiros, os principais aspectos negativos a sua participação no CMS/NIT voltam-se, principalmente, para as categorias: deliberação, autonomia e representação. Destaca-se o não prosseguimento das deliberações e resoluções votadas; a concentração de poder pela secretaria de saúde; ausência de proposição de políticas de atenção à saúde para o município; faltam mobilização e participação dos conselheiros de saúde; não há transparência na escolha de delegados da conferência de saúde; dificuldade no acesso a documentos pertinentes ao conselho, como o relatório da 5ª conferência municipal de saúde; dentre outros. A seguir, são destacados os principais trechos das entrevistas com os conselheiros sobre esta questão:

É uma rede de contatos sociais, entendeu? E se você for uma pessoa com perícia e diplomacia, você se dá muito bem, no Conselho. Então, o negativo seria isso de negativo. De negativo, também vejo, (...), a postergação, a burocratização, o demasiado poder na mão do gestor, e a falta de articulação e despreparo dos usuários. De negativo, tem muita coisa negativa. Mas, infelizmente, é assim (Entrevista SC PS 4).

O Conselho, na minha visão, hoje, ele precisa dar umas sacudidas. O Conselho tem que propor para o governo políticas públicas pra discussão: políticas de atendimento, políticas de vários setores nesse sentido, entendeu? Então, eu acho que a gente pode, né, a gente pode melhorar, só que eu sinto um pouco de dificuldade, porque alguns conselheiros não atuam como conselheiro. (...) Os conselheiros não têm disposição, alguns não têm disposição de enfrentar, não sei porquê. Somos sociedade civil! Então, isso me preocupa muito, porque acaba você vendo que existe um atropelamento ao sistema, de que parece que alguém depende, e não quer bater de frente, fica em

cima do muro. Eu nunca vi um Conselho que as pessoas... tem pessoas ali que nunca pediram a palavra pra falar no Conselho, (Entrevista SC U 1).

A manipulação na escolha dos conselheiros que já começa pela conferência, na tirada de delegado já há manipulação; a manipulação na escolha dos temas que irão ser discutidos por parte governo; a desinformação e a despolitização por muitos conselheiros, muitos deles não sabem o papel que estão cumprindo, não conhecem as funções do conselho, não sabem para que serve; a cooptação que é feita por diferentes mecanismos: ou o conselheiro tem cargo de gestão, ou é cooptado via contrato de prestação de serviço com a própria fundação, ou ele é cooptado via programa médico de família que lhe garante conseguir alguns empreguinhos para as pessoas da família. Outra coisa, o pleno do conselho muitas vezes não escolhe as pautas, as pautas são escolhidas pelo governo e o conselho só respalda; A falta de capacitação técnica, os conselheiros não são capacitados tecnicamente para exercer a sua função; Dificuldade e demora no acesso aos documentos. O relatório da última conferência, 5º, demorou mais de um ano. Fiquei pedindo o relatório até que fosse entregue. O acesso aos documentos também é dificultado. Os documentos não são distribuídos com antecedência para que os conselheiros possam analisar. E esse ano de tanto a gente reclamar, melhorou um pouco. Agora a pauta é manda por e-mail, depois de muito a gente reclamar (Entrevista SC PS 1).

Eu acho que apesar de todas estas distorções, o fato de existir um conselho municipal de saúde é um avanço. (...) É uma conquista da qual a gente não pode abrir mão. É uma conquista que é um reflexo desta luta de implantação do SUS que ocorreu na década de 1980. (...) Agora os mecanismos de participação, ex: escolha dos delegados nas conferências, estão sendo muitos manipulados. Então, eu acho que a gente precisa rever estes critérios, eu acho que precisa propor formas de democratização dos conselhos. Outra coisa que eu vejo, uma entidade que participa do conselho há dez anos... teria que haver um rodízio entre as entidades. A entidade que participou do último período, desta vez ela não participa. Eu acho que tem que manter o conselho, tem que brigar pelo conselho, mas tem que democratizar o funcionamento. Eu acho que a gente precisa propor formas de democratizar. Aí seria o que: o secretário não pode ser o presidente, vamos cumprir do que já existe de normas que democratiza, a mesa que dirige os trabalhos não pode ser constituída apenas por representantes do governo. Agora tem que propor alterações no regimento, entidade que possui repasse da fundação ou que tem cargo comissionado ele não pode ser representante, nem do setor de usuários nem do setor dos profissionais de saúde, mas tem que ser representante do segmento do gestor. O pleno do conselho que tem que discutir a pauta da próxima reunião. É claro que a gestão traz os seus pleitos, tem relatório que precisa ser aprovado. Mas quem tem que definir a pauta da reunião é o pleno do conselho. Não é a secretaria executiva do conselho que tem que decidir. Tem que ser feito capacitação de funcionário, investir mais na capacitação dos funcionários; os documentos tem que ser disponibilizados com mais antecedência, inclusive o relatório da Conferência que baliza a atuação

do conselho. Eu acho que a gente tem que ter um movimento para democratizar o conselho (Entrevista SC PS 1).

Tem entidades ali, principalmente do movimento associativo, que o que impede elas estarem ali, é elas terem muitas dificuldades. (...) Mas, em determinados casos, seria aconselhável que houvesse uma verba pra que fosse melhorada a qualidade. (...) há muito pouco tempo que tem um computador, que tem uma secretária, que faz os contatos com os conselheiros, que tem e-mail; há pouco tempo (...). Então, existe uma demanda de melhorias da estrutura física e de trabalho do Conselho (Entrevista SC U 4).

(...) os negativos são, efetivamente, os próprios conselheiros se investirem de uma relação... como que eu vou dizer pra você?... uma relação que os submetem – alguns desses conselheiros fazem isso muito bem; eu vou citar alguns nomes –, nessa malha da cooptação, nessa malha do ter que ficar calado (...)Então é isso, o aspecto negativo é esse, que as pessoas entram lá, e, na verdade, esquecem que representam a coletividade, e vão lá pra representar os seus interesses específicos (Entrevista SC PS 2).

Agora, um outro problema da gente ser conselheiro é falta de estrutura. Criou-se os conselhos, mas a falta de estrutura... Eu digo falta de estrutura técnica, só pra analisar, pra acompanhar (...). Como é que a gente vai passar com mais clareza pra sociedade como é gasto o dinheiro público, ponto a ponto, sem você ter essa estrutura? (Entrevista SC U 6).

Negativo é que a gente vê que muitas coisas, a expectativa de você está ali, de querer melhorar, de querer de alguma maneira poder influenciar nas deliberações, é que deixa a gente meio frustrada. Porque existem interesses outros que atrapalham, né? Porque muitas das vezes você, que tem o conhecimento, levanta a questão, mas existem outras pessoas que não sabem nem porque estão votando, nem pra quê, e acompanham (...) (Entrevista SC U 10).

