

***EXISTE UMA POLÍTICA DE PARTICIPAÇÃO E
CONTROLE SOCIAL NO SETOR SAÚDE?***

Contribuições para um debate urgente

Maria Eliana Labra*

**Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos de
Saúde – CEBES**

Rio de Janeiro, dezembro de 2007

* Doutora em Ciência Política. Pesquisadora Titular, ENSP/FIOCRUZ (aposentada)
e-mail: elianalabra@terra.com.br

SUMÁRIO

Introdução

1. Democracia participativa e *accountability* social
2. Participação e controle social como políticas pública
 - a) O processo de produção das políticas públicas
 - b) Avaliação da participação
3. A política de participação e controle social na Saúde
 - a) Demandas societárias de participação na Saúde
 - b) Formulando a política de participação e controle social
 - c) Implementação dos Conselhos de Saúde
 - d) Diagnóstico e avaliação dos Conselhos de Saúde

Referências bibliográficas

Existe uma política de participação e controle social no setor saúde?

Contribuições para um debate urgente

Maria Eliana Labra

Introdução

As formas de participação direta e indireta da cidadania nas decisões de política pública introduzidas no Brasil com a Constituição Federal de 1988 estão pavimentando o caminho rumo à democracia participativa, tal a quantidade de mecanismos existentes em muitos setores do afazer estatal nos três níveis de governo. Tais experiências participativas se caracterizam pela diversidade quanto a formatos, competências, abrangência territorial, massa de cidadãos envolvidos, incidência nos processos decisórios, indução de mudanças na cultura política e cívica e impactos esperados. Dessas experiências destacam-se, por uma parte, o Orçamento Participativo, surgido em Porto Alegre em 1989 e posteriormente adotado em muitos municípios do país; por outra, o conjunto de conselhos gestores de políticas públicas, cujo princípio democratizante e organizador é a paridade da representação da sociedade civil organizada em relação aos demais segmentos integrantes dos colegiados. Em realidade, os conselhos gestores constituiriam um verdadeiro “sistema nacional de participação” (Santos Junior, Ribeiro e Azevedo, 2004, p. 7) ou, um “sistema descentralizado e participativo (conselhos e conferências com caráter deliberativo) que escapa aos tradicionais mecanismos políticos de decisão e legitimação (democracia representativa ou direta)”. (Moroni, 2005, p. 287-8).

Se a esses mecanismos de controle social se soma a crescente utilização de ações legais por parte de coletividades e indivíduos e a intervenção do Ministério Público para que as leis sejam cumpridas e os direitos cidadãos respeitados, pode-se dizer que está se configurando um verdadeiro sistema de *accountability* social no país (Labra, 2007). Certamente, a participação cidadã no Brasil constitui um fenômeno de grande envergadura e densidade, inédito na América Latina, que coloca novos desafios às teorizações sobre as democracias surgidas de regimes autoritários como é o nosso caso.

Mais ainda, sinaliza para a real possibilidade de que demandas societárias por participação possam ser inseridas na agenda decisória governamental e convertidas em política pública. Conforme esta perspectiva, a participação em saúde com vistas ao controle social constituiria *per se* uma política pública nacional institucionalizada através dos

Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Seu escrutínio requer, portanto, do enfoque metodológico da análise de políticas públicas de modo a acompanhar o processo de produção da política de participação desde suas origens até a atual fase de implementação e avaliação.

O propósito geral deste texto é situar a política de participação, bem como os Conselhos de Saúde enquanto mecanismos idealizados para concretizá-la, em contextos mais amplos, com o intuito de evitar o risco de confinar análises e explicações aos muros setoriais, e mesmo nacionais, em particular no que se refere aos dilemas e problemas de toda ordem que, como não podia deixar de ser, rondam esse pioneiro e corajoso empreendimento. Assim sendo, no primeiro ponto discute-se a viabilidade da democracia participativa no nosso país e a específica contribuição dos conselhos gestores de políticas, notadamente os Conselhos de Saúde, à sua construção, mediante o que denominamos *accountability* social. O pano de fundo é o complexo processo de democratização do país e os “déficits” estruturais que persistem no Estado e na sociedade, por um lado e, por outro, o não menos difícil processo de criação e implantação do SUS.

Diante de tal densidade, otimismo e pessimismo se misturam por força das próprias contradições que essas grandes transformações encerram, mas sempre tentando manter certo equilíbrio analítico entre os desejos e a razão. E quando esse equilíbrio não for alcançado, contamos com a perspicácia dos leitores para pôr ordem no raciocínio. Esta reflexão é particularmente válida quando o entusiasmo frente ao magnífico espetáculo da participação no país nos leva a acreditar piamente que a democracia participativa está prestes a se desenvolver entre nós. De outro lado, face ao sombrio quadro de entraves, problemas e boicotes que o projeto participativo enfrenta, a “disposição de espírito” desliza para o lado negativo. Justamente esse é o perigo que ameaça a leitura, ainda na primeira parte, quando se expõem as tantas e tantas dificuldades que assoberbam os conselhos gestores do país e surge uma coleção de questões e dúvidas que, igualmente, esperam as luzes dos leitores para desentranhá-las. Tudo isso, associado às baixíssimas taxas de civismo e de confiança na democracia dos brasileiros, para não lembrar a desigualdade e a pobreza, abre uma janela ao desespero. Mas é justamente a renitência da dinâmica participativa o que incita a transitar da realidade à teoria.

A segunda parte, por conseguinte, volta-se para o referencial teórico-metodológico

sobre análise de políticas. A discussão das incertas fases da política - surgimento de uma questão; inclusão na agenda governamental; formulação da política, que compreende a busca de soluções do problema, a escolha das alternativas de ação e a decisão final; e a avaliação - fornece lentes que em muito ajudam a decifrar discursos, lutas, esperanças e frustrações consubstanciais a toda política. Na exposição a ênfase é dada à implementação por ser a etapa na qual se encontra a participação setorial. Mas, por tratar-se de uma política muito particular, acrescentam-se comentários relativos à avaliação de mecanismos de participação no processo político de decisão, que incluem referências às experiências da Espanha e Inglaterra e às suas dificuldades. Estas, aliás, por soarem tão familiares, infundem um sopro de “alívio”: no final das contas, a participação é um assunto muito complicado em todo lugar.

Com esse arcabouço em mãos, na terceira parte adentramos no tema central do texto: a construção da política participativa mediante a criação dos Conselhos de Saúde. O ponto de partida são os sonhos de uma “autêntica participação popular” embutidos no visionário documento elaborada pelo CEBES em 1979, sob a liderança de Sérgio Arouca, “A Questão Democrática na Área da Saúde”, onde pioneiramente se defende e expõe o arcabouço ético, político e institucional do SUS.¹ A narrativa dessa fase (surgimento da questão) é breve, tanto quanto é curta a abordagem da fase seguinte, quando é formulada a magnífica política participativa e é idealizado o primoroso desenho dos Conselhos de Saúde. A brevidade deve-se fundamentalmente à necessidade de reservar fôlego e espaço para logo entrar no mar de contradições e confusões em que parece estar imersa a implementação dos Conselhos de Saúde.

A fim de clarear esse preocupante panorama, foram resgatados diagnósticos das Conferências Nacionais Saúde e consultadas avaliações resultantes de numerosas pesquisas, inclusive nossas. A exposição é longa e cansativa, ainda que salpicada de comentários; mas, essa foi a forma encontrada para abranger boa parte da infinidade de questões e problemas descortinados. Mesmo assim, muitos aspectos tiveram tratamento superficial devido à sua natureza. O principal deles tem a ver com o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde. A matéria, definida em legislação infra-constitucional, tem conclamado juristas, políticos e cientistas sociais sem que se tenha chegado a qualquer consenso. Assim sendo, esta é uma

¹ O documento foi publicado com o mesmo título em *Saúde em Debate*, n. 9, 1980.

das questões pendentes de tratamento fundamentado em outro momento.

Como era de se prever, as conclusões a que poderíamos arribar ao final da exposição são relativamente óbvias e certamente dúbias. E é por esse motivo que foram dispensadas. A democracia participativa avança, mas a passos exasperadamente lentos. A *accountability* social sem dúvida se expande; porém, bem devagar porquanto há um abismo a sortear até o Estado de Direito e a Justiça estenderem o manto da igualdade a todos os cidadãos. A participação, por ora, está mais parecida com um espetáculo de massa do que com uma escola de pedagogia em virtudes cívicas; contudo, estão dadas as condições para essa transformação possa se aprofundar futuramente. Os Conselhos de Saúde, por sua vez, estão presos no dilema “ser ou não ser”, com a ressalva de que a imensa maioria dos colegiados não tem qualquer condição de pensar tão alto; apesar do desenho inovador e criativo e da garra de milhares de conselheiros, algo está errado nesse reino; a dúvida hamletiana terá de ser debelada no próprio seio dos colegiados. Mas, será que as cúpulas assim o desejam? Quanto à política de participação e controle social, estão todos os ingredientes prontos para proceder a sua real e efetiva execução; contudo, falta o componente principal: a bem conhecida (mas pouco entendida) vontade política dos governantes, incluso daqueles que chegaram ao poder com ajuda do discurso da participação e da inclusão social.

Em suma, apesar das ambivalências do cenário de participação e controle social na Saúde, podemos exclamar com Galileu Galilei: *eppur si muove!!*

1. Democracia participativa e *accountability* social

A caminhada do Brasil rumo à democracia participativa pauta-se em três processos ancorados nos direitos cidadãos estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Primeiro, a criação de uma densa rede nacional de conselhos gestores de políticas públicas, cujo objetivo último é o controle social. Segundo, o fortalecimento dos institutos controladores ou de *accountability* do Estado, dos quais se destaca o Ministério Público, cuja missão é defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis (direito à vida, à liberdade e à saúde) e garantir a participação popular. Terceiro, a ‘judicialização’ da política, denotada pela massa de cidadãos que, coletiva ou individualmente, vêm demandando na Justiça o cumprimento das leis e a proteção de seus direitos.² Esses cruciais fatos políticos, jurídicos, e sociais permitem formular a hipótese de que existe convergência e reforço mútuo entre o controle social exercido pelos conselhos gestores e aquele praticado pelos cidadãos através de recursos legais e que tal confluência redefine a tradicional noção de *accountability* como **social**, sinalizando para transformações decisivas nas relações entre Estado e sociedade, a par que qualifica a democracia brasileira como participativa.

