



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



*“Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades
dos Conselhos Municipais de Saúde”*

por

Marcelo Rasga Moreira

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Escorel de Moraes

Rio de Janeiro, maio de 2009.



Esta tese, intitulada

“Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde”

apresentada por

Marcelo Rasga Moreira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Prof. Dr. Fernando Lattman-Weltman

Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Escorel de Moraes – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 29 de maio de 2009.

I) Introdução

“Tema I – Saúde como Direito

...A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em lutas cotidianas.

...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, a todos os habitantes do território nacional... uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais.

...Entre outras condições isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população ”

(Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986)

“Art 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram um rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes...

III – participação da comunidade”

(Constituição Federal de 1988)

A incorporação ao texto constitucional da *saúde como direito*, idéia-força do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), pode, pelos avanços políticos e democráticos que representa e pela repercussão jurídica que enseja, ser considerada uma conquista da sociedade. Para concretizá-la, a Constituição, ainda em consonância com a proposta do MRS, institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS), organizando-o por meio dos princípios-diretrizes da descentralização; do atendimento integral e universal; e da participação.

Ao longo de suas duas décadas de funcionamento, o SUS foi capaz de ampliar consideravelmente o acesso aos serviços, sobretudo na atenção básica, estendendo-a a segmentos sociais historicamente desassistidos pela política de saúde; de descentralizar recursos e atribuições políticas para estados e municípios; de desenvolver um programa

específico para lidar com a prevenção e o tratamento de HIV/AIDS; de atender, na emergência e na reabilitação, parte importante da demanda gerada pela violência urbana contemporânea, sobretudo acidentes de trânsito e ferimentos por armas de fogo; e de identificar questões socioculturais complexas como aborto, violência e consumo abusivo de álcool e drogas (incluindo o cigarro) como problemas de saúde pública, buscando pautar a agenda política nacional.

Embora fundamentais, tais aspectos (e poder-se-ia citar outros) ainda não são suficientes para consolidar o SUS como um sistema que atende a todos com qualidade e resolutividade, requisitos necessários para a efetivação e garantia do direito à saúde. Infelizmente, o cotidiano nacional – retratado em estudos acadêmicos e pela mídia - tem demonstrado que enquanto a classe média afasta-se do SUS em direção à saúde suplementar (ainda que isto lhe seja extremamente custoso), a população que o utiliza sofre com as múltiplas incapacidades do sistema, que despontam na falta de remédios; passam pela superlotação e pela falta de médicos; multiplicam-se no desdém com que o cidadão é tratado; ramificam-se pelas inúmeras formas de corrupção e desvio de vultosas somas de dinheiro público; e sintetizam-se em mortes inaceitáveis como as de recém-nascidos em maternidades e de pessoas nas filas, amontoadas em corredores de hospitais, ou em trânsito, perambulando em busca de um serviço que as atenda.

Avanços internacionalmente reconhecidos, problemas quase subsaharianos e uma miríade de questões e aspectos complexos que preenchem com diferentes formas e conexões os interstícios destes pólos são faces de um mesmo SUS, que, nesta Tese, é sempre pensado como uma política pública. Dentre outras coisas, isto significa que, como qualquer política pública, o SUS deve estar em permanente monitoramento e avaliação e que os resultados destes processos de acompanhamento e análise devem se orientar para a

produção de reflexões e evidências que subsidiem a (re)formulação e a execução de ações/programas/estratégias/políticas que, além de preservar e ampliar avanços, superem problemas graves como os anteriormente citados (e poder-se-ia citar outros).

Pensar o SUS como política pública, conquanto não seja novidade, é um esforço para retirá-lo – ou, pelo menos, para retirar o debate em torno dele – de um patamar no qual críticas e propostas de inovações e mudanças são, muitas vezes, aprioristicamente vetadas, preconcebidas como atentatórias ao direito à saúde e descartadas. Posturas como estas, a despeito de poderem estar baseadas em bandeiras ideológicas respeitáveis e atraentes, são compreendidas como inadequadas para o estudo de uma política pública e, por isto, embora mencionadas, não são incorporadas ao debate aqui travado.

Pensar o SUS como política pública é, também – e, no âmbito desta Tese, ‘sobretudo’! -, um esforço para estudá-lo a partir da competição que os atores políticos travam para influenciar os rumos do processo decisório das políticas de saúde. É, portanto, um esforço para estudá-lo a partir de sua democratização e dos limites, incompletudes e dificuldades que esta oferece, apresenta e enfrenta.

Um passo necessário para a concretização desse esforço é definir os argumentos em que se baseia: a premissa maior é a de que a democratização é um elemento essencial – embora não seja o único e, em certos aspectos, também não seja o principal - para a efetivação do direito à saúde; a decorrente é a de que a participação social é um elemento fundamental da democratização; do silogismo entre estas, conclui-se que a participação social é de suma importância para a efetivação do direito à saúde.

Porque tais proposições, suas decorrências teóricas e suas implicações práticas na política de saúde são amplamente discutidas nos capítulos que se seguem, nesta Introdução

procura-se melhor delinear-las a fim de cotejá-las às principais críticas que lhes são dirigidas, estabelecendo com isto os limites de sua aplicabilidade.

Nesta Tese, democratização será concebida como um processo político-institucional no qual o Estado, progressivamente, publiciza-se, isto é, amplia sua responsividade aos interesses de todos os seus cidadãos. Considera-se aqui que, para que este processo seja mais eficiente e de melhor custo-benefício, precisa engendrar e ser engendrado pela participação dos diferentes setores/segmentos da sociedade nas etapas do processo decisório das políticas públicas. Tal concepção é justificada pela compreensão de que os cidadãos cujas vidas são modeladas pelas políticas públicas têm o direito de expressar seus interesses (imediatos e de médio/longo prazo) e de competir, em condições justas, para que tais interesses influenciem as decisões políticas.

O ponto-chave desta reflexão, que confere caráter substantivo à concepção de democratização aqui trabalhada, refere-se à ‘modelagem da vida’ pelas políticas públicas. Dentre outros objetivos, estas políticas regulam a produção, a oferta, o acesso e o usufruto a bens públicos como saúde, educação, alimentação e habitação que, no Brasil, são direitos constitucionalmente assegurados. Apesar disso, tais bens têm seus equivalentes em mercadorias que, podendo ser compradas e usufruídas de maneira privada, permitem que determinados setores da sociedade, independentemente dos motivos, não se preocupem em usufruir dos bens públicos. Ao contrário, há segmentos populacionais que, não podendo adquirir bens de mercado, só podem ter acesso a eles e a seus benefícios por meio dos bens públicos que, por sua vez, são produtos de políticas públicas (ou mesmo estas próprias). Como as instituições que constroem as políticas públicas têm sido – no Brasil e em várias partes do mundo – formada por uma substancial maioria de atores que representam os interesses dos setores com maior poder de compra, é diminuta a participação dos

segmentos que precisam se utilizar dos bens públicos para fazer valer seus direitos (ou de seus representantes). Em termos mais diretos: aqueles que tradicionalmente participam das etapas do ciclo de políticas apenas em pequeno número são (ou representam) os que terão sua vida modelada por estas políticas. Assim, a garantia de que tais pessoas tenham o direito de participar e/ou de indicar representantes diretos no processo decisório tem como maior virtude equilibrar, ao menos no que se refere à diversidade de interesses representados, a competição política.

A principal crítica a esta concepção democrática baseia-se no argumento de que, mesmo que ela se concretize, os atores incorporados ao processo decisório não têm as mesmas possibilidades de fazerem valer seus interesses do que os que tradicionalmente dele participam, pois, para tanto, precisariam de recursos políticos, técnicos, materiais e cognitivos que, justamente pelo ineditismo de sua participação, não dispõem. Um amplo espectro de interesses pode se abrigar sob este guarda-chuva, desde os realmente preocupados com a democratização e que consideram os riscos de que aqueles que não detêm tais recursos sejam transformados em ‘massa de manobra’, funcionando mais como legitimador da desigualdade no ciclo de políticas do que como elemento aperfeiçoador, até os de interesse não tão nobres, que chegam a naturalizar tais desigualdades, justificando-as, por exemplo, por uma suposta e inata incapacidade para a participação de determinados setores da sociedade.

Do ponto de vista desta tese, a assimetria de recursos entre atores acostumados a participar do processo decisório e os recém-incluídos é um problema concreto cuja superação, caso possível, é de médio/longo prazo. Porque esta assimetria não tem bases metafísicas, mas justamente porque os atores mais bem dotados de recursos acumularam este patrimônio devido à sua trajetória na competição política, considera-se que a melhor

maneira de ampliar e diversificar os recursos daqueles que os têm em reduzida quantidade e qualidade é participar ativamente da competição política.

Desta maneira, a concepção que aqui predomina é a de democratização como um processo político-pedagógico que se propaga em movimentos de diferentes ritmos e velocidades, podendo, inclusive, estagnar-se e ser revertido. Não se pensam nem se propõem soluções ideais que resolvam rapidamente e/ou por força de lei problemas que remontam ao processo histórico de formação de uma determinada sociedade. Apenas que, se há uma assimetria política, quanto antes os atores defasados começarem a adquirir recursos – e a melhor estratégia para isto é participar da competição política -, maiores as chances de, em menos tempo, terem capacidade de influir na competição em torno do processo decisório.

Outras duas críticas importante, decorrentes da anterior, são (i) a participação na competição política de atores cuja vida é modelada pelas políticas públicas não garante que eles tenham interesses semelhantes e/ou que, ainda que tenham, consigam se articular para influenciar o processo decisório em uma mesma direção; e (ii) uma democracia deve ser capaz de suportar cidadãos que não desejem participar da competição política.

Tais críticas são extremamente pertinentes, em especial quando voltadas para propostas nas quais a participação é concebida de um ponto de vista instrumental, como uma estratégia política para se atingir determinados resultados; normativo, pouco ou nada preocupado com as diferenças entre os diferentes segmentos da sociedade; e ideológico, porque fundamentado em uma visão dos setores menos favorecidos da sociedade como um conjunto homogêneo de pessoas que, para poderem atuar articuladamente, necessita de um ‘norte’ que lhes precisa ser revelado. Este conjunto de características tende, realmente, a ensejar posturas nas quais a participação é mais uma obrigatoriedade do que um direito.

Nestas propostas, parece haver uma confusão entre os benefícios gerados por uma sociedade civil com alto nível de ativismo político e o voluntarismo de atingir este alto nível por meio da obrigatoriedade da participação.

Para não ser alvo dessas críticas, (re)afirma-se aqui a participação como um direito, isto é, como algo que cabe ao cidadão decidir quantas vezes, como e quando vai exercê-lo. Desta forma, os esforços que precisam ser empreendidos para que a democratização avance voltam-se, neste aspecto ora discutido, para a garantia das possibilidades e oportunidades de todos exercerem seus direitos nas situações que considerarem de seu interesse.

Para dar continuidade a esta reflexão, é necessário, antes, realçar uma terceira crítica, qual seja a de que não há evidências de que a ampliação da participação dos segmentos que têm sua vida modelada pelas políticas públicas produza políticas públicas mais eficazes para eles e/ou para a sociedade. Valerosa, esta crítica traz consigo sua autocrítica, visto que a irrefutabilidade da afirmação estende-se ao seu simétrico: também não há evidências de que a ampliação da participação produza políticas públicas menos eficazes. Pode ser que as demais críticas também tragam suas autocríticas, mas o que leva ao ressaltado desta é a de que o saldo do contraponto entre uma e outra parece ser estéril e incapaz de produzir alternativas democratizantes.

Diante deste impasse é mais proveitoso para os propósitos desta Tese reposicionar o debate, enfocando temática similar que permita a discussão entre alternativas democratizantes: se a participação ocorre em instituições que ambientam um processo decisório no qual a busca por consenso é um objetivo, ela é capaz de contribuir para a produção de políticas mais justas, uma vez que, de alguma forma, os diferentes segmentos representados apresentam argumentos, debatem, trocam idéias e, se não conseguem

pactuar, no mínimo tomam conhecimento direto de parte dos interesses reais de cada ator envolvido, o que permite que, em futuras tentativas de pactuação, estes sejam levados em conta. Também por isto, instituições como essas tendem a ter maior sucesso em incluir novos participantes, em apoiá-los na aquisição dos recursos necessários para terem poder de influência nas decisões tomadas e em contornar o problema de que os atores tradicionais considerem que esta aquisição está sendo feita em detrimento de seus recursos.

A dúvida que a isto pode ser obstada é a de como seria possível conciliar em uma mesma instituição a competição e o consenso, a disputa e a articulação. Várias são as respostas e as possibilidades. Nesta Tese, considera-se a deliberação política - o debate entre diferentes atores cujas propostas devem ser baseadas em razões que poderiam ser aceitas pelos outros atores - como a mais adequada para a democratização, em especial porque nas situações em que a competição chega a um impasse, as propostas são votadas e a vencedora, ainda que não atenda aos interesses dos atores derrotados, porque é baseada em razões com as quais estes pelo menos não discordam, tende a impactá-los de maneira não-negativa. A sequência desta forma de competição encadeia o debate em torno de uma política com os de outras, articulando as buscas de pacto e as trocas de apoio entre os diferentes atores, dinâmica que tem potencial para produzir recursos políticos que podem ser acumulados e utilizados por todos os participantes, reduzindo a assimetria anteriormente referida. Logicamente, isto não acontece sem percalços e sobressaltos e em curto prazo, o que significa que os esforços têm que convergir, também, para a garantia, persistência e aperfeiçoamento deste tipo de competição política.

Delineadas as premissas a partir de seu cotejo com algumas das principais críticas que lhes são dirigidas, clarificando sua abrangência e limites, é possível agora sintetizar o conjunto de argumentos que apoiam o estudo que aqui será empreendido: a

democratização, processo político que amplia a responsividade do Estado, é fundamental para a garantia de direitos sociais como a saúde. É fundamental porque, para se concretizar, precisa incluir no processo decisório das políticas públicas os setores da sociedade que têm sua vida modelada por estas políticas e dele desejam participar. Para que os incluídos tenham melhores oportunidades de interferir nos rumos do processo decisório, devem participar de instituições que tenham na busca pelo consenso entre os atores que participam da competição política, um objetivo. Estas instituições enfrentam o desafio de conciliar competição e articulação política. Aqui se propõe que esta concertação seja construída por meio da deliberação política, pois esta tem o potencial de elaborar uma política pública fundamentada em razões que todos os participantes do processo decisório poderiam considerar como plausíveis. Por conseguinte, a política deliberada tende, pelo menos, a não ser contrária às razões dos participantes, inclusive daqueles que não a consideraram a melhor alternativa possível. Assim, ainda que não tenham recursos suficientes para fazer com que seus interesses sejam atendidos, os setores da sociedade cujas vidas são modeladas pelas políticas públicas poderão, por meio de seus representantes, fazer com que estas não vilipendiam seus interesses.

Cumprida a tarefa de enunciar os argumentos em que a Tese está baseada, é preciso justificar sua aplicação/aplicabilidade ao setor saúde e mostrar como isto será feito ao longo deste trabalho.

Retomando a discussão sobre avanços e limites do SUS, agora é possível apontar o aspecto que, se não representa seu principal avanço, pode ser referido como o mais importante para sua democratização e o de maior ousadia política: a inclusão da sociedade civil organizada no processo decisório das políticas de saúde por intermédio de sua

participação em conferências e conselhos de saúde, instituições que, por lei, são mandatárias em nível federal, estadual e municipal.

A força democratizante dessas instituições pode ser evidenciada em números: de 1990 (ano em que a lei 8.142, que normatizou a participação da sociedade no SUS) para cá, foram realizadas 5 Conferências Nacionais de Saúde que, em maior ou menor escala, foram precedidas por Conferências Estaduais e Municipais; o Conselho Nacional de Saúde, que existia desde 1937, foi reorganizado para atender aos novos pressupostos legais; as 27 Unidades da Federação criaram seus conselhos; e o mesmo aconteceu nos 5.564 municípios brasileiros, num movimento inclusivo sem precedentes que, atualmente, congrega mais de 72.000 conselheiros de saúde, número que supera em cerca de 40% o de vereadores com mandato no País.

Estes números, *per se*, já justificam o interesse em se estudar tais instituições. Porém, como a abrangência e diversidade destas inviabilizam o estudo de seu conjunto por esta tese, optou-se por focar os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), uma vez que (i) sua criação em todos municípios do Brasil produziu, com baixíssimo custo político, um cenário inédito na história do País e, provavelmente, nas democracias contemporâneas, que precisa ser analisado com categorias e indicadores próprios, ainda que estes possam vir a ser utilizados para o estudo dos conselhos das outras esferas públicas e mesmo de outras políticas setoriais como a educação; (ii) este cenário é aquele que, atualmente, aponta para as melhores perspectivas de efetiva conjugação de dois dos princípios norteadores do SUS - a participação e a descentralização - e, ao mesmo tempo, é o que parece conter os maiores desafios para concretizá-los; (iii) é também aquele que envolve um promissor experimentalismo institucional; (iv) por isto, pode suscitar inovadoras propostas de reforma política; (v) a análise em nível nacional dos CMS – que é a que aqui será

apresentada - permite ampliar o foco dos estudos sobre conselhos, até então predominantemente voltados para estudo de casos; (vi) com isso, dentre outras, abrem-se oportunidades para um conhecimento mais aprofundado das características da 'participação social' no Brasil, contribuindo-se para que ela não seja trabalhada como uma práxis reificada, monolítica e sem peculiaridades; (vii) produz-se um consolidado de evidências e informações que podem contribuir para os processos de educação permanente dos cerca de 72.000 conselheiros municipais de saúde; e (ix) para a consolidação institucional dos CMS.

Por tudo isto e porque a Lei 8142/90 estabelece – embora não o defina nem aponte como deve ser exercido - o caráter deliberativo dos CMS, considera-se que estes têm o potencial para se consolidarem como as instituições responsáveis pela democratização das políticas municipais de saúde e, por extensão, contribuir, em sua esfera de atuação, para a efetivação e garantia do direito à saúde.

No entanto, apesar de todos os aspectos virtuosos aqui referenciados, há um diagnóstico compartilhado entre estudiosos, conselheiros, gestores e movimento social de que a maioria dos CMS tem exercido pouca influência sobre o processo decisório das políticas municipais de saúde. Porque isto ocorre? Esta foi a pergunta-problema que deflagrou o estudo cujas reflexões e resultados são aqui apresentados.

O raciocínio hipotético que norteou os rumos da investigação suscitada por esta pergunta é o de que apesar de fundamental para a democratização da política municipal de saúde, a ampliação da participação não é suficiente para garantir que o CMS seja um dos protagonistas do processo decisório. Para que tal protagonismo concretize-se é preciso que os conselhos também se consolidem institucionalmente, isto é, que sejam legitimados por

todos os atores políticos (ou, ao menos, pelos mais relevantes) envolvidos no processo decisório das políticas municipais de saúde.

Para que esta legitimação ocorra, os atores políticos relevantes precisam ter garantias de que seus interesses não serão ignorados pelos novos atores. No caso dos CMS, os governantes que ocupam o poder executivo municipal são os principais atores do processo decisório e, portanto, os que mais têm motivos para considerarem seus interesses ameaçados. Um cenário político em que a insegurança dos atores sobressai é, em grande medida, fruto de regras institucionais incapazes de incentivar ou de induzir acordos e consensos. No caso dos CMS, considerar-se-á que, por serem as responsáveis por definir quem participa, como participa e com que propósito participa, as regras que normatizam a elegibilidade dos conselheiros, o funcionamento dos conselhos e seu processo deliberativo são as que mais geram insegurança. Faz-se necessário, portanto, estudar estas regras e seus resultados no cotidiano dos CMS a fim de compreender em que medida realmente lhes cabe esta responsabilidade.

Diante disto, busca-se, nos próximos capítulos, desenvolver uma melhor compreensão da complexa situação que enseja a pergunta-problema e o raciocínio hipotético, além de apresentar um conjunto articulado de respostas que possam contribuir para a elaboração de explicações que evidenciem avanços e apontem limites que precisam ser superados.

Neste contexto, o **Capítulo III – Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS** – apresenta um inédito estado da arte dos CMS brasileiros, analisando-os em termos nacionais e distribuindo-os pelos portes populacionais de seus municípios e pelas três dimensões que conformam seu funcionamento: ‘autonomia’, ‘organização’ e ‘acesso’.

A partir destas análises, debatem-se os avanços e limites dos CMS, atribuindo-se estes últimos a reações de um poder executivo municipal de características ultrapresidencialistas a regras institucionais pouco capazes de gerar um sistema de segurança mútua que garanta a todos os atores envolvidos no processo decisório que seus interesses não serão usurpados.

As relações apresentadas no capítulo III como potenciais geradoras de insegurança e de reações do poder público aos CMS são investigadas nos capítulos seguintes. Por isto, o **Capítulo IV – Participação e Representação nos Conselhos Municipais de Saúde** – investiga e analisa as regras que definem os atores políticos que têm assento nos CMS, ou seja, os que efetivamente participam deles, definindo, por conseguinte, a representação de interesses. Baseado nisto, busca compreender como estas regras podem interferir na competição política em torno do processo decisório das políticas municipais de saúde.

Para concretizar estes intentos, foram mapeadas as mais de 50.000 entidades que participam dos CMS, distribuindo-as de acordo com o segmento que representam e sua missão institucional. A partir deste mapeamento, buscou-se relacionar como as regras anteriormente analisadas podem influenciar a deliberação política, que é enfocada de maneira mais precisa nos dois capítulos seguintes.

O capítulo V – **Relações entre Conselho Municipal de Saúde e Poder Executivo Municipal na Democratização do Processo Decisório das Políticas de Saúde** – encaminha a investigação para a análise de como os CMS (isto é, conselheiros) compreendem sua inserção no processo decisório e, em especial, como eles pensam suas relações com o poder executivo municipal, elemento fundamental para se pensar a deliberação política.

Para tanto, além da revisão da literatura pertinente, foram analisados os relatórios finais de quatro das cinco Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período de existência do SUS (o quinto relatório, o da 13ª Conferência, ainda não tinha uma versão oficial quando da elaboração desta Tese), uma vez que grande parte de seus participantes é ou foi conselheiro e porque tais relatórios têm a proposta de orientar as políticas de saúde e, em termos mais específicos, a atuação dos CMS.

O capítulo VI – **Reflexões sobre o Caráter Deliberativo dos Conselhos Municipais de Saúde** - especifica as relações estudadas no capítulo anterior, enfocando como elas repercutem no caráter deliberativo que a Lei 8142/90 atribui aos CMS. Busca-se mostrar que não há uma definição jurídica sobre o que seria este caráter deliberativo e, que, neste vácuo, tornou-se predominante uma concepção política que, diretamente ligada à forma como os CMS encaram sua relação com o poder público, encaminha a deliberação política para rumos que não favorecem a pactuação e o consenso.

O objetivo deste capítulo, que encerra a discussão da Tese, é tentar fundamentar uma análise que mostra que os CMS podem ser uma instituição deliberativa como a que acima se anunciou; que esta possibilidade pode se efetivar por meio de regras institucionais; e que estas podem contribuir para a consolidação dos Conselhos como órgãos que efetivamente participam do processo decisório das políticas municipais de saúde, tornando-as mais democráticas e, em decorrência, mais concreto o direito à saúde.

II) Considerações Metodológicas

A fim de que os debates propostos e suscitados por uma tese sejam coerentemente estabelecidos, faz-se necessário apresentar a construção metodológica que orientou sua elaboração, conduziu seu desenvolvimento e engendrou seus resultados. Embora interpretem e pratiquem esta premissa de formas não necessariamente convergentes, as diferentes ciências (ou os diferentes ramos da ciência, como preferem alguns), adotam-na.

No âmbito das ciências sociais aplicadas ao setor saúde, no qual se situa esta tese, a consciência da impossibilidade axiológica e ética de assumir determinados pilares das chamadas ‘ciências duras’¹ - sobretudo os que se propõem a recriar em laboratório o campo de pesquisa; a reproduzir as ‘experiências’ (a aplicação ao objeto de estudo de técnicas de levantamento, processamento e análise de informação) da exata maneira como originalmente foram realizadas; e a buscar, para uma mesma experiência, sempre o mesmo resultado - não turva a imprescindibilidade de rigor metodológico.

Este rigor, porém, não se confunde com um conjunto de regras apriorísticas e dogmáticas que buscam uma suposta neutralidade e/ou alimentam o *proselitismo metodológico*². Ao contrário, é a vigilância constante – teórica e prática - que o pesquisador precisa manter para evitar a indução de resultados, a distorção de processos e a interferência indevida no cotidiano dos sujeitos e instituições pesquisados. Torna-se, pois, um elemento fundamental para também orientar suas opções nos melindrosos momentos em que estratégias e métodos não se desenvolvem da maneira esperada. É, ainda, a postura que viabiliza a incorporação dos *imponderáveis da vida real*³ ao escopo do estudo, filtrando, nesta operação, possíveis influências que, de tão comuns, tendem a não ser percebidas.

Agindo assim, o pesquisador pode analisar objetivamente situações que envolvem aspectos subjetivos, abordando-os de maneira qualitativa e quantitativa, estruturando internamente seu estudo e zelando por sua viabilidade, coerência, validade, confiabilidade e eticidade, o que lhe propicia oportunidades adequadas ao exercício de sua criatividade⁴. Concomitantemente, ele pode explicitar suas estratégias, seus modelos analíticos, suas categorias e conceitos, suas técnicas, suas dificuldades e dúvidas, permitindo que seus pares debatam metodologicamente o estudo, submetendo-o ao vital processo de revisão, aprimoramento e adequação a padrões de qualidade acadêmica.

Os primeiros passos dessa trajetória consistem na explicitação da pergunta-problema que origina a tese e, por conseguinte, das hipóteses que, compreendidas como expectativas de respostas, norteiam o caminho a ser seguido. Ao submetê-las à realidade estudada, o pesquisador testa-as a fim de constatar seu potencial explicativo, verificando em que medida têm que ser mantidas, aprimoradas, reelaboradas ou mesmo abandonadas. Nesta dialética de aproximação/afastamento, revelam-se determinadas facetas do objeto de estudo, mantêm-se outras intocadas, despontam as que eram apenas inferidas e que, por sua vez, mobilizam hipóteses e atenção próprias. Não fossem limitadas pelos interesses dos atores envolvidos, os prazos, os custos e os recursos humanos disponíveis, estas relações tenderiam à continuidade.

Como estes passos já foram dados na Introdução, neste capítulo dar-se-á continuidade à caminhada a partir do objeto de estudo que representa o recorte teórico-metodológico possível de ser estudado no contexto da situação-problema.

Objeto

Os avanços e limites dos Conselhos Municipais de Saúde em relação à sua capacidade de influenciar o processo decisório das políticas municipais de saúde constituem-se no objeto de investigação desta tese.

Porque se toma como hipóteses que as regras que normatizam os CMS, mais especificamente as que normatizam elegibilidade, participação, representação, funcionamento e deliberação têm grande influência nos limites e dificuldades enfrentados pelos CMS, estas constituem-se em um recorte ainda mais elaborado que conduz ao cerne da investigação.

Objetivo Geral

Em consonância com estes recortes, o objetivo geral é analisar em que medida as regras de elegibilidade, funcionamento e deliberação que normatizam os Conselhos Municipais de Saúde são fatores limitantes de sua influência no processo decisório das políticas municipais de saúde.

Para que o objetivo geral seja atingido é fundamental que determinadas tarefas imprescindíveis sejam identificadas e executadas. Estas tarefas são os objetivos específicos de uma tese.

Objetivos Específicos (Oe)

- Oe1) identificar as regras de elegibilidade, funcionamento e deliberação que normatizam a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde;*
- Oe2) caracterizar, nos CMS em funcionamento no País, as práticas delineadas pelas regras identificadas em Oe1; e*
- Oe3) analisar em que medida as regras identificadas em Oe1 e as práticas caracterizadas em Oe2 geram nos atores políticos incerteza sobre a garantia de que seus interesses não serão usurpados.*

Para a consecução destes objetivos foram aplicadas um amplo e diversificado conjunto de técnicas de levantamento, sistematização e análise de dados, orientados por um modelo explicativo que não segue o hegemônico e, em alguns momentos, até mesmo confronta-o.

Para atingir *Oe1* foram aplicadas técnicas de levantamento em fontes secundárias, mais especificamente pesquisa bibliográfica e documental. Por meio delas, levantou-se o conjunto de normas que rege a atuação dos CMS, identificando-se as que fazem referência direta às normas que interessam à tese: (i) lei federal 8080/90, que normatiza o SUS e define a participação como um de seus princípios-diretrizes; (ii) lei federal 8142/90, que cria os Conselhos de Saúde; e (iii) resolução 33/92 e (iv) resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, que orientam os CMS no que concerne à sua composição e organização. Importante frisar que estas duas, embora não tenham força de lei, têm o reconhecimento dos CMS, motivo que gerou sua inclusão no estudo; e (v) Relatórios Finais da 9^a, 10^a, 11^a e 12^a Conferências Nacionais de Saúde.

Os Regimentos Internos (RI) e as Leis de Criação dos 5.564 CMS não foram incluídos neste conjunto. Em primeiro lugar, porque nos aspectos mais importantes são obrigados a seguir os dispositivos das leis federais já identificadas. Em segundo, porque naqueles aspectos em que os conselhos têm liberdade para definir, sobretudo no que se refere às entidades que dele participam, interessou à tese menos a letra da lei do que seus resultados empíricos. Neste contexto, o tempo, o trabalho e os recursos necessários para levantar e analisar leis e RIs, além de desnecessários, poderiam até mesmo inviabilizar a pesquisa.