Quanto aos aspectos positivos destacados pelos conselheiros ressalta-se: a legitimidade e reconhecimento do conselho enquanto uma instância de participação da sociedade civil; a constituição do conselho como uma conquista ao processo democrático brasileiro; a formação de uma rede de relações sociais; a possibilidade de reivindicar e discutir as demandas da comunidade; o conhecimento pelos conselheiros da condução da política e da realidade do setor saúde.

Bom, os aspectos positivos são dados pela democracia e possibilidade de participação, que tem aí, os profissionais de saúde e os usuários, no que tange a poder propor políticas de saúde pública pra cidade, ou que moram, ou que trabalham, né, que, lamentavelmente, a gente não percebe que vem sendo efetivados, mas esses seriam, pra mim, os dois principais aspectos da existência dos conselhos (Entrevista SC PS 2).

Então, eu acho que o positivo de estar ali é que eu estou dando voz a voz da minha comunidade. Tô representando a minha comunidade. Tô defendendo o direito dela. Isso para mim é importante. Eu estou tendo a oportunidade de ser útil. (...) Porque é democracia. O que é democracia? Democracia é você poder participar, é eu poder cobrar, é eu estar participando. Por isso que eu cobro muito. (...) eu gosto de estar no conselho de saúde porque você é respeitado. A única forma de você ser respeitado é quando você é uma autoridade. Entre aspas, mas é. Porque quando você está no conselho municipal de saúde você é gestor. Chego no local tem uma apresentação. Eu gosto de me apresentar (...) Tem uma carteira. A gente exigiu uma carteira. Não é para dar carteirada. Porque eu chego lá e digo: “Eu sou do conselho municipal de saúde. A gente tá aqui para te ajudar”. Eu represento o usuário. Tenho que brigar pelo direito dele. Eu estou ajudando ele, mas estou brigando pela política pública (Entrevista SC U 9).

O melhor que o conselho tem é a rede de solidariedade. A grande dificuldade é a proposta é sair do papel. O que cansa ali é debater um negócio que não vai dar em nada. Desgastante. (Entrevista SC U 3).

É importante estar no conselho, ver este espaço, de percebê-lo, de ter um espaço legítimo de articulação, de fiscalização. Para a nossa associação o espaço é estratégico, de estar ocupando, encaminhando as demandas (...) (Entrevista SC U 8)

Primeiro, se a gente não tivesse o Conselho, muitas coisas, no município, a gente não teria. Apesar de eu ter enfrentado diversas problemas, diversas dificuldades. Então, o fator positivo que eu vejo é de tanto a gente falar, espernear, denunciar, reclamar, a gente acaba conseguindo que o governo faça um pouco daquilo que ele realmente deveria fazer pra sociedade, entendeu? E outra coisa, tem um conselho ou a gente não teria como avançar em nada; muitas coisas a gente perderia, muito dinheiro deixaria de vir, pro município, né? (...) Agora, realmente, teve o lado negativo, no sentido da acomodação, da omissão de algumas pessoas, nesse sentido. (Entrevista SC U 1).

O quadro abaixo sintetiza, de acordo com as categorias de análise deste estudo, os principais aspectos favoráveis e desfavoráveis ao conselho mencionados pelos entrevistados. Pode-se perceber que o CMS/NIT apesar dos avanços na organização do seu funcionamento, com reuniões regulares e infra-estrutura mínima necessária, requer mecanismos mais democráticos, como a alternância na sua composição de instituições representantes há mais de 2 mandatos consecutivos; qualificação da participação dos conselheiros com o oferecimento de cursos de capacitação regulares com o conteúdo necessário ao exercício da atividade de conselheiro; implantação de canais de comunicação junto a população, bem como a divulgação dos documentos do conselho (atas, deliberações, regimento interno, relatório das conferências municipais); e principalmente a desconcentração de poder dos representantes da fundação municipal de

saúde nesta instância de participação, visto que desde a constituição do CMS/NIT os secretários(as) de saúde automaticamente tornam-se os presidentes do conselho.

QUADRO VI – ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS A PARTICIPAÇÃO

CATEGORIA		POSITIVOS	NEGATIVOS
ORGANIZAÇÃO	ESTRUTURA	Democracia e participação	Não recebimento de auxílio alimentação e transporte, para o conselheiro exercer suas atividades
			Burocratização no funcionamento do conselho
		Existência do conselho de saúde considerada como um avanço	Estrutura física
			Falta curso de capacitação
		Faltam instrumentos de comunicação do conselho junto a população	
		Dificuldades na disponibilização dos documentos pelo conselho a população, como atas, relatórios, regimento interno	
	COMPOSIÇÃO	Rede de relações sociais	Faltam mobilização e atuação dos conselheiros, somada a uma maior conscientização do exercício do seu papel
REPRESENTAÇÃO		Conhecimento sobre a política de saúde local	Não alternância das entidades no conselho
	Encaminhar as demandas da sua associação		Manipulação na escolha de delegados nas conferências municipais
			Conselheiros representam interesses específicos e não coletivos
DELIBERAÇÃO	Poder acompanhar, fiscalizar e deliberar a política de saúde do município		Concentração da pauta nas mãos do governo e da secretaria executiva
			Excessiva concentração de poder nas mãos do gestor
			Faltam aos conselheiros propor políticas públicas de saúde
			Não efetivação e desenvolvimento das propostas discutidas e deliberadas
AUTONOMIA		—	Representação de entidades que possuem vínculos de prestação de serviços com a prefeitura ou a secretaria de saúde

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das entrevistas.

Em resumo, o fortalecimento da participação e da democracia no interior do CMS/NIT, volta-se para a mudança no funcionamento deste espaço e nos critérios mais transparentes para a sua composição. A conscientização e a mobilização dos conselheiros, bem como a autonomia da sua participação e da entidade que representa no conselho; a implementação de instrumentos de comunicação junto a população, bem como a ampliação da participação desde a organização da conferência municipal de

saúde; enfim a divisão do poder entre Estado-Sociedade no interior deste espaço, visto o poder de decisão da política ser concentrado na secretaria de saúde, são pontos fundamentais para o processo de democratização no interior deste espaço público.

Outras questões pertinentes a temática deste estudo, porém não trabalhadas, são pertinentes, como: quais entidades e associações podem ser consideradas efetivamente representativas para compor os segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde? Quantas vagas são disputadas nas conferências municipais e como ampliar a participação das entidades do município no interior destes espaços? Que impacto a participação da sociedade civil possui no desenvolvimento da política de saúde municipal?

Tais questionamentos estão diretamente relacionados com o fortalecimento da sociedade civil, enquanto um ator político essencial na elaboração e condução das políticas públicas, como também na transformação de uma cultura política mais republicana, voltada para o bem público.

Neste sentido, os conselhos de políticas públicas, enquanto espaços reconhecidos pelo Estado para a participação legítima da população no exercício do controle social e no processo de deliberação da política são formas de modificar uma cultura política permeada pelo clientelismo e pelo favorecimento de interesses pessoais. O desafio está no fortalecimento de tais instâncias enquanto lugar privilegiado de atuação da sociedade civil na construção do bem público e no exercício de uma prática coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu oferecer contribuições para o funcionamento dos conselhos de saúde, apontando os principais aspectos que fortalecem a prática democrática e participativa no interior destas instâncias, dando voz a sociedade civil considerada como o ator político primordial nestes espaços públicos.