Coube a O’Donnell introduzir na América Latina a discussão sobre *accountability* ao questionar o tipo de democracia que estava emergindo ao término dos regimes autoritários e a insuficiência da teoria para explicá-la. (O’Donnell, 2004; 1997a; 1997b; 1991) Ao autor chama a atenção o fato de que as novas democracias, embora possam ser consideradas formalmente ‘poliarquias’, no seu interior contêm “zonas marrons”, nas quais não impera o Estado de Direito. Assim também, preocupa-lhe a desconexão entre as promessas de campanha dos candidatos a cargos representativos (presidente em particular) mediante eleições livres e competitivas e as decisões discricionárias que tomam e implantam uma vez eleitos. Esse estado de coisas, aliado à ineficiência das instituições estatais de *accountability* caracterizaria um “novo animal” que denominou ‘democracia delegativa’. (*Id.*, 1991; 1997b)

O’Donnell explica que nas democracias institucionalizadas operam dois tipos de *accountability*: a vertical, ou seja, “a implicada no fato de que periodicamente os governantes devem render contas ante as urnas”, e a horizontal, que opera “mediante uma

² A este respeito ver, por exemplo, Werneck Viana e Burgos (2005).

rede de poderes relativamente autônomos que podem examinar e questionar e, se necessário, sancionar atos irregulares cometidos durante o desempenho dos cargos públicos” (*Id.*, 1997a, p. 296). Embora o autor considere que as eleições sejam débeis enquanto mecanismos de controle do governo (*accountability* vertical), interessa-lhe o *accountability* horizontal porquanto seria inexistente ou extremamente débil nas democracias ‘delegativas’, além de preocupante por apontar a existência de desconfiança na esfera pública.

O’Donnell faz outras duas distinções. A primeira consiste na *accountability* horizontal de balance, que é a exercida por um dos três poderes constitucionais. A segunda tem a ver com a ameaça que representa a crescente complexidade das burocracias estatais, fenômeno que tem levado em toda parte à criação de agências de *accountability* horizontal ‘adjudicadas’ (conselhos de estado, auditorias, controladorias, *Ombudsman*, etc), encarregadas de “supervisar, prevenir, dissuadir, promover a sanção e/ou sancionar ações ou omissões presumidamente ilegais de outras instituições estatais, nacionais ou subnacionais”, que podem facilitar e promover vários tipos de *accountability* vertical. (*Id.*, 2004, p. 22)

As críticas à caracterização de O’Donnell têm sido abundantes. Argumenta-se, por exemplo, que muitas das deficiências que traz à luz são de antiga data na região, não constituindo, portanto, novidade (Garretón, 1998). Assim também teria O’Donnell desconsiderado os múltiplos movimentos da sociedade civil na última onda democratizante para fazer valer seus direitos mediante ações legais, bem como os processos de inovação cultural e política que lhe conferem um caráter distintivo (Peruzzoti, 1998, p. 289).

Indo além, Smulovitz e Peruzzoti (2002) argumentam que o tipo de controle cidadão exercido através de recursos legais constitui uma forma inovadora e alternativa de exercício do *accountability* na região. A denominam *accountability societal* e a definem como “um mecanismo de controle não eleitoral, embora vertical, de controle sobre as autoridades políticas baseado em ações de um amplo espectro de associações e movimentos cidadãos bem como em ações da mídia”. Com essas ações os atores visam a monitorar o comportamento dos funcionários públicos, expor e denunciar atos ilegais e ativar a operação de agências horizontais de controle. (Smulovitz e Peruzzoti, 2002, p. 150)

Pode-se observar que as discussões acima trazem importantes contribuições para o debate sobre as “neodemocracias” latino-americanas, em particular a noção de

accountability societal. Contudo, verifica-se que em nenhum momento os autores contemplam outra forma de controle social como é a exercida no Brasil pela sociedade civil, mediante a participação de seus representantes nos conselhos gestores de políticas, cuja disseminada presença em todo o território nacional adicionaria um componente crucial aos sistemas de *checks and balances* e, por conseguinte, ao aperfeiçoamento da democracia.

Voltando às premissas iniciais deste trabalho, é plausível afirmar que o Brasil caminha rumo à democracia participativa e que esta experiência estaria trazendo questões inéditas para as teorizações sobre a democracia, para além dos novos sentidos trazidos pelo debate mundial - democracia participativa, redistributiva, deliberativa, associativa, popular ou radical - por autores como Abers (2002); Elster (2001); Cohen e Rogers (1995); Boaventura Santos (2002); Wainwright (2005); Ibarra *et al.* (2002) e muitos outros.

É preciso, no entanto, qualificar de forma realista os múltiplos obstáculos que entram o complexo e difícil avanço da democracia participativa no país. Com este propósito, no que segue se aborda de forma genérica o tema dos conselhos gestores visando aquilatar a magnitude do fenômeno e os condicionantes de seu desempenho.

Conforme analisa Dagnino (2002), uma consequência concreta da mobilização contra a ditadura e pela redefinição da noção de cidadania empreendida pelos movimentos sociais nas décadas de 1970 e 1980, foi “a emergência de experiências de construção de *espaços públicos*, tanto daqueles que visam promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas/interesses até então excluídos de uma agenda pública, como daqueles que se constituem como espaço de ampliação e democratização da gestão estatal.” (Dagnino, 2002, p. 10, grifos no original). Na década de 1990, é inaugurada uma grande diversidade de espaços públicos muito heterogêneos por natureza, que comportam uma participação pautada por antagonismos, confrontos e disputas entre projetos políticos alternativos. No entanto, a grande inovação constituiu o fato de traduzirem uma aposta generalizada na possibilidade de uma atuação conjunta, de ‘encontros’ entre o Estado e a sociedade civil (*Id.*, p. 13)

Esses “encontros” são aqui tipificados pelos conselhos gestores de políticas, ou conselhos setoriais, cujo desenvolvimento tem acompanhado, em geral, o desenho pioneiro dos Conselhos de Saúde, instalados no país a partir de 1990. Embora extensa, vale a pena

reproduzir a esclarecedora caracterização de Moreira (1999):

“[os conselhos gestores são] órgãos concebidos para influir constitutivamente na vontade normativa do Estado, mediante o exercício de competências conferidas pelas respectivas leis criadoras (...) Não podem os conselhos deliberar sobre matérias que extrapolem os setores das políticas sociais sob sua responsabilidade, nem sobre questões que extravasem o âmbito da esfera de governo onde foram criados e das atribuições que lhes foram conferidas (...) Os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correcional das políticas sociais, à base de anulação do poder político. O conselho não quebra o monopólio estatal da produção do Direito, mas pode obrigar o Estado a elaborar normas de Direito de forma compartilhada (...) em co-gestão com a sociedade civil (...) Os conselhos devem se deter, também, sobre medidas que visem ao reordenamento institucional dos órgãos da administração pública responsáveis pela execução das políticas sociais dentro do seu campo específico de intervenção (...) Se tais medidas implicarem alterações de competência privativa do chefe do Executivo, ou de seus auxiliares diretos, dependerão de homologação por essas autoridades públicas. Tudo o mais que tenha caráter de adequação ou reorientação e que expresse o exercício de competência prevista na lei de sua criação não necessita de homologação (**exceção feita às deliberações dos conselhos de saúde**)...” (Moreira, 1999, p. 65, *apud* Tatagiba, 2002, p. 50, grifo nosso)

No levantamento que Moroni (2005) fez do que chama de ‘arquitetura da participação’, identificou 64 Conselhos Nacionais gestores de políticas públicas existentes em 2006, dos quais 13 haviam sido criados no governo Lula. Mas, ressalva que “às vezes, é difícil diferenciar as atribuições entre dois conselhos, ou até onde vai o poder de um e começa o poder de outro, ou mesmo se têm algum poder, pois muitos têm competências e atribuições parecidas, difusas, concorrentes e sobrepostas, **mostrando a ausência de uma política para esses espaços...**”. (Moroni, 2005, p. 296, grifo nosso)

Por sua parte, Tatagiba (2002), com base na pesquisa que realizou em 2000-2002 sobre os conselhos gestores das áreas de assistência social, saúde e defesa dos direitos da criança e do adolescente, assinala que há uma infinidade de problemas que são comuns a esses colegiados, embora com nuances próprias da natureza da área de política de que se trate. A conclusão geral da autora é que têm baixa capacidade propositiva, exercendo, portanto, um reduzido poder de influência sobre o processo de definição das políticas públicas.

A esse propósito, é da maior importância considerar que a avaliação crítica dos Conselhos de Saúde deve situar-se no contexto mais amplo dos problemas e

constrangimentos que afetam esses outros arranjos participativos. A seguir se registram os problemas detectados por Tatagiba (2002, p. 57-79) no cenário da época de sua pesquisa.

- Paridade na composição dos conselhos. Este princípio obrigatório que garante a legitimidade e o equilíbrio no processo decisório, é constrangido pela dificuldade dos atores da sociedade civil em lidar com a pluralidade e a “heterogeneidade constitutiva dos campos societal e estatal”.
- Relação dos conselheiros com suas entidades. O suposto neste ponto é que quanto mais forte é essa relação, maior a possibilidade de que os diferentes interesses possam fazer-se representar. Porém, há constrangimentos variados que esvaziam os conselhos e enfraquecem ou anulam suas prerrogativas legais. Por exemplo: (a) os conselheiros governamentais têm um vínculo muito frágil com seus órgãos de origem; tendem a defender suas opiniões; desdenham a participação nos colegiados ao enviar representantes não preparados e sem poder de decisão; (b) os representantes governamentais, mesmo quando interessados, não têm condições de honrar os compromissos assumidos devido a uma comunicação deficiente com os responsáveis pela execução das políticas; (c) o vínculo entre os representantes não-governamentais e suas entidades é igualmente frágil, seja porque aquelas não os respaldam e/ou porque a comunicação é ruim.
- Agenda dos conselhos. A maioria dos assuntos (cerca de 2/3 terços) discutidos nas reuniões refere-se a questões internas do conselho (regimento, funcionamento, estrutura, etc) em detrimento de temas relativos ao controle social, financiamento e conhecimento da realidade do setor.
- Qualificação dos conselheiros. A falta de capacitação dos conselheiros é generalizada em todos os segmentos, embora atinja de forma diferenciada os representantes da sociedade civil.
- Papel do Estado. Grande recusa em partilhar o poder de decisão. Resistência às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção das políticas públicas.
- Autonomia do conselho. Há controvérsia sobre se os conselhos fazem ou não parte da estrutura administrativa. Se para uns a infra-estrutura deve ser similar à de uma secretaria de governo, para outros, independentemente do financiamento público regular e permanente, constituem espaços não-governamentais de cooperação na formulação das políticas, cujo potencial crítico e democrático não pode ser bloqueado.

No entendimento de que em boa medida as dificuldades acima apontadas emanam das ambigüidades que rondam o caráter deliberativo atribuído pela legislação à maioria dos conselhos gestores e sua inserção institucional, o tema merece especial atenção.