Identificadas a normatização e suas regras, os trechos, artigos, alíneas, itens e parágrafos que se referem aos aspectos selecionados pelo objetivo específico foram sistematizados em um *corpus*, um documento específico que reúne de maneira organizada o conjunto de discursos relacionados ao objeto investigado, facilitando sua análise.

A compreensão de que as regras impactam fortemente o cotidiano dos CMS mostra a necessidade de caracterizar esta repercussão, sobretudo no que diz respeito à participação de novos atores e à competição política em torno dos interesses que eles representam; à estrutura, organização, atuação e autonomia dos CMS; à dinâmica do processo deliberativo e os resultados a que este pode chegar; e à maneira como os governos municipais reagem a estas relações.

Para dar conta disto – e, por conseguinte, de *Oe2* e *Oe3* - fez-se necessário conjugar a discursividade dos textos normativos com as repercussões empiricamente identificadas. Isto só foi possível porque a tese foi elaborada e desenvolvida no contexto de uma pesquisa cujo universo abrangeu todos os CMS do País e foi coordenada por seu autor e sua orientadora.

A Pesquisa

A presente Tese foi elaborada no âmbito da pesquisa “*Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS*”, coordenada desde fevereiro de 2003 pelo autor e por sua orientadora. Financiada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS)¹ - que, recém-criada, apresentava uma forte demanda por informações e análises -, esta pesquisa buscou orientar sua atuação para a produção de evidências^{5,6} que subsidiassem a formulação, a implementação, a execução, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas voltadas para o aperfeiçoamento dos Conselhos de Saúde.

Neste contexto, sua elaboração envolveu uma agenda de debates entre gestores e pesquisadores, que partiram das seguintes premissas: (a) a inexistência de estudos censitários sobre os CMS gera déficits informacionais que dificulta sobremaneira a formulação de políticas; (b) os estudos consensuados entre as partes devem possibilitar a elaboração de indicadores e análises que, refletindo o ‘estado da arte’ dos conselhos, suprem os déficits informacionais; e (c) as informações produzidas devem estar disponíveis não apenas para o poder público, mas para toda sociedade.

O passo seguinte concentrou-se na identificação dos elementos que comporiam o aludido ‘estado da arte’. Para isto, manteve-se o processo de debates com a SGEP/MS e com representantes de outras secretarias do Ministério, do Conselho Nacional de Saúde e pesquisadores da área, que apontou como fundamentais os seguintes elementos: estrutura física, composição, organização, funcionamento, eleição do presidente, acesso dos usuários às instâncias internas de poder, relações com o poder público e participação na política municipal de saúde.

¹ Ao longo deste processo, a pesquisa recebeu apoios pontuais do PNUD e do CEBES.

A inexistência de estudos de tal magnitude e de sistemas de informação voltados para os CMS impossibilitaram a utilização de fontes secundárias, o que levou os pesquisadores a estruturarem a pesquisa a partir de fontes primárias, num desenho metodológico que exige o contato direto com os conselhos.

Porque os elementos arrolados como fundamentais para a construção do estado da arte são numerosos e devido à abrangência e magnitude de um estudo censitário e de âmbito municipal num País com as dimensões continentais do Brasil, determinados procedimentos metodológicos foram inviabilizados. Dentre eles, a realização de trabalho de campo e a aplicação de entrevista e observação participante, técnicas que requisitam o contato direto e presencial entre pesquisadores, sujeitos pesquisados e campo de investigação. Isto encaminhou a pesquisa para abordagens propícias à investigação à distância.

Foi mais ou menos a esta altura que despontou um sério problema: as informações de que o Ministério da Saúde dispunha e considerava como adequadas para o estabelecimento de contato com os CMS terminaram de ser analisadas pelos pesquisadores, que constataram sua imprecisão e a multiplicação de lacunas, sobretudo no que dizia respeito ao número de conselhos existentes e a seus endereços e telefones. Em suma, não havia como entrar em contato com os CMS, pois além de não se possuir dados para tal, sequer se sabia quantos já haviam sido criados.

Diante disso, o projeto original teve de ser remodelado e entre dezembro de 2003 e fevereiro de 2004, a equipe de pesquisa dedicou-se a produzir um 'Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde'. A estratégia inicialmente adotada baseou-se no fato de que, se em casos isolados ou pouco numerosos, o contato direto com as secretarias municipais de saúde, solicitando-lhes o endereço dos CMS, seria o de maior potencial de efetividade, a

quantidade de secretarias a serem contatadas nesta pesquisa diluiria este potencial no tempo e nos recursos despendidos.

Buscou-se, então, o contato com órgãos de âmbito estadual e nacional que, por sua característica agregadora, pudessem fornecer informações sobre coletivos de CMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselhos estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Embora esta estratégia tenha obtido relativo sucesso, esgotadas suas possibilidades, ainda havia lacunas acerca de 1.500 CMS. A solução adotada foi, a partir da sala dos pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ, entrar em contato telefônico (utilizando-se três linhas, uma delas disponibilizada por uma colega) com as Secretarias de Saúde dos municípios destes Conselhos. Porém, para certa surpresa, boa parte destas secretarias não possuía telefones e algumas estavam com suas linhas cortadas por falta de pagamento. Decidiu-se, então, ligar para a Prefeitura ou para qualquer órgão público que pudesse fornecer o contato com os CMS. Em alguns lugares, não se encontrou, nem nas listas telefônicas nem com a utilização de mecanismos de busca da internet, o telefone de algum órgão público. Apelou-se, então, para bancos e estabelecimentos comerciais e, por fim, para qualquer número telefônico identificado naquela cidade. Por incrível que pareça, em uma determinada cidade, ligou-se para um cidadão, explicou-se a situação a ele que, prontamente, deu um grito chamando o próprio secretário de saúde ao telefone!

Em todo este processo há de se destacar que o incremento do uso da internet pelo poder público em todas as suas esferas facilitou o processo de pesquisa: prefeituras, conselhos, correios, bancos estatais, polícias... quanto mais serviços e informações estes órgãos disponibilizavam em seus sítios, melhores eram os resultados da busca. Quando

pouco, levantaram-se telefones para contato. Isto reafirma as potencialidades da rede mundial de computadores para a transparência, *accountability*, comunicação com a sociedade e democratização. Em conseqüência, os pesquisadores também são requisitados para desenvolverem métodos e técnicas adequadas ao trabalho de pesquisa neste ‘campo virtual’.

Concluído este processo, o ‘Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde’ possibilitou sistematizar as informações necessárias para o estabelecimento de contato com os CMS brasileiros e identificar que apenas Cedral, no Maranhão, não havia criado seu CMS.

Digitalizado e tornado dinâmico por meio de um CD-ROM, o Cadastro dos CMS foi apresentado na ‘142ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde’, realizada nos dias 5 e 6 de Maio de 2003, ocasião em que foi saudado pelos Conselheiros. A figura 1 ilustra a página de busca dinâmica por CMS, mostrando suas diferentes possibilidades.

Figura 1 – Fac Símile da Página de Busca Dinâmica do CD-ROM ‘Cadastro dos CMS’



Fonte: Moreira e Escorel, 2004

De posse das informações necessárias, finalmente tornou-se possível realizar a investigação à distância originalmente proposta. Como a técnica de levantamento de informações escolhida envolve o envio de um instrumento para ser respondido pelos sujeitos da pesquisa e remetido de volta aos pesquisadores, a primeira preocupação destes foi a de identificar os respondentes.

A opção de que o instrumento fosse respondido em uma reunião do CMS, algumas vezes ventilada, mostrou-se de alto risco, pois a competição política travada no pleno dos conselhos não é um ambiente propício para a resposta de um instrumento de pesquisa visto que litígios em torno dele transformariam-no em assunto de disputa política, o que, além de não se adequar à ética em pesquisa, poderia fazer com que seu preenchimento fosse indefinidamente postergado.

Desta maneira, optou-se por identificar como respondente o Presidente do CMS ou conselheiro por ele indicado. O óbice da criação de um viés com esta estratégia foi reconhecido, porém desconstruído (i) na negação de uma suposta neutralidade axiológica na pesquisa social; (ii) na compreensão de que qualquer opção tomada em uma pesquisa social é geradora de um determinado viés; e (iii) no desenvolvimento de estratégias de monitoramento e redução máxima de influências indevidas.

Nesta pesquisa, a proposta de controle de viés voltou-se para a publicização dos dados, pois se considerou que o risco de um Presidente de CMS ser publicamente acusado de manipulação das informações restringiria tal possibilidade. Assim, a criação de um portal virtual - o ParticipaNetSUS (www.ensp.fiocruz.br/participanetsus) -, que já era uma proposta da pesquisa, recebeu um novo e ainda maior incentivo. Tal estratégia mostrou-se adequada e correta, pois houve casos em que conselheiros navegando no portal

identificaram problemas, entraram em contato com a equipe de pesquisa e solicitaram a modificação dos dados, no que foram atendidos.

Outra estratégia diz respeito à análise dos resultados da pesquisa: como as respostas seriam sistematizadas e analisadas antes de serem publicizadas, seria possível identificar o comportamento de cada variável e perceber dados que, totalizados, fossem discrepantes das expectativas iniciais, em especial no que concerne a resultados positivos. Acordou-se que, se tais discrepâncias ocorressem, a variável que a apresentasse não teria seu resultado divulgado e, em momento posterior, os possíveis problemas seriam investigados. Felizmente, não foi necessário recorrer a este expediente.

Definidos os respondentes, passou-se à etapa da transformação dos temas e assuntos selecionados em perguntas. Com o extenso e variado rol de temas anteriormente elaborado, o caminho que se prefigurava era o de muitas perguntas. Diante disto, a idéia de perguntas abertas, considerada pelos pesquisadores como a mais atraente, foi em parte rechaçada, uma vez que tornaria muito complexo o trabalho de categorização. Assim, várias perguntas originalmente pensadas como abertas foram fechadas. Algumas, porém, não se enquadraram nesta possibilidade, visto que não seria possível apresentar todas as suas possibilidades de resposta, situação que se mostra como inadequada para uma pergunta de tipo fechada.

É forçoso reconhecer que por terem maior prática e afinidade com estudos de abordagem qualitativa, a Equipe de Pesquisa, em especial o autor desta tese, elaborou como abertas questões que poderiam ser fechadas, o que, a despeito de não inviabilizar sua análise, gerou esforço e perda de tempo desnecessários, que poderiam ter sido evitados. Assim, o instrumento foi elaborado e composto por 58 questões, sendo 17 do tipo aberta e 41 do tipo fechada.

A investigação à distância implica na ausência de um pesquisador no momento em que o instrumento está sendo preenchido. Por isto, o instrumento utilizado deve conter um guia de preenchimento que oriente o respondente. Para reduzir ainda mais a possibilidade de falhas, além de seguir este procedimento, optou-se por disponibilizar um e-mail (perfilconselhos@ensp.fiocruz.br) e um número telefônico para que, em caso de dúvidas, os respondentes entrassem em contato com os pesquisadores.

Uma vez que a taxa de retorno de pesquisas deste tipo é tradicionalmente baixa, foram pensados um conjunto de estratégias de mobilização dos respondentes. A primeira delas precedeu o envio dos instrumentos: uma carta aos CMS assinada pelo Ministro da Saúde – à época, Humberto Costa - apresentando a pesquisa e solicitando o apoio dos conselheiros.

Para reduzir ainda mais as dificuldades, construiu-se uma página na internet na qual o respondente poderia tanto preencher uma versão web do instrumento quanto baixar uma versão word, preenchê-la em seu computador e enviá-la para o e-mail disponibilizado, ou imprimi-la e enviar por fax. Poderia, adicionalmente, marcar um dia para responder por telefone.

A etapa de preenchimento do instrumento foi iniciada em setembro de 2004. A proposta original da Equipe de Pesquisa era a de enviar a carta de mobilização assinada pelo Ministro; dez dias depois, remeter o Instrumento; aguardar trinta dias pela resposta; mobilizar por telefone os CMS que não respondessem; aguardar quinze dias pela resposta destes; e convidar aqueles que, apesar de todos estes contatos, não tivessem respondido para fazê-lo por telefone, em data pré-agendada.

Para isto, uma parceria com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/SGEP/MS) foi apalavrada, porém, não concretizada devido a disputas políticas

na SGEP/MS. Aliado a isto, as eleições municipais de 2004, a transição política delas advinda (em especial nas muitas situações de descontinuidade político-administrativa), a realização dos festejos de final de ano e do carnaval significaram um concurso de circunstâncias que, talvez por ingenuidade, credulidade ou utopia, foram negligenciadas pela Equipe de Pesquisa. As repercussões negativas, porém, não impediram que a taxa de retorno dos Instrumentos respondidos ultrapassasse a média típica de estudos similares (em torno de 10%), superando os 20% de CMS.

Para ampliar este universo e sempre com o objetivo atingir a totalidade dos CMS, a Equipe de Pesquisa viu-se compelida a desenvolver novas e variadas estratégias de mobilização, tais como a divulgação no site do CONASEMS; a participação de pesquisadores no XXI Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em Cuiabá/ MT, de 10 a 13 de maio de 2005; a retomada de contato com os CES, que já havia sido feito na primeira Etapa da Pesquisa visando a elaboração do “Cadastro dos CMS”, o contato com os COSEMS e as SES. Para todos foi enviado e/ou utilizado um *flyer* ilustrado na figura 2.

Figura 2 – Flyer Utilizado na Mobilização dos Respondentes da Pesquisa

Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil



A Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, a ENSP/Fiocruz e o CEBES estão realizando a pesquisa "Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil" com o objetivo de ouvir os conselheiros para, a partir de seus relatos, desenvolver políticas públicas que apoiem e fortaleçam o controle social.

Para participar da pesquisa, basta responder a um questionário, o que pode ser feito das seguintes maneiras:

- preenchendo e devolvendo o instrumento que foi enviado a todos os CMS em novembro de 2004
- diretamente na internet, no site <http://www.ensp.fiocruz.br/perfilconselhos> onde se pode optar pelo preenchimento on-line ou pelo download do questionário, que pode ser enviado para o endereço: perfil.conselhos@ensp.fiocruz.br
- enviando o questionário preenchido para o fax (21) 2598-2792

Quaisquer dúvidas, entre em contato pelo telefone (21) 2598-2908.

Obrigado !



Fonte: Moreira e Escorel, 2004

Em julho de 2005 foi possível articular uma parceria com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, na qual ficou definido que, por telefone, este mobilizaria os CMS que ainda não houvessem respondido ao Instrumento, solicitando que, no prazo de quinze dias, fizessem-no. O acordo também previa que os CMS que não respondessem seriam novamente contatados e, se mesmo assim, não se manifestassem, a Ouvidoria agendaria com o respondente o preenchimento do Instrumento via telefone. Infelizmente, novamente por disputas políticas, não foi possível prosseguir com a parceria, que foi encerrada antes mesmo do término da primeira rodada de mobilização.

Com todos os percalços, a esta altura já se possuía informações de cerca de 70% dos CMS. Diante disto, decidiu-se contratar um instituto especializado que realizasse a aplicação dos instrumentos de pesquisa por via telefônica. Após realização de tomada de preços visando identificar empresas que oferecessem o serviço por um custo que se adequasse à realidade da Pesquisa, foi contratado o Instituto Brasileiro de Pesquisa Social – IBPS, sediado no Rio de Janeiro.

Durante o primeiro semestre de 2007, este instituto atualizou as informações dos CMS que já haviam respondido o instrumento, mas tinham mudado de gestão e procurou aplicar este instrumento aos cerca de 30% de CMS restantes. Ao final deste processo, todos os 5.564 CMS do País (já que em 2006, Cedral criou seu conselho) haviam sido contatados e 5.463 CMS (98,2%) respondido.

Assim, o universo de estudo da tese são os 5.463 CMS respondentes, cujas informações fazem referência ao ano de 2007. Todos os dados utilizados na tese (e também os que não o foram) estão disponíveis no portal ParticipaNetSUS, cuja página inicial é ilustrada pela figura 3.

Figura 3 – Página inicial do Portal ParticipaNetSUS



Esta Pesquisa também propiciou a consecução de uma série de produtos que, envolvendo colegas estudiosos do tema e/ou fomentando o debate interno da Equipe, foram fundamentais para o aprimoramento das categorias e conceitos nela trabalhados, processo que teve impacto bastante positivo para esta Tese: (i) sessão científica do Centro de Estudos da ENSP (CEENSP) sob o título ‘Democracia Participativa, Democracia Representativa e Conselhos de Saúde no Contexto da Reforma Política’; (ii) paper ‘Conselhos Municipais de Saúde’ para o estudo ‘Enabling Environment Assessment for Social Accountability in the Brazil’s Health Sector – Conselhos Municipais de Saúde’, realizado pelo Banco Mundial; (iii) Revista Divulgação em Saúde para Debate, edição de

nº 43, do CEBES, com o título ‘Democracia, Conselhos de Saúde Participação Social’; (iv) artigo *Participação nos CMS de municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes*⁸; (v) artigo *A Democratização nos Conselhos de Saúde*⁹; (vi) capítulo sobre *Participação Social*¹⁰ do livro ‘Políticas e Sistema de Saúde no Brasil’; e (vii) capítulo *Desafios da Participação Social em Saúde na Nova Agenda da Reforma Sanitária: democracia deliberativa e Efetividade*¹¹, em livro ainda no prelo.

Além destes, outros quatro artigos foram elaborados com o objetivo de produzir esta Tese, conforme explica o próximo tópico.

A Tese

No *Regimento Interno da Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública da ENSP*, o item 15.2, alínea b, considera como trabalho de conclusão final do Doutorado uma tese no formato de artigos científicos publicados ou aceitos em revistas científicas, preparados ao longo do curso e nos quais o doutorando é o primeiro autor.

Uma das formas que esta tese pode assumir, de acordo com a alínea b.1 do referido item, é a que conta com pelo menos um artigo publicado ou aceito para publicação em revistas classificadas no período de publicação como Qualis internacional e dois artigos formatados para serem enviados para publicação em revistas científicas. Como complemento, o parágrafo único desta alínea ressalta que os artigos devem ser acrescidos de uma Introdução, de um detalhamento do material e métodos ou da abordagem teórico-metodológica utilizada, e de uma conclusão que articule todo seu conteúdo.

A presente Tese adota este formato, extrapolando o mínimo de artigos solicitado, uma vez que é composta por quatro artigos e não por três.

Devido à decisão tomada, os capítulos III, IV, V e VI, que contêm os dados e as análises sobre os objetivos específicos anteriormente apresentados, foram construídos para serem os artigos requisitados pelo Regimento supracitado. São, pois, dependendo de quem os ler, ‘capítulos-artigos’ (para os leitores desta Tese) ou ‘artigos-capítulos’ (para os leitores dos artigos).

Neste contexto, o capítulo III *Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS*⁷ constitui-se no artigo que foi publicado (em inglês) na Revista Ciência e Saúde Coletiva, enquanto os demais representam os artigos preparados para publicação de acordo com as regras e normas deste mesmo periódico científico que, em termos gerais, formata o texto em espaçamento duplo, limitando-o a 40.000 caracteres com espaço, excluindo desse total, tabelas, figuras e gráficos, mas incluindo referências bibliográficas.

Conseqüência desta opção, a redação e a lógica de cada texto precisam ser construídas de maneira a interligá-los para que, utilizados como capítulos da Tese, tenham nexos relacionais e, quando lido somente nas revistas que os publicarem, façam sentido *per se*. Para dar conta destes requisitos, adotou-se como estratégia trabalhar o mesmo formato para cada capítulo-artigo. Assim, eles têm, sempre nesta ordem, uma introdução; uma parte teórica dividida entre uma abordagem que discute as categorias e conceitos trabalhados e outra que os articula com a realidade dos conselhos municipais de saúde, produzindo uma tentativa de ‘modelo explicativo’; uma parte sobre método, na qual são destacados, de acordo com o tema, os aspectos que se encontram em cada artigo-capítulo; uma parte na qual o ‘modelo explicativo’ é relacionado aos dados dos conselhos municipais de saúde; e uma conclusão, que sempre procurou ser propositiva, embora os caracteres disponíveis para tanto certamente não tivessem sido suficientes.

Como os objetivos específicos desta Tese são intrinsecamente articulados foi inevitável que os artigos-capítulos repetissem alguns aspectos fundamentais e derivassem para aspectos próprios. Na leitura deles isto é percebido visto que os recursos utilizados para tal foram a repetição de parágrafos considerados fundamentais para a compreensão do processo. Por conseguinte, embora cada artigo tenha seus autores de referência próprios, há os que perpassam os três e são justamente aqueles no qual se ancoram o modelo explicativo. Para que se possa relacionar diretamente os autores aos artigos em que são citados, as referências bibliográficas da tese serão vinculadas a seus respectivos capítulos. E para que se tenha uma visão da bibliografia como um todo, a listagem geral da Tese será apresentada ao final do texto, como de praxe.

Sobre a Ética em Pesquisa

A ética na pesquisa é construída a partir de quatro princípios: ‘autonomia’ (o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que de alguma forma participam da pesquisa); ‘beneficência’ (o compromisso do pesquisador em refletir sobre suas ações e estratégias, sempre privilegiando os procedimentos que tragam o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos sujeitos da pesquisa); ‘não-maleficência’ (a garantia de que danos previsíveis serão evitados); e ‘justiça e equidade’ (a relevância social da pesquisa contida na premissa de que ela deve trazer contribuições significativas para os sujeitos envolvidos, minimizando possíveis ônus).

No contexto desta tese, para que tais princípios sejam assegurados, faz-se necessário refletir sobre a seguinte situação: se para a pesquisa que ambientou a tese, os dados trabalhados provinham de fontes primárias, para a tese, são provenientes de fontes secundárias e públicas (visto que, com o consentimento dos informantes, estão disponíveis

na internet). Ressalte-se que, embora muitos dados desta base estejam sendo sistematizados e publicizados pela primeira vez, todos têm caráter público.

Se pragmaticamente, este panorama libera a tese de ser submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP, não autoriza nem dispensa seu autor de trabalhar o rigor metodológico e a reflexão constante sobre a eticidade dos procedimentos empregados tanto na pesquisa quanto na tese. Fica patente, portanto, que, ao se trabalharem estes dados, não se colocarão riscos e/ou danos aos CMS, seus conselheiros e Presidentes. Em contrapartida, diante da relevância social da pesquisa e das evidências que a tese gera para o aperfeiçoamento dos conselhos e das políticas públicas para isto voltadas, os benefícios tendem a sobressair.

Referências Bibliográficas

1. Richardson RJ (e col.) *Pesquisa Social. Métodos e Técnicas*. São Paulo: Editora Atlas. 1999.
2. Becker HS. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora HUCITEC. 1993.
3. Malinowski BK. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Editora Abril Cultural. São Paulo: Editora Abril. 1984. Coleção Os Pensadores Vol. 43.
4. Cruz Neto O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In *Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes. 1998.
5. Barreto ML. O Conhecimento Científico e Tecnológico como Evidência para Políticas e Atividades Regulatórias em Saúde. in *Ciência e Saúde coletiva*. 9(2). 2004. p 329-338.
6. Hanney SR; Gonzalez-Block MA; Buxton MJ; e Kogan M. The Utilisation of Health Research in Policy-making: concepts, examples and methods of assessment. in: *Health Research Policy and Systems*. (1). 2003 *Biomed Central*. <http://www.health-policy-systems.com/content/1/1/2>.
7. Moreira MR e Escorel S. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on democratization of health in the twenty years of the SUS. In. *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(3). 2009. p. 373-381.
8. Moreira MR et al. Participação nos CMS de municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes. In. *Divulgação em Saúde para Debate*. n 43. Junho 2008. p 48-61.
9. Moreira MR et al. A Democratização nos Conselhos de Saúde. In. *Saúde e Debate*. V(30) n 73/74. maio/dez 2006. p 205-218.

10. Escorel S e Moreira MR. Participação Social. In. Giovanella L et al. (orgs) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ e CEBES. 2008. p 979 – 1010.
11. Escorel S e Moreira MR. *Desafios da Participação Social em Saúde na Nova Agenda da Reforma Sanitária: democracia deliberativa e Efetividade*. Rio de Janeiro: CEBES. 2009. [no prelo]
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução 196. Brasília. 1996.

III) Conselhos Municipais de Saúde: um debate sobre a democratização da saúde nos vinte anos do SUS*.

O ano de 2008 constitui-se em importante marco para a recente democratização brasileira: em outubro, a Constituição Federal promulgada em 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, completou 20 anos sem nenhuma intervenção autoritária, fato inédito na história do País. Por seu turno, as Leis 8080¹ e 8142², que organizam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) previsto na Carta Magna, completaram, em setembro e dezembro, 18 anos.

Resultante direta das lutas contra a ditadura militar (1964-1985) e dos embates pela hegemonia na condução do processo de redemocratização, tal conjunto de leis produziu importantes mudanças no desenho institucional do Estado brasileiro, revigorando tradicionais espaços de participação da sociedade e criando novos.

Por institucionalizarem a participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas sociais, os conselhos gestores são os principais exemplos dessa publicização do Estado³. Dentre estes, os Conselhos de Saúde são os únicos que foram criados nos 5.564 municípios brasileiros, representando a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no País.

A importância e complexidade desse processo político tem sido ressaltada por diferentes autores⁴⁻¹⁰ cujas análises, elaboradas em diferentes momentos históricos e baseadas em abordagens conceituais ou em estudos de caso locais e regionais, convergem em um aspecto: a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da

* versão em português de **Moreira MR e Escorel S. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on democratization of health in the twenty years of the SUS. In. *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(3). 2009. p. 373-381.**

política municipal de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório. Porém, *per si*, é insuficiente para que tais atores protagonizem este processo decisório, tornando-o efetivamente democratizado.

A fim de contribuir para uma melhor compreensão deste cenário, o presente artigo investiga a referida insuficiência, relacionando-a a reações do poder público à institucionalização dos CMS, sobretudo no que tange às atribuições e ao caráter deliberativo dos conselhos. Para tanto, analisa um inédito estudo censitário sobre o funcionamento dos CMS brasileiros, procurando identificar como e em quais situações essas reações interferem na democratização das políticas municipais de saúde.

Democratização e Políticas Públicas

Na sociedade contemporânea, poucas idéias políticas são tão amplamente aceitas quanto a de democracia¹¹. Esta capilaridade, conquanto positiva, reflete e alimenta o caráter polissêmico das concepções democráticas, gerando, para sua adequada compreensão, a necessidade de adjetivação^{12,13}: representativa, participativa, deliberativa, direta, substantiva, formalista, elitista, pluralista e etc.

Neste contexto, questionamentos sobre quem toma as decisões que interferem nos rumos da sociedade; que decisões podem tomar; e como funciona o processo decisório, são elementos comuns e centrais a tais concepções¹⁴. Por conseguinte, a abrangência e os limites de suas respostas constituem-se em suas principais divergências.

Postulando como democrático o regime político no qual o estado é inteiramente ou quase inteiramente responsivo a todos os seus cidadãos, Dahl¹⁵ considera que embora haja regimes que busquem sê-lo, nenhum o é. Partindo de um regime no qual o estado e o poder decisório são controlados por um grupo – uma *hegemonia fechada* -, ele identifica, para esta busca, 3 caminhos: o da ampliação das possibilidades de participação de novos atores

(*inclusividade*) em um cenário no qual as instituições que a viabilizariam não existem ou não são legitimadas pelos governantes, transformando o regime em uma *hegemonia inclusiva*, em que novos atores participam do processo decisório, mas detêm pouco poder; o da consolidação e da ampliação das instituições que viabilizam a participação e a contestação pública (*liberalização*) em um cenário de inclusividade restrita, o que gera uma *oligarquia competitiva*, na qual as instituições viabilizam a expressão das contradições intestinas das oligarquias que controlam o estado e o poder decisório; e o da ampliação mais ou menos concomitante da inclusividade e da liberalização, em que novos atores podem participar efetivamente do processo decisório porque há instituições autônomas e organizadas que funcionam bem, independentemente de quem ocupa o governo.

Considerando este último o caminho para a democratização, Dahl constata que os regimes que o seguiram e os que a ele chegaram por uma evolução dos dois primeiros institucionalizaram e ampliaram consideravelmente o número de cidadãos cujos interesses são levados em conta pelo Estado. Conseguiram isto porque elevaram os custos de supressão da participação e das instituições acima dos custos de aceitação, restringindo as oportunidades do estado atuar não-responsivamente. Porque não atingiram o limiar deste processo, o autor considera que não são, ainda, democracias, mas *poliarquias*.

Przeworski¹⁶ aprofunda a análise de Dahl no rumo da liberalização, considerando as instituições como vitais para a democratização, posto que suas regras de funcionamento definem o aumento/redução dos aludidos custos de supressão/aceitação. Para ele, a ampliação da participação, embora fundamental, é, em si, geradora de conflitos de interesses. Para que não haja retrocessos, os conflitos devem ser tornados públicos e travados em instituições capazes de: garantir o direito dos diferentes atores políticos

pleitearem a satisfação de seus interesses; viabilizar que os diferentes interesses sempre possam disputar sua satisfação; impedir que qualquer interesse seja afetado de modo considerável durante esta disputa; não permitir que qualquer ator tenha certeza prévia de que seus interesses sairão vencedores; e não encorajar nenhum ator a ter a expectativa de alterar, *ex post*, o resultado da disputa.