Como discutido neste trabalho, a democracia requer igualdade, pluralidade, inclusão e participação de todos (as) nas discussões dos assuntos voltados para o bem público. O princípio da representação política - um dos parâmetros da democracia - voltado para os interesses do coletivo, torna-se fundamental para a viabilidade da democracia nas sociedades atuais. Além disso, a democracia como prática cotidiana requer a educação para a cidadania, como prática pedagógica, a fim de restringir os vícios da *pequena política*, como fisiologismos e práticas clientelistas.

A participação entendida como um processo de conquista, de distribuição de poder constitui uma atividade de caráter público e de interlocução com o Estado, sendo o principal desafio a sua viabilização. Como inserir as questões de interesse coletivo, as demandas de atores historicamente excluídos do processo de decisão da política? Os conselhos de políticas públicas constituem espaços legitimados pelo poder público que buscam promover a participação da sociedade civil nas questões que envolvem a responsabilidade do poder público.

Porém, no caso brasileiro, a participação da população no processo de decisão e acompanhamento das políticas públicas sempre foi restrita - vide o histórico do nosso país - tendo sido duramente conquistada pela atuação dos movimentos sociais, em especial pelo movimento da Reforma Sanitária, iniciada na década de 1970, o que culminou com a construção de espaços institucionais de participação da comunidade, como é o caso dos conselhos de saúde.

Como analisado neste trabalho, apesar dos conselhos serem considerados novos constructos institucionais fruto do processo de democratização do país, a discussão na literatura sobre a temática dos conselhos de saúde aponta vários entraves ao funcionamento dos conselhos. Dentre estes, podemos citar: burocratização destes espaços; concentração de poder pelos representantes do Estado; precária estrutura física e administrativa; fragilidade associativa da sociedade civil; ausência de publicização e transparência nas ações e resoluções dos conselhos.

Porém, como destacado neste estudo, os relatórios finais das conferências de saúde, em especial no âmbito nacional, têm se caracterizado pelas proposições e moções voltadas para o funcionamento efetivo dos conselhos e, de forma geral, para o avanço da política de participação social no SUS. Percebe-se com a resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde um aprimoramento na legislação que rege os conselhos, pois foram criadas medidas para o fortalecimento destes espaços como instâncias

autônomas, democráticas e com maior participação – plural e inclusiva - de entidades representativas da sociedade civil.

Os resultados da pesquisa realizada no âmbito do conselho de saúde do município de Niterói (CMS/NIT) confirmam a hipótese deste trabalho, ou seja, há uma concentração de poder no Executivo local no funcionamento desta instância, o que dificulta o processo de democratização do Estado em direção a sociedade civil. Conseqüentemente percebe-se um predomínio de determinadas entidades, principalmente do segmento dos usuários, em relação às vagas para representação no conselho. Tais entidades possuem uma articulação política significativa com a secretaria municipal de saúde e principalmente com os representantes de comunidades locais.

As entrevistas realizadas com os conselheiros dos segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde apontam para o reconhecimento do conselho como de grande importância para a inserção das entidades da sociedade civil em levarem suas demandas e ocuparem um papel estratégico frente ao Estado. Isto porque possuem a garantia legal de atuarem juntamente com os representantes do poder público no processo de decisão da política e têm a possibilidade de discutirem os projetos e as propostas na área de saúde a serem implementados no município.

Nestes dezoito anos de funcionamento do CMS/NIT avanços foram percebidos na melhoria da infra-estrutura e em sua organização administrativa, bem como na reformulação do regimento interno seguindo critérios mais democráticos, como a eleição para a presidência do conselho e para a secretaria executiva. Destaca-se também, o respeito à paridade entre os três segmentos (usuários, profissionais de saúde e governo).

Contudo, alguns entraves a participação inclusiva ainda são percebidos visto a não divulgação das ações e resoluções do conselho junto à população; a ausência de instrumentos de comunicação entre o conselho e o cidadão; a burocratização na disponibilização dos documentos para todos os interessados (atas, relatórios, contatos das entidades representativas no conselho, etc); a resistência dos conselheiros quanto à participação de outras entidades no conselho, principalmente quando há críticas e reivindicações à secretaria municipal em relação aos serviços de saúde.

Alguns questionamentos ainda são pertinentes a *composição* do CMS/NIT, como a escolha das entidades representantes dos usuários e dos profissionais de saúde. A organização da conferência municipal de saúde requer meios mais transparentes na disputa das vagas, possibilitando que um maior número de entidades representativas da

sociedade civil possa participar do conselho. A abrangência, a alternância de representantes e entidades, como também a pluralidade de associações dos segmentos dos usuários e dos profissionais de saúde são fundamentais para o fortalecimento do exercício da democracia e da prática cidadã.

A *representação* constitui um aspecto que precisa ser aprimorado e que necessita de maior conscientização pelos conselheiros. Em um espaço público, como o conselho, as demandas trazidas e as discussões realizadas devem estar diretamente relacionadas com o interesse público, de toda a população. O diálogo entre o conselheiro e a entidade que representa sobre os assuntos pertinentes ao conselho torna-se fundamental para o aprimoramento da democracia, bem como a ampla divulgação das deliberações do conselho junto aos membros da sua entidade.

A *deliberação* dos assuntos públicos requer a democratização de poder em direção a sociedade civil, não podendo existir o predomínio da secretaria municipal de saúde em conduzir todo o processo de definição da política pública. É necessário que os conselheiros participem da elaboração e da execução do orçamento, e também exerçam maior influência nas temáticas a serem debatidas. Só desta forma, ocorrerá o fortalecimento da relação entre Estado-Sociedade, que juntos poderão atuar na condução de propostas e projetos para o bem público.

Inserido no debate Estado-Sociedade tem-se a constituição dos conselhos como *instâncias autônomas* ao cumprimento efetivo das suas funções. As condições para o seu funcionamento não podem estar atreladas à responsabilidade do Executivo local, sendo necessária a existência de orçamento e sede próprios. A autonomia do CMS/NIT é questionada visto que as sedes de algumas entidades estão localizadas em unidades hospitalares do município. Além disso, entidades que prestam serviços à fundação municipal de saúde possuem assento no CMS/NIT, o que de certa forma, compromete a autonomia no processo de deliberação.

A partir das entrevistas percebe-se os obstáculos a serem enfrentados pelo CMS/NIT para o efetivo cumprimento das suas funções principalmente em relação à deliberação e ao acompanhamento da política, inclusive em relação ao orçamento. Porém, é destacado pelos conselheiros como aspectos positivos ao exercício da sua participação a possibilidade de participarem junto ao poder público no processo decisório, conhecerem a política local e encaminharem as demandas das entidades que representam.