A idéia de dotar os conselhos de atribuições deliberativas surgiu do rechaço ao arraigado *modus operandi* corporativo e anti-democrático herdado de Vargas nas relações Estado e trabalhadores mediante conselhos consultivos, cujas posições raramente poderiam resultar em ações governamentais. Mediante o caráter deliberativo dos novos arranjos participativos buscava-se, ao contrário, investi-los de uma força democratizante que

efetivamente exercesse o controle social sobre decisões do poder público. Porém, desde o começo tem persistido o debate em torno da dicotomia consulta *versus* deliberação deixando transparecer estratégias de esvaziamento da “radicalidade da partilha de poder”. A literatura sobre os conselhos gestores tem reiteradamente apontado que eles não estão cumprindo sua vocação deliberativa nem mostrando capacidade de inovação das políticas públicas. E isto devido em boa medida, por um lado, à clara exclusão dos conselhos do processo decisório e à sua transformação em meras arenas formais de legitimação das autoridades de turno, cuja instalação tornou-se obrigatória para o repasse de recursos aos fundos setoriais; e, por outro, à sua ambígua inserção institucional.

A respeito dos temas/problemas assinalados permanecem perfeitamente vigentes importantes indagações de vários autores também citados por Tatagiba (2002, p. 94):

- Os conselhos são deliberativos em relação a quê? Quais são os limites e alcances desse poder deliberativo? Diz respeito às diretrizes gerais ou pode obrigar o Executivo a modificar programas e projetos de ações e investimentos? (Mercadante, 1999)
- Os conselhos devem governar ou fiscalizar? Devem ampliar suas responsabilidades executivas ou aprimorar seus mecanismos de acompanhamento? (Carvalho, 1997)
- Onde se localizam as fronteiras que separam conselhos e governo no campo concreto das deliberações políticas? (Draibe, 1998)
- Exerce o conselho parcela do poder público? Pode exigir dos gestores o respeito às suas decisões? (Stanisci, 1997)
- O Executivo tem que acatar as diretrizes emanadas dos conselhos? A quem recorrer para a aplicação das resoluções? Quem arbitrará as pendências entre as duas instâncias? (Camurça, 1994)
- É correto o governo constituir um órgão, mobilizar recursos humanos e materiais da sociedade, e depois desconsiderá-lo? (Camurça, 1994)

Essa profusão de questões revela a complexidade da participação, seus atributos e mecanismos para efetivá-la. Os dilemas relativos à sua implementação parecem insondáveis tanto quanto parecem ainda insuficientes muitas das explicações dos entraves.

Indo além de simplificações, Dagnino (2002; 2004) tece relevantes reflexões que vale a pena mencionar ainda que de modo em extremo sintético. Para a autora, a criação de espaços públicos e a crescente participação da sociedade enfrentam dois obstáculos principais. Primeiro, o “autoritarismo social” e as “visões hierárquicas e excludentes da sociedade e da política” enraizados na cultura política. (*Id.*, 2002, p. 280). Segundo, a

confluência perversa entre dois projetos *políticos antagônicos*:³ o processo de alargamento da democracia fundado na ampliação da cidadania e na participação da sociedade civil, por um lado e, por outro, o impacto do projeto neoliberal e sua concepção minimalista, gerencial e despolitizadora dessas mesmas noções. (*Id.*, 2004, pp. 95-110, grifos no original)

Outros fatores e déficits da sociedade brasileira que concorrem para o enfraquecimento dos arranjos participativos devem ser ainda mencionados. Um primeiro conjunto tem a ver com a cultura política e os valores cívicos. Entre os principais destacam:

- Baixíssima adesão dos brasileiros aos valores democráticos: 53% não sabem o que significa a democracia; 50% não confiam na democracia; 36% estão satisfeitos com a democracia; 56% acreditam que as eleições são fraudulentas (Latinobarómetro, 2006, p. 58); apenas 30,6% se consideram democratas e 42,4% são simpáticos ao uso da força. (PNUD, 2004)
- Reduzido engajamento dos cidadãos em atividades associativas.⁴ De acordo com o IBGE (1996), 69% da população é de não-filiados/associados; a distribuição dos 31% de filiados/associados é a seguinte: sindicatos 53%, órgãos de classe 8%, órgão comunitário 39% (do total 3% estavam filiados a um partido). É relevante destacar que, apesar da intensa mobilização social nas últimas décadas, o associativismo não teve alteração significativa já que em 1988 os não-afiliados/associados representavam 71% das pessoas. (IBGE, 1988).

Desigualdade e pobreza configuram um outro conjunto de fatores determinantes dos resultados acima mencionados, já que comprometem a confiança na democracia e nas instituições, incidem no engajamento cívico em ações coletivas e afetam a simetria nas relações entre os participantes das arenas de deliberação. (Labra, 2005) Essa participação refere-se, porém, aos incluídos e não aos “invisíveis” que, segundo Grzybowski (2004), equivale a 50% da população brasileira. Nas palavras do autor, esse contingente é constituído por “aqueles que não formam parte da sociedade civil simplesmente porque não têm identidade, projeto, organização social e forma de luta para afirmar-se, defender-se, para conquistar direitos e reconhecimento”, são aqueles “politicamente destituídos de todo poder real”. (In: PNUD, 2004, p. 180)

³ A autora usa o termo “projetos políticos” para designar “os conjuntos de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que deve ser a vida em sociedade, que orientam a ação política dos diferentes sujeitos.” (Dagnino, 2004, p. 98)

⁴ As únicas pesquisas sobre associativismo no país foram realizadas pelo IBGE em 1988 e em 1996. A segunda foi feita nas áreas metropolitanas de Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre e envolveu um universo de 22,5 milhões de pessoas.

A criação de uma infinidade de espaços públicos de participação e deliberação no Brasil foi produto das lutas da sociedade pela democratização. A existência real de arranjos participativos como os conselhos gestores e outros mecanismos instaurados em todo o país permitem augurar que a construção da democracia participativa poderá tornar-se realidade em toda sua extensão, ainda que num futuro impossível de prever por enquanto. Para essa incerteza contribuem inúmeros fatores, como ilustra o caso dos conselhos gestores de políticas, que desde sua instalação enfrentam obstáculos de toda ordem para cumprirem seus objetivos, a começar por aqueles oriundos da (in)ação do próprio Estado e das autoridades governamentais. De fato, nesses âmbitos há grande dificuldade para reconhecer que a participação formal em arenas deliberativas não foi uma concessão num momento de euforia passageira do processo de democratização, senão que constitui uma genuína política pública formulada, justamente, para alargar a democracia, promover a inclusão política e social e submeter o processo político de decisão ao escrutínio e influência da sociedade mais ampla, a fim de que seus interesses e necessidades sejam escutados e atendidos.

Do lado da sociedade civil, contudo, tampouco o mundo é cor-de-rosa. Por todas as razões apresentadas pode-se concluir que o Brasil carece propriamente do que Putnam (1996) denomina "comunidade cívica", quer dizer, de uma comunidade caracterizada "por cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias e por uma estrutura social assentada na confiança e na colaboração". (*Id.*, 1996:31) Os enormes déficits nesse plano ainda não permitem afirmar que a cidadania se envolve de forma importante nas questões de interesse comum, participa na vida pública, é solidária, confiante e tolerante e se engaja em organizações cívicas que incorporam e reforçam esses valores. Em suma, ainda falta entre nós um estoque suficientemente sólido e extenso de capital social capaz de dar sustentação à "arquitetura de participação". Apesar de tudo isso, o sistema participativo já existente e consolidado sinaliza para a real possibilidade de ganhos futuros em termos de valores cívicos, acumulação de capital social e avanço da democracia participativa.

2. Participação e controle social como política pública

O propósito desta seção é entregar alguns elementos a fim de caracterizar a participação da sociedade civil em arenas estatais específicas de decisão como resultado de uma política pública cujo objetivo último é o controle social sobre a formulação e execução de políticas e programas na área da Saúde. Em particular, pretende-se tornar mais compreensíveis os discursos, os fatos políticos e as sanções legais que foram moldando a política participativa na área da Saúde.

O estudo da participação sob o enfoque da análise de políticas⁵ ainda está para ser feito no Brasil. Portanto, não se trata de fornecer aqui um referencial profundo e abrangente sobre essa metodologia, nem aplicar o enfoque à participação social como um todo, mas apenas propor lineamentos nessa direção e chamar a atenção para a relevância de tomar o tema como objeto de preocupação acadêmica.

A exposição aborda primeiramente aspectos gerais da análise de políticas para, em seguida, se deter na avaliação da participação.

(a) O processo de produção das políticas públicas

Tem sido convencionado que, para fins heurísticos e analíticos, é preciso distinguir aproximadamente as seguintes etapas no ciclo de produção de uma política: surgimento de uma questão que inquieta a sociedade e/ou o governo; inclusão da questão na agenda governamental; formulação do problema, que compreende o exame das possíveis soluções, a escolha de alternativas de ação, a tomada da decisão final, aprovação e promulgação mediante um estatuto legal; execução ou implementação da política; e, monitoramento e avaliação.

Para começar, não há acordo quanto à definição do que seja uma política pública, não obstante a vastidão da literatura sobre o tema. Para fins desta exposição, a concepção de Oszlak e O'Donnell (1976) é apropriada:

“Um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado em relação a uma questão que chama a atenção, o interesse e a mobilização de outros atores da sociedade civil. Desta intervenção pode-se inferir uma determinada direção, uma determinada orientação normativa que, presumivelmente, afetará o futuro curso do processo social desenvolvido, até então, em torno do tema”. (Oszlak e O'Donnell, 1976, p. 21, tradução nossa)

A essa definição caberia apenas acrescentar que a regra resultante dessa intervenção

⁵ Para fins deste trabalho será mantida a expressão análise de políticas, embora o sentido perca fidelidade em

tem efeito vinculante na medida em que deve ser acatada por todos os afetados. (Heywood, 1997)

Também é válido considerar a seguinte advertência de Lindblom (1985):

“O processo de *decision making* não leva a “soluções” que possam ser julgadas com base em padrões de racionalidade; produz acordos, conciliações e ajustes cuja avaliação, com vistas à equidade, aceitabilidade, reexame e atendimento aos interesses em jogo é sempre inconclusa.” (Lindblom 1980, p. 111, tradução nossa)

Das citações acima se deduz que a incerteza e a complexidade são inerentes ao processo de produção de uma política. E isto devido à influência de inúmeros fatores e variados condicionantes como: o ambiente internacional e o doméstico; a conjuntura política (notadamente os resultados eleitorais), a capacidade de mobilização dos atores (que depende dos recursos disponíveis), a influência da mídia, a natureza da questão, o grau de dificuldade e abrangência e, muito importante, a profundidade da transformação que se pretende com a política, especialmente quando, para seu sucesso, se requer de mudanças comportamentais e culturais enraizados na sociedade.