A análise de Dahl valoriza atores e instituições da democracia representativa, embora reconheça a importância da sociedade organizada e, em escrito recente¹⁷, abra espaço para a democracia participativa e deliberativa. Przeworski, mais próximo dos países latino-americanos que nos anos 1980-1990 lutaram contra ditaduras, constata que, em períodos autoritários, os atores que conseguem vocalizar seus interesses não o fazem por meio de partidos políticos (geralmente proibidos), mas via sindicatos, igrejas, associações locais e demais movimentos da sociedade organizada que, caso obtenham sucesso, dificilmente serão incorporados pelas instituições representativas tradicionais.

Tal situação localiza a democratização em duas arenas¹¹: a das macroestruturas que definem o quadro institucional mais abrangente e tradicional de um regime democrático representativo; e a dos espaços de participação e deliberação que se propõem a incorporar os novos e diferentes atores que desejam participar do processo decisório. Por reconhecer que estes espaços - inovações institucionais - podem mesmo colocar em xeque o arranjo macroestrutural em vigor, Santos e Arvritzer consideram que a democratização passa necessariamente pela...

“articulação mais profunda entre democracia representativa e democracia participativa... o reconhecimento pelo governo de que o procedimentalismo participativo, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte do processo de representação... uma nova

institucionalidade política que recoloca na pauta democrática as questões da pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social.”¹⁸

Manim¹⁹, para quem a democratização é também fruto de embates discursivos travados em instituições que congregam os diferentes atores, procura dar formas concretas a esta articulação. Para ele, tais instituições devem ser deliberativas, ou seja, permitir que todos os atores políticos tenham a mesma possibilidade de defender seus interesses, que os argumentos a eles antepostos explicitem as discordâncias e, a partir delas, avancem para a construção de consensos possíveis.

Cohen²⁰ ressalta que a prática deliberativa não deve ter como objetivo a redução da diversidade de interesses, mas a busca de decisões coletivas, pois considera que a democratização ocorre à medida que a autorização para o exercício do poder estatal é conferida pela decisão coletiva daqueles que por este poder serão regidos.

Pode-se, então, em termos macro, considerar democratização como o processo histórico no qual, em um determinado regime político, a relação estado/sociedade torna-se, paulatinamente, mais próxima e responsiva. Isto ocorre à medida que um número cada vez maior de cidadãos tem a oportunidade de participar contínua e deliberativamente do arcabouço institucional no qual o processo decisório das políticas públicas é travado. Tal participação é possível enquanto as regras institucionais tornarem os custos de aceitação dos conflitos de interesses menores do que os de sua supressão.

Contudo, as políticas públicas, além de setoriais (saúde, educação, proteção social...) são subnacionais (formuladas em estados e municípios cujo poder político aumenta com a federalização do regime). Isto significa que a democratização ocorre, também, em termos micro, no qual os atores, seus interesses, o processo decisório e o arcabouço institucional

variam de acordo com as unidades subnacionais e com o setor público que produz as políticas. É neste sentido que o presente artigo analisa a democratização das políticas municipais de saúde.

Democratização das Políticas Municipais de Saúde no Brasil

A LOS-Lei Orgânica da Saúde (8080/90) determina que a gestão, as ações e os serviços do SUS sigam certos princípios estruturantes e estejam de acordo com as diretrizes previstas pela Constituição Federal para a política de saúde. Em ambos os casos, figura a participação da sociedade. Regulamentando a LOS, a Lei 8142/90 define conselhos e conferências de saúde como instâncias mandatórias que, em níveis nacional, estadual e municipal, institucionalizam a participação.

No setor saúde, portanto, a democratização foi incorporada à norma que oficializa o processo decisório. Isto é decorrência da peculiar trajetória do setor (*path dependence*) cujos atores, em momentos históricos precedentes, privilegiaram tais escolhas, vinculando-lhes a ação política futura e produzindo o atual arranjo institucional²¹. Por isto, a compreensão da aludida insuficiência dos CMS na democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde requisita o estudo da trajetória de sua institucionalização.

Carvalho²² relacionou as origens dos conselhos de saúde, entre outros fatores, à atuação da sociedade organizada no período 1970-1990, enfatizando a luta contra a ditadura militar. Escorel e Moreira²³ atualizaram esta reflexão para a segunda metade dos anos 1990 e 2000, enfocando as transformações do papel por ela desempenhado no *policy making* da saúde.

O ponto de partida desses autores são os programas de extensão de cobertura financiados pelas agências internacionais de saúde que, nos anos 1970, incentivaram a

participação das comunidades atendidas na execução das ações sanitárias. Tal ‘participação comunitária’, descolada da discussão sobre problemas sociais, foi preconizada como forma de organização autônoma capaz de gerar melhorias sociais.

O incremento da atuação da sociedade organizada e a radicalização das práticas políticas de oposição à ditadura militar imprimiram, ainda nos anos 1970, novos rumos à participação: o foco passou a ser o ‘povo’, entendido como parcela da população excluída ou subalternizada no acesso a bens e serviços (daí, ‘participação popular’); a superação dos problemas locais foi contextualizada na superação dos problemas nacionais; o lócus de atuação extrapolou os serviços de saúde, espalhando-se para a sociedade como um todo; e os objetivos passaram a ser o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde, e o controle do Estado, representante dos interesses da classe dominante.

O movimento pela Reforma Sanitária, que compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura, pela redemocratização e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, incorporou e agiu por meio da participação popular. O auge deste processo foi a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo Relatório Final²⁴ propunha a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito, que teria na participação, um de seus princípios. Para colocá-lo em prática, o Relatório propunha, dentre outras medidas, a criação de conselhos municipais compostos por usuários e trabalhadores de saúde eleitos pela sociedade local para desempenharem o papel de controlar o poder executivo e o setor privado.

O Relatório Final da 8ª CNS serviu de base para o capítulo da Constituição Federal de 1988 que se refere à Saúde. Porém, a regulamentação do SUS foi consolidada pela lei 8080, de setembro de 1990. Quando esta foi à sanção do Presidente Collor, os artigos relativos ao financiamento do sistema e à participação nos conselhos de saúde foram

vetados. Diante disto, a Plenária das Entidades de Saúde e os deputados federais que apoiaram e aprovaram o texto constitucional, articularam-se e conseguiram, em dezembro, aprovar a lei 8.142, resgatando os pontos anteriormente vetados e ampliando a autonomia dos conselhos ao conferir-lhes o poder de elaborar seu regimento interno²⁵.

Por esta Lei, os CMS têm a atribuição de participar do processo de formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Para tanto, deve promover, em reuniões ordinárias e periódicas, o debate sobre a política de saúde, num processo de caráter deliberativo do qual participam setores cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde: usuários do SUS, representados por entidades da sociedade civil, que detêm 50% das vagas; e trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores que, juntos, contam com os outros 50%.

Isto indica a ascensão da ‘participação social’ que, mais afeita à pactuação, à articulação e ao associativismo, deixa de se referir apenas ao povo (embora considere-o ator privilegiado) para levar em conta a diversidade de interesses e projetos existentes na sociedade, reconhecendo o estado como arena privilegiada de articulação e embate político entre os diferentes interesses que disputam espaço e poder.

Os CMS do SUS não são, portanto, os propostos pela 8ª CNS. Isto, porém, não significa que a ‘participação social’ tenha se consolidado como predominante, posto que a ‘participação popular’ também se manteve influente na sociedade organizada. Além disso, a postura de que a sociedade deve participar diretamente da execução das políticas, essência da participação comunitária, foi retomada pela reforma gerencial do estado promovida pela União entre 1994-2002.

Guardando-se os devidos limites, pois o autor lida com a democratização em âmbito societal enquanto este artigo aborda uma dimensão setorial do processo, é possível

considerar que, em seu experimentalismo institucional, os CMS inserem-se de maneira peculiar nos eixos Dahlsianos: ao mesmo tempo que ampliam a participação de novos atores no processo decisório, são uma das instituições em que os interesses destes vão competir com os dos demais atores políticos. Os resultados destas competições, ao menos em tese, tornam-se os interesses dos CMS, que vão disputar sua satisfação com os interesses das demais instituições que participam do processo decisório.

Esta característica configura-se na *dupla participação*²⁶: a participação de novos atores políticos nos CMS e a participação dos CMS (e, por conseguinte, dos novos atores) no processo decisório das políticas municipais de saúde.

Esta dupla participação multiplica os fóruns em que os atores e os interesses por eles representados disputam poder. Em termos gerais, pode-se pensar em 2 macro-fóruns: um interno, que se concretiza no plenário dos conselhos durante suas reuniões; e outro externo, que é o próprio processo decisório das políticas municipais, no qual os CMS têm que disputar espaço e poder com outras instituições para fazer valer seus interesses.

Em ambos, para que a atuação dos CMS logre sucesso, há a necessidade de reconhecimento e legitimação, seja pelos atores políticos que têm assento no conselho ou pelas instituições políticas que participam do processo decisório das políticas municipais de saúde. Tal relacionamento está estruturado em uma peculiaridade: as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que representam o poder executivo, 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 adequadas ao funcionamento dos CMS, principalmente infra-estrutura, recursos humanos e financeiros, o que indica uma concentração de poder similar à que Abrucio²⁷ classifica como '*ultrapresidencialismo*'...

“...[quando] o poder executivo... é o principal agente em todas as etapas do processo de governo, relegando a assembléia legislativa a um plano secundário.... os mecanismos de controle do poder público [são] pouco efetivos, tornando o sistema político um presidencialismo sem checks and balances”

Embora o autor refira-se ao processo decisório estadual, considera-se aqui que tal realidade reproduz-se no nível municipal já que os municípios brasileiros vivenciaram processos democráticos mais restritos que os da União e das unidades da federação. Basta lembrar que, em diferentes momentos históricos e situações políticas, Prefeitos eram nomeados por interventores estaduais, governadores e até pelo presidente da República.

Prefeitos que usufruem de práticas ultrapresidencialistas – porque dão continuidade a um cenário político que lhes é pré-existente ou porque aderem a práticas autoritárias, clientelistas e fisiológicas – têm seus interesses tão inflados que propostas de mudança, ainda que comedidas, sempre parecem ameaçá-los.

Como o interesse deste artigo não é o de discutir a justiça de tal postura, mas o de compreender suas repercussões na democratização do processo decisório, a análise desta situação por meio da proposta de Przeworski demonstra que o elemento que mais provoca a incerteza do executivo municipal quanto à garantia de que seus interesses serão respeitados, é o caráter deliberativo dos CMS.

Embora não defina o que é e como se efetiva este caráter deliberativo, a lei 8142/90 estabelece e define que cabe ao poder executivo homologar, em até 30 dias, as deliberações dos CMS. Para a prática corrente de conselheiros, sanitaristas e até de acadêmicos, deliberação é a decisão tomada pelo plenário do CMS, geralmente por votação, acerca das políticas de saúde, indicando que, neste aspecto, as propostas da ‘participação popular’ prevalecem sobre as da ‘participação social’.

Do ponto de vista dos demais atores políticos envolvidos no processo decisório, tal concepção desperta preocupações: numa instituição cuja metade dos conselheiros é representante de um mesmo segmento, há possibilidades concretas de que estes, sozinhos ou com baixo custo de transação, possam se articular para fazer valer seus interesses – sobretudo os de veto –, independentemente dos interesses de outros segmentos representados.

As preocupações exacerbam-se porque as deliberações podem ser tomadas por um quorum reduzido de conselheiros. Dependendo do Regimento Interno de cada CMS, pode ocorrer que a maioria dos conselheiros presentes em uma reunião, a despeito de quantos sejam, esteja autorizada a aprovar uma deliberação sobre a política de saúde.

Há outro agravante: como não há uma definição jurídica para o caráter deliberativo dos CMS, também não há regras que responsabilizem os CMS pelos resultados e impactos de suas deliberações.

Essa prática deliberativa desperta reações em gestores de práticas ultrapresidencialistas, que, imbuídos da sensação de que não há garantias de que seus interesses sejam respeitados (o que, geralmente, também é sentido pelos prestadores de serviço), consideram elevados os custos de aceitação dos CMS.

Como a lei 8.142 define que para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde, municípios, estados e Distrito Federal devem criar e manter funcionando seus respectivos conselhos, os custos da supressão dos CMS tornam-se proibitivos, o que garante o avanço e a consolidação da inclusividade. Ao inverso, o fato de haver normas que atribuem às SMS o provimento das condições de autonomia dos CMS, mas não estipulam sanções para o seu descumprimento, reduz consideravelmente os custos de reações que mitiguem ou neguem a estes estrutura, equipamento, equipe e orçamento. Além disso, há poderosos argumentos de

austeridade fiscal e monetária que também funcionam como redutores dos custos destas reações.

A redução da autonomia dos CMS reflete-se em sua organização, mormente no que se refere a instâncias internas (mesa diretora, secretaria executiva e comissões permanentes), que necessitam de local para funcionar, funcionários para sistematizar seus trabalhos e organizar documentos, recursos para custear seus gastos cotidianos e etc. Como estas são importantes para o bom funcionamento dos conselhos^{6,28}, cabendo-lhes tarefas estratégicas como a apreciação inicial e a triagem de assuntos que serão debatidos em plenário, a elaboração de pareceres técnicos e a tomada de decisões administrativas e normativas, sua inexistência afeta a qualidade da participação dos conselheiros no processo decisório. Essa é ainda mais prejudicada nos CMS em que a SMS, 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, portanto, o rumo das reuniões e decisões.

Quando isto ocorre, revela como instituições podem reagir a outras instituições, buscando modelá-las e até inviabilizá-las¹⁶:

“...a partir da distribuição de recursos financeiros, organizacionais e ideológicos, as instituições determinam previamente as probabilidades com que serão realizadas interesses particulares... essa distribuição de probabilidades – que nada mais é que poder político – é determinada de maneira conjunta pelos recursos que os... [atores] trazem para a política e pelos arranjos institucionais específicos.”

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.

Dependência e desorganização funcional, como acima referido, corroem a consolidação dos CMS como instituições que viabilizam a participação deliberativa dos diferentes atores interessados no processo decisório das políticas municipais de saúde. Afetam, portanto, a liberalização do setor, usurpando o poder de intervenção daqueles atores nos rumos das decisões sociais.

Assim, o processo democrático brasileiro, no que concerne ao setor saúde em nível municipal, assume características de uma hegemonia inclusiva, que, em 17 anos, tornou-se capaz de promover um vigoroso aumento da participação, porém ainda não conseguiu legitimar e consolidar as instituições que têm como responsabilidade viabilizar a participação efetiva dos novos atores.

Este modelo analítico foi aplicado pelos autores a partir dos dados levantados por uma pesquisa com 5.463 CMS brasileiros (98,2% do total). Seus métodos e resultados são apresentados e debatidos a seguir.

Aspectos Metodológicos

Os dados aqui trabalhados foram levantados pela pesquisa ‘Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS’²⁹, demandada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e coordenada pelos autores do artigo. O instrumento de investigação utilizado contou com 17 questões abertas e 41 fechadas, foi aplicado a todos os CMS do País (5.564) e respondido por 5.463 (98%), que constituem o universo de trabalho, cujo ano de referência é 2007.

A partir do Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde³⁰ e da Resolução 333/03³¹ do Conselho Nacional de Saúde foram elaboradas 18 perguntas sobre o funcionamento dos CMS. Surgem daí, as 18 variáveis que aqui serão trabalhadas e que foram agrupadas em 3 dimensões: ‘*autonomia*’, a capacidade dos conselhos funcionarem independentemente das convicções políticas dos ocupantes do executivo municipal, o que abarca a estrutura física e de equipamentos, os recursos humanos e os financeiros; ‘*organização*’, que se refere à existência de instâncias internas e à realização de capacitação e reuniões; e ‘*acesso*’, que retrata as possibilidades de todos os conselheiros concorrerem ao cargo de presidente do CMS e da população participar do cotidiano dos conselhos.

Como 16 dessas perguntas têm respostas do tipo “sim x não”, optou-se por trabalhar a partir dos valores da resposta mais freqüente de cada uma. Para que as 2 perguntas restantes também pudessem ser analisadas por este ângulo, adotaram-se os seguintes critérios: para ‘*Qual a periodicidade das reuniões ordinárias do CMS?*’ associou-se ao ‘sim’ respostas que apresentassem periodicidade ‘*mensal*’ ou inferior, atendendo-se à Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, pela qual a realização de reuniões mensais é obrigatória; e para ‘*Que segmento representa o Presidente do CMS?*’ foram

associadas ao ‘sim’, ‘usuários’, ‘prestadores de serviço’ e ‘trabalhadores’. Esta opção apóia-se na análise de Arvritzer²⁸, que considera esta variável como indicadora de qualidade e inclusividade no funcionamento dos CMS, pois o presidente possui o *controle do poder de agenda*.

Para garantia da ética em pesquisa, faz-se mister explicar que os CMS, órgãos do executivo municipal, têm a responsabilidade legal de tornarem acessíveis uma série de informações que são de ‘interesse público’. Como as informações aqui trabalhadas enquadram-se neste contexto, considera-se que sua divulgação, além de não gerar maleficência, traz benefícios à sociedade, que passa a ter acesso a dados que, embora públicos, são pouco trabalhados. Além disso, todos os que responderam ao instrumento foram informados (e consentiram) de que os dados levantados seriam divulgados, inclusive por meio de um sítio virtual²⁹.

Conselhos Municipais de Saúde do Brasil

A tabela 1 apresenta o ano de criação dos 5.463 CMS que compõem o universo deste artigo, demonstrando que o período 1991-1997 foi o que teve o maior número de conselhos criados (76,7%). Estes anos são marcados pelo impacto inicial das normativas que criam e tornam os CMS obrigatórios e pela grande quantidade de localidades que se tornaram municípios, o que explica, também, o fato de, ao longo dos anos seguintes, continuarem sendo criados CMS.

Tabela 1: Conselhos Municipais de Saúde de acordo com o ano de criação, Brasil.

Ano de Criação	CMS criados	
	N	%
Antes de 1991	312	5,7
1991	1351	24,7
1992	281	5,1
1993	758	13,9
1994	477	8,7
1995	176	3,2
1996	145	2,7
1997	1003	18,4
1998	196	3,6
1999	98	1,8
2000	50	0,9
2001	233	4,3
2002	38	0,7
2003	31	0,6
2004	27	0,5
2005	98	1,8
2006	18	0,3
2007	13	0,2
Não Informado	158	2,9
Total	5463	100

Fonte: ParticipaNetSus – 2008 (www.ensp.fiocruz.br/participanetsus) - Moreira e Escorel²⁹

Organizado pelos Autores

Os 5.463 CMS contam com 72.184 conselheiros titulares, dos quais 36.638 representam os usuários do SUS. Em termos nacionais⁴, 66% das 27.669 entidades que representam os usuários do SUS são associações de moradores (25%), grupos religiosos (21%) e entidades de trabalhadores (20%). Em seguida, surgem entidades representativas de aspectos referentes a gênero, etnia e faixa etária (7%), aos portadores de deficiência e patologias (5%), à filantropia (4%), à educação, esporte e cultura (4%), ao patronato (4%), ao poder público (3%) e a usuários de serviços não especificados (2%). Há, ainda, 5% de representantes que pertencem a entidades tão diversificadas e pouco citadas que tiveram de ser agrupadas em uma categoria intitulada ‘outras entidades’.

No que concerne às entidades que representam os trabalhadores da saúde, predominam sindicatos e associações de trabalhadores das diversas categorias do SUS, com destaque para a divisão entre trabalhadores de nível médio e de nível superior. Os prestadores de serviço são majoritariamente ligados a hospitais e estabelecimentos privados contratados pelo SUS. Os gestores, quando não representados pelo próprio secretário de saúde, são por estes indicados.

O quadro 1 apresenta e sistematiza as condições de funcionamento dos CMS segundo o porte populacional de seus respectivos municípios. Analisando o Brasil como um todo, verifica-se um panorama no qual há grandes limitações tanto na dimensão ‘Autonomia’ (sobretudo no que diz respeito à inexistência de sede, de equipe de apoio administrativo e de dotação orçamentária própria) quanto na ‘Organização’ (em especial no que se refere à não-realização de capacitações, que apresenta os piores resultados de todos os indicadores).

Quadro 1: Funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde - Distribuição por Variáveis Seleccionadas, por Dimensões e Porte Populacional de seus Respective Municípios e Brasil, 2007

		Variáveis / Porte	Até 5.000	5.001 a 10mil	10.001 a 20mil	20.001 a 50mil	50.001 a 100mil	100.001 a 250mil	250.001 a 500mil	500.001 a 1milhão	1.000.001 a 2milhões	Mais de 2milhões	Brasil
Autonomia	Estrutura	Sede	Não (88%)	Não (86%)	Não (84%)	Não (79%)	Não (56%)	Sim (53%)	Sim (71%)	Sim (78%)	Sim (71%)	Sim (60%)	Não (81%)
		Física e	Linha telefônica	Sim (62%)	Sim (59%)	Sim (63%)	Sim (64%)	Sim (71%)	Sim (78%)	Sim (87%)	Sim (94%)	Sim (100%)	Sim (100%)
	Equipamentos	Computador	Não (76%)	Não (75%)	Não (70%)	Não (65%)	Não (49%); Sim	Sim (65%)	Sim (83%)	Sim (89%)	Sim (100%)	Sim (80%)	Não (69%)
		Acesso à Internet	Não (54%)	Não (53%)	Não (53%)	Não (51%)	Sim (52%)	Sim (63%)	Sim (74%)	Sim (61%)	Sim (100%)	Sim (80%)	Não (52%)
	Recursos Humanos	Equipe de Apoio	Não (88%)	Não (85%)	Não (83%)	Não (76%)	Não (66%)	Não (55%)	Não/Sim (50%)	Sim (83%)	Sim (100%)	Sim (80%)	Não (81%)
	Recursos Financeiros	Orçamento próprio	Não (90%)	Não (88%)	Não (89%)	Não (88%)	Não (81%)	Não (62%)	Não (67%)	Não (61%)	Não (43%); Sim (43%)	Sim (80%)	Não (87%)
Organização	Reuniões	Periodicidade	mensais (72%)	mensais (79%)	mensais (85%)	mensais (90%)	mensais (91%)	mensais (88%)	mensais (88%)	mensais (89%)	mensais (86%)	mensais (100%)	mensais (82%)
		Cancelamento de reuniões por falta de quorum	Não (78%)	Não (68%)	Não (60%)	Não (56%)	Não (61%)	Não (64%)	Não (60%)	Sim/Não (50%)	Não (57%)	Não (80%)	Não (66%)
	Capacitação	Capacitação 2003	Não (75%)	Não (74%)	Não (72%)	Não (66%)	Não (54%)	Não (55%)	Sim (52%)	Não (61%)	Não (57%)	Não (60%)	Não (70%)
		Capacitação 2004	Não (91%)	Não (90%)	Não (91%)	Não (90%)	Não (83%)	Não (88%)	Sim (81%)	Não (72%)	Não (86%)	Não (80%)	Não (90%)
	Instâncias Internas	Mesa Diretora	Não (64%)	Não (60%)	Não (59%)	Não (52%)	Sim (48%)	Sim (57%)	Sim (63%)	Sim (78%)	Sim (86%)	Sim (60%)	Não (58%)
		Sec.Executiva	Não (79%)	Não (72%)	Não (66%)	Não (58%)	Sim (63%)	Sim (69%)	Sim (75%)	Sim (100%)	Sim (100%)	Sim (100%)	Não (66%)
Com. Permanentes	Não (94%)	Não (93%)	Não (91%)	Não (83%)	Não (72%)	Não (80%)	Não (71%)	Não (72%)	Não (57%)	Não (60%)	Não (89%)		
Acesso	Acesso à Presidência	Segmento do Presidente.	Gestores (62%)	Gestores (65%)	Gestores (72%)	Gestores (70%)	Gestores (59%)	Gestores (58%)	Gestores (60%)	Gestores (72%)	Usuários (57%)	Gestores (40%); %Usuári	Gestores (66%)
		Eleição Presidente	Sim (74%)	Sim (70%)	Sim (69%)	Sim (68%)	Sim (65%)	Sim (64%)	Sim (58%)	Sim (56%)	Sim (86%)	Sim (80%)	Sim (70%)
	Participação Reuniões	Divulgação de Reuniões	Sim (69%)	Sim (67%)	Sim (69%)	Sim (70%)	Sim (76%)	Sim (86%)	Sim (85%)	Sim (83%)	Sim (100%)	Sim (80%)	Sim (70%)
		Reuniões Abertas	Sim (84%)	Sim (83%)	Sim (87%)	Sim (90%)	Sim (94%)	Sim (97%)	Sim (98%)	Sim (94%)	Sim (100%)	Sim (100%)	Sim (87%)
		Direito a Voz	Sim (73%)	Sim (72%)	Sim (76%)	Sim (80%)	Sim (88%)	Sim (89%)	Sim (85%)	Sim (83%)	Sim (86%)	Sim (100%)	Sim (76%)

A dimensão ‘Autonomia’ é a que apresenta, em termos nacionais, os piores resultados, uma vez que, com exceção da variável ‘linha telefônica’, em todos os demais verifica-se desempenho negativo. Dentre estes, há que se destacar que ‘acesso à internet’ é o que tem o resultado menos pior, superando, curiosamente, o de existência de computador.

Nesta dimensão, os piores resultados são os que se referem: aos recursos financeiros – apenas 265 CMS estudados têm orçamento próprio e só nos municípios com mais de 2 milhões de habitantes verifica-se resultado positivo; aos recursos humanos - existem equipes de apoio administrativo em 940 CMS e esta variável é positiva apenas nos municípios com porte a partir de 500.001 habitantes; e à estrutura física – em especial à existência de sede, positivo para apenas 906 CMS.

A dimensão ‘Organização’ também apresenta resultados nacionais ruins, sobretudo porque, das 18 variáveis, as que possuem os dois piores desempenhos nela estão alocados: ‘capacitação de conselheiros’, sofrível para o ano de 2003 e péssimo para o de 2004, quando 90% dos CMS apresentam resposta negativa; e ‘comissões permanentes’, que não existem em 89% dos CMS e tem desempenho negativo em todos os portes municipais, o que não acontece com nenhuma das outras.

Há, contudo, 2 variáveis que apresentam resultados positivos em âmbito nacional e nos diversos portes populacionais, e que se referem às reuniões dos CMS, que são mensais em 82% dos CMS e que, nos 12 meses anteriores à pesquisa, não foram canceladas por falta de quórum em 66% dos conselhos.

Por sua vez, a dimensão ‘Acesso’ é a que apresenta os melhores resultados, uma vez que mais de 70% dos CMS elegem seus presidentes e, ao realizarem suas reuniões, dão direito à voz para qualquer cidadão que delas queira participar. Apenas o segmento do presidente possui resultado considerado negativo, pois só em municípios cujo porte está entre 1.000.001

e 2.000.000 de habitantes, os gestores não são os presidentes dos CMS.

As duas variáveis nas quais os CMS têm melhor desempenho integram esta dimensão: *‘população com direito à voz nas reuniões’*, cujo resultado menos positivo atinge a 74%, e *‘reuniões abertas à população’*, que é o melhor de todos, partindo de um patamar mínimo de 83% e chegando a 100% nos dois maiores portes populacionais.

A tabela 2 sistematiza o desempenho dos CMS segundo as 18 variáveis selecionadas e o porte populacional. O funcionamento dos conselhos foi classificado a partir do número de variáveis em que o conjunto de CMS de cada porte obteve resultados positivos: o desempenho positivo em até 3 variáveis receberia o símbolo ‘-’; de 4 a 7, ‘+’; de 8 a 11, ‘++’; 12 a 15, ‘+++’; e de 16 a 18, ‘++++’.

Tabela 2: Desempenho dos Conselhos Municipais de Saúde segundo variáveis seleccionadas e porte populacional, Brasil, 2007.

Porte Populacional	CMS		Desempenho dos CMS	Habitantes (%)
	Nº	%	Pontuação ⁽¹⁾	
Até 5.000	1349	24,7	+	2,7
5.001 a 10mil	1281	23,5	+	5,5
10.001 a 20mil	1364	25,0	+	11,7
20.001 a 50mil	949	17,4	+	17,1
50.001 a 100mil	297	5,4	++	12,4
100.001 a 250mil	141	2,6	++	13,1
250.001 a 500mil	52	1,0	+++	10,7
500.001 a 1milhão	18	0,3	+++	7,5
1.000.001 a 2milhões	7	0,1	+++	5,6
Mais de 2milhões	5	0,1	+++	13,9
Brasil	5.463	100	+ ⁽²⁾	100

Fonte: ParticipaNetSus – 2008 (www.ensp.fiocruz.br/participanetsus) - Moreira e Escorel²⁹

Organizado pelos Autores

Simbologia da Pontuação: desempenho positivo em até 3 variáveis: '-'; de 4 a 7, '+'; de 8 a 11, '++'; de 12 a 15, '+++'; e de 16 a 18, '++++'

(2) Este resultado expressa a média aritmética das pontuações de todos os portes.