É visto como favorável para o avanço democrático do CMS/NIT o senso crítico e a conscientização por parte de alguns conselheiros da necessidade de transformação desta instância, a fim de fortalecer a prática democrática e participativa neste espaço.

Por fim, é importante considerar a recente constituição dos conselhos como instâncias deliberativas e de inserção de representantes da sociedade civil na definição e no acompanhamento da política pública. Entende-se que a democracia é um processo em curso em nosso país, que necessita da mobilização dos movimentos sociais, das entidades representativas da sociedade e da população em geral, na luta pelo fortalecimento da cidadania e pela defesa do bem público. E mais, é fundamental para o processo democrático, que o Estado seja permeável a participação social nas políticas públicas e receptivo as demandas da população.

Neste sentido, os conselhos constituem espaços públicos reconhecidos e legitimados pelo Estado que garantem a participação da sociedade civil no processo de definição, acompanhamento e fiscalização da política pública, inclusive em seus aspectos econômico-financeiros. Porém, os diversos desafios enfrentados pelos conselhos para o seu funcionamento efetivo, podem ser explicados por questões maiores, como por exemplo, o histórico de uma cultura política não participativa em nosso país, e também as imensas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde brasileiro na provisão de serviços de qualidade.

ANEXOS

ANEXO 1 – Roteiro de Entrevistas

Conselheiros Municipais de Saúde - segmentos usuário e profissional de saúde

1. CARACTERÍSTICAS NO ÂMBITO DA REPRESENTAÇÃO DO CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE

- Entidade que representa:
- Como ocorreu a forma de inserção da sua entidade no Conselho Municipal de Saúde de Niterói?
- Como e quando foi eleito representante da entidade no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Niterói (contar sobre a relação que possui com a entidade)
- Já realizou algum curso de capacitação para conselheiro de saúde?
- Como conselheiro de saúde participa de eventos na área da saúde, como as conferências nacional, estadual e municipal?
- Sua entidade possui representação em algum outro espaço de participação e deliberação da política, como os demais conselhos de políticas públicas (educação, assistência, segurança, meio ambiente, etc).
- Quais as principais demandas da sua associação em relação à política de saúde do município? Tais demandas são canalizadas em outros espaços (passeatas, manifestação pública, abaixo-assinado, etc), além do Conselho Municipal?

2. PERCEPÇÃO SOBRE O FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

- Poderia comentar sobre a sua relação com os demais conselheiros representantes do segmento usuários, bem como prestadores de serviços e governo?
- Em sua opinião, como percebe a participação no CMS dos demais segmentos da sociedade civil que não são conselheiros de saúde?
- Participa de alguma comissão temática do CMS? Quais os trabalhos que tal comissão desempenhou e vem desempenhado?
- Poderia comentar sobre a atuação do gestor, do secretário municipal de saúde, no CMS de Niterói? Poderia elencar aspectos positivos e negativos da participação do governo no funcionamento do conselho de saúde?
- Há dificuldades e entraves no funcionamento do CMS de Niterói? Poderia comentá-los?

3. CONTRIBUIÇÕES PARA A DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO INTERIOR DO CONSELHO

- Já teve participação na construção da pauta do CMS/NIT? Quais os temas sugeridos?
- Encontra dificuldades em âmbito do CMS/NIT para decidir a política de saúde?
- Na sua opinião, quais os temas mais importantes que foram debatidos no CMS ao longo da sua participação como conselheiro? E quais ainda precisam ser discutidos?
- Qual o grau de influência do Conselho Municipal de Saúde de Niterói na elaboração e execução do orçamento para a saúde no município?

4. PERCEPÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO

- Como conselheiro de saúde, quais os aspectos positivos quanto a sua participação no conselho?
- E quais os aspectos negativos?

ANEXO II - QUADRO RESUMO REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI – 2008/2009

MÊS/ANO	PAUTA	DEBATES	DELIBERAÇÕES	DESTAQUES DA REUNIÃO
Jan/ 2008	1- Hospital Orêncio de Freitas 2- Transporte eficiente	Apresenta-se o relatório elaborado com base nas denúncias recebidas pela Associação dos Servidores Públicos Municipais de Saúde de Niterói, em especial, sobre as dificuldades de acesso dos pacientes a tratamentos cirúrgicos. Os relatos incluíam demora no agendamento das cirurgias, recusa em internar o paciente no dia agendado com alegação de impossibilidade de efetuar o procedimento terapêutico por falta de recursos materiais e/ou humano.	- Delibera-se por uma comissão especial formada pela secretaria executiva e pelos conselheiros que tenham interesse em participar sendo responsáveis por acompanhar a evolução dos procedimentos e elaborar um relatório.	Necessidade de criação das comissões temáticas do CMS/NIT.
Fev/ 2008	1-Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP)	- Relatos pelo gestor sobre a gestão do HUAP; contrato de metas e a questão dos recursos (carência de verbas); - Reivindicação para o acesso aos documentos sobre o contrato de metas do HUAP; - A prestação de contas do HUAP não foi encaminhada ao CMS/NIT e CES e o contrato de metas não foi cumprido.	- Proposta de encaminhamento de uma moção a Secretaria Estadual de Saúde objetivando o fortalecimento do teto de recursos para a Metropolitana II; - Criação de uma comissão do HUAP; - Aprovação da realização de um seminário sobre o contrato de metas do HUAP com os conselheiros da metropolitana II.	
Março/2008	1- Transporte eficiente 2-Saúde do Trabalhador	- O assessor da secretaria de assistência social fala sobre a dinâmica de transporte eficiente, das dificuldades e limitações para o seu pleno funcionamento; - Debates sobre as melhores condições de transporte na cidade.	- Proposta de debate para a próxima reunião: saúde do trabalhador; - Moção pela secretaria de assistência social assinada pelos conselheiros de Niterói, fortalecendo o papel do conselho de assistência social e reforçando a importância da participação e do exercício do controle popular.	Informes sobre Dengue no município pela coordenadora de vigilância sanitária.
Abril/2008	1-Saúde do trabalhador 2- Suplência	- A reunião pautou-se na discussão do HUAP; - Apresentação do Programa Saúde do Trabalhador – - Suplência dos conselheiros devendo ser da mesma entidade.	- Aprovação por unanimidade das solicitações de credenciamento para assistência e realização de exames, no Hospital Carlos Tortelly; Aprovação de Credenciamento do Hospital Carlos Tortelly; Hospital Getúlio Vargas Filho; HUAP; Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ari Parreiras; Hospital Azevedo Lima.	
Mai/2008	1- HUAP	- Discussões sobre o HUAP: precária prestação de serviços de saúde; aumento de recursos financeiros; contratação de profissionais de saúde; cumprimento do Contrato de Metas; paridade no conselho gestor do HUAP.	- É aprovada uma moção de apoio ao HUAP, dirigido ao Ministério da Saúde, solicitando recursos de custeio e ao Ministério da Educação solicitando recursos para RH; - É aprovado o relatório municipal de indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde;	- O relatório aprovado não foi apresentado previamente ao CMS/NIT, sendo de conhecimento apenas da secretaria executiva; - Discute-se a não aprovação do Contrato de Metas devido ao recebimento da documentação em tempo exíguo, e também a não compreensão dos dados pelos conselheiros.
Junho/2008	1- Hospital Orêncio de Freitas 2- Medicamentos 3- Regimento CMS/NIT 4- Prestação de Contas de 2006 5- Relatório de Gestão 2006	- É cobrada a publicação no D.O dos nomes dos conselheiros eleitos na 5ª Conf. Municipal de Saúde de Niterói; - Debate sobre o funcionamento precário do Hospital Orêncio de Freitas;	- Formação de conselho gestor no Hospital Orêncio de Freitas; - Visita da comissão do conselho ao HOF; - Solicitação formal ao HUAP das medidas adotadas; - Retorno do tema HUAP como pauta da reunião do CMS/NIT.	- Cobra-se a distribuição do relatório final da 5ª Conf. Municipal de Saúde de Niterói; - Os pontos de pauta de números 3, 4 e 5 serão discutidos na próxima reunião.
Julho/2008	1- Política de Incentivo no âmbito do Programa de HIV/AIDS 2- Regimento do CMS/NIT	- Apresentação dos relatórios elaborados pela comissão de acompanhamento de gestão do SUS: Unidade Pré-Hospitalar Mario Monteiro em Itaipu ; Hospital Orêncio de Freitas; - Apresentação do relatório da comissão de monitoramento de vigilância em saúde - Projeto Programa DST/AIDS no município; - Crítica a falta de instrumentalização das ações do CMS/NIT; - Apresentação do Projeto de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis – Plano de Ações e Metas – 2008.	- Aprovação do Projeto Programa DST/AIDS no município para o ano de 2008; - É aprovada proposta para: encaminhar a secretaria estadual de saúde um ofício solicitando respostas para a situação do HOF; - Aprovação de propostas de pré-projetos pelo CMS/NIT: 1- Emenda parlamentar, do deputado federal Francisco D'Angelo, para a PESP (equipamentos, material permanente e obras); 2- Deputado Edson Ezequiel, Emenda Parlamentar para o HOF (aquisição de equipamentos e material permanente); 3 – Solicitação de convênio para o pré hospitalar largo da batalha (aquisição de equipamentos e material permanente);	- É destacada a necessidade de detalhamento do orçamento municipal; - É destacado que apesar das denúncias, constatação de problemas nas unidades de saúde e nos hospitais, realização das visitas, elaboração de relatórios e apresentação da relatoria nas reuniões do conselho faltam ações por parte da fundação municipal de saúde ; - Os conselheiros criticam que os documentos para a análise e aprovação de projetos não são entregues em tempo hábil; “O conselho aprova no escuro”.