Adicionalmente, para a incerteza concorre o fato de que qualquer questão potencialmente objeto de uma decisão política envolve conflitos de interesses e lutas entre atores pelo poder de influenciar os resultados, que nem sempre podem ser contornados. Isto quer dizer que, mesmo tendo entrado uma questão na agenda de governo, pode ficar paralisada *ad infinitum* ou, ao contrário, entrar rapidamente na fase de formulação.

Na etapa da formulação a politização em torno do tema/problema se aguça e, conseqüentemente, também os confrontos e as incertezas quanto aos resultados, de forma tal que a decisão final poderá vir à luz num tempo impossível de determinar, com exceções logicamente.⁶ E caso a decisão seja tomada, tanto a definição do problema quanto a alternativa de solução encontrada podem estar longe dos propósitos iniciais de seus promotores, isto porque há o crivo das diversas instâncias que intervêm no processo decisório, notadamente as agências do Executivo e o Parlamento, além da pressão dos atores afetados positiva ou negativamente pela política. O Parlamento, por natureza, se converte em palco de debates e de lutas político-partidárias que podem desfigurar parcial ou completamente o espírito do projeto de lei em análise ou, inversamente, defender seu

relação ao original *policy-making analysis*. Sobre este tema ver, por exemplo, Hill (1997); Labra (1999).

⁶ Uma exceção óbvia é a Lei Orçamentária Anual.

acatamento *in totum* e inclusive melhorá-lo. Isto não impede, contudo, que o veto presidencial seja exercido de forma a mutilar aqueles tópicos dos quais o chefe do Executivo discorda.

Cabe lembrar que uma decisão de política pública somente tem efeitos vinculantes após a sanção como lei da República. Mas essa lei normalmente é imperfeita e genérica, além de não explicitar as fontes de financiamento nem detalhes concernentes à implementação. Esta etapa, aliás, se configura como um divisor de águas. Ocorre uma espécie de divórcio entre os formuladores (políticos) e os implementadores (administradores). Os primeiros pressupõem que, cumprido seu cometido, cabe aos segundos proceder à execução da política mediante expedientes normativos internos; mas, na realidade concreta, não existe tal separação. Para essa “miragem” concorre a “despolitização” da política durante a etapa da implementação porquanto o debate sai da cena pública e as decisões ficam confinadas aos circuitos burocráticos da agência incumbida de pôr em marcha a nova política pública. No entanto, essa despolitização é igualmente aparente dado que as pressões e interferências dos atores nunca cessam. Ao contrário, nos bastidores se reascendem as lutas pelo controle político da gestão, a nomeação de cargos e a liberação e aplicação dos recursos financeiros.

A fase de implementação das políticas tem recebido atenção menor dos estudiosos, em particular no Brasil, apesar de ser crucial para entender e explicar o insucesso de muitos programas de governo e políticas de Estado. No que segue, a implementação será abordada com certo detalhamento pela sua importância para a compreensão das já mencionadas dificuldades que enfrentam os conselhos gestores, neles incluídos os Conselhos de Saúde.

De acordo com Mazmanian e Sabatier (1989),

“Implementar é levar adiante uma decisão básica de política, usualmente incorporada em um estatuto, mas que também pode ter a forma de ordens executivas importantes ou decisões dos tribunais. Idealmente, essa decisão identifica o problema, estipula os objetivos a serem perseguidos e, de várias formas, “estrutura” o processo. O processo ocorre normalmente através de numerosos estágios, a começar pela promulgação do estatuto básico, em seguida as decisões das agências implementadoras, a concordância dos grupos-alvo com essas decisões, os impactos reais – tanto os pretendidos como os não tencionados -, os impactos percebidos das decisões da agência e, finalmente, revisões importantes (reais ou tentadas) no estatuto básico.” (Mazmanian e Sabatier, 1989, p. 20, tradução nossa)

Segundo Mèny e Thoenig (1992),

“A implementação designa a fase da política pública durante a qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos ou de discursos. Pôr em prática, executar, dirigir, administrar: não faltam palavras para identificar o que, a primeira vista, parece evidente. (...) A execução de uma política deve necessariamente gerar efeitos? O termo sugere que devemos ter a prudência de não pré-julgar o conteúdo e o processo, rompendo, se for preciso, com o senso comum.” (Mèny e Thoenig, 1992, p. 158, tradução nossa)

Na prática, as políticas são continuamente transformadas pelas ações da implementação na medida em que simultaneamente altera recursos e objetivos. Na maior parte do tempo o que ocorre é o redesenho da política, seja para modificar os objetivos a fim de adequá-los aos recursos disponíveis ou para mobilizar novos recursos de modo a atingir antigos objetivos pendentes. Nesse sentido, pode-se dizer que implementação é evolução.

Reiterando, a implementação raramente transcorre como previsto ou desejado. Esta afirmação óbvia tem levado, no entanto, a uma avalanche de estudos sobre as “falhas” da implementação, particularmente em relação a políticas reformistas, cujos resultados deveriam ser duradouros, mas com freqüência isso não acontece. Como bem se sabe, os governos são muito melhores para formular as políticas e fazer a legislação do que para efetuar as mudanças desejadas. Justamente essa brecha entre formulação e implementação tem levado à busca de explicações do por que as políticas são mal-sucedidas ou não são implementadas. Para além dos mencionados fatores externos e internos que incidem em todo e qualquer processo de produção de políticas, a própria política pode ter sido mal formulada, conter defeitos de concepção que tornam em extremo difícil efetivar as mudanças desejadas. Em todo caso, no mundo real as falhas ou brechas e mesmo o fracasso de uma política são inevitáveis. Em outras palavras, não existe uma implementação perfeita.

Além do fato de não existir um *policy-making* ideal porque a racionalidade humana é limitada, Hogwood e Gunn (1984) apontam dez pré-condições que se supõe seriam necessárias para que, em uma democracia pluralista, a implementação de uma política seja “perfeita”. A seguir são apenas enunciadas essas pré-condições dado que se explicam por si mesmas:

1. As circunstâncias externas à agência implementadora não impõem constrangimentos cerceadores.
2. A política ou programa dispõe de tempo e recursos suficientes.
3. A combinação de recursos requerida está de fato disponível.

4. A política está baseada em uma teoria de causa e efeito válida.
5. A relação entre causa e efeito é direta e intervêm poucos elos ou nenhum.
6. As relações de dependência em relação a outras agências são mínimas.
7. Há entendimento e consenso em relação aos objetivos.
8. As tarefas estão totalmente especificadas em correta seqüência.
9. Há perfeita comunicação e coordenação.
10. Aqueles com autoridade podem demandar e obter plena concordância.

É evidente que esse conjunto de requisitos é inatingível no mundo real. Além disso, contrariamente do que se acredita, não existe uma relação política-ação. Isto porque a implementação é um processo que demanda permanente interação e negociação ao longo do tempo entre aqueles que buscam efetivar a política e aqueles dos quais depende a ação. Mas essas negociações não são fáceis porque, como se disse anteriormente, em geral se acredita que os primeiros são eleitos enquanto os administradores e funcionários públicos não o são. Ademais, **há concorrência de legitimidades democráticas entre as autoridades eleitas e conselhos consultivos ou deliberativos cujos membros não são escolhidos mediante o voto popular.**

Pode-se concluir com Hogwood e Gunn (1984) que o sucesso de uma política vai depender, em última instância, da vontade e habilidade de algum grupo dominante (ou coalizão de grupos) para impor sua vontade. Onde não existe tal dominância, a implementação mais próxima da política desejada somente pode ser alcançada mediante um longo processo de "incrementalismo" e "ajuste partidário mútuo". Em algumas circunstâncias, a distribuição de poder pode ser tal que produz um impasse na fase de implementação, mesmo quando a política tem sido autorizada e legitimada formalmente. (*Id.*, p. 216)

Em suma, é importante distinguir entre falhas de implementação (o que se evitaria com o monitoramento) e falhas da política, embora seja difícil fazer essa distinção. Se as avaliações provam que é impraticável executar a política da forma originalmente visada, então isto pode ser considerado uma falha de desenho da política. Mas a relação causa-efeito é sempre complicada porque a avaliação é uma forma de exercício do poder e de controle. Por razões políticas os governos podem não querer tomar a iniciativa que indicaria o monitoramento ou, inversamente, insistir cegamente em retificar desvios insolúveis. Enfim, **falhas sistemáticas em alcançar metas podem estar indicando a necessidade de redefinir os objetivos originais da política.**

Por último, é preciso reiterar que, via de regra, toda avaliação parte do "estatuto

básico” que define os propósitos ou objetivos gerais da política a fim de confrontá-los com o que de fato está sendo implementado. Ora, uma boa avaliação pode demonstrar que a política está sendo um fracasso; porém, como a correção das falhas será sempre uma decisão política, adotar ou não medidas condizentes significa de qualquer maneira reiniciar todo o processo de produção dessa mesma política, seja para melhorá-la e seguir adiante, seja para neutralizá-la.

(b) Avaliação da participação

A participação da sociedade civil em arenas de decisão semi-públicas ou *ad-hoc* não tem sido entendida na literatura como uma política pública, mas como um possível mecanismo para aproximar cidadãos e autoridades e democratizar a gestão. Conseqüentemente, as avaliações enfocam a adequação dos mecanismos e o que tem sido chamado de “qualidade da participação” e seu impacto na definição das políticas públicas. Como mostra a literatura internacional, o tema é por demais extenso, tendo sido elaborada uma variedade de modelos de avaliação impossível de examinar nesta exposição.⁷

Conforme Anduíza e Maya (2005), em primeiro lugar, a avaliação exige concreção e clareza. Portanto, é preciso desenvolver um número limitado de aspectos e indicadores, tarefa nada simples dado que a participação é multifacetada. Em segundo lugar, definir o que é “qualidade” da participação é *per se* difícil na medida em que pode expressar uma diversidade de acepções. É um conceito abstrato e complexo, que geralmente se contrapõe ao conceito de quantidade por sublinhar os atributos ou propriedades positivas de alguma coisa ou processo. É também multidimensional porque admite múltiplas interpretações e definições e pode adquirir diversos significados em função da pluralidade de valores e opiniões que estejam presentes no processo participativo. Pode ainda haver diferentes definições em função dos elementos que se consideram fundamentais para avaliar a qualidade da participação política (processo, resultado, organização, satisfação dos usuários, entre outros).