Constata-se que nenhum dos CMS obteve nem a pior ('-') nem a melhor ('++++') classificação e que a média nacional enquadra-se na classificação '+'. À medida que aumenta o porte populacional há uma tendência de melhoria dos resultados, ainda que em indicadores específicos possa haver alguma quebra neste padrão (eleição do presidente, por exemplo) e que, pelo menos para os municípios com até 50.000 habitantes, o mais adequado seja afirmar que os resultados são 'menos piores'. Somando-se o número de CMS cujos municípios enquadram-se nos quatro portes populacionais em que se concentram os melhores resultados,

chega-se a apenas 82 (2% do total). No entanto, nestes locais, vivem cerca de 38% da população estudada. Por outro lado, nos quatro portes populacionais em que os CMS têm pior desempenho, concentram-se 4.943 cidades, isto é, 90% do universo estudado, onde vivem 37% da população.

Conselhos Municipais de Saúde do Brasil

Os CMS são uma realidade no arcabouço institucional brasileiro: em 17 anos, foram criados em 5.564 municípios, arregimentando um contingente de cerca de 72.000 conselheiros titulares, 20% a mais do que os cerca de 51.000 vereadores do País³². Dos conselheiros, aproximadamente 36.000 representam os usuários do SUS, tendo sido indicados por quase 28.000 entidades da sociedade civil.

Os números impressionam e demonstram o avanço da inclusividade no setor saúde em nível municipal. Reforçando-os e atribuindo-lhes novas qualidades, o desempenho positivo das variáveis da dimensão ‘acesso’ indica que os CMS também abrem espaços para a participação da população não-organizada e para que conselheiros de todos os segmentos cheguem à presidência.

Isoladamente, este cenário é positivo, pois insere um número cada vez maior e mais diversificado de interesses no processo decisório das políticas municipais de saúde. Entretanto, gestores de práticas ultrapresidencialistas tendem a compreender o avanço da inclusividade como ampliação do poder de veto conferido aos usuários, o que gera reações que procuram impedir que tal temor se concretize. O resultado destes conflitos está diretamente ligado a como as regras institucionais lidam com tais reações.

O mau desempenho dos CMS nas dimensões ‘autonomia’ e ‘organização’, tônica nacional, indica que as regras existentes não têm sido suficientes para elevar os custos das reações à institucionalização dos CMS. Indica, também, que a ampliação de oportunidades de

participação da população como estratégia para a ampliação da base social de apoio aos CMS também não tem sido efetiva para barrar as reações dos gestores.

Desta maneira, os CMS tendem a se tornar dependentes dos interesses políticos que dirigem o poder Executivo, ficando impedidos de, por exemplo, contratarem auditorias, pesquisas e consultorias que lhes agreguem capacidade e saber técnico; de consolidarem agendas com outros conselhos e instituições; e de estabelecerem relação diária com a população.

Este é o cerne da insuficiência que se tem atribuído aos CMS: as regras que regulam as relações institucionais no processo decisório da política municipal de saúde permitem que os CMS avancem no caminho da inclusividade, mas favorecem reações contrárias dos que consideram o incremento da participação social um problema, o que lhes tolhe o caminho da liberalização. Por isto, os CMS não são, *per si*, suficientes para construir um setor saúde de características poliárquicas.

Não são porque o ‘sucesso’ que se cobra dos CMS não depende exclusivamente deles, pois suas atribuições não podem ser exercidas isoladamente: a participação no processo decisório da saúde municipal só se concretiza por meio da interação de atores que têm interesses nos problemas públicos sobre os quais atuam aquelas políticas (SMS, Poder Legislativo municipal, Poder Judiciário, Ministério Público, agentes ligados aos interesses privados e de mercado). Se estes atores não legitimam os CMS, dificilmente haverá sucesso.

A pesquisa empírica demonstra que mesmo não havendo regras inibidoras das reações, há CMS com boa autonomia e organização. Como estes possuem um desempenho pouco melhor do que os demais na dimensão acesso, tal fato deve ocorrer pela atenuação consistente ou pela ausência das reações dos gestores. Corroboram esta hipótese os dados sobre os CMS com melhores condições de funcionamento, os dos municípios com mais de 250.000 habitantes: dos 82 que se enquadram nesta situação, 70% são governados por partidos que, de

algum modo, colocam a participação em seu programa/estatuto. Este índice é superior ao do total de CMS do País (37%) e ao dos municípios com piores resultados, os de menos de 50.000 habitantes (56%)²⁹.

Além disso, os CMS que têm as melhores condições de autonomia e organização são também os que se localizam em municípios que apresentam uma sociedade civil mais mobilizada e acostumada à negociação e à articulação política. No setor saúde, por exemplo, são os que apresentam a maior quantidade de conselhos locais de saúde e de conselhos gestores de unidade de saúde²⁹.

Isto confirma que a articulação entre os diferentes atores e instituições envolvidos no processo decisório é o elemento capaz de encaminhar a política municipal de saúde para a democratização. Embora não seja a única das articulações possíveis, o binômio prefeitura participativa/sociedade organizada negociadora, que representaria a articulação entre instâncias da democracia representativa e participativa, é o elemento político mais importante para o avanço do processo de democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde, pois é o que pode conferir legitimidade aos CMS, destravando-lhe o caminho da liberalização.

Considerações Finais

Como a composição do binômio prefeitura participativa/sociedade organizada negociadora é fruto de relações políticas complexas ainda não muito bem definidas e, por isto, difíceis de serem (re)produzidas, cabe pensar em propostas factíveis a curto e médio prazo, que, não dispensando a busca pelo binômio, possam contribuir para a democratização da política de saúde.

O aperfeiçoamento das regras institucionais e do processo deliberativo tem potencial para reduzir as tensões em torno da preocupação do Executivo com o não-cumprimento de

seus interesses, por um lado, e encarecer os custos das reações negativas dos gestores do setor, por outro. Exemplos: elevação dos custos da supressão da autonomia dos CMS; definição da abrangência das deliberações, isto é, das questões passíveis de deliberação; negação da possibilidade de que conselheiros apenas vetem propostas de outros conselheiros; responsabilização dos CMS por suas deliberações; obrigatoriedade dos gestores encaminharem ao CMS o orçamento público e as ações, programas e políticas de saúde em sua etapa de formulação, evitando que conselheiros apreciem projetos praticamente fechados, com poucas possibilidades de mudança e comprometidos com determinados interesses.

Desta maneira, as deliberações dos CMS, porque surgidas de debates que levam em consideração o conjunto de posições existentes e não a tentativa de uma posição sobrepujar as demais, seriam mais representativas do conjunto de atores envolvidos, tornando-se, realmente, um interesse dos CMS.

A pactuação destas – e de outras - regras constitui-se em uma proposta-desafio que as evidências aqui analisadas sinalizam para os atores e instituições diretamente envolvidos nos processos decisórios municipais. Porém, também o é para o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde. Com o apoio destes (que já desenvolvem ações importantes com os CMS, mas que não se atêm tanto ao contexto aqui trabalhado), seria possível estabelecer uma relação mais próxima entre os níveis subnacionais e o nacional, contribuindo para que a democratização das políticas municipais de saúde pudesse se espalhar pelas demais políticas setoriais e, por conseguinte, influenciar positivamente as macro-estruturas políticas que definem o avanço da democratização no País.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Congresso Nacional. Lei Federal n.º. 8.080 - 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 set.
2. Brasil. Congresso Nacional. Lei Federal n.º. 8142 – 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 dez.
3. Gohn MG. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. Coleção Questões da Nossa Época, v 84. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
4. Correia MVC. *Que controle social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000.
5. Dagnino E. *Democracia, Teoria e Prática: a participação da sociedade civil*. in Perissinoto RM, Fuks M, organizadores. *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p. 141 - 166.
6. Fuks M. *Democracia e Participação no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1999-2001)*. in: Fuks M, Perissinoto RM, Souza NR, organizadores. *Democracia e Participação: os conselhos gestores no Paraná*. Curitiba: Editora UFPR; 2004. p - 13-44.
7. Pinheiro R. *A Dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso (Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus do Itabapoana)*. Rio de Janeiro: R AP; 1966. 30(5). P. 62-100
8. Labra ME. *Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios*. In. Lima NT, Gerschman S, Edler FC e Suarez JM. Organizadores. *Saúde e Democracia. História e Perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005.
9. Van Stralen CJ, Lima AMD, Fonseca Sobrinho D, et al. *Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006, vol. 11, no. 3. pp. 621-632.
10. Coelho VSP. *Conselhos de Saúde Enquanto Instituições Políticas: o que está*

- faltando?*. In: Coelho VSP e Nobre M. Organizadores. *Participação e Deliberação – Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34; 2004.
11. Nobre M. *Participação e Deliberação na Teoria Democrática: uma introdução*. In Coelho VSP e Nobre M. Organizadores. *Participação e Deliberação – Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34; 2004.
 12. Escorel S. *Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política*. In: *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-29, junho 2008.
 13. Lattman-Weltman F. *Democracia, Representação, Participação: a aposta do pluralismo institucional*. In *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 29-37, junho 2008.
 14. Lima Júnior OB. *Instituições Políticas Democráticas – o segredo da legitimidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1997.
 15. Dahl RA. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.
 16. Przeworski A. *Ama a Incerteza e Serás Democrático*. São Paulo: Novos Estudos CEBRAP 9. p. 36-46; 1984.
 17. Dahl RA. *Os Sistemas Políticos Democráticos nos Países Avançados: êxitos e desafios*. In: Boron AA. Organizador. *Nova Hegemonia Mundial: alternativas de mudança e movimentos sociais*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2004.
 18. Santos BS e Avritzer LA. *Para Ampliar o Cânone Democrático*. In: Santos BS, organizador. *Democratizar a Democracia. Os Caminhos da Democracia Participativa*. Rio de Janeiro: 2002.
 19. Manin B. *On Legitimacy and Political Deliberation*. In: *Political Theory*, vol 15. nº 3. August. 338-368. 1987.
 20. Cohen J. *Democracia y Libertad*. In: Elster J. Compilador. *La Democracia Deliberativa*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2001.

21. Pierson P. *Politics in Time. History, Institutions and Social Analysis*. New Jersey: Princeton University Press; 2004.
22. Carvalho AI. *Conselhos de Saúde no Brasil. Participação Cidadã e Controle Social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.
23. Escorel S, Moreira MR. *Participação Social*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES; 2008.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.
25. Carvalho AI. *Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado*. In Fleury SMT, organizadora. *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997.
26. Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. *Participação nos Conselhos Municipais de Saúde nos Municípios Brasileiros com mais de 100.000 habitantes*. In *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 48-61, junho 2008.
27. Abrucio FL. *O ultrapresidencialismo Estadual*. In: Andrade RC, organizadores. *Processo de Governo no Município e no Estado*. São Paulo: EDUSP; 1998.
28. Avritzer L. *A Participação Social no Nordeste*. In Avritzer L (org). *A Participação Social no Nordeste*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.
29. Moreira MR e Escorel S. *ParticiaNetSUS – Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa*. Escola Nacional de Saúde Pública. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde. 2008. www.ensp.fiocruz.br/participanetsus [14/12/2008].
30. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
31. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 333/03*. Brasília; 2003. Tribunal Superior Eleitoral. *Estatísticas TSE - Eleições 2008*. Disponível em http://www.tse.gov.br/internet/eleicoes/estatistica2008/est_result/resultadoEleicao.htm. 2008.

IV) Participação e Representação nos Conselhos Municipais de Saúde

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) são uma realidade no arcabouço institucional brasileiro: oficializados pela lei 8142/90¹, foram criados em todos os 5.564 municípios do País, arregimentando um contingente de cerca de 72.000 conselheiros titulares, 40% superior ao dos 51.000 vereadores eleitos em 2008².

Instituições públicas não-hierarquicamente vinculadas ao poder executivo municipal, permanentes, mandatárias, paritárias, de caráter deliberativo e cujas atribuições voltam-se para a formulação, monitoramento, avaliação e controle das políticas municipais de saúde, os CMS desempenham importantes papéis na democratização do processo decisório de tais políticas, em especial porque (i) institucionalizam a participação de novos atores no processo decisório: ‘usuários’; ‘profissionais de saúde’; e ‘prestadores de serviço’; e (ii) constituem-se na arena em que tais atores interagem com o governo municipal, deliberando sobre as políticas de saúde.

Estudos^{3,4,5,6} têm mostrado que os CMS cumprem parcialmente esses papéis: incluem, ampliam e diversificam os atores que participam do processo decisório. Porém, *per si*, são insuficientes para que a interação com o poder executivo e, por conseguinte, sua participação no processo decisório das políticas municipais de saúde, seja efetiva. Em trabalho recente, Moreira e Escorel⁷ relacionam esta insuficiência às reações dos gestores ante a possibilidade de seus inflados interesses serem suprimidos na competição política travada no pleno dos CMS.

Prosseguindo e aprofundando esse modelo explicativo, pretende-se, neste trabalho, compreender em que medida a inclusão de novos atores políticos e dos interesses por eles representados podem motivar tais reações. Para tanto, busca-se analisar as regras que definem o acesso destes atores aos Conselhos, mapear os atores que efetivamente participam dos CMS brasileiros e entender como esta configuração participativa repercute na representação de

interesses propiciada pela competição política.

Democracia, Participação e Representação

Os conceitos/práticas que formam a tríade democracia-participação-representação carecem de consenso tanto no que concerne à sua definição quanto no que tange às suas interações. Diante das divergências, o ponto de partida aqui adotado é o de que as relações que ocorrem no âmbito da participação e da representação fazem parte do conjunto de relações democráticas e embora possam ser mais do que isto, não são o seu inverso.

Para Robert Dahl⁸, democracia é o regime político no qual o Estado é inteira ou quase inteiramente responsivo a todos os seus cidadãos. Partindo de um regime no qual o Estado é controlado por um pequeno grupo de atores políticos – uma *hegemonia fechada* -, Dahl identifica três caminhos pelos quais tal regime pode seguir: (i) o da ampliação das possibilidades de participação de novos atores (*inclusividade*) em um cenário no qual as instituições que a viabilizariam não existem ou não são legitimadas pelos governantes, transformando o regime em uma *hegemonia inclusiva*, em que novos atores participam do processo decisório, mas detêm pouco poder; (ii) o da consolidação e da ampliação das instituições que viabilizam a participação e a contestação pública (*liberalização*) em um cenário de inclusividade restrita, o que gera uma *oligarquia competitiva*, na qual as instituições viabilizam a expressão das contradições intestinas das oligarquias que controlam o Estado e o poder decisório; e (iii) o da ampliação mais ou menos concomitante da inclusividade e da liberalização, em que novos atores podem participar efetivamente do processo decisório porque há instituições autônomas e organizadas que funcionam bem, independentemente de quem ocupa o governo.

Analisando regimes existentes, o autor considera que nenhum pode ser considerado como *democracia*, pois mesmo os que construíram estados responsivos a considerável parcela

da população ainda não desenvolveram suas potencialidades máximas. Ao classificar tais regimes como *poliarquias*, constata similaridades em suas trajetórias, em especial a precedência da consolidação das instituições (liberalização) sobre a ampliação da participação (inclusividade).

A consolidação institucional dessas poliarquias teve por base o estabelecimento de regras de funcionamento que viabilizaram a competição política, tornando os custos da supressão dos interesses opostos aos dos governantes maiores que os de sua tolerância e, concomitantemente, os custos dos opositores recorrerem à violência contra os governantes maiores do que os de aceitarem a institucionalização da competição. O cumprimento destas regras por tais atores políticos criou um *sistema de segurança mútua* que lhes proporcionou garantias de que os interesses que representam não seriam usurpados.

O desenvolvimento desse *sistema* foi favorecido porque, em uma oligarquia competitiva, os atores que participam das instituições representam uma parcela reduzida da população (o que circunscreve a necessidade de responsividade) e travam relações econômicas, sociais e familiares muito próximas, o que arrefece os conflitos políticos. A estabilidade e longevidade do *sistema*, por sua vez, produziram uma *cultura política competitiva* que paulatinamente se espalhou pela sociedade, permitindo que, quando da ampliação da participação, os novos atores incluídos já reconhecessem as regras institucionais, facilitando sua adaptação e, por contiguidade, reforçando o próprio *sistema*.

Dahl constata, porém, que a maioria dos regimes políticos contemporâneos não se tornou uma poliarquia e que, dentre os que buscam atingi-la, muitos caminharam primeiro pela inclusividade, o que os impede de seguir o trajeto acima referido. Para ele, isto impõe aos regimes o desafio de, num cenário de participação ampliada, consolidar suas instituições. Os riscos aí embutidos são elevados, pois a ampliação da participação antes da consolidação institucional gera *hegemonias inclusivas*, nas quais a quantidade e a diversidade de atores

políticos são grandes, mas a responsividade do Estado ainda prioriza os governantes. Assim, reconhecem fracamente (ou não reconhecem) os interesses dos atores incluídos, sobretudo os que contestam o governo, muitas vezes suprimindo-os. Isto ocorre porque as instituições nas quais os atores participam não se consolidaram, isto é, não estabeleceram regras que tornam os custos da supressão de interesses maiores do que os de sua tolerância. A multiplicação de situações em que interesses são suprimidos causa insatisfação e descrédito nas instituições, gerando um ciclo vicioso que torna a formação do *sistema de segurança mútua* uma tarefa extremamente difícil.

Preocupado com isto, Przeworski⁹ aponta a contradição que envolve a inclusividade: o crescimento e a diversificação dos atores que participam da competição política são essenciais para a democratização, porém, ao trazerem para o processo decisório atores bastante heterogêneos, com interesses historicamente usurpados e não acostumados com a competição política institucionalizada, possibilitam que estes novos atores produzam enorme pressão para a alteração substancial das regras institucionais existentes e não para sua consolidação.

Schmitter¹⁰ também aponta os riscos enfrentados pelos regimes inclusivos e não-liberalizados, mostrando que, neles, a competição política é sustentada por arranjos informais e casuísticos que são instáveis e incapazes de garantir segurança mútua aos atores políticos. O desafio, para ele, é o de substituir tal informalidade por regras e alianças estáveis, processo tenso, lento e com possibilidades reais de reversão da inclusividade e retorno à autocracia.

Wanderley Guilherme dos Santos¹¹ enquadra esse cenário na série de transitividades perversas, paradoxos e circularidades que tornam a sobrevivência dos regimes democráticos algo precário, sujeita a ciclos aleatórios, descontinuidades e sobressalto. Buscando compreender quais fatores garantiriam estabilidade à democratização e às poliarquias, ele propõe adicionar um terceiro eixo aos já citados 'inclusividade' e 'liberalização' - o da 'elegibilidade', que se constitui por meio das regras que definem os atores políticos que

efetivamente ocupam cargos e postos de decisão política. Estas regras são importantes porque, ao selecionarem os atores políticos, podem incluir no processo decisório aqueles mais propensos a substituírem os acordos improvisados por alianças estáveis. Em determinada medida, esta propensão relaciona-se aos interesses que estes atores representam na competição política.

Hannah Pitkin¹², analisando a representação, considera-a essencialmente controversa, posto que se baseia no paradoxo de que representar é fazer presente alguém ou algo que não está presente. Por isto, a representação política é marcada por uma contradição original, a controvérsia mandato-autonomia (*mandate-independence controversy*): ao participar da competição política, o representante deve ser responsivo aos interesses dos representados que lhe conferiram um mandato ou ao que julga ser o interesse geral?

Sendo responsivo aos interesses dos representados, o representante vincula suas ações à agenda política e às demandas destes grupos (mandato). Como os efeitos desta postura não repercutem somente em tais grupos, mas em toda a sociedade ou, no mínimo, nos interesses dos demais grupos sociais, estes, caso tenham ser usurpados, podem a ela reagir. Por outro lado, ao buscarem atender interesses que consideram gerais (autonomia), os representantes podem ir contra os interesses de seus representados que, para não correrem o risco de serem usurpados, tendem a deslegitimar suas decisões. Ao procederem desta maneira, grupos sociais e representados deslegitimam, também, as instituições nas quais os representantes participam.

Considerando que esta controvérsia é, em si, insolúvel, Pitkin propõe que se busquem acordos que equilibrem as aludidas posturas de maneira a que a independência do representante não desfaça seus laços com os representados nem que sua responsividade a estes anule sua autonomia.

Articulando a proposta de Pitkin à de Wanderley Guilherme, pode-se considerar que, no âmbito da elegibilidade, as regras com melhores chances de promover estabilidade são as que

incentivam a participação de atores dispostos a buscar o equilíbrio entre mandato e autonomia e, ao mesmo tempo, elevam os custos de participação dos que fixam sua ação em um destes pólos. Dentre outros fatores, tais regras precisam levar em conta (i) a disparidade entre os interesses particulares, pois se a semelhança entre eles pode indicar uma inclusão pouco abrangente, a divergência pode, no limite, produzir antagonismos não-conciliáveis, dificultando a produção de acordos. Diante disto, (ii) quanto maior a disparidade entre os interesses particulares, maior deve ser a capacidade do interesse geral para articulá-los em torno de si.

Isto posto é possível concluir que o avanço da democratização em uma hegemonia inclusiva está relacionado à capacidade dos atores políticos produzirem regras que consolidem o processo de liberalização. Para tanto, as regras de elegibilidade devem favorecer a inclusão no processo decisório de atores que se disponham a aproximar os interesses de seus representados ao interesse geral. Esta postura, que é do tipo mandato-autonomia, precisa ser incentivada pelas regras de funcionamento das instituições que participam do processo decisório. Isto ocorre por meio da elevação dos custos de posturas permanentes do tipo mandato e/ou autonomia. Facilita a consolidação destas regras a definição de um interesse geral capaz de articular em torno de si os interesses particulares.

É por meio das categorias e relações apresentadas neste tópico que se pretende aprofundar o modelo explicativo que Moreira e Escorel desenvolveram para analisar a democratização do setor saúde no Brasil. Isto é possível porque, como discute Dahl⁸, uma das dificuldades enfrentadas pelas poliarquias para concluírem sua democratização é a de que não basta que o poder central/nacional seja responsivo ao interesse de todos os cidadãos, pois as disputas políticas travadas nas unidades subnacionais (estados, municípios, sindicatos, associações locais...) podem ser tão ou mais importantes. Schmitter¹⁰, por seu turno,

acrescenta a necessidade dessas análises voltarem-se, também, para as disputas travadas no âmbito das políticas setoriais.

Democratização no Setor Saúde: o papel dos Conselhos Municipais de Saúde

Em 1986, o Movimento da Reforma Sanitária, articulando a luta por melhores condições de vida e saúde à luta pelo fim do regime autocrático, realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde. Seu relatório final¹³ serviu como base para o capítulo de Saúde da Constituição Federal de 1988, que a definiu como direito de todos e dever do Estado, que deve promovê-la e garanti-la por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, a Lei 8080¹⁴ regulamentou o funcionamento deste Sistema, estabelecendo participação e descentralização como dois de seus princípios-diretrizes. Institucionalizando-os e articulando-os, a Lei 8142, também de 1990, criou e incluiu no processo decisório das políticas de saúde, conselhos deliberativos dos quais participam usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e governo.

Porque viabilizam a participação de novos atores políticos (em especial, os usuários dos serviços de saúde, aqueles a quem as políticas de saúde são dirigidas); porque têm como atribuição participar das diferentes etapas do processo decisório das políticas de saúde; e porque são obrigatórios nas esferas federal, estadual e municipal, os conselhos de saúde configuram-se em instâncias públicas que conjugam 'inclusividade' e 'liberalização', o que lhes confere um caráter de experimentalismo institucional.

Tamanha importância reflete-se no fato de que, ao longo desses dezenove anos, os conselhos, e particularmente, os CMS, têm sido estudados por autores que direcionaram suas atenções para discutir o papel deliberativo e controlador dos conselhos^{15,16,17}; analisar suas relações com outras instituições que participam do processo decisório^{18,19,20}; identificar a concepção dos conselheiros sobre o papel dos Conselhos e suas funções^{21,22}; elaborar propostas

de capacitação/qualificação dos conselheiros²³; e refletir sobre a atuação dos conselheiros que representam os usuários do SUS^{24, 25}.

Revisando esses e outros importantes trabalhos, Moreira e Escorel⁷ constatam que uma de suas principais convergências é a de que a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório, porém, *per si*, é insuficiente para que o processo decisório seja democratizado.

Preocupados com tal insuficiência, investigaram, em 2007, 5.463 CMS e constataram que estes, apesar de viabilizarem vigorosa inclusividade, ainda não consolidaram regras de funcionamento que estruturem um *sistema de segurança mútuo* que garanta a não-supressão dos interesses representados na competição política. Essa insegurança incide, num momento inicial, sobre os representantes de governos que, acostumados a hiperconcentrar o poder decisório e mesmo a terem posições autoritárias, tendem a considerar a democratização proporcionada pelos CMS uma ameaça a seus inflados interesses. Como não podem ‘fechá-los’ - pela Lei 8142/90, municípios sem conselhos não recebem recursos do Fundo Nacional de Saúde –, mas são responsáveis por lhes prover orçamento, recursos humanos e estrutura de trabalho, utilizam estas atribuições para reagir ao que sentem como ameaça, até porque não há regras que os sancionem por isto. Mitigando as condições de funcionamento do CMS, estes governantes reagem à possibilidade de supressão de seus interesses por meio da usurpação efetiva de interesses dos demais segmentos, o que impacta negativamente (inviabilizando até) a consolidação institucional dos CMS.

Justamente por isto, Moreira e Escorel⁷ consideram que a democratização do setor Saúde encontra-se em um cenário equivalente ao de uma *hegemonia inclusiva* que, para se consolidar, necessita estabelecer regras que garantam a segurança mútua dos atores políticos envolvidos. Porém, precisam fazê-lo em um processo decisório no qual um dos atores

concentra muito poder e, em muitos casos, tem restrições a compartilhá-lo.

Para produzirem acordos estáveis, tais regras precisam gerar a confiança dos governantes na impossibilidade da supressão de seus interesses e, ao mesmo tempo, garantir aos demais segmentos que seus interesses não serão usurpados. De diferentes montas e tipos, tais acordos envolvem, dentre outros, a competição política travada no pleno dos CMS, a arena na qual os representantes dos diferentes segmentos (os conselheiros) participam do processo decisório. Envolvem, portanto, as regras de elegibilidade, que, para fortalecerem a liberalização, devem viabilizar a inclusão de atores cujos representantes disponham-se – e sejam incentivados – a adotar posturas do tipo mandato-autonomia. Como a adoção de tal postura vincula-se aos interesses particulares de cada ator representado, à relação entre estes interesses e destes com o interesse geral, é preciso, antes de tudo, definir critérios que permitam identificar tais interesses e, por extensão, forneçam indicadores que viabilizem a análise de suas possibilidades de articulação.

Como critério geral, adota-se o que relaciona a maior/menor disparidade dos interesses particulares à maior/menor possibilidade de adoção de posturas do tipo mandato-autonomia. Tal critério, entretanto, é insuficiente, visto que, *per si*, a disparidade de interesses particulares é uma decorrência da inclusividade e, portanto, da democratização. Faz-se necessário compreender em que medida a disparidade favorece a adoção e a persistência intransigente de posturas do tipo mandato e autonomia, este sim um indicador forte das possibilidades de articulação entre os interesses particulares e destes com o interesse geral.

Há diferentes critérios para isto. Poder-se-ia, por exemplo, relacionar uma reduzida disparidade a posicionamentos favoráveis ao SUS, à participação social, ao caráter público da saúde, à reforma sanitária e etc. Por antinomia, a disparidade relacionar-se-ia a posições contrárias a tais elementos. Embora válidos, tais critérios não são aqui adotados porque, além de serem marcados por um posicionamento político-ideológico, são de difícil identificação e,

principalmente, porque são extremamente conjunturais, o que significa que, para serem analisados, precisariam ser identificados no varejo de cada competição política travada em cada CMS, o que inviabiliza estudos de âmbito nacional.

Faz-se necessário, portanto, identificar um critério que, lidando com aspectos estruturais, não desconsidere aspectos conjunturais e forneça um panorama estruturante das possibilidades de aproximação/afastamento dos interesses particulares representados no pleno dos conselhos. Considera-se que o mais indicado é o grau de dispersão das missões institucionais das entidades representadas nos CMS.

Esta opção justifica-se porque as missões institucionais são o motivo de ser e existir de cada entidade que participa dos conselhos, ou seja, retratam os interesses originais em torno dos quais elas foram criadas e, conseqüentemente, que estruturam sua atuação. Certamente, outros interesses podem ser a estes incorporados, mas parece lógico que, para serem representados no pleno dos CMS, têm que, de alguma forma, passar pelo filtro dos interesses originais. Além disso, o grau de dispersão das missões institucionais pode ser trabalhado de maneira simples: se o interesse original estiver voltado para os serviços e/ou para as políticas de saúde, considerar-se-á que estão diretamente vinculados ao SUS, resultando em uma situação de não-dispersão. Caso o interesse original não esteja voltado para os serviços e/ou políticas de saúde, considerar-se-á que são indiretamente vinculados ao SUS, resultando em uma situação de dispersão que pode ou não, dependendo das missões institucionais existentes, caminhar para a dispersão. Se os interesses em competição fossem exclusivamente os particulares, poder-se-ia inferir que quanto maior o grau de dispersão, menor a chance de articulação, e vice-versa. No entanto, como o interesse geral participa desta competição como um elemento forte, capaz de interferir decisivamente em tais relações, torna-se necessário identificá-lo e analisá-lo.