MÊS/ANO	PAUTA	DEBATES	DELIBERAÇÕES	DESTAQUES DA REUNIÃO
Agosto/2008	1-Regimento do CMS/NIT.	- Prioridades iniciais da secretaria de saúde: regularizar as demandas; regularizar o fluxo de abastecimento, equacionar a situação de recursos humanos, reabrir a discussão com o HUAP sobre a emergência; - Reclamação sobre o atendimento oftalmológico e a necessidade de ampliar o atendimento no município;	- É aprovada a proposta para encaminhar o assunto sobre a ausência dos conselheiros nas plenárias do CMS/NIT a comissão de legislação, planejamento, financeira e recursos humanos e o parecer da comissão seja remetido a plenária do CMS/NIT; - É aprovada a proposta que os conselheiros que participam de eventos externos e reuniões apresentem por escrito um relatório a respeito.	- Informe: As resoluções do CMS/NIT serão publicadas mensalmente no Jornal "A tribuna de Niterói".
Setembro/2008	1- Regimento do CMS/NIT.	- Discussões sobre a redação do regimento interno do CMS/NIT, em especial sobre a representação (vaga de titular e suplente); - Discussões sobre as vagas disputadas na última conferência;	Foi aprovada a proposta em redigir uma resolução que as entidades escolhidas a ocupar a vaga das entidades que saírem do conselho terão necessariamente que ter participado na V conferência municipal de saúde.	- Falta de quorum nas reuniões da comissão de legislação do CMS/NIT.
Novembro/2008	1-Mobilização Nacional do Brasil unido contra a dengue; 2- Planejamento da gestão até o término do ano de 2008.	Proposta para aprovação de processos nas unidades de saúde - recadastramento da maternidade do HEAL como de leito risco: 1- Enquadramento da UTI Neonatal do HEAL como de alta complexidade; 2- Enquadramento da UTI adulto (8 leitos) do HEAL como de alta complexidade; 3- Enquadramento do serviço de ortopedia (12 leitos) do HEAL como de alta complexidade; 4- Enquadramento do serviço de Nemo cirurgia (12 leitos), do HEAL como de alta complexidade.	- Aprovação da minuta sobre a suplência no CMS/NIT; - A votação de tais propostas não ocorre porque há questionamentos que o CMS/NIT não possui subsídios concretos para a votação. - Julga-se necessária a formação de uma comissão de acompanhamento no hospital para a verificação dos leitos. O conselho aprova e a visita é agendada pela comissão de acompanhamento e gestão do SUS.	- Ressalta-se que os processos foram aprovados pela comissão, mas não pela plenária do conselho.
Dezembro/2008	1-Encontro dos Conselhos Gestores.	- Relato sobre a visita da Comissão de Acompanhamento da Gestão SUS/Niterói no Hospital Azevedo Lima	- Os processos apresentados na reunião anterior foram aprovados, com leitura na plenária de um parecer da comissão após a visita no hospital; - É aprovado pela comissão de acompanhamento do CMS/NIT o deferimento da re-classificação do serviço de Maternidade de Alto Risco para leitos de alta complexidade; - É aprovada a proposta sobre a apresentação ao CMS/NIT do Pacto de Metas;	
Jan/2009	1- Apresentação dos gestores.	- É comentado sobre a eleição para presidente do CMS/NIT; - O representante da nova equipe gestora comenta sobre o déficit financeiro deixado pela gestão anterior; - É comentado sobre a importância dos conselheiros serem informados de todas as situações com maior transparência sobre os detalhes financeiros e orçamentários; - Ressalta que as os projetos, as emendas parlamentares são apresentadas para a aprovação dos conselheiros de saúde, sem anteriormente terem avaliado; - Questiona-se o não funcionamento das comissões, principalmente a comissão de saúde do trabalhador;		-É apresentada aos conselheiros de saúde a equipe da nova gestão da secretaria municipal de saúde de Niterói; - São feitas algumas solicitações a nova gestão: aparelho de som ; dotação orçamentária; lanche mais nutritivo; computador. - Destaca-se o prazo para o envio do Relatório de Gestão.