Em resumo, entender a qualidade como um atributo positivo do processo participativo requer o desenho e a definição de indicadores em quatro âmbitos fundamentais: quem participa, em quê participa, como se participa e, quais são as

⁷ No Brasil ainda não se conta com metodologias de análise aplicáveis ao vasto campo das experiências participativas existentes. O grande volume de estudos de caso já produzido sinaliza para a necessidade de uma sistematização teórica, conceitual e metodológica nesse tema.

conseqüências do processo participativo. Junto com isso, em cada âmbito devem ser especificadas as **aspirações normativas** a partir das quais os processos participativos serão avaliados. (Anduiza e Maya, 2005, p. 8-16, grifo no original; tradução nossa).

Ainda em relação à avaliação da participação, vale registrar que a literatura internacional comprova que não existe um modelo ideal. Ao contrário, todas as formas adotadas (jurados e painéis de cidadãos, conselhos consultivos ou deliberativos, websites interativos, planejamento/orçamento comunitário e outros) apresentam problemas semelhantes, independente do contexto nacional ou local. Esses problemas são sintetizados a seguir com base em estudos sobre a Espanha (Gomà e Font, 2004; IGOP/UAB, 2005) e Inglaterra (Lowndes, Pratchett e Stoker, 2001):

- Práticas participativas como as dos conselhos têm mostrado que, muitas vezes, o governo local busca, mediante a participação, legitimar suas políticas sem, no entanto, manifestar vontade para impulsionar o funcionamento dos colegiados.
- O grande esforço participativo tem escassa ou nenhuma incidência na gestão municipal.
- O difundido ceticismo quanto à tradução das decisões dos colegiados em decisões concretas do governo tem sido atribuído a fatores como a inconstância do compromisso político com as resoluções daqueles e/ou à estrutura inadequada do mecanismo participativo.
- As autoridades não dão resposta aos conselhos porque “conhecem melhor” o problema, porque a decisão compartilhada lhes foi desfavorável e/ou porque não conseguem vincular os resultados da participação ao processo decisório.⁸
- São falhos os canais através dos quais as instituições deveriam dar respostas sobre o destino das propostas, se foram aplicadas ou não e por que razões não o foram.
- Os cidadãos não têm clareza quanto às limitações da autoridade local nem quanto aos assuntos que lhes incumbiria discutir. Demandam o envolvimento em “grandes assuntos”, mas não tomam iniciativas a respeito e, quando há interesse, é apenas no começo porque logo decai a participação nos debates e na prática focalizam suas demandas em “episódios da vida” tópicos.
- Como é difícil manter os esforços exigidos pela participação, os cidadãos preferem confiar nos poucos indivíduos comprometidos (lideranças locais “naturais”). Contraditoriamente, reclamam que sempre “as mesmas pessoas dominam tudo”, mas reconhecem essas pessoas por terem mais experiência em processos participativos.
- Os cidadãos não têm claro quais são assuntos que os conselhos devem tratar. Acreditam que as pessoas somente deveriam se envolver quando seus próprios interesses são diretamente afetados.
- A não-participação é atribuída a motivos diversos: apatia do público; visão negativa dos políticos (câmara local e vereadores) porque não cumprem as promessas de

⁸ Uma pesquisa mostrou que 75% das autoridades consultadas não souberam responder a esse quesito. (Lowndes; Pratchett; Stoker, 2001, p. 452)

campanha e se distanciam dos problemas reais das comunidades; desconhecimento das oportunidades para participar; impossibilidade por causa da jornada de trabalho; baixa visibilidade ou a pouca projeção externa dos conselhos.

- As associações representadas nos conselhos têm estruturas pouco sólidas; a comunicação entre associações e seus representantes é deficiente; em particular, os representantes não transmitem sua experiência àquelas.
- A concertação entre o tecido associativo e as instituições públicas se restringe ao âmbito do conselho, não alcançando outros níveis de governo.
- A representatividade da sociedade civil nos conselhos é seriamente afetada em dois sentidos: (1) pela ausência de determinadas entidades (minorias, territoriais, alternativas e críticas); (2) por sentimentos de exclusão social (a participação “não é” para jovens, mães solteiras, asiáticos, africanos, etc.).

A respeito desse último ponto, Lowndes, Pratchett e Stoker (2001) argumentam ser muito difícil que as formas de consulta sejam inclusivas. “Mais participação” não significa “mais democracia”. As iniciativas participativas podem reforçar padrões existentes de exclusão social e desvantagem. Portanto, são necessários diferentes métodos de participação para alcançar grupos distintos de cidadãos. Mesmo assim, seria irrealista buscar “equilíbrio” ou “representatividade” dentro dos fóruns de participação. (*Id.*, 2001, p. 453)

Da leitura dos pontos acima fica claro que os múltiplos problemas enfrentados pelos arranjos participativos em países tão diferentes do Brasil, também foram constatados em relação aos conselhos gestores brasileiros. Certamente essa constatação não é um alívio, mas contribui, e muito, para relativizar a exagerada gravidade por vezes atribuída aos dilemas e entraves do nosso “sistema participativo” em geral, e no setor saúde em particular.

A modo de encerramento desta parte, cabe salientar que há consenso na literatura sobre análise de políticas em que o prazo razoável para poder avaliar e apreciar cabalmente os resultados ou impactos de uma política é em torno de 10 anos. Como a participação com controle social na saúde começou a ser implementada com a criação dos Conselhos de Saúde em 1990, o tempo transcorrido desde então é mais do que suficiente para consolidar os muitos diagnósticos que têm sido feitos até o momento.

3. A política de participação e controle social na Saúde

A exposição deste tema terá um enfoque sobretudo descritivo e será dividida seguindo aproximadamente as fases relativas à análise de políticas.

(a) Demandas societárias de participação

O propósito deste tópico é registrar os principais momentos nos quais surgem na área da Saúde demandas por participação e controle social. Foram selecionados os enunciados mais relevantes a fim de introduzir elementos e comentários que permitam acompanhar a evolução posterior dos propósitos iniciais quanto a transformar radicalmente as relações Estado-sociedade mediante a participação da população na toma de decisões. À luz da história posterior, se constata que as primeiras formulações sobre participação eram realmente visionárias, corajosas e arrojadas para a época.

A visão de que a “neodemocracia” brasileira - em difícil gestação desde meados dos anos 1970 até começos dos anos 1990 – para frutificar, requeria alguma forma de controle social sobre o processo de produção e efetivação das políticas públicas, era compartilhada por vastos setores da sociedade civil. No âmbito da saúde, nessa mesma época, surgia a idéia de que a democratização do país, a reforma do iníquo sistema médico assistencial e sanitário existente e a participação da população nesses desígnios deviam fazer parte do mesmo projeto de transformação. Quanto à participação, era claro que a forma e objetivos que viesse a adotar deviam distanciar-se radicalmente das propostas de tipo instrumental da Medicina Comunitária dos anos 60, para se constituir em legítimo exercício do controle social. Tais idéias foram forjadas pioneiramente no seio das reuniões do CEBES sob a liderança de Sérgio Arouca. O primeiro produto concreto dessas reflexões foi o crucial documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, apresentado no 1^o Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, na Câmara Federal, em outubro de 1979, publicado sob o mesmo título em *Saúde em Debate* n^o 9, de 1980.

Esse documento, que apresenta pela primeira vez as linhas mestras do arcabouço ético, político e institucional do que viria a ser o SUS, foi considerado pelo CEBES como “uma primeira etapa na formulação de uma Plataforma de Luta em prol de uma autêntica democratização da Medicina e da Saúde brasileira”. Alude também à participação enfaticamente nos seguintes termos:

“Por uma Saúde autenticamente democrática entende-se: (...) organizar o Sistema de forma descentralizada (...) a fim de viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do Sistema, propondo e controlando as ações planejadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos, e assembleias e instâncias próprias do Sistema Único de Saúde. (...) Esta descentralização visa (...) sobretudo ampliar e agilizar uma

autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de saúde. (...) Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias. (...) Evita-se, também, com isto, uma participação do tipo centralizador tão cara ao espírito corporativista e tão apta às manipulações cooptativas de um estado fortemente centralizado e autoritário como tem sido tradicionalmente o Estado Brasileiro. (...) O órgão [Ministério da Saúde/SUS] deve ter poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população através de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados.”

Coerente com essa plataforma de luta e ação, o CEBES, em aliança com organizações como ABRASCO, lideranças políticas, técnicas, sociais e outras, conformou o Movimento Sanitário cujo momento inaugural e decisivo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 e presidida por Sergio Arouca. No Relatório Final desse magno evento “a participação da população” é considerada um dos princípios a reger o “novo Sistema Nacional de Saúde”. Para tanto é necessário:

- Estimular “a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado”, a ser institucionalizado mediante a “formação de Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade...”.
- Constituir “um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, tais como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares”.
- Os Conselhos de Saúde têm como “papel principal permitir a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde”. (MS, 1986)

Propõe ainda que, para “subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte”, seja criado o “Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada de forma paritária”.

A conjuntura política de transição à democracia abria, dessa forma, uma janela de oportunidade ímpar para transladar a luta pela Reforma Sanitária à arena parlamentar e, para tanto, todas as forças foram mobilizadas em torno da Plenária Nacional de Saúde para pressionar pela mudança da nova Constituição a ser elaborada.

(b) Formulando a política de participação e controle social

Como bem se sabe, a vitória dos defensores da Reforma Sanitária foi rotunda: conseguiram inserir na Constituição Federal de 1988, no Título VIII – Da Ordem Social,

Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II – Saúde, artigos 196 a 200, as disposições gerais sobre o Sistema Único de Saúde, das quais faz parte a diretriz “Participação da comunidade” (Artigo 198, inc. III), reforçada na Seção IV – Da Assistência Social com a diretriz que reza: “Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis” (Artigo 204, inc. III).

Em decorrência das determinações constitucionais foi elaborada e promulgada a Lei Orgânica do SUS nº 8.080, de setembro de 1990, com o veto do ex-Presidente Collor dos artigos relativos ao financiamento e à participação. A respeito deste segundo tema a eficiente mobilização do Movimento Sanitário e de parlamentares aliados possibilitou preparar, aprovar e promulgar em curtíssimo prazo a Lei 8.142, de dezembro de 1990, que estabelece:

“O SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde, que se reunirá a cada quatro anos “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” mediante convocação do Poder Executivo;

II - o Conselho de Saúde, de “caráter permanente e deliberativo (...) 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.”

Apesar da primorosa formulação das diretrizes relativas à participação e aos CS, traduzi-las foi bem mais intrincado e difícil do que imaginado. Por uma parte, havia que romper com o legado do “autoritarismo social”. Por outra, era preciso encontrar fórmulas que permitissem uma combinação adequada das representações do mundo associativo de modo a incluir os usuários dos serviços do SUS, os trabalhadores da saúde e a sociedade mais ampla. Além disso, as condições políticas externas ao setor e internas deveriam ser propícias à execução da política de participação e controle social com relativa continuidade. Mas a realidade mostrou-se bem distante do esperado.