Poder-se-ia argumentar contra a necessidade de se estabelecer um interesse geral *a priori*, pois, para cada competição política travada em cada CMS, seria possível (e preferível) identificar um interesse geral. Aqui não se adota esta perspectiva porque (i) ela remete a análise para o varejo de cada competição política travada em cada CMS; (ii) se para cada competição política houver um interesse geral próprio, é grande a possibilidade de que um interesse hoje considerado geral seja, amanhã, desconsiderado, o que deixaria os CMS ao sabor dos rumos conjunturais da competição política; (iii) se tal ocorre, a possibilidade de construção de acordos estáveis reduz-se em detrimento de acordos informais e fortuitos que, por sua espontaneidade e falta de compromissos futuros, lidam melhor com mudanças repentinas de rumo; por conseguinte, (iv) as possibilidades de elaboração de regras que favoreçam acordos estáveis tendem a se reduzir.

Por tudo isto, '*saúde como direito*' é aqui considerado como o elemento que melhor pode funcionar como interesse geral, em especial porque (i) foi construído ao longo de um processo histórico de lutas e reivindicações sociais; (ii) possui força política, pois venceu a competição travada na Assembléia Constituinte e porque não há ator que se posicione claramente contra ele; e (iii) está inscrito na Constituição Federal, o que o oficializa e gera sanções para o seu descumprimento. Quanto maior a capacidade desse interesse geral em articular em torno de si e entre si os interesses particulares, maior a possibilidade de se conseguir acordos estáveis.

Em que medida as regras de participação e elegibilidade dos CMS contribuem ou dificultam a produção de tais acordos? Os próximos tópicos buscam responder esta questão.

Aspectos Metodológicos

Os dados utilizados são os da pesquisa ‘*Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS*’²⁸, levantados por meio de um instrumento aplicado a todos os CMS do País (5.564) e respondido por 5.463 (98,2%). Este é o universo de trabalho, cujo ano de referência é 2007.

A sistematização das respostas à questão 12, de tipo aberta, mostra que os atores incluídos têm tipologia e origem diversa, além de serem bastante díspares em suas características jurídico-administrativas: os que representam os usuários são, via de regra, organizações da sociedade civil; os que representam o governo são secretarias, prefeituras e etc.; profissionais e prestadores podem ser representados por organizações da sociedade civil (sindicatos), por arranjos momentâneos criados para participar dos CMS (‘profissionais de nível médio’) e/ou por uma série de outros arranjos. Diante disto, optou-se por classificar as variações possíveis sob o termo ‘entidade’, que é reconhecido e utilizado pelos conselheiros. Assim, os 5.463 CMS incluem no processo decisório 57.697 entidades.

A fim de que a quantidade e a diversidade de entidades não sejam óbices ao estudo, decidiu-se agregá-las em categorias representativas de cada segmento, cujo critério agregador é o da missão institucional, que evidencia os interesses originais de cada entidade. Todas as categorias elaboradas são apresentadas na Tabela 1.

Para garantia da ética em pesquisa, faz-se mister explicar que os CMS, órgãos do executivo municipal, têm a responsabilidade legal de tornarem acessíveis uma série de informações que são de interesse público. Como as informações aqui trabalhadas enquadram-se neste contexto, considera-se que sua divulgação, além de não gerar maleficência, traz benefícios à sociedade, que passa a ter acesso a dados que, embora públicos, são pouco trabalhados. Além disso, todos os que responderam ao instrumento foram informados (e consentiram) de que os dados levantados seriam divulgados, inclusive por meio de um sítio virtual.

Conselhos Municipais de Saúde: elegibilidade e participação

Nos CMS, as regras de elegibilidade e participação são definidas pelas seguintes normativas: (i) lei 8142/90, de âmbito federal; (ii) resoluções 33/92 e 333/03 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), também de âmbito federal, mas sem força legal; (iii) ato ou lei de criação do CMS, de âmbito municipal; e (iv) Regimento Interno, elaborado pelos próprios CMS.

Pela Lei 8142/90, participam dos CMS representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, numa composição denominada paritária: metade dos conselheiros representa os usuários, enquanto a outra representa os demais segmentos. A resolução 33/92 manteve a metade pertinente aos usuários, mas recomendou que 25% dos conselheiros fossem profissionais de saúde e que governos e prestadores, juntos, indicassem os 25% restantes. A resolução 333/03, que revogou a 33/02, ratifica esta distribuição.

Para os usuários, isso tem um significado peculiar: como a Constituição define saúde como direito e o SUS como universal, todo brasileiro é um potencial usuário dos serviços de saúde. Neste sentido, qualquer pessoa pode ser um conselheiro representante deste segmento. Porém, a interpretação da Lei sempre foi a de que os conselheiros representam entidades da sociedade organizada que, por sua vez, representam os usuários dos serviços de saúde.

Pretendendo conferir autonomia aos CMS, a Lei 8142/90, delegou-lhes a possibilidade de elaborar regras finas de elegibilidade e participação, criando a possibilidade destas serem diferentes nos 5.564 conselhos brasileiros. Como resultado, há leis de criação que já trazem o nome das entidades incluídas e a quantos conselheiros terão direito, criando participações vitalícias; há os que recortam a sociedade organizada de acordo com o movimento social local e estabelecem que as entidades devem indicar seus conselheiros; há os que mesclam estas regras; e há os que criam normas ainda mais peculiares, numa multiplicidade impossível de ser sintetizada.

Faz-se necessário, portanto, analisar como essa flexibilidade normativa impacta os segmentos representados nos CMS. Para tanto, foram investigados 5.463 CMS que, conforme ilustra a tabela 1, incluem no processo decisório 57.993 entidades: 27.669 (47,7%) representam os usuários; 11.172 (19,3%), o governo; 10.846 (18,7%), os profissionais; e 8.306 (14,3%), os prestadores.

A tabela 1 mostra que a interpretação de que os conselheiros usuários devem ser representantes de entidades da sociedade civil organizada, aliada à possibilidade de cada CMS definir as entidades que podem participar da competição política em seu pleno, favorece a inclusão de entidades muito diferentes entre si e com missões institucionais majoritariamente não-voltadas para o SUS e/ou para a política municipal de saúde: dez das catorze categorias de entidades representativas dos usuários enquadram-se nesta situação, totalizando 24.952 (90%) entidades.

Tabela 1) Entidades que participam dos CMS (n=57.993) segundo os Segmentos que representam, Categorias Agregatórias, Número e Porcentagem de CMS em que participam, e Entidades que mais participam, Brasil, 2007

Segmento do Conselho	Categorias	Entidades		Entidades que mais Participam
		N	%	
Usuários	Associações Comunitárias e de Bairros	7.001	25,3	Associações locais e de moradores
	Grupos Religiosos	5.757	20,8	Igreja católica (pastorais) e igrejas evangélicas
	Entidades de Trabalhadores	5.692	20,6	sindicatos, associações e movimentos de trabalhadores
	Segmentos Populacionais: etnia, gênero e faixa etária	1.890	6,8	Entidades de defesa das Mulheres
	Portadores de Deficiências e Patologias	1.298	4,7	Apoio a Portadores de Deficiência (APAE e Pestalozzi)
	Entidades Filantrópicas	1.281	4,6	Clubes de Serviço (Lions, Rotary...) e Centros Sociais
	Educação, Esporte e Cultura	1.199	4,3	Estabelecimentos de ensino (escolas)
	Entidades Patronais	1.169	4,2	Entidades ligadas a agricultura, pecuária e câmaras de diretores lojistas
	Poder Público	881	3,2	Câmara de vereadores e Ministério Público
	Outras Entidades	853	3,1	ONGs de missão não-identificada
	Entidades Não Identificadas	332	1,2	---
	Entidades de Usuários (não especificam que tipo de usuário)	198	0,7	---
	Meio Ambiente	93	0,4	Entidades ambientalistas
	Defesa do Consumidor	17	0,1	Entidades de defesa
Partido Político	8	0,0	PT	
	Total	27.669	100	
Governo	Poder Público Municipal	10.363	92,7	Secretarias Municipais de Saúde
	Poder Público Estadual	452	4,0	Secretarias Estaduais de Saúde
	Poder Público Federal	69	0,6	Ministério da Saúde
	Não Identificado	288	2,7	---
	Total	11.172	100	
Profissionais de Saúde	Categorias Profissionais	3.782	34,9	Médicos, Enfermeiros e Dentistas
	Trabalhadores do SUS	3.409	31,4	Sindicatos de Trabalhadores
	Programas e Serviços de Saúde	2.349	21,7	Equipe de Saúde da Família
	Nível de Escolaridade	1.066	9,8	Profissões de Nível Superior
	Não há representação do segmento	187	1,7	---
	Não Identificado	53	0,5	---
	Total	10.846	100	
Prestadores de Serviço	Geral	1.764	21,2	---
	Hospitais	1.478	17,8	---
	Poder Público	1.433	17,3	Secretarias de Saúde
	Não há representação do segmento	892	10,7	---
	Serviços de Saúde	682	8,2	Centros, Clínicas, Unidades e Postos de Saúde
	Laboratórios	464	5,6	---
	Profissões	354	4,3	Médicos, Dentistas e Enfermeiros
	Não identificado	321	3,9	---
	Associações e Sindicatos Profissionais	252	3,0	Sindicatos de Trabalhadores do SUS
	Associações de Apoio e Proteção	247	3,0	APAE e APMI
	ACS	238	2,9	---
	Entidades Filantrópicas	98	1,2	---
	Fundações	83	1,0	---
	Total	8.306	100	

Fonte: ParticipaNetSus – 2008 (www.ensp.fiocruz.br/participanetsus) - Moreira e Escorel – organizado pelos autores

Entidades cujas missões institucionais, para serem cumpridas, demandam o uso de serviços de saúde ou, em um sentido mais amplo, das políticas municipais de saúde somente aparecem na quinta categoria – ‘Portadores de Deficiência e Patologias’ – e na décima segunda – ‘Entidades de Usuários’, somando 5,4%. A participação dessas entidades é muito inferior à de sindicatos, associações e movimentos de trabalhadores que, isoladamente, são as mais presentes e congregam uma miríade de diferentes interesses profissionais. Em seguida, despontam associações comunitárias e de moradores; entidades da Igreja católica, sobretudo, pastorais; entidades da igreja protestante; e as que defendem os interesses de mulheres.

Para o segmento que representa o governo, o cenário delineado na tabela 1 é o inverso do verificado para os usuários: cerca de 93% das entidades representam o poder público municipal, com destaque para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que, dentre as entidades dos quatro segmentos, são as mais presentes nos CMS do País. Tal cenário indica que, neste segmento, as regras de elegibilidade e participação favorecem a concentração de entidades cuja missão institucional é diretamente vinculada ao SUS e às políticas de saúde.

No segmento dos ‘Profissionais de Saúde’, 88% das entidades distribuem-se em três categorias: ‘categorias profissionais’, que agrega, sobretudo, médicos, enfermeiras e dentistas; ‘trabalhadores dos SUS’, que inclui nos CMS os sindicatos dos profissionais de saúde; e ‘Programas e Serviços de Saúde’, que abre espaço, principalmente, para os trabalhadores do Saúde da Família. A rigor, essas categorias não são excludentes, visto que um médico, por exemplo, poderia tanto participar de um sindicato quanto trabalhar no Programa Saúde da Família, e assim, tornar-se um conselheiro representante dos profissionais de saúde. Desta forma, para o segmento dos profissionais de saúde, a flexibilidade normativa favorece a multiplicidade não-dispersiva de entidades que, em sua totalidade, têm missões institucionais voltadas aos serviços e/ou às políticas municipais de saúde.

Identificadas as regras de elegibilidade e participação e mapeados os atores por elas selecionados e que efetivamente participam da competição política travada no Pleno dos CMS, cabe analisar os impactos deste cenário na representação de interesses, buscando compreender em que medida favorecem ou dificultam a articulação de uma postura responsiva tanto aos interesses das entidades que os indicam quanto ao interesse geral.

Conselhos Municipais de Saúde: representação

Para compreender a influência das regras de elegibilidade e participação sobre a representação de interesses no pleno dos CMS, buscar-se-á analisar o grau de dispersão das missões institucionais das entidades no contexto de seus respectivos segmentos, a fim de identificar se, por tal critério, os atores incluídos são mais ou menos propensos a adotarem posturas representativas do tipo mandato, autonomia ou mandato-autonomia. Em seguida, articular-se-á este panorama ao interesse geral, buscando-se compreender em que medida este pode contribuir para incentivar a adesão a uma postura mandato-autonomia ou reforçar posturas mandato e autonomia. Tais procedimentos analíticos serão ambientados em duas etapas do processo decisório que, não sendo as únicas, são suficientes para identificar o grau de democratização de um processo decisório: a formulação de uma política e o posicionamento adotado diante de uma política formulado por outro segmento.

Entre os usuários, o fato de 90% das entidades terem missões institucionais indiretamente voltadas para o SUS e/ou para as políticas municipais de saúde indica um elevado grau de dispersão. Este exacerba-se à medida que tais entidades (i) disputam poder e/ou hegemonia representativa de uma determinada parcela da população; (ii) competem entre si por verbas públicas; e (iii) são ligadas a partidos e movimentos políticos, atuando de acordo com a orientação destes.

Em um cenário no qual o grau de dispersão dos interesses particulares é elevado, a formulação de políticas enfrenta problemas, pois a tendência é a de que, diante de interesses originais tão distintos dos seus, os conselheiros adotem posturas do tipo mandato, o que não favorece a articulação de propostas. Neste sentido, a necessidade do interesse geral fomentar a articulação aumenta. Contudo, como o interesse geral 'saúde como direito' ainda não conseguiu gerar consenso sobre que ações, estratégias, programas e políticas são mais adequadas para sua concretização, a tendência é a de que a responsividade dos representantes aos interesses de seus representados seja reforçada.

Esta dificuldade de articulação interna reproduz-se quando se enfoca a necessidade de se articular com os outros segmentos para formular uma política, sobretudo se os usuários fazem oposição aos governantes. Justamente por isto, há mais facilidade para os conselheiros usuários articularem-se em torno de vetos a políticas formuladas por outros segmentos (sobretudo o dos governantes), pois, em situações como estas, podem considerar que tomaram uma posição que, além de responsiva aos interesses de suas entidades, é responsiva ao interesse geral, já que as políticas vetadas podem ser facilmente tachadas de contrárias ao direito à saúde. Esta possibilidade é fortalecida porque as regras da competição política dos CMS não responsabilizam os conselheiros pelos impactos políticos, sociais e econômicos que o veto possa gerar.

Assim, pode se considerar que, ao vetarem, os conselheiros usuários, de alguma maneira, adotam uma postura mandato-autonomia. É verdade que esta postura não é bem um produto da articulação entre interesses particulares e geral, sendo muito mais fruto da inexistência de sanções ao veto e da incapacidade do interesse geral apontar rumos políticos que o concretizem. Seria melhor, portanto, classificá-la como uma postura mandato-autonomia fraca.

Isto repercute intensamente nos representantes do governo, para os quais os efeitos das regras de elegibilidade e participação são o inverso dos registrados para os usuários: pouca diversidade de entidades e interesses majoritária e diretamente voltados para o SUS. Como os conselheiros que representam o governo são indicados por secretários e/ou Prefeitos para defenderem os interesses da coligação política no poder, a postura mandato é pré-condição para sua atuação e permanência. Sua não-adoção causaria a substituição do conselheiro o que, para este, significaria, também, a perda de *status* junto às estruturas partidárias.

Assim, tal postura gera articulação e atuação em bloco, tanto no que concerne à formulação quanto ao veto. Agindo de maneira articulada e sendo representantes da coligação política eleita por sufrágio universal, os conselheiros deste segmento podem considerar a defesa dos interesses desta coligação como a defesa do interesse geral, gerando também uma postura do tipo mandato-autonomia fraca.

A despeito disso, para o governo, a atuação articulada e em bloco no pleno dos CMS não é suficiente para superar o veto dos usuários, pois seus conselheiros são numericamente inferiores aos de seus opositores. Para, numa votação, derrubarem um veto, os representantes do governo têm não só que se articular com os representantes de profissionais e prestadores – o que, no máximo, acarretaria na metade dos votos e na possibilidade de um empate –, mas também quebrar a unidade dos usuários.

Para o governo, isto tende a ser compreendido como uma possibilidade concreta de seus interesses serem usurpados. Se os custos das articulações para derrubar um veto forem maiores do que os custos de práticas reativas que inviabilizem a competição política nos CMS, a tendência será a de agirem neste último sentido. Como garantir e prover as condições necessárias para o funcionamento do CMS são funções do poder executivo municipal e porque as regras de funcionamento dos CMS não estabelecem sanções aos governantes que não as

cumpram, a tendência é que seus custos sejam realmente menores do que os da articulação no pleno dos conselhos.

Enfocando-se os profissionais e os prestadores, percebe-se que suas situações são semelhantes, exceto pelo fato de o número de conselheiros dos prestadores ser inferior ao dos primeiros. Como ambos têm uma multiplicidade convergente de entidades e todas têm interesses no SUS, a tendência de ambos é a de atuar de maneira articulada.

Contudo, esta unicidade pode ser quebrada de acordo com as alianças que os segmentos constroem. Para isto, as entidades que representam os profissionais teriam que se dividir entre apoiar os usuários ou o governo. Em termos mais diretos, os governantes são os responsáveis pelas condições de trabalho e remuneração dos profissionais, o que os obriga a estar em permanente relação política. Se estas forem positivas, a tendência é a de que os profissionais aliem-se aos gestores ou, pelo menos, não venham a se constituir em *veto players*. Caso contrário, aumenta a possibilidade de articulação com os usuários. No que concerne aos prestadores, a situação é muito semelhante, posto que, em essência, são vendedores de serviço pagos por recursos públicos geridos pelo governo. Assim, as boas relações políticas e comerciais entre ambos podem gerar ações articuladas no pleno do CMS. A diferença é que é mais difícil para os prestadores aliarem-se aos usuários. Como nos demais segmentos, estas alianças podem ser consideradas por prestadores e profissionais como viabilizadoras do interesse geral.

O quadro 1 sistematiza as posições e posturas aqui trabalhadas, ressaltando que nenhum segmento tende a tomar uma postura do tipo autonomia e que, quando adotadas, as posturas do tipo mandato-autonomia são fracas, isto é, decorrem da submissão do interesse geral ao particular e não de uma articulação destes para favorecer a ocorrência daquele.

Quadro 1) Segmentos dos CMS: características das entidades que participam, interesses por elas representados e tendências das posturas representativas no processo decisório das políticas municipais de saúde. Brasil, 2009

Segmento	Participação e Grau de Dispersão Oriundos das regras de elegibilidade	Interesses Representados	Processo Decisório: postura Mandato	Processo Decisório: Postura Autonomia	Processo Decisório: Postura Mandato-autonomia
Usuários	Multiplicidade dispersa	Indiretamente voltados para o SUS	Formulação	Não	Veto (fraca)
Governo	Unidade convergente	Majoritariamente voltados para o SUS	Formulação e Veto	Não	Formulação e Veto (fraca)
Profissionais de Saúde	Multiplicidade convergente	Totalmente voltados para o SUS	Formulação e Veto de acordo com a relação com o governo e com os usuários	Não	Formulação e Veto de acordo com a relação com o governo e com os usuários (fraca)
Prestadores de Serviço	Multiplicidade Convergente	Totalmente voltados para o SUS	Formulação e veto de acordo com a relação com o governo	Não	Formulação e veto de acordo com a relação com o governo (fraca)

Fonte: organizado pelo autor

Considerações Finais

O cenário representativo acima delineado demonstra as dificuldades de construção de um sistema de segurança mútuo que garanta aos atores incluídos na competição política dos CMS, a garantia da não-supressão de seus interesses.

Mostra, também, o quanto essas dificuldades estão ligadas a regras de elegibilidade e participação que (a) têm baixa capacidade de fomentar acordos intra e intersegmentos; (b) subsumem o interesse geral nos diferentes interesses específicos; (c) estimulam a postura mandato; (d) desestimulam a postura autonomia; (e) reduzem as possibilidades da postura mandato-autonomia, tornando-a mais provável em situações de veto; (f) tornam os custos do veto menores do que os da articulação; e, ao mesmo tempo, (g) tornam os custos de reações

que inviabilizam a institucionalização dos CMS menores do que os das articulações para derrubada de vetos.

Diante disso, o desafio enfrentado pelos CMS para consolidar sua institucionalização e atingir uma efetiva democratização das políticas municipais de saúde, superando os riscos de retrocesso, passa pelo aperfeiçoamento de suas regras de funcionamento, elegibilidade e participação. Várias medidas podem ser propostas: valorização das conferências de saúde como instâncias participativas que produzam interesses gerais práticos e viabilizem articulações em torno de propostas formuladoras; estabelecimento de sanções aos gestores que não garantam o funcionamento adequado dos CMS; responsabilização dos conselheiros pelos impactos da postura *veto player*; e valorização da participação de trabalhadores e prestadores que, diante da força de usuários e governo, tendem a ser reduzidos a segmentos coadjuvantes.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Congresso Nacional. Lei Federal nº. 8142 – 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 dez.
2. Tribunal Superior Eleitoral. *Estatísticas TSE - Eleições 2008*. Disponível em http://www.tse.gov.br/internet/eleicoes/estatistica2008/est_result/resultadoEleicao.htm. 2008.
3. Fuks M. *Democracia e Participação no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1999-2001)*. in: Fuks M, Perissinoto RM, Souza NR, organizadores. *Democracia e Participação: os conselhos gestores no Paraná*. Curitiba: Editora UFPR; 2004. p - 13-44.
4. Labra ME. *Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios*. In. Lima NT, Gerschman S, Edler FC e Suarez JM. Organizadores. *Saúde e Democracia. História e Perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005.
5. Coelho VSP. *Conselhos de Saúde Enquanto Instituições Políticas: o que está faltando?*. In. Coelho VSP e Nobre M. Organizadores. *Participação e Deliberação – Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34; 2004.
6. Dagnino E. *Democracia, Teoria e Prática: a participação da sociedade civil*. in Perissinoto RM, Fuks M, organizadores. *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p. 141 - 166.
7. Moreira MR e Escorel S. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on democratization of health in the twenty years of the SUS. In. *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(3). 2009. p. 373-381.

8. Dahl RA. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Editora da Unviersidade de São Paulo; 1997.
9. Przeworski A. *Ama a Incerteza e Serás Democrático*. São Paulo: Novos Estudos CEBRAP 9. p. 36-46; 1984.
10. Schmitter P. La consolidación de la democracia y la representación de los grupos sociais. México: *Revista Mexicana de Sociologia*, julho - setembro de 1993.
11. Santos WG. *Poliarquia em 3D*. Rio de Janeiro: Dados v. 41 n. 2. 1998.
12. Pitkin HF. *Representation*. New York/USA: Atherton Press. 1969.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.
14. Brasil. Congresso Nacional. Lei Federal n.º 8.080 - 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 set.
15. Gohn MG. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. Coleção Questões da Nossa Época, v 84. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
16. Sposati A, Lobo E. Controle social e políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Dez 1992, vol.8, no.4, p.366-378.
17. Van Stralen CJ, Lima AMD, Fonseca Sobrinho D, *et al*. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006, vol. 11, no. 3. pp. 621-632.
18. Correia MVC. *Que controle social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000.
19. Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Jan 1997, vol.13, no.1, p.81-92.

20. Silva IF, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública*, Fev 2001, vol.17, no.1, p.161-170.
21. Pedrosa JIS. *A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Out 1997, vol.13, no.4, p.741-748.
22. Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Dez 2002, vol.18, no.6, p.1621-1628.
23. Correia MVC. *Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.
24. Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Jun 2002, no.7, p.18-49.
25. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, Dez 2004, vol.20, no.6, p.1670-1681.
26. Moreira MR e Escorel S. *ParticipanetsUS – Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa*. Escola Nacional de Saúde Pública. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. www.ensp.fiocruz.br/participanetsus. 2008

V) Relações entre Conselho Municipal de Saúde e Poder Executivo Municipal na Democratização do Processo Decisório das Políticas de Saúde

A Lei 8.142, de dezembro de 1990, oficializou os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), tornando-os de existência obrigatória; vinculando os repasses do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal à sua criação; conferindo-lhes caráter deliberativo; atribuindo-lhes participação na formulação, no acompanhamento, na fiscalização e no controle da política de saúde; e definindo-os como órgãos colegiados compostos por representantes de entidades que representam os usuários (50%), os trabalhadores da saúde (25%) e o conjunto prestadores de serviço e governantes (juntos, 25%).

Ao longo desses quase 20 anos, todos os municípios do País criaram seus CMS, que, atualmente, congregam mais de 72.000 conselheiros titulares, dos quais mais de 36.000 representam cerca de 27.000 entidades da sociedade civil. Apesar desta vigorosa inclusão de novos e diferentes atores políticos no processo decisório das políticas municipais de saúde, estudos^{1,2,3} têm demonstrado que a influência dos CMS sobre estas políticas tem sido de baixa efetividade.

Em pesquisa censitária, Moreira e Escorel⁴ analisaram tal situação, relacionando-a à incipiência das capacidades funcionais, organizacionais e de autonomia da maioria dos CMS brasileiros, sobretudo os de municípios com menos de 200.000 habitantes. Para eles, tais problemas estão ligados à institucionalização dos conselhos que, a despeito de ser legalmente constituída, ainda não está consolidada. Isto ocorre, principalmente, porque diante da inclusividade dos CMS, governantes (sobretudo os de práticas centralizadoras, concentradoras de poderes, clientelistas, fisiológicas...) consideram seus interesses ameaçados e reagem: na impossibilidade de fecharem os CMS, mas com a atribuição de prover sua infraestrutura, tais governantes privam-lhes, por exemplo, de sede, equipamentos, recursos humanos e financeiros, atingindo diretamente sua atuação.

O presente artigo parte dessa situação-problema, recortando as relações entre CMS e poder executivo como seu objeto de estudo. Sua hipótese principal é a de que considerável parcela das principais interpretações sobre estas relações postula algum tipo de preponderância/ascensão/hierarquia do CMS sobre o poder executivo municipal, o que gera insegurança nos governantes. Isto posto, o objetivo do artigo é investigar tais interpretações a fim de identificar em que medida elas realmente apontam para a aludida preponderância e, por conseguinte, podem interferir tanto na ação dos CMS quanto na reação dos governantes.

Democratização e Relações entre os Atores Políticos no Contexto do Processo Decisório

Em linhas gerais, democratização pode ser compreendida como o processo no qual uma sociedade supera um regime autocrático (aquele em que o Estado só responde aos interesses de determinados atores políticos, usurpando os interesses dos demais), rumo a outro no qual, progressiva e continuamente, o Estado torna-se responsivo aos interesses de todos os seus cidadãos⁵. Este processo desenvolve-se por meio da conjugação da (i) participação, no processo decisório, de um número cada vez mais amplo e diversificado de atores políticos (inclusividade), com a (ii) criação e legitimação de instituições capazes de ambientar os embates políticos entre novos e tradicionais atores (liberalização).

Nas diferentes sociedades, tanto o tempo histórico quanto a sequência em que inclusão e liberalização ocorrem não são necessariamente os mesmos, o que significa que há diferentes caminhos para a democracia. Ressalte-se que embora estes caminhos sejam mais comumente identificados (e, portanto, estudados) a partir de sua dimensão nacional, também ocorrem no âmbito das unidades subnacionais de uma sociedade e de suas políticas setoriais⁶.

A despeito de serem subnacionais ou nacionais, setoriais ou gerais, e em qualquer dos caminhos democratizantes trilhados por um regime, a legitimação das instituições mantém vínculo intrínseco e em certo sentido constitui-se mesmo na construção de um sistema político

que eleve os custos de utilização de meios coercitivos e/ou violentos para a resolução da competição política, tornando os custos da supressão dos interesses de qualquer ator maiores do que os de sua aceitação.

Este é um fator fundamental para que todos os envolvidos tenham garantias de que seus interesses não sejam usurpados. Przeworski⁷ define-o como *incerteza referencial*: em uma democracia, embora os resultados da competição política tenham probabilidades diferentes de ocorrer, todos os atores, a despeito das posições que ocupam no conjunto das relações sociais, submetem seus interesses à competição política, pois nenhum deles têm a garantia de vitória/derrota *ex-ante* e/ou *ex-post* ao processo decisório. Em outras palavras: as certezas de que não há resultados previamente definidos e de que nenhum ator pode alterar o resultado do processo decisório gera incertezas que estimulam a competição política democrática e incentivam os atores políticos a, por meio desta, buscarem a satisfação de seus interesses.

Para que um regime garanta esta referencialidade entre certeza/incerteza, os interesses que os atores defendiam durante os embates travados no período autocrático não podem, na democratização, permanecer os mesmos: sob o risco de recrudescer ao autoritarismo original ou de criar um novo, nem os atores tradicionais podem continuar a ter interesses repressivos e de controle exclusivo do processo decisório, nem os atores incluídos podem sustentar posturas revanchistas ou de preponderância e controle do processo decisório.

A fim de que isso ocorra, faz-se necessária uma pactuação entre os atores. Przeworski⁷ considera que esta não pode ser estabelecida somente em torno de questões e valores substantivos, pois estes são incapazes de vincular contratualmente as partes, o que permite que algum ator sempre possa considerar a quebra dos pactos como uma opção de melhor custo-benefício. Para o autor, os pactos devem ser fundamentados em torno de compromissos institucionais, isto é, acordos possíveis e com validade jurídica, firmados entre os atores

políticos que concordam com um conjunto de regras e sanções cujo relação de custo-benefício do cumprimento supera o do descumprimento.