MÊS/ANO	PAUTA	DEBATES	DELIBERAÇÕES	DESTAQUES DA REUNIÃO
Fev/2009	1- Reformulação das Comissões Temáticas e da Secretaria Executiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Crítica a não publicação no D.O do regimento interno do conselho em sua versão reformulada, e também dos novos conselheiros eleitos na V Conf. Municipal de Saúde; - Eleição da secretaria executiva do conselho; - Reformulação das comissões temáticas; - Crítica a não atuação dos conselheiros nas comissões; - Reivindicação de dotação orçamentária para o funcionamento das comissões e por uma participação do gestor na atuação das comissões; - Assuntos discutidos no CMS/NIT, mas que não tiveram retorno da secretaria de saúde, como: condições estruturais para a prestação de serviços nos hospitais. - Crítica aos assuntos, resoluções de importância para o município não são discutidos no conselho (exemplo, contrato de metas do HUAP) - Questões estruturais de funcionamento do conselho: como pontualidade dos conselheiros nas reuniões; 	- Aprovação das comissões temáticas do conselho.	
Março/2009	1- Eleição secretaria executiva; 2- Contrato de metas HUAP; 3- Projeto de vigilância sanitária.	<ul style="list-style-type: none"> - Crítica a aprovação do Contrato de Metas sem consentimento do conselho de saúde e da comissão de legislação; - Ressalta-se a publicação no D.O do orçamento, bem como o acompanhamento do referido plano pelo conselho; - Rotinização dos representantes do CMS/NIT no conselho estadual de saúde (CES). 	- Aprovação do plano de vigilância sanitária do HUAP.	
Abril/2009	1- Projeto de Saúde Bucal do Programa Médico de Família; 2- Prestação de contas do 3º trimestre de 2006; 3- Relatório de gestão de 2008.	<ul style="list-style-type: none"> - Questionamentos sobre a representação do CMS/NIT no CES; - Não há critérios claros para a escolha do representante do conselho de saúde de Niterói no CES; - O gestor comenta sobre problemas/dificuldades em relação ao quadro de profissionais de saúde da rede pública; - Falta de cardiologistas na rede de assistência do SUS; - Reforma psiquiátrica e preocupação das famílias com doentes mentais. Solicitação da implantação de uma política de acolhimento das famílias; - Ausência de cardiologistas e elevadores sem funcionamento no Hospital Carlos Tortelly. 		- Agilidade na publicação das resoluções do CMS/NIT. Ainda não foi publicado o regimento interno em sua versão reformulada.
Mai/2009	1- Representação do CMS/N no CES/RJ; 2- Gripe Suína.	<ul style="list-style-type: none"> - Critérios mais claros na escolha do representante do CMS/NIT para ocupar a vaga no CES; Não há uma rotinização na escolha do representante; - Falta envio de relatórios pelo conselheiro de saúde de Niterói das discussões travadas no CES; - Reivindicação da ata de posse de todos os conselheiros eleitos na 5ª Conferência Municipal de Saúde; - Providências em relação à infra-estrutura do CMS/NIT - A Fundação Municipal de Saúde de Niterói providenciará o som do conselho municipal de saúde (4 caixas, 1 Rack móvel, 1 central de telefone sem fio, 4 canais e 1 amplificador). 		
Junho/2009	1- Prestação de contas de 2008; 2- Projeto Pró-Saúde de Niterói: Área de Assistência Farmacêutica.	<ul style="list-style-type: none"> - Relatos sobre as visitas realizadas nas unidades de saúde, pela comissão de monitoramento de gestão do SUS; - Necessidade de capacitação técnica aos conselheiros de saúde; - Apontamento sobre as condições precárias da frota de saúde do município; - Preocupação dos conselheiros de saúde quanto à falta de atendimento na área de cardiologia no Hospital Carlos Tortelly. 		- A prestação de contas não foi apresentada, pois a comissão de legislação não teve tempo hábil para analisar a documentação.

MÊS/ANO	PAUTA	DEBATES	DELIBERAÇÕES	DESTAQUES DA REUNIÃO
Julho/2009	Prestação de contas de 2008 e 1º Trimestre de 2009.	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitação da publicação no D.O dos suplentes eleitos na 5ª CMS, de acordo com as deliberações do regimento interno; - Conselho gestor – crítica sobre a legitimidade da sua formação. Segundo a crítica do conselheiro de saúde apenas uma entidade do CMS/NIT está envolvida na implantação dos conselhos gestores; - Debate sobre o funcionamento das comissões e o comprometimento dos conselheiros de saúde em relação às atividades; - Debate sobre a representação da AFAC no CMS/NIT, visto constituir uma entidade prestadora de serviços da prefeitura; - Debate sobre o Hospital Universitário Antonio Pedro com a presença de profissionais de saúde do próprio hospital (ausência do diretor do hospital nas reuniões do CMS/NIT); - Funcionamento das comissões de forma efetiva, com maior comprometimento dos conselheiros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foi deliberada a criação de uma comissão paritária para o acompanhamento dos conselhos gestores nas unidades de saúde; - Aprovação da habilitação da AFAC na prestação de serviços de saúde (oftalmologia) para o município; - Foi deliberado que um conselheiro de saúde da comissão de monitoramento e gestão do SUS participe do conselho gestor do HUAP e tenha acesso à contabilidade do hospital. - São aprovadas as seguintes propostas: <ul style="list-style-type: none"> 1 – Elaborar ofício do HUAP relatando as sucessivas ausências do diretor do hospital às reuniões plenárias do CMS/NIT; 2- Visita da Comissão de Monitoramento e Gestão do SUS ao HUAP com data marcada; 3- Acompanhar e verificar se as deliberações do plano de metas estão sendo seguidas; 4 – Saber qual é a posição política da reitoria em relação ao projeto do HUAP; 5 – Agendar uma audiência com o reitor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instalação do som pela fundação municipal de saúde atendendo uma solicitação dos conselheiros de saúde; utilização de dois microfones; - A prestação de contas de 2008 e do 1º trimestre de 2009 não foi analisada pela comissão de legislação, planejamento, financiamento e recursos humanos por falta de quórum (paridade); - Reclamação do conselheiro de saúde sobre as reuniões que estão longas e cansativas, com pouco resultado.
Agosto/2009	Prestação de contas de 2008 e 1º Trimestre de 2009.	<ul style="list-style-type: none"> - Presença do Sindicato dos Trabalhadores da UFF (SINTUFF) na reunião. Solicitam a inserção na pauta da reunião da Gripe Suína Influenza H1N1. Reivindicam maior presença da fundação municipal de saúde no caso da gripe suína e no debate sobre o assunto, com maiores esclarecimentos sobre a doença; - Apresentação da Unidade de Urgência do Mario Monteiro; - Debate sobre as péssimas condições do hospital: infiltrações, leitos desativados, portas quebradas, etc. Ressalta-se que providências devem ser tomadas; - Falta de leitos em todos os hospitais da rede. 	<ul style="list-style-type: none"> - É deliberado um agendamento de uma reunião extraordinária para discutir a gripe H1N1; - É deliberado que o próximo ponto de pauta, segundo proposta do gestor, seja “novos modelos de gestão”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Novamente a comissão de legislação não se reuniu por falta de quórum para aprovar a prestação de contas de 2006 e 2008; - Visitas agendadas nas unidades de saúde (AFAC e João Vizela) pela comissão de monitoramento da gestão.
Setembro/2009	Novos modelos de gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Proposta de realizar seminários sobre as Fundações Estatais de Direito Privado, como deliberado na 5ª Conf. Municipal de Saúde de Niterói, para discutir o tema. O debate precisa ser aprofundado; - Reivindicação de um conselheiro de saúde em receber sua medicação; - Debate sobre a medicação oferecida pela secretaria de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Propostas votadas nesta reunião: <ul style="list-style-type: none"> APROVADA: Fixação do horário para as reuniões do CMS/NIT: início às 15h (2ª chamada às 15:30h); NÃO APROVADAS: processo do servidor que está sofrendo perseguição solicitando seu encaminhamento a comissão de RH; proposta de encaminhar o processo do conselheiro para comissão de monitoramento da gestão do SUS. 	
Outubro/2009	<ul style="list-style-type: none"> 1- Plano Municipal de Alimentação e Nutrição; 2- Política de incentivo no âmbito do programa HIV/AIDS – Plano de Ações e Metas – 2009. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reclamação que os projetos não podem ser entregues em cima da hora para aprovação; - Solicitação de agendamento de visitas na AFAC e na clínica Santa Beatriz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação do tema “Poluição e doenças cardiovasculares” como ponto de pauta para a próxima reunião; - É aprovado o plano de metas de 2009 pelo CMS/NIT. 	
Novembro/2009	<ul style="list-style-type: none"> 1- Poluição e Doenças Cardio Vasculares; 2- Sensibilizando o Olhar para o Idoso; 3- Plano Municipal de Alimentação e Nutrição; 4- Saúde Mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em relação ao projeto de idoso, questiona-se porque o projeto será implementado no bairro de Icaraí em não em comunidades; -Reivindicação que o projeto seja mais abrangente. O projeto precisa ser revisto e torna-se necessário incluir a questão dos transportes; - Solicitação de informações das reuniões do conselho gestor. 	<ul style="list-style-type: none"> - É aprovado o projeto das Residências Terapêuticas do PAC – Preventório em Charitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano Municipal de Alimentação e Nutrição: ponto para a próxima reunião.