(c) Implementação dos Conselhos de Saúde

À medida que se iniciava o processo extraordinariamente difícil de implantação do SUS no país, timidamente iam se criando os Conselhos de Saúde (CS) de forma iterativa, ou seja, por ensaio e erro, num contexto muito desfavorável dado o ambiente político incerto (eleição e impedimento de Collor), a incipiente institucionalidade setorial e

a burocracia pública permeada por uma cultura autoritária, encapsulada, tecnocrática e clientelista, além da investida neoliberal que introduzia vetores totalmente contrários ao fortalecimento do Estado Social e à introdução de mecanismos participativos na formulação e execução das políticas públicas. Em suma, as enormes resistências ao avanço da Reforma Sanitária se refletiam nos ingentes esforços dos promotores dos CS por vencer desafios e resolver conflitos sem fim.

No mês de agosto de 1992 foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, cuja importância para o futuro dos CS foi decisiva. Nela se reafirma:

“A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania. (...) A participação, independente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação social. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde”.

A aposta no potencial transformador (quase revolucionário) dos CS refletiu-se na definição um tanto ambiciosa de todos os aspectos relativos às competências, composição e requisitos de funcionamento dos colegiados, também alimentada pelas primeiras avaliações dos CS mostrando variadas distorções que exigiam pronta correção.

A determinação de que os CS se deveriam se constituir em foros genuinamente poderosos e autônomos de deliberação, decisão e controle social no âmbito do SUS e seu entorno foi normatizada pelo reformado Conselho Nacional de Saúde mediante a Resolução nº 33, de 1992, homologada pelo então Ministro da Saúde Jamil Haddad e publicada no DOU nº 7, de 12/01/1993.

Confirmando as disposições da lei 8.142, essa norma define o CS como

“(...) o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixada em lei. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema”.

Também estabelece que o ato de criação do CS, sua composição, estrutura e competência serão estabelecidos por lei estadual ou municipal e referendadas pelo Poder Executivo, que nomeará os conselheiros.

Dessa Resolução serão destacados três aspectos decisivos para a compreensão e

análise das dificuldades que os CS têm enfrentado na sua implementação: competências, composição e estrutura.

Competências

A Resolução nº 33/1992 estabelece que os CS, que “tem algumas competências já definidas nas leis federais e complementadas pelas legislações estaduais e municipais, poderão ainda”:

1. Atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa.
2. Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal.
3. Traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços.
4. Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área.
5. Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS.
6. Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do colegiado.
7. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde.
8. Propor a convocação e estruturar comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.
9. Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde.
10. Estimular a participação comunitária no controle da administração do SUS.
11. Propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos.
12. Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS.
13. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento.
14. Estimular, apoiar ou prover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS.
15. Outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde.

Pode observar-se que, desde o início, parece ter sido pensado que tal acúmulo de atribuições seria acompanhado da correspondente cota de poder de decisão e de estrutura operacional condizente. Certamente, nesse cálculo pesou a necessidade estratégica de dotar o SUS de poderosos mecanismos de controle social - a começar pelo Conselho Nacional de

Saúde - para dar sustentação política e social à Reforma Sanitária, sempre sob o risco de sofrer retrocessos.

Além do mais, essas responsabilidades nunca têm sido questionadas. Ao contrário, têm sido refinadas e inclusive ampliadas, na medida em que os diagnósticos e a experiência pareciam apontar para a necessidade de os CS serem dotados de uma regulação mais forte e abrangente. Só que para essa regulação ter capacidade de *enforcement*, ou seja, ser impositiva e vinculante, é imprescindível que as correspondentes deliberações dos colegiados, a começar por aquelas emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde enquanto reitor do sistema participativo setorial, entrem no circuito dos poderes legislativos do Executivo e do Congresso Nacional. Mas, para que assim aconteça, primeiro há que vencer o obstáculo principal já salientado: “a concorrência de legitimidades democráticas entre as autoridades eleitas e conselhos deliberativos cujos membros não são escolhidos mediante o voto popular”. Como será demonstrado adiante, tudo leva a crer que esse circuito normativo tem derivado em um círculo vicioso em extremo difícil de romper.

Composição

A Resolução nº 33/1992 recomenda que o número de conselheiros não seja inferior a 10 nem superior a 20 membros, ressalvando que “a situação de cada Estado ou Município poderá levar à melhor definição dessa composição numérica”. Também adverte que o mandato dos conselheiros não deve coincidir com o do Governo Estadual ou Municipal e ter duração de dois anos, renovável pelo mesmo período.

Quanto à composição, a norma sugere, a modo de exemplo, textualmente:

Conselhos Estaduais de Saúde:

- Representante(s) do Governo Federal, indicado(s) pelo Ministro de Estado da Saúde e outros Ministérios;
- Representante da Secretaria de Saúde do Estado;
- Representante(s) das Secretarias Municipais de Saúde;
- Representante(s) dos Trabalhadores na Área da Saúde;
- Representante(s) dos Prestadores de Serviço de Saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas.

A representação dos usuários deverá ser composta por:

- Representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- Representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- Representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores

- ou entidades equivalentes;
- Representante(s) de associações de portadores de deficiências;
- Representante(s) de associações de portadores de patologias;
- Representante(s) de entidades de defesa do consumidor;
- A representação total dos conselhos deve ser distribuída da seguinte forma:
- 50% dos usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado).

Os representantes dos usuários deverão ser indicados impreterivelmente pelas suas entidades.

Conselhos Municipais de Saúde:

- A composição será semelhante, mas adaptada ao município. O representante do Governo Federal é dispensado.

Por último, a mesma norma estabelece: “Nenhum conselheiro poderá ser remunerado pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública”.

As disposições sobre a composição confirmam que o desenho dos CS foi criativo e democrático, sendo a paridade o traço mais inovador, mas, ao mesmo tempo, o mais problemático, tanto quanto a própria escolha e representação dos conselheiros. Quem representa quem? Como foi eleito? Indagações e questionamentos desse teor vão ser permanentes em relação a este ponto.

Estrutura

Este tópico refere-se à organização interna e às condições políticas, organizacionais, financeiras e de infra-estrutura consideradas indispensáveis para os CS realizarem suas atividades, assim como ao suporte que o Poder Público deverá dar para tanto. Entre os requisitos a esse respeito destaca em primeiro lugar a disposição relativa às deliberações:

“Os atos do CS devem ser homologados pelo chefe do Poder Executivo local ou, mediante delegação, pelo Secretário Estadual ou Municipal, conforme o caso.”⁹

A organização interna compreende:

- O Plenário ou Colegiado Pleno, composto pelo conjunto dos conselheiros
- Secretaria Executiva
- Assessoria técnica (comissões)

Funcionamento:

⁹ Conforme o Dicionário Aurélio, **deliberação** é sinônimo de resolução, decisão. **Homologar** significa: “Jur. Confirmar ou aprovar por autoridade judicial ou administrativa”.

- Baseado no Regulamento Interno a ser elaborado e aprovado pelo Plenário
- O Plenário deverá reunir-se obrigatoriamente uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário.
- As reuniões serão abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa.
- Papel da Secretaria Executiva: secretariar as reuniões, divulgar as deliberações, manter intercâmbio com as unidades do SUS e articular os entendimentos para o aprimoramento deste.

O Governo Estadual ou Municipal deverá:

- Prestar apoio técnico
- Fornecer informações
- Garantir dotação orçamentária

Os três componentes dos CS descritos constituem, por um lado, os parâmetros para a padronização dos colegiados em todo o país e, por outro, o núcleo central em torno do qual vão girar as reivindicações e denúncias de descumprimento da norma.

A formulação da política de participação e controle social no âmbito do SUS foi impecável. Assim também, o desenho dos CS foi inteligente e cuidadoso. Todavia, podem ser tecidas algumas considerações sobre a relação entre formulação e implementação e as eventuais falhas que nesta segunda fase poderiam surgir, como de fato aconteceu.

Primeiro, havia o risco de os CS se tornarem inoperantes. Tendo em vista a abrangência e importância de suas competências, seria necessário montar “mini-burocracias” que atendessem aos requisitos indispensáveis de toda burocracia: o caráter permanente e rotineiro de suas atividades, um corpo de funcionários especializados e um fluxo continuado e suficiente de recursos financeiros. Porém, tal montagem é impraticável dado que o plenário se reúne tão somente uma vez ao mês, a dedicação dos conselheiros é voluntária e o financiamento e demais condições, como um estoque atualizado informações cruciais para embasar as decisões, dependem do apoio circunstancial do gestor de turno.

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

Terceiro, e mais importante, se apostou no caráter deliberativo dos CS e na

capacidade desse dispositivo de fazer com que todo o resto seguisse um curso relativamente normal, conforme as resoluções dos colegiados. Neste caso, também teria sido necessário um “planejamento estratégico” de médio e longo prazo que prevenisse os CS de caírem na armadilha do mencionado círculo vicioso. Teria sido um tanto ingênuo apostar na presença e cumplicidade das entidades da sociedade civil para “forçar” a boa vontade dos gestores e conquistar as simpatias dos legisladores?

Quarto, é provável que tivesse sido superestimada a mudança ético-cívica que devia operar-se nos “corações e mentes” de todas as partes envolvidas para o projeto participativo vingar conforme previsto. As numerosas experiências participativas já mostram que essa mudança é possível, mas ainda se processa em escala molecular.

Como se disse, é normal e freqüente que na implementação de uma política surjam problemas não previstos ou indesejados. A questão é que a possibilidade de contornar um problema depende de sua gravidade. Por sua vez, o tamanho do “estrago” somente pode ser dimensionado mediante um monitoramento continuado e uma avaliação cuidadosa que possa indicar a origem do problema, as alternativas de solução e as decisões a serem tomadas para a política não fracassar rotundamente. A esses pontos se volta o seguinte e último tópico desta exposição.

(d) Diagnóstico e avaliação dos Conselhos de Saúde

É relevante destacar o constante monitoramento que muitos e diversos atores fizeram (e fazem) sobre o desempenho dos CS desde os primórdios de sua implantação, a começar pela vigilância permanente do Conselho Nacional de Saúde. E o palco de exposição e ressonância dos avanços e percalços da participação têm sido as Conferências de Saúde, cuja realização, a cada quatro anos, em todos os cantos do país, envolve milhares de pessoas, o qual permite recolher opiniões, demandas e propostas plenamente representativas da situação nacional da participação, do controle social e dos colegiados.

No que segue, são transcritos parágrafos dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde sobre o tema/eixo Controle Social.

O Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, celebrada em setembro de 1998, não apresenta propriamente um diagnóstico do andamento dos CS senão que uma longa listagem de deliberações relativas a temas que podem ser agrupados em três pontos principais: obrigação de os gestores cumprirem a legislação do SUS no que se refere ao

caráter permanente e deliberativo dos CS e garantirem o pleno funcionamento dos colegiados; reforço do controle social, tanto através de novos mecanismos de participação quanto mediante uma ingerência maior nas contas financeiras e no funcionamento dos serviços de saúde; e, ampliação das competências.

Das numerosas deliberações, muitas delas reiteradas, destacam-se as seguintes:

- Promover a ampla divulgação das resoluções, atividades e reuniões dos CS nos meios de comunicação e através de boletins, palestras, seminários, etc.
- Estimular a articulação sistemática entre CS, conselheiros e sociedade civil, abrindo as reuniões à população e divulgando a execução de seus ações e gastos.
- Cobrar dos Poderes Legislativo e Executivo e dos gestores do SUS a aprovação e implementação de medidas que garantam a transparência na alocação de recursos financeiros e o controle de sua utilização.
- Manter articulação permanente com o Ministério Público e o Tribunal de Contas, com os demais conselhos da área social e com as entidades dos trabalhadores e dos usuários do SUS.
- Implementar novos mecanismos de participação tais como: conselhos gestores nas unidades e serviços do SUS, dos hospitais filantrópicos e universitários e nos serviços conveniados; Conselhos Deliberativos na indústria farmacêutica pública; Conselhos Distritais e Regionais de Saúde; fóruns permanentes de defesa da cidadania plena para discutir o SUS e a Reforma do Estado; orçamento participativo setorial sob o controle dos Conselhos de Saúde, e outras instâncias.
- Garantia de livre acesso dos conselheiros a todas as informações sobre produção de serviços, horários de trabalho, custo do atendimento, indicadores de saúde, Planos de Saúde, programas de saneamento básico, contratos e convênios com a rede privada, orçamento setorial, extratos bancários e fluxo de caixa diário das contas dos Fundos de Saúde, auditorias, e vários outros itens.
- Clara separação entre as funções deliberativas dos conselhos e as funções executivas dos gestores do SUS.
- O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não devem aceitar prestações de contas ou repassar verbas aos gestores que não respeitem o poder deliberativo dos conselhos.
- Os Conselhos de Saúde devem ter seu presidente eleito entre os seus membros.

Claramente, essas “petições” se originaram de problemas constatados na prática do controle social. Mas, além disso, são introduzidas novas questões que deixam transparecer certa “solidão” dos CS derivada possivelmente do abandono em que teriam sido deixados pelas autoridades setoriais. Como resposta, se apela à maior e melhor regulação, reforço do poder de decisão e controle com o apoio do Ministério Público e da Justiça, e à extensão

das formas de participação que incluem o orçamento participativo e a instalação de conselhos gestores paritários nos estabelecimentos privados contratados pelo SUS.

Já o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2001, é extremamente elucidativo do momento por demais sombrio que vivencia a maioria dos quase 6.000 CS já implantados. O seguinte parágrafo mostra que pelo lado dos conselheiros e das entidades que representam o quadro era desastroso:

“(…) a falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo freqüentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil.” (MS/CNS, 2002, p. 46)

Seria impossível reproduzir minimamente o conteúdo do sério e minucioso diagnóstico feito nesse relatório sobre os CS. Por conseguinte, apenas serão comentados alguns aspectos mais importantes.

Mais do que sucintas deliberações, o documento esmiúça cada uma das deliberações da 10ª Conferência para reiterá-las porque nenhuma tinha sido atendida. Além disso, com o avanço da municipalização do SUS e o aumento do número de CS, antigos problemas se avolumaram e agravaram e novos apareceram, aumentando consideravelmente o rol de reivindicações. Talvez por causa da “solidão” que sugere o relatório da conferência anterior, boa parte das medidas está dirigida a enfatizar o fortalecimento de redes, vínculos e contatos entre os colegiados e destes com numerosas instâncias do mundo exterior. Outro grupo de questões relaciona-se com a forma encapsulada, “cartorial” e fraca de funcionamento da maioria dos CS e conseguintes propostas de solução que, em resumo, redundam em reivindicações de mais poder frente às autoridades setoriais, maior autonomia para fiscalizar e intervir na gestão do SUS e garantia de condições para expandir a burocracia interna. Mas, a questão central que permeia o relatório tem a ver com o fato de os CS não estarem sendo respeitados pelas autoridades setoriais. Este é um ponto delicado que, de certa forma, se relaciona com o círculo vicioso assinalado e seria por este motivo que as resoluções da plenária têm caráter normativo, como por exemplo, “Exigir que a criação dos Conselhos de Saúde se dê por meio de Lei Federal, Estadual ou Municipal ...”; “Elaborar lei complementar que vincule o repasse de recursos financeiros aos respectivos gestores para o funcionamento efetivo dos Conselhos de Saúde”; e outras de teor

semelhante.

Em síntese, as demandas e conclusões desse relatório refletem grande maturidade, clareza sobre os problemas e criativas propostas para o avance do controle social. Ao observador atento resta refletir sobre a viabilidade política de boa parte das iniciativas.

Quanto ao Relatório Final da 12^a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2003, se afirma que os CS têm tido avanços significativos. No entanto, é novamente apontada uma extensa relação de carências e necessidades que demonstra o não cumprimento das deliberações emanadas das conferências anteriores, conforme se depreende da citação abaixo retirada da introdução do documento:

“[Os Conselhos de Saúde] enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais: o não exercício do seu caráter deliberativo, na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infra-estrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados.” (MS/CNS, 2004, p. 101)

Pode-se observar que os relatórios acusam a permanência de antigas disfunções, não obstante a adoção no ínterim de modificações a partir de propostas de foros como as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde,¹⁰ os Encontros de Conselheiros e as próprias conferências de saúde estaduais e municipais.

Antes de prosseguir no tema da avaliação dos CS, é relevante chamar a atenção para o cenário de instabilidade do setor saúde desde a implantação do SUS até a atualidade, não somente devido à persistente crise financeira que tem tolhido gravemente a execução das políticas de saúde no país, senão que também por causa da rotatividade dos dirigentes máximos. Como mostra o quadro abaixo, no período transcorrido entre os anos 1990 e 2007 houve 15 Ministros da Saúde, praticamente um ministro por ano, não obstante os mandatos presidenciais terem sido cumpridos normalmente, salvo no caso do ex-presidente Collor.

¹⁰ Até 2007 tem sido realizadas 14 Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde.

Presidentes da República	Ministros da Saúde
Fernando Collor de Mello 05/03/90 a 02/10/92	Alceni Ângelo Guerra 15/03/90 a 23/01/92 José Goldemberg (Interino) 24/01/92 a 12/02/92 Adib Domingos Jatene 12/02/92 a 04/10/92
Itamar Franco 02/10/92 a 01/01/95	Jamil Haddad 08/10/92 a 19/08/93 Saulo Pinto Moreira (Interino) 19/08/93 a 30/08/93 Henrique Antonio Santillo 30/08/93 a 01/01/95
Fernando Henrique Cardoso 01/01/95 a 01/01/99 01/01/99 a 01/01/2003	Adib Domingos Jatene 01/01/95 a 06/11/96 José Carlos Seixas (Interino) 06/11/96 a 13/12/96 Carlos César Albuquerque 13/12/96 a 31/03/98 José Serra 31/03/98 a 20/02/2002 Batjas Negri 21/02/2002 a 31/12/2002
Luiz Inácio Lula da Silva 01/01/2003 a 01/01/2007 01/01/2007 -	Humberto Sérgio Costa Lima 01/01/2003 a 08/07/2005 José Saraiva Felipe 08/07/2005 a 31/03/2006 José Agenor Álvares da Silva 31/03/2006 a 16/03/2007 José Gomes Temporão 16/03/2007 -

Elaborado em base a dados fornecidos por Márcia Piovesan (Doutoranda ENSP/FIOCRUZ).

Como é provável que em muitas unidades da Federação a situação seja semelhante, a implementação de uma política de alcance nacional como é a de participação e controle social na Saúde se torna em extremo difícil, a par que os CS se defrontam realmente com enormes obstáculos para exercer seu papel conforme planejado. Diga-se de passagem, que essa situação representa um fator que incide diretamente na implantação da política, mas que é totalmente alheio a ela e em absoluto esperado, tanto pelos formuladores quanto pelos executores.

Nos parágrafos seguintes e últimos deste trabalho são examinados os aspectos mais

problemáticos revelados nas pesquisas sobre os CS, dando destaque no final a duas dimensões centrais na avaliação dos processos e mecanismos participativos: representação/representatividade e resultados ou impactos da participação na tomada decisões políticas.¹¹

Como poderá ser observado, a listagem de questões não é exaustiva. Além do que, a maioria dos pontos reitera problemas detectados nos conselhos gestores em geral, nos casos espanhol e britânico e nas conferências de saúde.

- **Publicidade** – Em geral, os CS não são conhecidos pela população. Para isto concorre o fato de não utilizarem quaisquer meios (correio, jornal, rádio, televisão, Internet, etc.) para divulgar atividades e iniciativas relacionadas com os programas de saúde e/ou com os problemas da comunidade.

Neste ponto chama particularmente a atenção o fato de os CS não utilizarem tecnologias informatizadas para comunicação e divulgação. Por exemplo, Silva (2005) mostrou que das 92 prefeituras municipais do Estado do Rio de Janeiro, 35 não tinham sequer um sítio, enquanto os conteúdos das páginas das prefeituras que tinham sítio enfatizavam apenas as atrações turísticas locais. Todos os 73 municípios com mais de 200 mil habitantes utilizavam a rede, mas apenas 20 prefeituras abrigavam referências à respectiva Secretaria de Saúde. No caso dos CS, o número diminui ainda mais: somente 5 municípios tinham sítio da prefeitura, da Secretaria de Saúde e do colegiado.¹² Sendo o Rio de Janeiro a capital do Estado, poderia se esperar uma boa divulgação do CS. Porém, o acesso é restrito, a página é estática e não fornece quaisquer informações sobre legislação, regulamento, composição, resoluções, atividades, etc. A única exceção é Paraíba do Sul (39 mil habitantes), cujo CS tem página própria com conteúdo atualizado, textos, fotos, informações e *links* para contatos, além de pôr à disposição documentos produzidos. Em síntese, os CS são invisíveis na malha internáutica.