Arend Lijphart⁸ analisa um aspecto fundamental para o estabelecimento desses pactos: se os atores políticos têm interesses diferentes e divergentes, como uma sociedade democrática deve decidir sobre quais interesses devem ser atendidos? Ao agrupar em dois modelos – majoritário e consensual – as inúmeras instituições e regras que as diferentes sociedades democráticas (ou em vias de) construíram, ele demonstra que a característica do primeiro modelo é a de que, diante da divergência de interesses, prevalece a vontade da maioria, enquanto, para o segundo, prevalece a vontade do maior número de pessoas.

Dessa maneira, os dois modelos consideram o governo da maioria como de melhor qualidade que o da minoria (ou, nos termos de Dahl, preferem um Estado responsivo a um número cada vez maior de cidadãos), mas divergem em relação à exigência de uma maioria como um requisito mínimo: o modelo consensual não se satisfaz com as mínimas maiorias que surgem do modelo majoritário, buscando ampliar seu tamanho. Por isto, as regras e instituições do modelo consensual visam a uma ampla participação no governo e a um amplo acordo sobre as políticas que este deve adotar, caracterizando-se pela abrangência, negociação e concessão.

Ao estudar 36 regimes democráticos, Lijphart conclui que, no que concerne à qualidade e à representatividade democráticas, aqueles que adotaram o modelo consensual têm melhor desempenho do que os que adotaram o modelo majoritário, destacando-se pela generosidade e benevolência na condução das políticas públicas, sobretudo na formação de estados de bem-estar social, na proteção ao meio-ambiente, na não-adoção da pena de morte e na relação com economias menos desenvolvidas.

Articulando as concepções dos autores aqui trabalhados, pode-se considerar que a democratização tende a ser mais bem sucedida quando estabelecida em torno de pactos e

consensos que incluam na competição política todos os atores e interesses – ou, pelo menos, a maioria deles. Por sua vez, os atores têm maior probabilidade de sucesso se constituídos em torno de instituições, regras e sanções que estimulem a pactuação entre os diferentes atores políticos, fortalecendo um processo decisório capaz de garantir que nenhum interesse seja usurpado.

É com esse referencial que são analisadas as interpretações sobre as relações entre CMS e poder executivo municipal no contexto do processo decisório das políticas municipais de saúde, buscando identificar em que medida interpretações e, por conseguinte, relações travadas, favorecem – ou não – a formação e consolidação de um sistema político que garanta a não-usurpação de interesses.

Democratização e Relações entre CMS e Poder Executivo Municipal no Contexto do Processo Decisório das Políticas Municipais de Saúde

Os brasileiros viveram reduzidas e efêmeras experiências democratizantes. O período autocrático mais recente, iniciado em 31 de março de 1964 por meio da derrubada do Presidente João Goulart e da instauração de um governo militar, foi encerrado em 1985, quando um presidente civil eleito indiretamente pelo Congresso Nacional tomou posse, abrindo caminho para a eleição (por sufrágio universal, direto e secreto) de uma Assembléia Nacional Constituinte que, por sua vez, promulgou, em 1988, uma nova Constituição Federal, a sexta nos até então 99 anos de República.

Assim, em outubro de 2008, o País, pela primeira vez em sua história, atingiu a marca de vinte anos ininterruptos sem que uma Constituição fosse abolida e/ou alterada por meio de atos violentos e impositivos do Poder Executivo. Neste período, também de forma inédita, foram realizados cinco processos eleitorais consecutivos, de abrangência nacional, estadual e municipal, para todos os cargos do executivo e do legislativo.

Analisando-se essa (re)democratização pelo ângulo das políticas setoriais, constata-se que o setor saúde foi um dos que participou mais intensamente da luta pelo fim da ditadura militar, sobretudo a partir dos anos 1970, com a organização do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que considerava a transformação e consolidação da Saúde em direito do cidadão e dever do Estado - seu principal objetivo setorial - como um processo político diretamente relacionado à democratização e à reforma do Estado.

Em março de 1986, o MRS realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde que, mobilizando mais de 4.000 participantes e cerca de 1.000 delegados, foi o principal evento institucional da chamada Nova República⁹. O Relatório Final desta Conferência representa uma proposta de completa reformulação da política de saúde por meio da criação de “um Sistema Único (...) com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor”¹⁰. Neste novo Sistema, os prestadores de serviços privados seriam submetidos ao controle do Estado:

“Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações (...) sendo ainda coibidos os lucros abusivos (...) com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo poder público (...). O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor”.

Embora seja o agente primeiro e responsável pelo exercício direto deste controle, o Estado não seria nem a única nem a definitiva instância controladora, devendo também ser controlado:

“...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 (...) entre outras condições, isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população”¹⁰

Esse controle da população sobre o Estado, as políticas e os serviços de saúde – e, por conseguinte, sobre o setor privado – foi denominado ‘controle social’:

“Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível: (...) estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado.”¹⁰

Ao longo do Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, essa concepção de controle social é retomada e aprofundada, tornando-se nítido que as relações entre o estado (em suas diferentes esferas político-administrativas), o setor privado e a população são pensadas através dela e por meio de um sistema hierárquico de esferas e instâncias de controle:

“O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através de seus segmentos organizados (...)”¹⁰

Para efetivar o controle social foram preconizadas, dentre outras medidas mais amplas, a reordenação do Conselho Nacional de Saúde e a criação de Conselhos Estaduais, municipais, locais e regionais. O item 25, Tema II, do Relatório dispõe sobre a formação, em nível municipal de Conselhos de Saúde:

“(...) compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço) que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde”¹⁰.

Desta forma, o controle social a ser empreendido pelos CMS é um controle externo ao Estado (no caso desta esfera político-administrativa, a Prefeitura Municipal), que acumula poderes formuladores, executores e fiscalizadores das políticas de saúde. Por serem externos e não estarem vinculados aos conselhos estaduais e nacional, os CMS não seriam submetidos a

instâncias próprias de controle, a não ser, obviamente, pelo sistema jurídico do País.

Por tudo isto, a proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde confere aos CMS preponderância sobre os demais atores políticos, em especial, sobre os governantes, atribuindo-lhes poder para determinar o resultado do processo decisório das políticas municipais de saúde, ainda que *a posteriori*. Neste contexto, o papel dos CMS seria menos o de uma instituição democratizadora e mais o de uma instituição controladora.

Em agosto de 1986 foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), encarregada de transformar o Relatório Final da VIII CNS em uma proposta de texto constitucional a ser apresentada à Assembléia Nacional Constituinte. Combatida pelos representantes da iniciativa privada - que a consideraram radical - e criticada pelo movimento sindical - que a achou insuficiente -, a proposta da CNRS manteve-se em consonância com o Relatório da VIII CNS. Apresentada à Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte, ela foi, em larga escala, vencedora da competição política e definidora do capítulo de Saúde da Constituição Federal.

Graças a isto, a Constituição Federal de 1988 pôde institucionalizar o lema 'saúde direito de todos e dever do Estado', articular os serviços de saúde em um Sistema Único e definir a participação da comunidade como uma das diretrizes organizacionais deste sistema. Determinados artigos e itens do capítulo referente à saúde precisaram ser regulamentados por leis complementares, dentre eles, a participação da comunidade, a criação dos CMS e a relação destes com o poder público municipal.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) ficou a cargo da Lei Ordinária 8080, promulgada em setembro de 1990. Contudo, seu artigo 11, justamente o que tratava da participação da comunidade no SUS e na política de saúde, foi vetado pelo então Presidente da República Fernando Collor, o que exigiu um novo processo de enfrentamento e articulação, que redundou na Lei complementar 8.142, de dezembro de 1990.

Sintomaticamente, o conselho municipal de saúde oficializado pela Lei 8142/90 é consideravelmente diferente do proposto no Relatório Final da VIII CNS, sobretudo porque sua composição foi ampliada incluindo não só usuários e trabalhadores, mas também governantes e prestadores de serviço. Além disso, como nem esta nem a Lei 8080 trataram do sistema de controles sobre o setor privado e o Estado previsto pela VIII CNS, as atribuições dos conselhos puderam ser focadas na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

A transformação dos Conselhos de Saúde em órgãos colegiados, abrindo espaço para a participação dos principais atores políticos cujos interesses vinculam-se à política de saúde, insere-os no processo democratizante, pois além de incluírem novos atores políticos, assumem a função de arena, de palco da competição política, características que os relacionam ao modelo consensual de democracia.

Contudo, a Lei 8142/90 não é, em termos regulatórios (necessários para estabelecer os vínculos contratuais propostos por Przeworski), suficientemente clara, gerando dúvidas em vários de seus aspectos. O principal deles diz respeito às relações entre Conselhos de Saúde e Poder Executivo no âmbito do processo decisório.

Tome-se como exemplo a formulação de estratégias que é uma etapa do processo decisório e que, segundo a Lei 8142/90, é uma atribuição dos CMS. Isto significa que a formulação cabe exclusivamente ao CMS (visto que ele é o órgão no qual todos os atores, inclusive o poder público, estão presentes) ou que o CMS é uma das instituições que devem participar de tal formulação? A resposta a esta dúvida traz outras em seu lastro: se é uma das instituições, tem a primazia na formulação? O Poder Executivo deve apresentar ao Conselho todas as ações, programas e políticas? Deve apresentá-las ainda na fase de formulação? O Conselho deve debater a dimensão técnica das estratégias a serem formuladas, sua dimensão

política ou ambas? Como o Conselho lida com a multiplicidade e amplitude de questões levantadas contando apenas com os conselheiros e reunindo-se uma vez por mês?

Outro ponto que gera muitas dúvidas é o caráter deliberativo que a Lei 8142/90 atribui aos Conselhos. Como se define este ‘caráter deliberativo’? Pelo resultado das discussões travadas no Conselho¹¹? Pelo processo de discussão em si, que não tem relação direta com o resultado, mas com o aprendizado político?¹² Pelo processo de discussão que condiciona o resultado?

De maneira sintética, tais dúvidas podem ser agrupadas em dois aspectos fundamentais: no processo decisório das políticas municipais de saúde, os CMS têm algum tipo de primazia sobre o poder executivo municipal? O caráter deliberativo é a expressão desta primazia ou da necessidade de decidir por consensos?

Perante essas lacunas regulatórias, os conselheiros de saúde precisam buscar referenciais para se posicionar. Apesar de outras fontes e mesmo de processos de capacitação e educação permanente, a própria Lei 8142/90 parece definir as Conferências de Saúde como a instância responsável por produzir este referencial: pela lei, as Conferências são de realização obrigatória, com periodicidade quadrienal, e têm como atribuições avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

É por isto que Carvalho¹³ considera que conferências e conselhos formam um sistema nacional de órgãos colegiados. Escorel e Bloch¹⁴, trabalhando dados de uma pesquisa do Ministério da Saúde sobre a composição da XII Conferência Nacional de Saúde (2004), mostram que a relação entre Conferência e Conselho é muito próxima e vinculada: 70% dos delegados participavam de algum Conselho de Saúde, sendo que 58% eram conselheiros municipais de saúde, 25%, conselheiros estaduais, e 2%, conselheiros nacionais de saúde.

Perante este cenário é possível considerar que a Conferência Nacional de Saúde é, na prática, a instância oficial que reúne o maior número e diversidade de conselheiros; um fórum

no qual as concepções produzidas nos Conselhos de Saúde são expressas e debatidas; e uma instância política que produz diretrizes e interpretações para orientar os Conselhos.

Faz-se necessário, então, que se identifiquem as interpretações fornecidas pelas Conferências a fim de se avaliar em que medida podem influenciar a postura dos conselheiros apontando para a tomada de posições que gerem, nos demais atores envolvidos no processo decisório das políticas de saúde, sobretudo os governantes, inseguranças quanto à garantia de que seus interesses não serão usurpados.

IV) Aspectos Metodológicos

As Conferências Nacionais de Saúde produzem Relatórios Finais que se constituem em uma síntese dos debates travados por seus delegados e, por isto, podem ser considerados como os documentos que concretizam as interpretações e orientações das Conferências para a condução do SUS e das políticas de saúde.

Por tais características, os Relatórios Finais das Conferências realizadas sob a regulamentação da Lei 8142/90 serão a fonte da pesquisa que embasa este artigo. Exatamente por lidar com fontes secundárias de caráter público, este trabalho não precisa ser previamente apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa. Isto não significa que a preocupação com a beneficência e a não-maleficência não sejam pilares que o alicerçam.

Entre 1992 e 2008 foram realizadas cinco Conferências: a IX, em 1992; a X, em 1996; a XI, em 2000; a XII, em 2003; e a XIII, em 2008. Quando da elaboração deste artigo, o relatório final da XIII CNS não estava disponível, não sendo possível sua inclusão no debate aqui desenvolvido.

Os Relatórios das Conferências não possuem uma estrutura padronizada, alterando seus formatos, suas nomenclaturas e sua ordenação. Procurou-se harmonizar esta discrepância, identificando-se, em cada um, a parte relativa aos Conselhos de Saúde e, de maneira mais

específica, às relações com o poder executivo municipal. Referências a estes tópicos dispersas em outras partes dos Relatórios não foram analisadas, pois se considerou que seu fulcro não eram os Conselhos. Os trechos selecionados foram destacados, sistematizados em um *corpus* próprio e analisados a partir de pressupostos da análise de discurso, mormente no que concerne à identificação do contexto sociopolítico que ambientou a produção do texto.

V) Relações entre Conselho Municipal de Saúde e Poder Executivo Municipal: uma revisão dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde (1992 – 2003)

Escorel e Bloch¹⁴ analisam as Conferências Nacionais de Saúde a partir de um dilema que consideram ter surgido devido à importância que elas adquiriram: ser uma instância de busca de consenso, assemelhando-se à Ágora grega, ou uma assembléia que decide pela vontade inflamada da maioria, pelo grito, sem debate ou articulação, aproximando-se do Coliseu romano. O quadro 1, baseado no texto destas autoras, apresenta características selecionadas das Conferências (1992 a 2003), oferecendo um panorama geral que indica os principais temas discutidos, ilustra como a CNS pensava o SUS e pontua a posição do governo federal em relação ao Setor Saúde.

**Quadro 1) Características Seleccionadas das Conferências Nacionais de Saúde.
1992-2003**

CNS	Idéia-Força (IF), Temas Centrais (TC) e/ou Comissões Temáticas (CT)	A CNS e o SUS	Posição do Governo Federal
IX	<p>IF: “Municipalização e Descentralização”</p> <p>TC: Sociedade, Governo e Saúde; Seguridade Social; Implementação do SUS; e Controle Social</p>	Cobrança por mais verbas, pela recuperação da rede pública de serviços de atenção médica, pelo efetivo controle do Estado sobre os convênios com a rede privada e pela transparência de decisões quanto às políticas de saúde	<p>Presidente: Fernando Collor de Melo Ministro: Adib Jatene</p> <p>O governo não apoiou e postergou a Conferência, que deveria ter ocorrido em 1990. A Gestão Adib Jatene comprometeu-se com a CNS, mas teve problemas com a Comissão Organizadora e questionou o fato de 50% representarem os usuários. O Ministério da Saúde não apresentou um documento de análise da Política Nacional de Saúde, ficando as contribuições a cargo de órgãos isolados. Lema: “Descentralizar lenta e cautelosamente”</p>
X	<p>TC: “SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”</p> <p>Subtemas: Saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; controle social na saúde; financiamento das saúde; recursos humanos para a saúde; e atenção integral à saúde.</p>	<p>O capítulo “Controle Social sobre o SUS” serviu como norteador para as iniciativas voltadas para consolidar o papel decisório dos conselhos e das conferências. Sistematizou os principais problemas identificados por conselheiros e apresentou propostas para fortalecer os conselhos e capacitar os representantes dos usuários</p>	<p>Presidente: Fernando Henrique Cardoso Ministro: Adib Jatene</p> <p>O governo concentrou suas propostas na criação de um novo imposto específico para a área da Saúde, a CPMF.</p>
XI	<p>TC: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social</p>	<p>Fez um balanço sobre a implantação do SUS e o exercício do controle social. Houve consenso de que o SUS representou um grande avanço em relação às políticas públicas, embora este tenha sido limitado pela incompatibilidade de sua proposta universalista com o modelo econômico vigente</p>	<p>Presidente: Fernando Henrique Cardoso Ministro: José Serra</p>
XII	<p>TC: O SUS que Temos e o SUS que Queremos</p> <p>Subtemas: Direito à Saúde; Seguridade Social e Saúde; Intersetorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde.</p>	<p>Congregou expectativas e anseios da retomada dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária</p>	<p>Presidente: Luiz Inácio Lula da Silva Ministro da Saúde: Humberto Costa</p> <p>A conferência foi antecipada pelo governo com o intuito de submeter a sua política de saúde à apreciação da sociedade e o ministro assumiu publicamente o compromisso de utilizar as resoluções finais da conferência como base para as políticas de saúde</p> <p>Criação da Secretaria de Gestão Participativa e nomeação de Sergio Arouca para o cargo de Secretário</p>

Fonte: Escorel e Bloch, 2003. organizada pelo autor.

O quadro 2 lista as recomendações e deliberações produzidas pelas Conferências Nacionais de Saúde realizadas desde a criação do SUS acerca das relações entre CMS e poder executivo municipal no contexto do processo decisório, distribuindo-as em duas dimensões – ‘caráter deliberativo’ e ‘articulação com atores políticos’.

Quadro 2) Recomendações e Diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde sobre as Relações entre Conselhos Municipais de Saúde e Poder Executivo Municipal , 1992-2003

Caráter Deliberativo
recomenda-se ao poder executivo que só aprecie matérias relacionadas ao setor saúde após terem sido deliberadas pelos Conselhos (IX CNS);
recomenda-se que as decisões do poder executivo sejam submetidas aos Conselhos, sob pena de perda da validade (IX CNS);
todas as propostas relativas à política de saúde (organização, gestão, financiamento, programas, contratos e convênios e etc.) devem ser encaminhadas ao Conselho (X CNS);
As decisões dos conselhos devem ser homologadas e implementadas (X CNS);
tornar obrigatória a apreciação pelo conselho de Saúde das indicações para a direção das unidades públicas de saúde (X CNS);
reafirmar o poder deliberativo e de fiscalização dos conselhos, não de execução e/ou administração (X CNS);
garantir que as deliberações (...) sejam publicadas em veículos de comunicação oficial e de massa com prazo de 72 horas após as respectivas reuniões (X CNS);
O Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado de Saúde não devem aceitar prestações de contas ou repassar verbas às Secretarias Municipais que não respeitarem efetivamente o poder deliberativo dos CMS (X CNS);
Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite devem ter suas funções claramente definidas a fim de não se chocarem com as funções deliberativas dos Conselhos e, além disso, que submetam suas proposições às decisões dos Conselhos (X CNS);
recomendou-se aos Tribunais de Contas que só aprovassem as prestações de contas dos municípios referentes à saúde caso viessem acompanhadas de “certificação de prestação de contas expedida pelos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde (XI CNS);
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 devem ser submetidos à apreciação dos Conselhos. (XI CNS);
desencadeamento de amplo processo de mobilização popular para fazer cumprir as deliberações das instâncias de controle social do SUS, bem como estabelecer sanções e penalidades aos gestores públicos que arbitrariamente desacatarem a legislação do SUS e as deliberações dos Conselhos de Saúde, ou não respeitarem as diretrizes aprovadas nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde (XI CNS).

Articulação com Atores Políticos
Articulação com o Ministério Público, o Tribunal de Contas, os conselhos de seguridade social, previdência social e assistência social, a promotoria dos direitos do consumidor (PROCOM), os conselhos tutelares, da criança e do adolescente, do idoso e com as entidades representativas dos trabalhadores em saúde e dos usuários do SUS (X CNS);
parceria mais construtiva e orientadora entre CMS e Ministério Público (MP), cuja atuação é inquisidora e punitiva, superpondo-se aos órgãos executivos do SUS. As ações que os Conselheiros devem desenvolver para aperfeiçoar esta relação (...) encaminhamento ao MP dos Regimentos Internos dos Conselhos de Saúde e das deliberações aprovadas pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde; convite aos Promotores para participarem das reuniões dos Conselhos de Saúde; realização de reuniões conjuntas; convite aos promotores para visitar unidades e serviços de saúde; o estímulo ao Ministério Público para ter os Conselhos de Saúde como portas de entrada para o encaminhamento de suas ações na área da saúde; e a criação de mecanismos permanentes de comunicação entre Conselho e Ministério Público, inclusive com política de acolhimento ao promotor recém-chegado (...) que se construa e consolide um fluxo população / Conselho / Ministério Público, no qual a população e o Ministério Público reconheceriam o Conselho como a instância na qual a primeira participaria e apresentaria suas demandas, que seriam resolvidas com o apoio do segundo (XI CNS);
O fortalecimento passa também pela articulação entre conselhos e conselheiros; a superação de conflitos e a cooperação técnica por meio de Plenárias Nacionais trimestrais de Conselheiros de Saúde precedidas por Plenárias Estaduais e Regionais; uma rede de comunicação ágil entre conselhos municipais, articulada com os Conselhos Estaduais e o Nacional; a criação de fórum de entidades dirigido para a participação popular e ampliação da mobilização social em defesa do SUS; a ampliação de mecanismos de intercâmbio entre escolas, universidades e conselhos/conselheiros de saúde; bem como a produção e a divulgação de informações sobre o controle social através de meios variados conforme a realidade e possibilidades locais (XI CNS);
provocando-o [o MP] para o exercício de suas funções constitucionais em relação: ao cumprimento das determinações da EC 29/00; ao acesso, quantidade e qualidade do atendimento oferecido pelo SUS; ao cumprimento por parte dos gestores da determinação de obrigatoriedade de apresentação pública de planos de aplicação e prestação de contas; à divulgação de informações referentes aos serviços oferecidos e aos recursos financeiros do SUS; dar publicidade ao MP e ao Poder judiciário dos protocolos clínicos e terapêuticos adotados pelo SUS para balizar tecnicamente a judicialização do direito à saúde (XII CNS).

Fonte: Relatórios Finais da 9ª, 10ª, 11ª e 12ª CNS – organizado pelos autores

Inicialmente, merece destaque a inexistência de referências nos Relatórios Finais das Conferências a qualquer tipo de orientação ou recomendação sobre a relação entre CMS e poder executivo. Mesmo nas recomendações agrupadas na dimensão que se refere à articulação em si e que apontam para a aproximação dos CMS com atores políticos tão diversos como Ministério Público, Tribunais de Contas, conselhos gestores de outras políticas sociais, sociedade organizada e etc., não há referências ao poder executivo.

Embora não seja possível afirmar que todas as referências feitas pelas CNS ao poder executivo indiquem preponderância dos CMS frente ao poder executivo municipal, constata-se que a maioria visa à normatização do processo decisório, uma vez que: (i) conferem aos

CMS a prerrogativa de formular políticas; (ii) instam os demais atores políticos a *submeterem* suas propostas ao CMS; (iii) definem o CMS como instância final do processo decisório de uma determinada política (e, neste sentido, que cabe ao poder executivo apenas homologá-la); (iv) chegam a especificar que o CMS deve definir a direção das unidades de saúde; (v) atrelam a apreciação de uma política pelos órgãos superiores de fiscalização e controle ao exame prévio do CMS; e (vi) estabelecem punições aos governantes que não cumprirem as deliberações dos conselhos.

Neste contexto, as articulações com os demais atores políticos são motivadas ou pela crítica à atuação destes no processo decisório (como no caso do MP, das CIBs e da CIT) ou pelo apelo à sociedade organizada, a conselhos de diferentes locais e níveis subnacionais e a conselheiros para se unirem a fim de fazer cumprir o caráter deliberativo dos CMS e o controle social pelo qual seriam responsáveis.

A IX CNS, realizada dois anos após a regulamentação do SUS e seis após a VIII CNS, não faz qualquer proposta de articulação, postulando que o poder executivo só aprecie políticas deliberadas pelos CMS e a este submeta suas decisões.

A X CNS, conhecida como a Conferência do controle social, foi a que mais recomendações produziu sobre o caráter deliberativo dos CMS, buscando estabelecer algo semelhante a um fluxo para o processo decisório, estabelecendo que todas as propostas e/ou políticas passem pela deliberação dos CMS. Ao fazer isto, define deliberação como a decisão do CMS e demanda sua aprovação imediata.

É também a X CNS que propõe a aproximação dos CMS com atores que, no sistema político brasileiro, integram o sistema de *check-and-balance* entre os poderes públicos, tendo a atribuição de fiscalizar o executivo (tribunais de contas), o poder de interpelar judicialmente e punir o executivo (MP) e com conselhos gestores de outras políticas sociais.

A punição aos governantes que desacatarem as deliberações dos CMS foi proposta pela XI CNS, que preconiza a mobilização popular para fazer valer não apenas as deliberações, mas as referidas punições. Por sua vez, a XII é a que menos se atem às relações entre CMS e poder executivo, não discutindo o caráter deliberativo e, atendo-se ao Ministério Público no referente à articulação com outros atores.

O quadro 3 analisa as recomendações e diretrizes das CNS sobre as relações entre CMS e poder executivo a partir de duas dimensões propostas por Moreira e Escorel como fundamentais para o funcionamento dos CMS: autonomia e organização. Nele, fica claro que as relações postuladas atribuem ao poder executivo o provimento e a manutenção das condições de funcionamento dos CMS.

Na dimensão autonomia, tais relações envolvem desde aspectos mais gerais como orçamento, infra-estrutura e equipamentos, até situações mais específicas como diárias para os conselheiros e financiamento da participação destes nas Conferências de Saúde, incluindo aí itens atípicos como biblioteca pública no CMS e funcionamento deste como uma central de atendimento ao usuário do SUS.

Quadro 3) Recomendações e Diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde sobre as Relações entre Conselhos Municipais de Saúde e Poder Executivo Municipal: funcionamento dos CMS, 1992 – 2003

Autonomia (Recursos Financeiros, Estrutura Física e Equipamentos)
[o poder público deve] garantir autonomia financeira, constituindo os CMS como unidades orçamentárias, destinando-lhes recursos específicos para divulgação do trabalho realizado, assim como o fornecimento de infraestrutura e assessoria técnica (IX CNS);
infra-estrutura e recursos financeiros necessários para o pleno exercício de suas funções (...) dotação orçamentária própria, espaço físico permanente (...) assessoramento técnico, secretaria executiva e de apoio administrativo (...) e despesas de deslocamento e pagamento de diárias, quando estiverem [os conselheiros] em exercício de suas funções (X CNS);
Presidente dos Conselhos devem ser eleitos (facultando candidatura aos representantes dos governantes) e isto deve ser critério para um município assumir a gestão plena (X CNS);
espaço físico para a realização das reuniões e para a Secretaria do conselho, equipamentos básicos como telefone, fax, material de escritório (...) lotação adequada de pessoal (...) computadores e acesso a internet (...) [para a] constituição de uma rede local acessível à população nas unidades de saúde, funcionando a Sala do Conselho como uma central de atendimento ao usuário do SUS (XI CNS);
as condições financeiras para a participação de delegações de conselheiros nas Conferências Estaduais e Nacional de Saúde e em cursos de capacitação (XI CNS);
necessidade de dotação orçamentária, de infra-estrutura física, administrativa e financeira: sede; funcionários; computadores (atribuição do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde); telefone; material de consumo; secretaria-executiva; assessoria de comunicação social, direito, contabilidade e atenção à saúde; dotação orçamentária própria e específica, com percentual definido pelo próprio Conselho; e biblioteca pública no Conselho (XII CNS)
Organização (Instâncias Internas, Acesso à Informação, Capacitação)
obrigatoriedade dos órgãos governamentais e setor privado contratado ou conveniado em prestar toda e qualquer informação necessária, fornecendo, inclusive, estudos e assessoria técnica (IX CNS)
as informações deveriam ser acessíveis não apenas aos Conselheiros, mas também ao público em geral que, através dos meios de comunicação, instituições e movimentos sociais e/ou por meio de cartilhas, teriam acesso aos dados sobre a legislação, composição, atuação, atribuições e competência dos conselhos e às ações de saúde, das resoluções dos conselhos e de dados sanitários e epidemiológicos do local (IX CNS)
assegurar aos Conselhos o poder de solicitar auditorias relacionadas com o funcionamento das diversas instâncias do SUS (X CNS);
estimular a formação de comissões temáticas permanentes, como forma de ampliar e fortalecer a participação da população; criar Câmaras Técnicas para subsidiar o papel fiscalizador dos conselhos; assegurar aos conselhos condições para a contratação de assessores específicos nas áreas jurídica e de orçamento e finanças; criar condições para que os conselheiros de saúde façam discussões com as comunidades sobre as questões de saúde (X CNS)
livre acesso(...) a todas as informações sobre produção de serviços, horários de trabalho (especialmente plantões), custos de atendimento, indicadores de saúde, elaboração e implementação dos Planos de Saúde, metas, propostas, programas, projetos, informações relativas ao saneamento básico e ao meio ambiente, contratos e convênios com a rede privada e a filantrópica, implantação de consórcios intermunicipais, orçamento para a saúde e extratos bancários e fluxo de caixa diário das contas dos Fundos de Saúde, auditorias e fiscalizações ou qualquer outra informação solicitada pelos Conselheiros de Saúde. (X CNS);
a sonegação de informações deve implicar em crime de responsabilidade (X CNS);
descentralizar as reuniões dos Conselhos de Saúde, realizando-as de forma itinerante (X CNS)
Articular a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de RH das Secretarias de Saúde e os Pólos de Educação em Saúde para disponibilizar periodicamente cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral, com inclusão de temas gerais (princípios do SUS, seu papel na atenção à saúde), e específicos (orçamento, legislação, controle e avaliação, contratos e convênios, planejamento e programação de serviços, sistemas de informação, NOB's, financiamento, encaminhamento de questões de caráter legal junto ao Ministério Público (...), garantindo a emergência de agentes sociais com formação crítica (política, ideológica e sociológica) no sentido de sua instituição como sujeitos da transformação da ideologia hegemônica" (XI CNS).