Fonte: Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho de saúde do município de Niterói. Material cedido impresso pela secretaria executiva do conselho. Período 2008/2009

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Maria do Carmo. Participação e controle da sociedade sobre políticas sociais no Cone Sul. In: **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Editora Universitária Argos, 2007.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, nº 28, julho de 1995.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares; CARNEIRO, Leandro Piquet. Liderança local, democracia e políticas públicas no Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, v. IX, n. 1, 2003, p. 124-147.

ARBLASTER, Anthony. **A democracia**. Editorial Estampa: Lisboa, 1987.

AROUCA, Sergio. O eterno guru da Reforma Sanitária. **Revista Radis Comunicação em Saúde**, nº 3, OUT/2002. Entrevista.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, maio-junho: 11(3): 376-82, 2003.

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

AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil: além da dicotomia Estado-mercado. In: AVRITZER, Leonardo. **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte: Livraria Del Rey Editora, 1994.

BEZERRA, Marcos Otávio. Participação popular e conflitos de representação política: notas a partir de um caso de orçamento participativo. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. Coleção Antropologia da Política – Espaço e Tempo da Política.

BEZERRA, Marcos Otávio. Trocas, poder público e participação popular. XXIV Reunião Brasileira de Antropologia. Recife, 12-15 de junho de 2004.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1999.

_____. O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1992.

BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO. **Dicionário de política**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2004.

BOSCHI, Renato Raul. **A arte da associação: política de base e democracia no Brasil**. São Paulo: Vértice Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1987.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Histórico Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 de novembro de 2009.

_____. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Relatório Final 12ª Conferência Nacional de Saúde**. 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sergio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Resolução nº 333**. 4 de novembro de 2003.

_____. **Relatório Final 11ª Conferência Nacional de Saúde**. 11ª Conferência Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Relatório Final 10ª Conferência Nacional de Saúde**. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília - DF 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Relatório Final 9ª Conferência Nacional de Saúde**. 9ª Conferência Nacional de Saúde Municipalização é o caminho. Brasília – DF, 9 a 14 de dezembro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. **Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília- DF, 17 a 21 de março de 1986.

_____. Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985. Convoca a 8ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.203, de 06.11.96: **Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96**. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de Nov 1996.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1993 (NOB – SUS/93). Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde** para 1992 (NOB – SUS/92). Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992.

_____. Lei 8.080. **Lei Orgânica da Saúde**. 19 de setembro de 1990.

_____. Lei 8.142. 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. Pereira. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

BREMAEKER, François E. J. **Os conselhos municipais existentes no Brasil**. IBAM/APMC/NAPI/IBAMCO, 2001.

BULLA, Leonia Capaverde; LEAL, Maria Laci Moura. A participação da sociedade civil no Conselho Municipal de Assistência Social: o desafio de uma representação democrática. **Revista Virtual Textos e Contextos**, nº 3, ano III, dez. 2004.

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia Maria Teixeira (org.). **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 93 a 111.

_____. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 12ed. São Paulo: Cortez, 2007

_____. Considerações sobre democracia e os obstáculos à sua concretização. In: TEIXEIRA, Ana Claudia Chaves. **Os sentidos da democracia e da participação**. São Paulo: Instituto, Pólis, 2005.

COELHO, Vera Schattan. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de não atrair aliados. **Revista Novos Estudos – CEBRAP**, n. 78, julho 2007.

_____. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, Vera Schattan; NOBRE, Marcos. **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. Editora 34, 2004.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. **Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ayuri Ed/ABRASCO, 1991.

CORTES, Soraya M. Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

_____. Participação de usuários nos conselhos municipais de saúde e assistência social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario. **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba, PR: Fundação Araucária, 2002.

COSTA, Sergio. A democracia e a dinâmica da esfera pública. **Lua Nova Revista de Cultura e Política**, nº 36, 1995.

COSTA, Vanda Maria Ribeiro. Teoria democrática e conselhos de política social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. Pereira. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Democracia e Socialismo: questões de princípio e contexto brasileiro**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992 – Coleção polêmicas do nosso tempo; v. 51.

_____. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

DAGNINO, Evelina; OLVERA, Alberto; PANFICHI, Aldo. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: DAGNINO, Evelina; OLVERA, Alberto; PANFICHI, Aldo. **A disputa pela construção democrática**. São Paulo: Paz e Terra; Campinas, SP: Unicamp, 2006.

_____. Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção democrática no Brasil: Limites e Possibilidades. In: Evelina Dagnino. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002

DAGNINO, Evelina. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: Daniel Mato (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil em tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, p. 95-110, 2004.