Fonte: Relatórios Finais da 9ª, 10ª, 11ª e 12ª CNS – organizado pelos autores

Em termos gerais, observa-se que as reivindicações são muito semelhantes, praticamente repetindo-se da IX até a XII CNS. Isto indica que (a) no que concerne à autonomia e organização, há uma distribuição mais homogênea das resoluções das CNS do que no que se refere ao caráter deliberativo e à articulação com outros atores; e (b) as resoluções se repetem porque não foram atendidas pelo poder executivo.

Em termos mais específicos, verifica-se que o acesso à informação tem amplo destaque na dimensão Organização, envolvendo não apenas os CMS mas também a própria população. Neste sentido, as recomendações tanto são generalistas – *prestar toda e qualquer informação necessária* – quanto detalhadas em uma lista extensa, que abarca desde aspectos financeiros a outros eminentemente técnicos. Há, ainda, menção à punição para os que não fornecerem tais informações.

A capacitação e o aprimoramento dos conselheiros também figura dentre as recomendações desta dimensão, tendo como objetivo formar *sujeitos da transformação da ideologia hegemônica*.

A X CNS foi a mais prolífica no que corresponde às recomendações alocadas neste Quadro 2, concentrando-se no acesso às informações, na eleição para presidente e na dotação orçamentária. Foi, também, a que mais propôs punições para o não-cumprimento de suas recomendações. Em pólo oposto, a XII foi a que menos produziu recomendações, atendo-se à infra-estrutura, praticamente reproduzindo o que as Conferências anteriores propuseram, com a inovação da já citada criação de uma biblioteca pública nos CMS.

Por seu turno, a XI, embora não tenha tido uma produção muito numerosa é a que mais inovações propôs, merecendo destaque os já mencionados itens que se referem ao CMS como central de atendimento aos usuários e como formador de atores políticos contra-hegemônicos.

Uma análise sobre as Recomendações e Diretrizes propostas pelas Conferências Nacionais de Saúde (1992 – 2003) para as Relações entre Conselho Municipal de Saúde e Poder Executivo Municipal

É certo que o intervalo temporal coberto pelas CNS aqui trabalhadas – onze anos - e o fato de, neste período, terem sido realizadas quatro Conferências devem ponderar a análise das recomendações e diretrizes selecionadas. No entanto, chama a atenção que, na esfera das recomendações e diretrizes aqui investigadas, os Relatórios Finais das CNS sejam, em essência, semelhantes, não apresentando diferenças substanciais que possam indicar que uma determinada Conferência tenha se contraposto ou mesmo divergido de outra. Ao contrário, o que se verifica é a repetição de muitos aspectos – indicando que não foram concretizados – com alguns aprofundamentos, próprios da conjuntura em que as Conferências foram realizadas. Tais especificidades conjunturais, via de regra, refletem-se nos aspectos que só são mencionados em uma CNS.

Tamanha identidade entre Relatórios permite considerar que seus pressupostos estruturantes são muito semelhantes. De forma análoga, também permite compreender que os conselheiros presentes nas CNS mantêm a mesma linha de pensamento e ação acerca da relação entre CMS e poder executivo municipal, plasmando-a nas recomendações e diretrizes dos Relatórios Finais. Por isto, é possível afirmar que as influências geradas pelas CNS são, isoladamente ou em conjunto, semelhantes.

Com maior ou menor intensidade, tais recomendações e deliberações preconizam algum tipo de primazia dos CMS nas diferentes etapas do processo decisório, em especial no âmbito da formulação e no do controle. Algumas, ao condicionarem a validade de uma política à apreciação dos CMS e, mais especificamente, ao recomendarem que as políticas produzidas pelo poder executivo sejam submetidas ao CMS, aproximam-se de atribuir a estes um poder revisor.

Desta maneira, tendem a formular um processo decisório no qual determinado ator – o CMS – tem possibilidades concretas de fazer com que seus interesses saiam vencedores da competição política, ainda que *a posteriori*. Mesmo que sejam possibilidades, a repercussão destas posturas sobre os demais atores do processo decisório tende a ser negativa e geradora de preocupações. Estas amplificam-se à medida em que, nos Relatórios Finais, (i) a compreensão do caráter deliberativo do CMS, além de ser vinculada ao resultado da competição política travada no conselho, é a de que este resultado tem valor praticamente definitivo; (ii) todas as recomendações que se relacionam a outros atores do processo decisório revelam o intuito de normatizar a atuação destes e de submetê-los às decisões do CMS; e (iii) são estabelecidas sanções e penalidades ao governante que não cumprir as deliberações dos CMS.

Aprofundando-se a análise das recomendações e deliberações, percebe-se o quanto estas têm relação direta com o tipo-ideal preconizado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em que o Conselho tinha a atribuição de ser um controlador externo do Estado e não a de uma instância que atua no âmbito do poder executivo e que conjuga em sua composição todos os segmentos interessados na política de saúde, conforme definido pela Lei 8142/90.

Neste contexto, tanto na competição política travada internamente no CMS quanto na disputa entre este e outros atores do processo decisório, a incerteza referencial, fundamental para a democratização, dilui-se e vai sendo superada pela certeza de que, se tais recomendações e deliberações entrarem em vigor da maneira como foram postuladas pelas Conferências, determinados atores terão seus interesse usurpados.

As reações a isto – ou seja, a mitigação, por parte dos governantes, das condições de funcionamento dos CMS, cuja recorrência torna-se muito visível quando se identifica a repetição, Conferência após Conferência, de recomendações que reclamam do poder executivo o provimento de tais condições – reduzem as possibilidades de se estabelecer

relações típicas de um modelo consensual de democracia, ampliando-se o risco de não-institucionalização dos conselhos e, em decorrência, de manutenção e acirramento de sua baixa efetividade.

Considerações Finais

Neste artigo foi trabalhada e confirmada a hipótese de que as CNS, instâncias de participação social em saúde que têm como atribuição legal orientar a atuação dos Conselhos no processo decisório das políticas de saúde, ao pensarem a relação entre conselho e poder executivo, produziram recomendações e deliberações que em nenhum momento buscam articular a ação destes atores e, em vários momentos, propõem diversos níveis de preponderância dos CMS.

Como os CMS encontram-se em um momento complexo de sua trajetória histórica, tendo avançado do ponto de vista da inclusividade, mas ainda enfrentando muitas dificuldades para consolidarem sua institucionalidade, as recomendações e deliberações das Conferências além de não contribuírem para a superação dos problemas, ampliam as dificuldades. Não que, sozinhas, elas sejam capazes de inviabilizar a consolidação institucional dos CMS. Porém, compreendidas no contexto problemático ora aludido, no qual estão articuladas a outros elementos potencialmente negativos para a institucionalização como regras de elegibilidade e participação que têm dificuldade em favorecer a inclusão de atores dispostos a buscar acordos estáveis e a maneira como os CMS trabalham o caráter deliberativo que lhes é atribuído pela Lei 8142/90, geram fortes obstáculos à democratização.

Pensando nas próximas CNS e no dilema da Ágora ou do Coliseu, é importante que se reflita sobre estes problemas e que eles façam parte da pauta de discussões, sendo incluídos em termos de referência e textos-base, pois o que está em jogo não é a permanência de uma concepção sobre conselhos e controle social, mas sim o funcionamento dos CMS, a mais

importante experiência de descentralização e democratização da história de um País tão pouco acostumado à democracia.

Referências Bibliográficas

1. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*; 2002. 18. p.S47-S55.
2. Van Stralen CJ et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro: *Ciênc. saúde coletiva*; 2006. 11(3). p.621-632.
3. Guizardi FL e Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. Rio de Janeiro: *Ciênc. saúde coletiva*. 2006. 11(3). p.797-805.
4. Moreira MR e Escorel S. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on democratization of health in the twenty years of the SUS. In. *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(3). 2009. p. 373-381.
5. Dahl RA. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Editora da Unviersidade de São Paulo; 1997.
6. Schmitter P. La consolidación de la democracia y la representación de los grupos sociais. *México: Revista Mexicana de Sociologia*, julho - setembro de 1993.
7. Przeworski A. Ama a Incerteza e Serás Democrático. São Paulo: *Novos Estudos CEBRAP* 9. p. 36-46; 1984.
8. Lijphart A. Modelos de Democracia. Democracia e Padrões de Governo em 36 Países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
9. Teixeira SMF. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In. Teixeira SMF (org). Reforma Sanitária. Em Busca de uma Teoria. Rio de Janeiro: Editora Cortez/ABRASCO. 1989. p 17-46
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.

11. Stokes S. Patologias de La Deliberación. In. Elster J (comp.). La Democracia Deliberativa. Barcelona: Gedisa Editorial; 2001. p 161-182.
12. Gambeta D. “¡Claro!”: Ensayo sobre el machismo discursivo. In. Elster J (comp.). La Democracia Deliberativa. Barcelona: Gedisa Editorial; 2001. p 35-64.
13. Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil. Participação Cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: IBAM/FASE; 1995.
14. Escorel S e Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In. Lima NT, Gerschman S, Edler FC e Suarez JM (orgs). Saúde e Democracia. Histórias e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro Editora FIOCRUZ. 2005.

VI) Reflexões sobre o Caráter Deliberativo dos Conselhos Municipais de Saúde

Promulgada como marco da superação do regime autoritário instaurado em 1964, a Constituição Federal de 1988, além de retomar e fortalecer a democracia representativa, criou novas instituições para potencializar os esforços em torno da redemocratização brasileira. Dentre estas inovações, os conselhos gestores de políticas públicas despontam como a mais importante¹, pois (i) incluem no processo decisório de tais políticas atores que dele sempre estiveram alijados; (ii) constituem-se na própria arena em que estes atores competem e articulam-se com os atores que sempre participaram do processo decisório; e (iii) distribuem e descentralizam para a sociedade organizada parte importante do poder decisório.

Nesses vinte anos, a implantação dos conselhos gestores tem apresentado ritmos e desenhos diferenciados, variando conforme as características e a receptividade democratizante dos atores que participam de cada política setorial. Provavelmente porque mais organizado na luta contra a ditadura militar (tendo, inclusive, produzido uma proposta de reforma de estado cujos aspectos setoriais foram incorporados à Constituição), o setor saúde foi o que mais avançou e o que logrou melhores resultados em relação a seus conselhos: em âmbito federal, o Conselho Nacional de Saúde, que já existia, foi remodelado, adaptando-se ao preconizado pela Constituição; no âmbito estadual, as vinte e sete Unidades da Federação criaram seus conselhos; e o mesmo ocorreu nos 5.564 municípios do País que, ao criarem seus Conselhos Municipais de Saúde (CMS), congregaram mais de 72.000 conselheiros, dos quais aproximadamente 36.000 representam os usuários, constituindo-se na mais importante experiência de descentralização e participação político-administrativa do País².

Vários autores³⁻⁷ têm estudado os CMS, convergindo em um ponto principal: apesar de terem obtido sucesso em sua tarefa inclusiva, os CMS ainda precisam superar importantes problemas para que possam influir de maneira efetiva no processo decisório da política municipal de saúde.

Escorel e Moreira⁸, em estudo censitário, compreendem que tais dificuldades ocorrem porque os CMS, apesar de amparados em aspectos legais, não conseguiram, em termos políticos, consolidarem-se como instituição do processo decisório das políticas municipais de saúde. Para eles, os CMS enfrentam tal problema principalmente por não conseguirem oferecer a todos os atores envolvidos no processo decisório garantias concretas de que seus interesses não serão usurpados. Esta insegurança é mais forte entre os governantes que, por representarem, na maioria dos casos, atores políticos que tradicionalmente concentraram poder decisório e por terem interesses inflados por práticas ultrapresidencialistas⁹, tendem a identificar ações de desconcentração de poder como usurpação, reagindo contra a institucionalização dos CMS e questionando, direta ou indiretamente, sua legitimidade.

As problemáticas condições de funcionamento, recursos e infra-estrutura que grande parte dos CMS enfrenta – e cuja provisão é responsabilidade do poder executivo municipal – são indicadores fortes desta deslegitimação. Os referidos autores identificam e analisam fatores que geram insegurança no processo decisório das políticas municipais de saúde, tais como regras de elegibilidade, participação e representatividade e a maneira como são compreendida as relações entre CMS e poder executivo.

Adotando essa linha de reflexão, o presente artigo recorta como objeto de estudo um fator que, por ter a propriedade de catalisar os demais, pode tanto ser gerador de insegurança quanto responsável pela legitimação dos CMS - o caráter deliberativo que lhes é atribuído pela lei 8142/90 -, tendo como objetivos compreender como os CMS interpretam (e colocam em prática) este caráter deliberativo e identificar em que medida tal postura é geradora de insegurança e/ou de consolidação institucional.

Aspectos Metodológicos

Para atingir esses objetivos foi elaborada uma breve revisão na literatura sobre democracia deliberativa cujos intuitos principais são o de compreender o que é a deliberação

política e como ela pode fundamentar a democratização, identificar como a deliberação pode ser operacionalizada e elaborar um modelo analítico que possa ser aplicado aos CMS a fim de compreender se a interpretação destes sobre seu caráter deliberativo é geradora de posturas de insegurança e/ou de consolidação institucional.

A identificação da interpretação dos CMS sobre seu caráter deliberativo será feita por meio de um procedimento que articula a revisão da literatura com dados oriundos da pesquisa ‘Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS’², coordenada pelos autores do artigo e apoiada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Os dados desta pesquisa foram levantados por meio de um instrumento aplicado a todos os CMS do País (5.564) e respondido por 5.463 (98%), que constituem o universo de trabalho, cujo ano de referência é 2007.

Para garantia da ética em pesquisa, faz-se mister explicar que os CMS, órgãos do executivo municipal, têm a responsabilidade legal de tornarem acessíveis uma série de informações que são de interesse público. Como as informações aqui trabalhadas enquadram-se neste contexto, considera-se que sua divulgação, além de não gerar maleficência, traz benefícios à sociedade, que passa a ter acesso a dados que, embora públicos, são pouco trabalhados. Além disso, todos os que responderam ao instrumento foram informados (e consentiram) de que os dados levantados seriam divulgados, inclusive por meio de um sítio virtual.

Deliberação e Democracia Deliberativa

A democratização de um regime político depende da conjugação de esforços voltados para a (i) inclusão e participação de novos e diversificados atores no processo decisório e a (ii) criação e/ou consolidação de instituições que ambientem a competição política entre os atores incluídos e aqueles que tradicionalmente sempre foram tomadores de decisões¹⁰.

Em regimes de democratização recente, a tendência é a de que os esforços inclusivos e participativos tenham precedido, ao menos em termos de efetividade, os de consolidação institucional (liberalização). A sequência destes passos conduz tais regimes por um caminho difícil de ser percorrido, visto que a institucionalização da competição política é tão mais complexa e problemática quanto maior e mais diversificado é o número de atores incluídos.

Isto ocorre porque muitos dos novos atores representam interesses que foram historicamente usurpados pelos que anteriormente concentravam o poder decisório e que, no novo regime, continuarão, em grande parte, a participar da competição política. Desconcentrar o processo decisório, distribuindo poder pelos novos atores sem torná-los mais poderosos que os tradicionais é o principal desafio institucional, pois ao mesmo tempo em que pode suscitar nestes a insegurança do revanchismo, pode ser compreendido pelos recém-incluídos como insuficiente diante do longo período em que seus interesses foram submetidos aos de outros. Em tais cenários, os custos do respeito à competição política e seus resultados tendem a se elevar. Se, ao mesmo tempo, os custos das respostas extrainstitucionais (impositivas e/ou violentas) para os impasses gerados pela competição política reduzirem-se, a utilização destas torna-se uma opção concreta, o que põe em risco máximo a democratização¹¹.

Para que tal não ocorra, é preciso que os atores envolvidos no processo decisório legitimem as instituições que ambientam o processo decisório. Arend Lijphart¹² afirma que os regimes políticos em que as instituições favorecem a busca de consensos e a articulação são os que têm maiores chances de sucesso em suas tarefas liberalizantes, estando associados a “melhores, mais generosas e benevolentes políticas governamentais”

A articulação entre os diferentes atores, a busca pelo consenso possível e a pactuação em torno de políticas que, de alguma maneira, representem os interesses envolvidos sem usurpar nenhum, estão, por sua vez, na essência da deliberação política que pode, em sentido amplo, ser definida como a tomada de decisões por meio do debate entre cidadãos livres e iguais.

Para Jon Elster¹³, a incorporação da deliberação política à idéia de democracia é uma proposta/tentativa muito antiga, cuja origem ele situa na polis grega, mais precisamente na Atenas do século V antes de Cristo. Segundo este autor, depois de períodos de ostracismo, tal proposta passa por importantes processos de renovação e crescimento, impulsionados, sobretudo, pelas reflexões de Jürgen Habermas, para quem a democracia desenvolve-se pela transformação das idéias e não por seu acúmulo.

Para Habermas¹⁴, essa transformação das idéias ocorre por meio da discussão e da troca de idéias, constituindo-se em um agir comunicativo, que, para assumir feições democráticas, deve se basear, entre outras coisas, em uma ética do discurso fundamentada em dois movimentos: a utilização do princípio de universalização como regra de argumentação para discursos práticos (uma reconstrução das intuições da vida quotidiana na competição política) e a tentativa de demonstrar a validade do princípio universal.

Marcos Nobre¹⁵, ao estudar o debate entre diferentes teorias democráticas, também ressalta a importância da proposta de Habermas, mas considera que o primeiro impulso para a deliberação política voltar a ser reconhecida no debate democrático foi dado por Bernard Manin ao distinguir dois sentidos de deliberação – como processo de discussão e como decisão – e ao fazer o segundo sentido depender teórica e praticamente do primeiro.

Manin¹⁶, preocupado com a legitimidade das decisões tomadas por meio da deliberação política (pois compreende que tal legitimidade é responsável pela consolidação das instituições que adotam a deliberação política), identifica duas macrocorrentes políticofilosóficas que, embora fundamentem suas posturas na associação entre liberdade e deliberação, diferenciam-se na compreensão destas e das relações entre elas: (i) uma, pensa a deliberação como a decisão em si, a escolha que um determinado indivíduo faz quando toma uma decisão. Neste contexto, a deliberação é a concretização dos interesses do indivíduo e sua legitimidade reside na liberdade que este tem para tomar sua decisão sem ser influenciado por

ninguém ou por nenhuma instituição; e (ii) outra, amparada na tradição aristotélica, na qual deliberação é o próprio processo de formação do interesse, o momento particular que precede a escolha e no qual o indivíduo pondera entre diferentes soluções. Para esta, a legitimidade está na liberdade que os indivíduos têm de debater (no dizer habermasiano, ‘trocar’) suas idéias.

A limitação da primeira proposta seria, no entender de Manin, que ela parte do pressuposto de que o indivíduo, ao deliberar, isto é, ao tomar uma decisão, já constituiu, *per se*, suas convicções e escolhas. Por isto, qualquer influência externa (de indivíduos, partidos ou associações) é compreendida como coercitiva e ameaçadora da liberdade, afetando, portanto, a legitimidade da deliberação. Assim, a troca, o debate entre as diferentes visões e a competição travada em torno da discussão de idéias, típicas da competição política, são eminentemente problemáticas.

Manin contesta esta concepção, afirmando que a tomada de decisões é sempre uma escolha entre incertezas. Para ele é correto afirmar que os indivíduos, ao tomarem decisões sobre os rumos da sociedade, possuem informações. No entanto, estas são fragmentárias, incompletas e até mesmo contraditórias, o que não permite a formação de convicções que fundamentem a tomada de decisões. O confronto e o debate entre os vários pontos-de-vista acerca de uma proposta, ao invés de prejudicar, é essencial para que os indivíduos clarifiquem, aperfeiçoem e selecionem as informações de que dispõem, reduzindo seus níveis de incerteza e modelando suas preferências, ainda que isto represente uma mudança de seus vagos objetivos iniciais. Neste sentido, o debate, além de incrementar e melhorar a qualidade da informação disponível, constitui-se em processo político-pedagógico para os tomadores de decisão.

Em cenários como esse, a liberdade consiste na possibilidade de se chegar a uma decisão por meio da busca, do debate e da comparação entre várias soluções. Por conseguinte, a

legitimidade das decisões seria o próprio processo de discussão e debate que as formam. Para Manin, este processo de discussão e debate é, em si, a deliberação. Em outras palavras: a deliberação – o debate entre diferentes propostas - é o critério que legitima as decisões tomadas.

Como as decisões políticas geralmente são impostas a todos os indivíduos, uma das pré-condições essenciais para sua legitimidade é a participação de todos ou, mais precisamente, o direito de todos participarem na deliberação. Assim, uma decisão será legítima não porque representa o interesse de todos, mas porque resulta da deliberação de todos ou, mais precisamente, do direito de todos deliberarem.

Quando a deliberação é concluída (o que acontece não porque se formaram certezas, mas porque o prazo estipulado para a tomada de decisões findou-se), pode-se, em caso de dúvidas, decidir qual ponto de vista deve ser escolhido. Esta escolha é mediada pelo voto, que não é visto como ‘a deliberação’, mas como uma decorrência desta que, além de tudo, tem o mérito de institucionalizar a posição daqueles que não concordaram com a solução final adotada - a minoria -, fortalecendo a legitimidade da decisão.

Joshua Cohen¹⁷, com o intuito de aprofundar e concretizar esta concepção deliberativa considera que não basta assegurar uma cultura pública de discussão sobre assuntos políticos e tentar associá-la a instituições tradicionais da democracia representativa como voto, partidos e eleições. Para ele, a deliberação política só é legítima quando vincula o exercício do poder a condições de *razonamiento público*.

O *razonamiento público* é o procedimento no qual todos os cidadãos que têm condições de pensar sobre os temas a serem debatidos – para Cohen, *aproximadamente todos os seres humanos* – são e se compreendem como livres e iguais e seus interesses são apresentados ao debate por meio de propostas que expressam razões que poderiam ser aceitas por todos. Assim, o procedimento deliberacionista seria, além de democrático, racional. Quando a

negociação democrática entre diferentes pontos-de-vista racionais não produz consensos, deve-se recorrer ao voto para a tomada de decisão. Nestes casos, votam-se em propostas que, embora não reflitam as razões de todos, foram construídas levando em consideração tais razões. Trata-se, pois, de escolher entre aquela que, na visão dos votantes, melhor considera tais razões. Isto confere legitimidade ao processo deliberativo e, por conseguinte, à decisão tomada por meio do voto.

Adam Przeworski¹¹ apresenta uma importante contribuição para uma melhor compreensão deste ‘momento do voto’ ao definir que a incerteza dos resultados de uma competição política é fundamental para a legitimação das instituições. Para ele, se algum ator político tem a certeza que seus interesses sairão vencedores da competição política, independentemente da forma que o processo decisório tiver, os demais atores tendem a deslegitimar a competição e a recorrer a outras estratégias extra-institucionais (tendencialmente impositivas e/ou violentas) para fazer valer seus interesses.

Isto significa que se a votação para a qual são encaminhadas as propostas deliberadas não expressa a *incerteza referencial* a qual Przewoski refere-se, a votação corre o risco de entrar em dissintonia com a deliberação, pois, se algum ator político tem a certeza de que, independentemente do que foi deliberado, sua proposta será vitoriosa na votação, os esforços de articulação e debate são anulados e a deliberação perde legitimidade. Para este autor, a incerteza referencial pode e deve ser construída e garantida por meio de regras institucionais pactuadas entre os atores políticos. No que diz respeito ao voto, tais regras têm, dentre outros aspectos, que se preocupar com a composição, o número e o peso decisório dos votantes.

Levando em conta esses argumentos, Jon Elster¹³ considera que a democracia deliberativa não está imune – e provavelmente é ainda mais sensível - ao que chama de ‘problema de larga escala’. Para ele, se forem repetidos os procedimentos gregos de deliberação, baseados na assembléia da ágora, na qual milhares de pessoas tomavam parte, o

processo deliberativo tende a se tornar um debate entre poucos, geralmente providos de oratória e retórica, que se dedicam a convencer os demais de que sua proposta é melhor do que as outras. Nesta dinâmica, os oradores, preocupados em persuadir os ouvintes, tendem a recorrer à desqualificação das outras propostas (ou, o que é pior, de seus proponentes), esvaziando o debate e a troca de informações e, por extensão, a legitimidade das decisões.

No mesmo tom, John Dryzek¹⁸, buscando identificar as possibilidades de a democracia deliberativa superar o problema de larga escala, considera que ela pende por um fio se sua viabilidade depende crucialmente de uma vasta maioria, em especial porque esta sempre opta por não exercer os direitos e capacidades que são tão fundamentais para a teoria. Citando Michael Walzer, ele define que a deliberação não é uma “atividade para o demos... 100 milhões, ou mesmo 1 milhão, 100.000 não podem plausivelmente ‘raciocinar conjuntamente.

A redução de escala preconizada por estes autores – já pensada por Manin ao associar a deliberação de todos com o direito de todos deliberarem – necessariamente introduz no debate o complexo e problemático aspecto da representação/representatividade. Lijphart considera-o como um dos principais elementos formais para o sucesso das instituições políticas. Hannah Pitkin¹⁹, em estudo já clássico, explica que a representação, por se basear no paradoxo de tornar presente quem está ausente, contingencia a atuação dos representantes a uma espécie de oscilação entre uma postura de porta-voz dos que os nomearam representantes (mandato) e outra que os coloca como representantes não apenas dos que os indicaram, mas de toda a sociedade (autonomia). Para ela, as instituições devem ser capazes de harmonizar tais posturas, gerando posturas intermediárias que viabilizem que o representante represente os que o indicaram, mas que isto não o impeça de atender a desígnios que considere como os da sociedade e, ao mesmo tempo, permitam que esta postura de independência não usurpe o interesse dos que indicaram como representante.

Archon Fung²⁰, lidando com as questões de escala e representação, propõe que a deliberação política tenha como locus o que denomina de “minipúblicos”, recortes da esfera pública que “reúnem cidadãos às dúzias, centenas ou milhares, mas não aos milhões ou às dezenas de milhões, em deliberações públicas organizadas de maneira autoconsciente”. Ele propõe uma tipologia de minipúblicos baseada em suas funções e atribuições: “fórum educativo”; ‘conselho consultivo participativo’; ‘cooperação para a resolução participativa de problemas’; e ‘governança democrática participativa’”tirar itálico, inserir aspas duplas e referências com o número da página.

O minipúblico cuja atribuição é a de “governança democrática participativa”, porque tem como função incorporar os cidadãos diretamente à formulação e determinação da agenda política, é o que apresenta a maior possibilidade de construir uma democracia de cunho deliberativo. Isto porque abre espaço para a criação de instituições que incluam no processo decisório das políticas públicas atores políticos até então dele alijados e que, pelas características apresentadas por Cohen, podem legitimar as decisões tomadas.

Todos os autores aqui mencionados preocupam-se com outro elemento fundamental para o sucesso da deliberação política: a definição dos assuntos/políticas que podem e devem ser colocados em debate. Em regra, eles consideram que não se pode trabalhar com a idéia de que todo e qualquer assunto deva se discutido, mas também encontram dificuldades para definir quais seriam (apresentando soluções amplas e um tanto vagas, do tipo ‘tudo o que interfira no cotidiano de outro’) e, o que parece ser ainda mais importante, como definir o que deve ser debatido. Este parece ser o aspecto menos trabalhado na literatura acerca da deliberação política.

Marcos Nobre¹⁵, citando Seyla Benhabib, define aspectos práticos para o proceder deliberativo: (i) a participação na deliberação é regulada por normas de igualdade e simetria; (ii) todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, questionar, interrogar e abrir o

debate; (iii) todos têm o direito de questionar a pauta produzida para debates; e (iv) todos têm o direito de introduzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e o modo pelo qual elas são aplicadas ou conduzidas.

Isto posto, torna-se possível propor um modelo simples de características articuladas que pode ser cotejado a experiências políticas concretas a fim de identificar o potencial e os seus limites deliberativos. Para que a democratização assuma um caráter deliberativo precisa (i) ser construída a partir de instituições nas quais a tomada de decisão é decorrência de um processo de debate entre diferentes propostas. Tais instituições (ii) tendem a ter mais sucesso se, em termos de escala, caracterizarem-se como minipúblicos. Dentre estes, (iii) os que lidam mais diretamente com o processo decisório das políticas são os de tipo “*governança democrática participativa*”, pois têm a atribuição de definir a agenda política e, num sentido mais amplo, formular e acompanhar a execução das políticas públicas.

Para ser uma instituição democratizante, estes minipúblicos devem (iv) incluir em seu processo decisório representantes de todos os que tenham interesses nas ações políticas que serão debatidas. Estes representantes precisam (v) compreender-se mutuamente – e aos representados – como livres e de igual capacidade para tomar decisões políticas. Para que isto ocorra, (vi) é fundamental que todos os participantes tenham igual possibilidade de formular, apresentar e defender propostas. Mais do que isto, (vii) as propostas por eles apresentadas precisam ser fundamentadas em razões que todos os participantes poderiam considerar como possíveis de serem aceitas.