_____. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario. **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba, PR: Fundação Araucária, 2002.

DAHL, Robert. **Sobre a democracia**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

DEMO, Pedro. **Pobreza política: polêmicas do nosso tempo**. Campinas, SP: Autores associados, 1994.

_____. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1988.

DRAIBE, Sonia. **A nova institucionalidade do sistema brasileiro de políticas sociais: os conselhos nacionais de políticas setoriais**. UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP, Cadernos de Pesquisa n. 35, 1998.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah, LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação social. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FLEURY, Sonia. Democracia, Poder Local e Cidadania no Brasil. Disponível em: www.ebape.fgv.br/pp/peep. Acesso em: novembro de 2008.

_____. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

_____. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FUKS, Mário. Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. **Rev. Sociol. Polít**, Curitiba, 25,p. 47-61, Nov. 2005.

_____. Participação política em conselhos gestores de políticas sociais no Paraná. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario. **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba, PR: Fundação Araucária, 2002.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo, Cortez, 2007.

GOLÇALVES, Andréa de Oliveira; SILVA, Jacinta de Fátima Senna; PEDROSA, José Ivo dos Santos. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 96-105, junho 2008.

GOYARD-FABRE, Simone. **O que é democracia?** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GRAMSCI, Antonio. Caderno 18 (1934): Nicolau Maquiavel. In: **Cadernos de Cárcere**, volume 3. Edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 3ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRISONI, Dominique; MAGGIORI, Robert. **Ler Gramsci**. Iniciativas Editoriais, Lisboa, 1974.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):797-805, 2006.

IDÉIAS. **Revista do ICHF**. São Paulo, ano 5(2)/6(1), Unicamp, 1998-1999.

KRONEMBERGER, Thais Soares. O processo de descentralização do SUS: a atuação dos principais atores políticos na política de saúde brasileira nos anos 90. **Cadernos do ICHF**. Série Estudos e Pesquisas (UFF), v.3, 2008.

LABRA, Maria Eliana. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. Disponível em: www.cebes.org.br. Acesso em: fevereiro 2009.

_____. **Existe uma política de participação e controle social no setor saúde? Contribuições para um debate urgente.** Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Rio de Janeiro, dezembro de 2007.

_____. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

_____. Capital social y consejos de salud em Brasil. ¿Um círculo virtuoso? **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 47-55, 2002.

LEVCOVITZ, Eduardo *et al.* Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):269-291, 2001.

LIMA JÚNIOR, Olavo Brasil de. **Instituições políticas democráticas: o segredo da legitimidade.** Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1997.

LINDBLOM, Charles Edward. **O processo de decisão política.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

LUCAS, Randolph. **Democracia e participação.** Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1985.

MARTINS, Poliana *et. al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18[1]: 105-121, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 25ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MONNERAT, Giselle Lavinas; SOUZA, Rosimary Gonçalves; CASTRO, Monica. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. Pereira. **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos municipais de saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 795-805, 2009.

NEVES, Angela Vieira. Clientelismo: dilemas, significados e disputa na política. In: NEVES, Angela Vieira. **Cultura política e democracia participativa: um estudo sobre o orçamento participativo**. Rio de Janeiro: Gramma, 2008.

_____. Espaços públicos e participação: os riscos de despolitização da participação na sociedade brasileira. In: NEVES, Angela Vieira. **Cultura política e democracia participativa: um estudo sobre o orçamento participativo**. Rio de Janeiro: Gramma, 2008.

_____. Espaços públicos, participação e clientelismo: Um estudo de caso sobre o orçamento participativo em Barra Mansa. **Revista Katalysis**, v. 10, p. 215-221, 2007.

NOBRE, Marcos. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, Vera Schattan; NOBRE, Marcos. **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. Editora 34, 2004.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah, LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, Francisco de. O capital contra a democracia. In: TEIXEIRA, Ana Claudia Chaves. **Os sentidos da democracia e da participação**. São Paulo: Instituto, Pólis, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PASCHE, Dario Frederico *et al.* Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.20, n.6, p. 416-22, 2006.

PERISSINOTTO, Renato. Participação e democracia: o caso do conselho municipal de assistência social de Curitiba. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario. **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba, PR: Fundação Araucária, 2002.

PERRISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario. **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba, PR: Fundação Araucária, 2002.

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 13(1):81-92, jan-mar, 1997.

SADER, Emir. Prefácio à 4ª edição. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

SANTOS, Boaventura de Souza. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: OLIVEIRA, Francisco; PAOLI, Maria Célia. **Os sentidos da democracia. Políticas do dissenso e hegemonia global**. 2ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999.

SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Nelson Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009

SANTOS, Wanderley Guilherme. A democracia e seu futuro no Brasil. In: VELLOSO, João Paulo dos Reis. **Como vão o desenvolvimento e a democracia no Brasil?** Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 2001.

SEMERARO, Giovanni. Da sociedade de massas à sociedade civil: a concepção de subjetividade em Gramsci. Texto apresentado no Congresso Internacional: "Antonio Gramsci: da un secolo all'altro", organizado pela **International Gramsci Society**, no Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Nápoles, 16-18 out.1997.

_____. **Gramsci e a Questão da Sociedade Civil**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, Ari de Abreu. **A Predação do Social**. Niterói: EDUFF, 1997.

SILVA, Ilse Gomes. Participação popular nas políticas públicas: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único no Brasil. **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**. Coimbra, setembro, 2004.

_____. **Democracia e Participação na “Reforma” do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, Ionara Ferreira; LABRA, Maria Eliana. As instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1): 161-170, jan-fev, 2001.

SILVA, Silvio Fernandes. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas e um processo em construção. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan/abr. 2009.

STRECK, Danilo Romeu; ADAMS, Telmo. Lugares da participação e formação da cidadania. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v.6, n.1, jan-jun, 2006.

TATAGIBA, Luciana Ferreira. Conselhos Gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Rev. Sociol. Polít**, Curitiba, 25, p. 209-213, nov. 2005.

_____. A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: AVRITZER, Leonardo. **A participação em São Paulo**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. Os Conselhos Gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Evelina Dagnino. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP: UFBA, 2002.

TELLES, Vera da Silva. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, Evelina. **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

_____. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: TELLES, Vera da Silva. **Poder Local, Participação e Construção da Cidadania**. Fórum Nacional de Participação Popular nas Administrações Municipais, Nov. 2000.

TOURAINÉ, Alain. **O que é democracia?** 2ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1996.

VIANNA, Maria Lucia T. Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan/jun. 2009.

WAMPLER, Brian; AVRITZER, Leonardo. Públicos Participativos: Sociedade Civil e Novas Instituições no Brasil Democrático. In: COELHO, Vera Schattan; NOBRE, Marcos.

Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. Editora 34, 2004.

YOUNG, Iris Marion. Comunicação e o outro: além da democracia deliberativa. In: SOUZA, Jessé. **Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.