Deste modo, (viii) o debate não se reduz a posturas de veto/aceite, constituindo-se em um processo que busca aprimorar a proposta original. Este aprimoramento não extingue as divergências, mas ressalta convergências. Assim, (ix) o voto torna-se uma maneira de escolher, entre diferentes propostas, que porque foram deliberadas, já são legítimas a todos, a mais plausível. (x) Deliberação e votação são, pois, processos articulados que precisam estar

baseados na incerteza referencial de seus resultados. É certo que em qualquer processo democrático, determinados atores têm mais chances de fazer com que suas propostas sejam escolhidas, mas isto não pode se tornar uma certeza apriorística. (xi) Tais procedimentos, regras e estratégias têm capacidade para conferir legitimidade às deliberações e decisões tomadas pelas instituições, consolidando-as e, portanto, aprofundando a democratização.

Deliberação e Democracia Deliberativa nos Conselhos Municipais de Saúde

A democratização de um regime político não é um processo que acontece apenas no nível nacional, espalhando-se por suas unidades subnacionais e mesmo pelas diferentes políticas públicas setoriais. Por isto, é possível contextualizar e aplicar o modelo elaborado no tópico anterior em nível municipal, enfocando o setor saúde e considerando os CMS como uma das principais instituições responsáveis pela democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde.

No Brasil, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios-diretrizes a participação da comunidade na gestão do sistema. Isto é fruto de um processo de lutas políticas travadas pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que, a partir dos anos 1970/80, buscou articular o combate à ditadura militar com a garantia da saúde como direito do cidadão e dever do estado.

Em 1986, o MRS realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo Relatório Final orientou a elaboração do capítulo da Saúde na Constituição de 1988. Este teve vários de seus aspectos regulamentados em 1990, por meio da Lei 8080. Por sua vez, tal Lei teve os artigos que se referem à participação da sociedade no SUS vetados pelo Presidente da República. Em consequência, ainda em 1990, uma nova lei, a 8142, foi promulgada, resgatando os conteúdos que haviam sido vetados.

Para viabilizar a participação, a Lei 8142/90 criou duas instituições mandatórias e de abrangência municipal, estadual e federal: as conferências de saúde e os conselhos de saúde.

Estes últimos são assim definidos no artigo 1º, parágrafo 2º:

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

O texto legal atribui aos CMS características e funções tão peculiares quanto experimentais, que fazem convergir os eixos políticos que podem conduzir à democratização: a inclusão de novos atores no processo decisório e a criação de instituições que ambientem este renovado processo decisório.

Por serem instituições nas quais os conselheiros representam os segmentos considerados como os que têm interesse nas políticas municipais de saúde; por viabilizarem uma estratégia para a superação do problema de larga escala; e por atuarem na formulação das políticas de saúde (e, em extensão, no controle e acompanhamento destas), podem ser compreendidos como exemplos de minipúblicos de governança democrática participativa.

Contudo, o texto legal deixa em aberto uma questão fundamental para compreender os limites e potencialidades dos CMS constituírem-se em instituições da democracia deliberativa: como devem ser tomadas estas decisões?

A princípio, poder-se-ia compreender que por serem minipúblicos de governança democrática participativa e porque a lei atribui-lhes caráter deliberativo, os CMS seriam instituições deliberativas no sentido que a tomada de decisões ocorre por meio do debate entre idéias que são construídas a partir de razões que todos poderiam adotar.

A interpretação hegemônica entre os CMS, entretanto, tem sido outra: deliberação é o resultado da votação realizada no plenário dos conselhos. Esta concretiza-se em um documento oficial e de caráter normativo que deve ser homologado e colocado em prática pelos governantes num prazo máximo de 30 dias. Porém, os momentos em que esta interpretação torna-se mais nítida são aqueles em que Conselheiros sequer se propõem a discutir uma determinada proposta, votando, antes de qualquer coisa, por seu veto. Desta maneira, de forma até arbitrária, negam-se ao debate.

Como os estudos de âmbito nacional sobre os CMS são poucos, não existem dados empíricos que apontem o número de vezes e a frequência com que isto acontece. No entanto, há vários casos que demonstram tal postura. Aqui, por ser muito recente e ainda estar em discussão, destaca-se o veto apriorístico às fundações estatais de direito privado, proposta do governo federal encampada por vários governos municipais e estaduais, que busca alterar o modelo de gestão pública. Este veto foi uma posição adotada inicialmente pelo Conselho Nacional de Saúde e reproduzida por vários CMS. Empiricamente isto pôde ser constatado durante a XIII Conferência Nacional de Saúde, na qual os delegados, em sua maioria, foram conselheiros municipais de saúde, que se negou a discutir o tema, votando e aprovando uma moção de repúdio à proposta.

Há outros casos e situações semelhantes que podem ser constatados nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde; na leitura dos documentos que oficializam as resoluções dos CMS; em artigos científicos que buscam compreender as percepções dos conselheiros; em textos elaborados com o objetivo de capacitar os conselheiros; e por pesquisas e estudos que acompanham a atuação dos CMS.

Porém, o dado que melhor corrobora a hegemonia desta posição é a de que os conselheiros que a tomam orgulham-se por isto e consideram-na como verdadeira expressão democrática.

Não fosse isso, as votações poderiam ser consideradas como a tomada de decisão articulada e que dá continuidade a um processo deliberativo. Em seu estudo, Moreira e Escorel² mostram que, em 2007, cerca de 90% dos CMS brasileiros tiveram ao menos uma de suas cinco últimas deliberações não-homologadas pelo poder executivo municipal. Este elevado percentual indica que ou não houve um processo de troca de idéias precedendo as votações ou, se tal ocorreu, não foi capaz de produzir propostas que, embora divergentes, fossem baseadas em razões que todos os atores envolvidos pudessem ter.

Talvez possa se argumentar que esta situação é um descumprimento da lei pelo poder executivo, o que transferiria o problema para a esfera jurídica. Contudo, a quantidade de vezes em que tal desrespeito ocorre e o fato de ele ser distribuído por todo o País, incidindo em locais nos quais o movimento social e o Ministério Público têm atuação destacada, parece indicar que, se há um problema jurídico, decorre mais de uma lacuna, da ausência de jurisprudência e/ou da indefinição legal sobre o papel e o poder dos CMS, do que propriamente do descumprimento da lei.

A despeito do que ocorre na seara jurídica, os problemas políticos são palpáveis e permitem a interpretação de que as decisões não-homologadas dos CMS são as que foram produzidas por votações que escolheram propostas baseadas em razões que não são aceitas pelos governantes.

Levando-se em conta que a composição dos CMS é paritária e esta é entendida como metade das vagas destinadas aos representantes dos usuários e metade aos representantes dos outros segmentos (sendo 25% dos profissionais de saúde e 25% do conjunto prestadores de serviço e governantes), para vencer uma votação os governantes precisam atrair representantes de todos os outros segmentos. Se tal atração já tende a ter custos de transação elevados, estes são ainda maiores em um processo decisório em que a troca de idéias tem dificuldade para ocorrer.

Uma análise procedimental das votações mostra a elevação dos custos de transação: cerca de 70% dos CMS não estabelece quorum mínimo para a votação². Na prática, isto significa que, em uma determinada votação, decisões podem ser tomadas independentemente do número de conselheiros presentes e dos segmentos que eles representem. Além de representar a quebra da paridade entre conselheiros, também determinada pela Lei 8142, isto amplia as possibilidades dos governantes compreenderem que suas posições sairão derrotadas. Se tiverem certeza disto, ou seja, se considerarem que o processo não tem uma incerteza referencial e que suas propostas serão vetadas ou que propostas contrárias a seus interesses serão vitoriosas, tenderão a deslegitimar os resultados das votações, não os homologando, reação cujo custo político é muito baixo.

É por tudo o que foi apresentado que a maneira como os CMS compreendem a deliberação política é aqui considerada um catalisador dos outros elementos que podem causar a insegurança dos atores envolvidos no processo decisório das políticas municipais de saúde, em especial os governantes. Ela é capaz de acelerar o ritmo da insegurança causada por regras de elegibilidade, participação e representação; pela compreensão dos CMS como preponderando sobre o poder executivo municipal; e, sobretudo, pelos resultados de uma votação que dispensa quorum.

Desta forma, a aplicação do modelo explicativo elaborado no tópico anterior ao conjunto de CMS produz um cenário que evidencia que estas instituições têm um desenho tendencialmente deliberativo, um formato que é capaz de ambientar a troca de idéias. Porém, seus aspectos mais conceituais e procedimentais afastam-se do preconizado no modelo, estimulando que determinadas votações, por não terem base de acordo, produzam decisões que não são aceitas.

A quantidade e a sequência de deliberações dos CMS que não são homologadas pelo poder executivo colocam em cheque sua legitimidade institucional e, por conseguinte,

reduzem suas possibilidades de intervirem nos rumos das políticas de saúde. Esta deslegitimação, por sua vez, pode esvaziar de sentido os avanços conquistados, em especial os de inclusão de novos atores, e, por conseguinte, os próprios CMS.

A mudança na postura deliberativa dos CMS no sentido de incluir no processo decisório das políticas de saúde a troca de idéias razoáveis a todos os atores surge neste cenário de risco como uma possibilidade concreta de conferir legitimidade ao processo decisório travado nos conselhos, ampliando, com isto, sua capacidade e efetividade. Um agir comunicativo, no dize de Habermas¹⁴, a própria política, no entender de Hannah Arendt²¹.

Considerações Finais

A deliberação política não é a panacéia e os CMS não são as únicas instituições possíveis para se pensar a democratização do setor municipal de saúde. Há críticas importantes que embora não figurem nos objetivos deste artigo, precisam ser levadas em conta. A principal delas é a de que ainda que o modelo da democracia deliberativa preconize a possibilidade de todos participarem do processo decisório, nem todos têm capacidade, recursos políticos e/ou interesse em tal participação. Como já referido, a concepção de deliberação como troca de idéias embute a concepção de que esta troca é, também, um processo político-pedagógico que aprimora a capacidade política de seus partícipes. No entanto, o que aqui se tentou trabalhar é que os CMS são instituições que têm potencial deliberativo e que podem se consolidar e contribuir para produzir políticas de saúde que atendam mais diretamente ao interesse de atores políticos que sempre estiveram de fora da tomada de decisões. Podem, portanto, contribuir para a democratização.

Por outro lado, também se buscou mostrar que os CMS encontram muitas dificuldades para se consolidarem e que os aspectos mais problemáticos concentram-se em uma postura que envolve concepções de preponderância dos conselhos sobre o poder executivo. Estas

posturas arrastam para seu centro a concepção sobre deliberação política que, por sua vez, potencializa os problemas gerados por regras institucionais falhas.

O modelo explicativo produzido neste artigo propõe importantes características deliberativas que podem ser trabalhadas como indicadores capazes de contribuir para orientar os debates em torno da mudança da maneira como deliberação é tratada nos CMS. Não é, com certeza, o único caminho nem a única proposta plausível para se pensar em conselhos mais efetivos, mas tem como mérito principal o de associar permanentemente a busca pela efetividade à busca pela democratização.

1. Gohn MG. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. Coleção Questões da Nossa Época, v 84. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
2. Moreira MR e Escorel S. *ParticipaNetSUS – Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa*. Escola Nacional de Saúde Pública. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde. 2008. www.ensp.fiocruz.br/participanetsus [14/12/2008].
3. Morita I, Guimarães JFC e Di Muzio BP. A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?. In. *Saúde e Sociedade*. V.15. n1. jan-abr 2006. p 49-57
4. Monteiro MG e Fleury SF. Democracia Deliberativa nas Gestões Municipais de Saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. In. *Saúde em Debate*. V.30. n73/74. maio/dez 2006. p 219-233.
5. Serapioni M e Romani O. Potencialidades e Desafios da Participação em Instâncias Colegiadas dos Sistemas de Saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. In. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. V22. N11.nov.2006. p 2411-2421,
6. Wendhausen ÁLP, Barbosa TM e Borba MC. Empoderamento e Recursos para a participação em Conselhos Gestores. In. *Saúde e Sociedade*. v.15. n.3. set-dez 2006. p.131-144
7. Bravo MI. Gestão democrática na saúde: o potencial dos Conselhos. In: Bravo MI, Potyara APP (orgs). *Política social e democracia*. São Paulo:Cortez / Rio de Janeiro: UERJ. 2001.
8. Moreira MR e Escorel S. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on democratization of health in the twenty years of the SUS. In. *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(3). 2009. p. 373-381.
9. Abrucio FL. *O ultrapresidencialismo Estadual*. In. Andrade RC, organizadores. *Processo de Governo no Município e no Estado*. São Paulo: EDUSP; 1998.

10. Dahl RA. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.
11. Przeworski A. Ama a Incerteza e Serás Democrático. São Paulo: *Novos Estudos CEBRAP* 9. p. 36-46; 1984.
12. Lijphart A. Modelos de Democracia. Democracia e Padrões de Governo em 36 Países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
13. Elster J. Introduccion. In. Elster J. (comp.). *La Democracia Deliberativa*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2001. p 13-34.
14. Habermas J. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1989.
15. Nobre M. Participação e Deliberação na Teoria Democrática: uma introdução. In. Coelho VCP e Nobre M. *Participação e Deliberação. Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: editora 34. 2004. p 21-40.
16. Manin B. On Legitimacy and Political Deliberation. In. *Political Theory*. 1987 Vol 15. n 3. august.
17. Cohen J. Democracia y Libertad. In. Elster J. (comp.). *La Democracia Deliberativa*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2001. p 13-34.
18. Dryzek J. Legitimidade e Economia na Democracia Deliberativa. In. Coelho VCP e Nobre M. *Participação e Deliberação. Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: editora 34. 2004. p 41-62.
19. Pitkin HF. *Representation*. New York/USA: Atherton Press. 1969.
20. Fung A. Receitas Para Esferas Públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In. Coelho VCP e Nobre M. *Participação e Deliberação. Teoria*

Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo. São Paulo: editora 34. 2004. p 173-209.

21. Arendt H. *Da Revolução*. Brasília: Editora Universidade de Brasília. UnB. 1990.

VII) Considerações Finais

Nesta Tese buscou-se compreender e, por conseguinte, apresentar explicações para o fato de os CMS enfrentarem dificuldades para exercerem seu papel de instituição partícipe do processo decisório das políticas municipais de saúde, influenciando de maneira efetiva os rumos e modelagens destas.

Tal proposta foi ambientada no contexto da democratização, processo que, para avançar e lograr sucessos, precisa conjugar a inclusão de novos atores políticos no processo decisório com a consolidação das instituições em que tais atores, juntamente com os atores tradicionais, participam da competição política para que seus interesses sejam atendidos pelas políticas de saúde.

Essa ambientação foi possível porque, por um lado, considerou-se a democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde como fator fundamental para que saúde seja efetivamente um direito de cada brasileiro e, por outro, compreenderam-se os CMS como as instituições mais propícias para fomentar a democratização.

As explicações apresentadas conjugam elementos teóricos e empíricos que se articulam em torno de um modelo cuja proposta é compreender a importância de determinadas regras e como estas podem influenciar os rumos de instituições e, em decorrência, os caminhos da democratização. Assim, regras de funcionamento, elegibilidade, participação e representatividade foram aqui trabalhadas a fim de se identificar de que maneira estão influenciando a consolidação institucional dos CMS. E o que foi constatado é que o potencial de avanço que estas regras contém já foi amplamente utilizado e gerou frutos importantes, dos quais a inclusão vigorosa de novos atores políticos é o de maior destaque. Foram, pois, fundamentais para fazer avançar a inclusividade, mas não estão conseguindo fazer avançar a liberalização, gerando dificuldades para a consolidação institucional dos CMS.

A opção pela análise das referidas regras deveu-se à sua importância na construção de um sistema de segurança mútua capaz de garantir a todos os atores envolvidos que eles podem participar do processo decisório porque isto significa a oportunidade concreta de que seus interesses sejam levados em conta na formulação das políticas de saúde sem que isto represente ameaça ou dano aos interesses dos outros atores. Mais do que isso, tal sistema tem que dar garantias de que a democratização no processo decisório é a única maneira socialmente justa de um ator político postular que seus interesses sejam atendidos pelas políticas de saúde.

A consolidação deste sistema (que depende das aludidas regras) é, portanto, a principal dificuldade enfrentada pelos CMS. No panorama democratizante, esta é uma dificuldade típica de um regime político que se caracteriza como uma hegemonia inclusiva. A característica destes regimes é que eles conseguiram superar um Estado autocrático pouco ou nada responsivo a interesses que não sejam os do grupo que o controla, incluindo na competição política os novos atores até então relegados, mas não conseguiram consolidar instituições que alicercem o sistema de segurança mútua, justamente porque os atores tradicionais continuam atuando e com protagonismo.

Porque esses atores tradicionais desde sempre conseguiram transformar seus interesses nos interesses do Estado, tais interesses são bastante inflados. Por sua vez, os recém-incluídos, porque via de regra têm uma trajetória de lutas políticas que revela o quanto seus interesses foram usurpados e o quanto isto foi ruim para suas vidas, têm motivos de sobra para fazer avançar o processo de partilha e descentralização de poder que a democratização representa.

Exatamente por isto os atores tradicionais, muitos deles marcados por uma história de autoritarismo e violência para se manter no poder, são os que mais motivos têm para desconfiar da democratização. E esta precisa lhes dar garantia de que, mesmo havendo motivos históricos, éticos e políticos para isto, eles não terão seus interesses usurpados

conforme muitas vezes fizeram com seus agora competidores. Esta é a contradição que tem que ser superada para que a democratização avance, evitando o recrudescimento da autocracia anterior ou a formação de uma nova, fomentada pela satisfação exclusiva dos interesses até então usurpados.

Foi por isto que, em um determinado momento da Tese, os governantes foram apresentados como os que têm seus interesses mais ameaçados, constatação que pode gerar um certo estranhamento. O que se tentou deixar claro é que se a democratização ameaça os interesses inflados dos governantes, eles reagem. E suas reações são de intensidade muito maior, pois respondem ameaças com medidas concretas que acabam, estas sim, por não respeitar os interesses dos usuários. Por isto, a preocupação de equilibrar interesses, de buscar acordos estáveis, de pensar em regras que favorecem a institucionalização são a pedra de toque da Tese.

Diante disto, a postura aqui adotada não é a de que os CMS devem se constituir em instituições que radicalizem a satisfação dos interesses dos usuários nem a de que as dificuldades que os conselhos enfrentam devem-se ao fato de ainda não terem conseguido mobilizar a população para efetivar esta radicalização. Discorda-se, assim, de que os CMS sejam compreendidos como os órgãos que devem realizar estes interesses e de que eles devam ser concebidos como 'o' controle social em si ou como instituições que devem ter preponderância sobre o poder executivo, concepção importante, respeitável e bastante presente em vários dos segmentos que pensam e atuam no setor Saúde.

Por tudo o que foi apresentado ao longo desta Tese, considera-se que o principal dilema que os CMS enfrentam é o de se consolidarem como instituições que fazem a democratização avançar, isto é, que constroem e efetivam o sistema de segurança mútua. As explicações e propostas aqui discutidas e apresentadas encaminham para isto, para a superação do dilema por meio do fortalecimento e do avanço da democratização. Sua maior preocupação é a de

mostrar que, em si, os elementos que favorecem a democratização já estão reunidos nos CMS, ainda que em estágio de latência.

Dentre estes elementos, a deliberação política é encarada como principal, visto ter potencial para produzir alterações fundamentais no processo de debate e escolha entre diferentes propostas de políticas. Considera-se que seu aperfeiçoamento no sentido de se consolidar como o processo de disputa de idéias que teriam razão de ser mesmo para os que dela discordam é a chave para que setores da sociedade que nunca tiveram seus interesses levados em conta pelas políticas de saúde passem a tê-lo sem que isto seja considerado pelos atores tradicionais como uma usurpação. É, portanto, a chave que abre uma das muitas portas possíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTA GERAL DA TESE

- Abrucio FL. *O ultrapresidencialismo Estadual*. In: Andrade RC, organizadores. *Processo de Governo no Município e no Estado*. São Paulo: EDUSP; 1998.
- Arendt H. *Da Revolução*. Brasília: Editora Universidade de Brasília. UnB.
- Avritzer L. *A Participação Social no Nordeste*. In: Avritzer L (org). *A Participação Social no Nordeste*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.
- Barreto ML. O Conhecimento Científico e Tecnológico como Evidência para Políticas e Atividades Regulatórias em Saúde. *in Ciência e Saúde coletiva*. 9(2). 2004. p 329-338.
- Becker HS. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora HUCITEC. 1993.
- Brasil. Congresso Nacional. Lei Federal n.º 8.080 - 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 set.
- Brasil. Congresso Nacional. Lei Federal n.º. 8142 – 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 dez.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução 196. Brasília. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Bravo MI. Gestão democrática na saúde: o potencial dos Conselhos. In: Bravo MI, Potyara

- APP (orgs). *Política social e democracia*. São Paulo:Cortez / Rio de Janeiro: UERJ. 2001.
- Carvalho AI. *Conselhos de Saúde no Brasil. Participação Cidadã e Controle Social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.
- Carvalho AI. *Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado*. In Fleury SMT, organizadora. *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997.
- Coelho VSP. *Conselhos de Saúde Enquanto Instituições Políticas: o que está faltando?*. In. Coelho VSP e Nobre M. Organizadores. *Participação e Deliberação – Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34; 2004.
- Cohen J. Democracia y Libertad. In. Elster J. (comp.). *La Democracia Deliberativa*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2001. p 13-34.
- Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 333/03*. Brasília; 2003. Tribunal Superior Eleitoral. *Estatísticas TSE - Eleições 2008*. Disponível em http://www.tse.gov.br/internet/eleicoes/estatistica2008/est_result/resultadoEleicao.htm.
2008
- Correia MVC. *Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.
- Correia MVC. *Que controle social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000.
- Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Jun 2002, no.7, p.18-49.
- Cruz Neto O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In *Minayo MCS. Pesquisa*

- Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes. 1998.
- Dagnino E. *Democracia, Teoria e Prática: a participação da sociedade civil*. in Perissinoto RM, Fuks M, organizadores. *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p. 141 - 166.
- Dahl RA. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.
- Dahl RA. *Os Sistemas Políticos Democráticos nos Países Avançados: êxitos e desafios*. In. Boron AA. Organizador. *Nova Hegemonia Mundial: alternativas de mudança e movimentos sociais*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2004.
- Dryzek J. Legitimidade e Economia na Democracia Deliberativa. In. Coelho VCP e Nobre M. *Participação e Deliberação. Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: editora 34. 2004. p 41-62.
- Elster J. Introduccion. In. Elster J. (comp.). *La Democracia Deliberativa*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2001. p 13-34.
- Escorel S e Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In. Lima NT, Gerschman S, Edler FC e Suarez JM (orgs). *Saúde e Democracia. Histórias e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro Editora FIOCRUZ. 2005.
- Escorel S e Moreira MR. Participação Social. In. Giovanella L et al. (orgs) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ e CEBES. 2008. p 979 – 1010.
- Escorel S e Moreira MR. *Desafios da Participação Social em Saúde na Nova Agenda da Reforma Sanitária: democracia deliberativa e Efetividade*. Rio de Janeiro: CEBES. 2009.
- [no prelo]

- Escorel S. *Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política*. In. In *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-29, junho 2008.
- Fuks M. *Democracia e Participação no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (1999-2001)*. in: Fuks M, Perissinoto RM, Souza NR, organizadores. *Democracia e Participação: os conselhos gestores no Paraná*. Curitiba: Editora UFPR; 2004. p - 13-44.
- Fung A. Receitas Para Esferas Públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In. Coelho VCP e Nobre M. *Participação e Deliberação. Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: editora 34. 2004. p 173-209.
- Gambeta D. “¡Claro!”: Ensayo sobre el machismo discursivo. In. Elster J (comp.). *La Democracia Deliberativa*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2001. p 35-64.
- Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, Dez 2004, vol.20, no.6, p.1670-1681.
- Gohn MG. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. Coleção Questões da Nossa Época, v 84. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
- Guizardi FL e Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. Rio de Janeiro: *Ciênc. saúde coletiva*. 2006. 11(3). p.797-805.
- Habermas J. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1989.
- Hanney SR; Gonzalez-Block MA; Buxton MJ; e Kogan M. The Utilisation of Health Research in Policy-making: concepts, examples and methods of assessment. in: *Health Research Policy and Systems*. (1). 2003 *Biomed Central*. <http://www.health-policy-systems.com/content/1/1/2>.

- Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*; 2002. 18. p.S47-S55.
- Labra ME. *Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios*. In. Lima NT, Gerschman S, Edler FC e Suarez JM. Organizadores. *Saúde e Democracia. História e Perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005.
- Lattman-Weltman F. *Democracia, Representação, Participação: a aposta do pluralismo institucional*. In *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 29-37, junho 2008.
- Lijphart A. Modelos de Democracia. Democracia e Padrões de Governo em 36 Países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- Lima Júnior OB. *Instituições Políticas Democráticas – o segredo da legitimidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1997.
- Malinowski BK. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Editora Abril Cultural. São Paulo: Editora Abril. 1984. Coleção Os Pensadores Vol. 43.
- Manim B. On Legitimacy and Political Deliberation. In. *Political Theory*. 1987 Vol 15. n 3. august.
- Monteiro MG e Fleury SF. Democracia Deliberativa nas Gestões Municipais de Saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. In. *Saúde em Debate*. V.30. n73/74. maio/dez 2006. p 219-233.
- Moreira MR e Escorel S. *ParticipaNetSUS – Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa*. Escola Nacional de Saúde Pública. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde. 2008. www.ensp.fiocruz.br/participanetsus [14/12/2008].
- Moreira MR e Escorel S. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on democratization of

- health in the twenty years of the SUS. In. *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(3). 2009. p. 373-381.
- Moreira MR et al. A Democratização nos Conselhos de Saúde. In. *Saúde e Debate*. V(30) n 73/74. maio/dez 2006. p 205-218.
- Moreira MR et al. Participação nos CMS de municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes. In. *Divulgação em Saúde para Debate*. n 43. Junho 2008. p 48-61.
- Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. *Participação nos Conselhos Municipais de Saúde nos Municípios Brasileiros com mais de 100.000 habitantes*. In *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 48-61, junho 2008.
- Morita I, Guimarães JFC e Di Muzio BP. A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?. In. *Saúde e Sociedade*. V.15. n1. jan-abr 2006. p 49-57
- Nobre M. *Participação e Deliberação na Teoria Democrática: uma introdução*. In Coelho VSP e Nobre M. Organizadores. *Participação e Deliberação – Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34; 2004. p – 21-40.
- Pedrosa JIS. *A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Out 1997, vol.13, no.4, p.741-748.
- Pierson P. *Politics in Time. History, Institutions and Social Analysis*. New Jersey: Princeton University Press; 2004.
- Pinheiro R. *A Dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso (Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus do Itabapoana)*. Rio de Janeiro: R AP; 1966. 30(5). P. 62-100
- Pitkin HF. *Representation*. New York/USA: Atherton Press. 1969.

- Przeworski A. *Ama a Incerteza e Serás Democrático*. São Paulo: Novos Estudos CEBRAP 9. p. 36-46; 1984.
- Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Jan 1997, vol.13, no.1, p.81-92.
- Richardson RJ (e col.) *Pesquisa Social. Métodos e Técnicas*. São Paulo: Editora Atlas. 1999.
- Santos BS e Avritzer LA. *Para Ampliar o Cânone Democrático*. In. Santos BS, organizador. *Democratizar a Democracia. Os Caminhos da Democracia Participativa*. Rio de Janeiro: 2002.
- Santos WG. *Poliarquia em 3D*. Rio de Janeiro: Dados v. 41 n. 2. 1998.
- Schmitter P. La consolidación de la democracia y la representación de los grupos sociais. México: *Revista Mexicana de Sociología*, julho - setembro de 1993.
- Serapioni M e Romani O. Potencialidades e Desafios da Participação em Instâncias Colegiadas dos Sistemas de Saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. In. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro.V22. N11.nov.2006. p 2411-2421,
- Silva IF, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública*, Fev 2001, vol.17, no.1, p.161-170.
- Sposati A, Lobo E. Controle social e políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Dez 1992, vol.8, no.4, p.366-378.
- Stokes S. Patologias de La Deliberación. In. Elster J (comp.). *La Democracia Deliberativa*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2001. p 161-182.
- Teixeira SMF. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In. Teixeira SMF (org). *Reforma Sanitária. Em Busca de uma Teoria*. Rio de Janeiro: Editora Cortez/ABRASCO. 1989. p 17-46

Tribunal Superior Eleitoral. *Estatísticas TSE - Eleições 2008*. Disponível em http://www.tse.gov.br/internet/eleicoes/estatistica2008/est_result/resultadoEleicao.htm.

2008.

Van Stralen CJ et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro: *Ciênc. saúde coletiva*; 2006. 11(3). p.621-632.

Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Dez 2002, vol.18, no.6, p.1621-1628.

Wendhausen ÁLP, Barbosa TM e Borba MC. Empoderamento e Recursos para a participação em Conselhos Gestores. *In. Saúde e Sociedade*. v.15. n.3. set-dez 2006. p.131-144