Ainda a propósito da publicidade dos CS, rápida pesquisa nas páginas web das entidades de profissionais da saúde com assento no Conselho Nacional de Saúde e no CS do Estado do Rio de Janeiro,¹³ mostrou que em nenhum deles havia qualquer referência às atividades participativas desses trabalhadores nos CS. Mais ainda, as mesmas entidades

¹¹ Boa parte da análise está baseada em Labra (2005; 2006).

¹² Rio de Janeiro, Itaperuna, Nova Friburgo, Resende e Paraíba do Sul.

¹³ Conselho Federal e Regional, Sindicato e Associação de médicos, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos.

estiveram representadas na 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em novembro deste ano, mas somente nas páginas dos profissionais médicos se mencionava o evento. Seguramente uma pesquisa mais abrangente, que inclua todas as entidades representadas no Conselho Nacional de Saúde poderia revelar situação similar, chegando-se à conclusão que a atividade participativa e os CS não são valorizados.

- **Participação da comunidade** – Coerente com o ponto anterior, o desconhecimento dos objetivos, das funções e mesmo da utilidade do CS se traduz em baixo ou nulo envolvimento da comunidade nas atividades do colegiado e na eleição ou indicação de representantes para conselheiro no segmento dos usuários.

- **Papel do CS** – O CS é muito valorizado por todos aqueles que o conhecem ou dele participam. Entretanto, predomina a impressão de que é um espaço para reivindicações pessoais ou denúncias pontuais. A maior parte do tempo de cada reunião mensal é gasta na discussão de assuntos internos, sendo raros os debates de temas substantivos. Quanto ao Plano de Saúde, ao Orçamento e ao Relatório de Gestão que o gestor deve submeter ao Plenário, os conselheiros não têm papel relevante na discussão, convertendo-se a aprovação dessas importantes peças da gestão em mero ritual.

- **Funcionamento interno** – Em geral, há baixo grau de conflito entre os segmentos de conselheiros, predominando comportamentos pautados por negociações e consensos. Todavia, há problemas generalizados em termos da precariedade das condições operacionais, infra-estrutura, comunicações, apoio financeiro e de secretaria, aos quais se soma a dificuldade de alcançar quórum quando necessário devido à ausência de conselheiros.

- **Papel do gestor** – Há críticas generalizadas aos secretários de saúde (gestores ou seus representantes) por causa de atitudes tidas como irresponsáveis, nocivas ou desrespeitosas. A listagem de reclamações é longa e contundente: os gestores não discutem o orçamento nem prestam contas da sua execução; não acatam as resoluções do colegiado; definem de antemão ou manipulam a pauta de discussão e as deliberações; impõem decisões mediante um discurso tecnocrático; esquivam discussões de teor político; cooptam conselheiros ou lideranças comunitárias com artifícios clientelistas; preenchem o tempo com assuntos internos da gestão ou das corporações profissionais, tornando as reuniões meramente informativas de assuntos alheios aos interesses da comunidade; não controlam os prestadores privados e incluso incentivam a expansão destes mediante a terceirização de

serviços, sem qualquer consulta ao CS.

A conflituosa relação dos gestores com os CS pode ser atribuída pelo menos a dois fatores diferentes: (a) como o cargo de gestor (secretário/a de saúde) não é técnico, mas político e, portanto, de confiança do chefe do Executivo, o gestor deverá primeiramente guardar fidelidade a quem o nomeou e defender os interesses deste, mesmo sendo contrários aos princípios do SUS; (b) os gestores resistem a aprovar as deliberações dos CS sob a alegação de que, pela Constituição, cabe aos representantes do Poder Executivo tomar as decisões políticas e ordenar a respectiva implementação. Como atualmente o presidente do CS pode pertencer a qualquer segmento, muitos representantes dos usuários estão sendo eleitos para o cargo. Porém, a mudança não garante em absoluto que os mesmos conflitos desapareçam.

- **Relações com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹⁴** – De acordo com as normas vigentes, essas arenas devem se submeter ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde e dos CS dos estados. Porém, na prática a CIB teria ‘invadido’ ou deslocado o CS ao deliberar sobre assuntos que não seriam de sua incumbência e passar a imagem de que “é o lugar onde se tomam as decisões reais” devido ao peso político e preparo técnico de seus membros e à agilidade na resolução de problemas de gestão.

- **Composição dos CS** - Neste ponto as irregularidades são recorrentes e quase impossíveis de resolver. Com frequência se constata que: a composição não é paritária; os critérios de escolha do representante são mal conhecidos; um mesmo conselheiro representa segmentos com interesses opostos (por exemplo, usuários e prestadores) ou é um político em cargo eletivo (em geral, vereador); o conselheiro é indicado pelo prefeito ou o gestor ou por entidades alheias ao CS (OAB, Rotary, Lions, etc.) ou por agremiações desconhecidas da comunidade; os prestadores privados praticamente não participam porque resolvem seus pleitos diretamente com o gestor ou seus funcionários.

- **Representação/representatividade** – A questão da representação nos CS é bastante complicada. Para começar, o termo “representação” é polivalente, controverso, referido em geral à representação política. Trata-se de uma relação mediante a qual um indivíduo ou

¹⁴ A Norma Operacional 01/93, do Ministério da Saúde, criou duas instâncias para o gerenciamento integrado do SUS: A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no nível federal, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada estado. Integram a CIT representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Ministério da Saúde. Nos estados integram a CIB representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e da Secretaria de Saúde. A CIT e as CIB devem dar assessoria técnica aos CS.

grupo atua em nome de um corpo maior de pessoas. Há vários modelos de representação: fiduciária, por delegação, por mandato e sociológica (Cotta, 1985; Heywood, 1997), mas nenhum deles dá conta das particularidades da representação nos CS.

Os problemas da representação nos CS ocorrem especialmente no âmbito dos usuários devido à pressão de uma infinidade de grupos que desejam participar e à dificuldade real de definir quem representa quem. Em vista dessa situação, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Resolução nº 333/2003 que estabelece: “a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde.” Ao mesmo tempo, inclui uma relação de variadas “representações” que, segundo “as especificidades locais”, poderão ter assento no CS.

Além do Governo, estão contempladas as seguintes entidades, associações ou organizações: portadores de patologias e deficiências; indígenas; aposentados e pensionistas; defesa do consumidor; ambientalistas; moradores; religiões; trabalhadores da área de saúde; sindicatos, federações e confederações de trabalhadores urbanos e rurais; conselhos de classe; instituições públicas; hospitais universitários e de estágio; comunidade científica; pesquisa e desenvolvimento; patrões; prestadores de serviços de saúde; movimentos sociais e populares; e organizações de mulheres em saúde.

Essa listagem não somente denota a abrangência e heterogeneidade das possíveis representações (funcionais, categóricas, de interesse, etc.) potencialmente candidatas a indicar representantes nos CS, como reflete a dificuldade de combinar aritmética e gramática para equilibrar a composição do colegiado. Os esforços do Conselho Nacional de Saúde no sentido resolver a equação de forma mais racional se refletiram nas eleições de 2006 para conselheiros, como pode se depreender do quadro seguinte.

ENTIDADES NACIONAIS REPRESENTADAS NO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE	
50%	
Segmento I Usuários	<i>Portadores de Patologias e Deficiências</i> (Titulares: 8) <i>Religiosas</i> (Titulares 1) <i>Sindicais</i> (Titulares 1) <i>Aposentados e Pensionistas</i> (Titulares: 1) <i>Trabalhadores Rurais</i> (Titulares: 1) <i>Associações de Moradores</i> (Titulares: 1) <i>Ambientalistas</i> (Titulares: 1) <i>Defesa dos Direitos Humanos/Direitos do Consumidor</i> (Titulares: 1) <i>População Negra</i> (Titulares: 1) <i>Indígenas</i> (Titulares: 2) <i>Movimentos Organizados de Mulheres em Saúde</i> (Titulares: 1) <i>Movimentos Sociais ou Populares Organizados</i> (Titulares: 1) <i>Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais</i> (Titulares: 1) <i>Estudantes</i> (Titulares: 1)
25%	
Segmento II Profissionais de Saúde	<i>Profissionais</i> (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Odontologia, Biologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Serviço Social, Farmácia, Auditoria) e <i>Trabalhadores não Universitários</i> (Titulares: 12) <i>Comunidade Científica da Área da Saúde</i> (Titulares: 1)
25%	
Segmento III Prestadores de Serviços	<i>Medicina de Grupo; Planos Privados; Entidades Filantrópicas; Confederação Nacional do Comércio</i> e outros (Titulares: 4)
Segmento IV Governo Federal	<i>Ministério da Saúde</i> e outros ministérios. (Titulares: 6) <i>CONASS</i> (Titulares: 1) <i>CONASEMS</i> (Titulares: 1)

Elaboração própria com base em: Ministério da Saúde, Portaria N^o 2.201, de 15/09/2006.

Um detalhe que chama a atenção na composição acima é a baixa representação das associações de moradores, porque contradiz a grande presença que têm essas entidades nos CS municipais. Por exemplo, no Estado do Rio de Janeiro ocupam mais ou menos 70% dos assentos destinados ao segmento usuários (Labra, 2003; Labra e Figueiredo, 2002). A esse propósito cabe ressaltar que, como os usuários têm grande dificuldade para se agrupar dado que seus interesses são difusos, encontram nas associações de vizinhança o canal mais próximo para veicular demandas nos CS. Não assim sucede com os portadores de patologias ou deficiências porque seus interesses são categóricos e tendem a contar com

organizações coesas e atuantes. Pode concluir-se que, por causa de detalhes como os mencionados, é quase impossível atender ao requisito da representatividade.

De toda forma, está claro que não se pretende que o Conselho Nacional de Saúde seja o espelho dos CS do país nem a expressão fiel de todas as organizações da sociedade civil que poderiam se fazer representar nos colegiados. Tampouco se busca que os CS tenham representação populacional ou territorial, de modo que não tem sentido fazer cálculos. De toda forma, alguns estudos têm comprovado que nos municípios pequenos (até 5 mil habitantes) a razão habitantes/conselheiro é de 180/1 enquanto nos de grande porte (mais de 2 milhões), alcança a 175.187/1. (MS/SGP, 2004)

Num plano mais geral, quando se leva em conta que existem cerca de 6.000 CS no país, a questão de quem participa se torna bem mais intrincada porque os problemas variam segundo a cultura local, o grau de associativismo e outras variáveis, como os critérios para escolher um conselheiro. E neste ponto surgem indagações como a seguinte: a eleição deve pautar-se por princípios afins com a renovação democrática do colegiado ou ter por base a experiência do candidato? Na prática, a segunda alternativa parece prevalecer porquanto se constata tendências à “profissionalização” do conselheiro, já que frequentemente a mesma pessoa é reconduzida ao cargo, seja pela sua capacidade de liderança, pela prática participativa, o grau mais elevado de instrução que tem e/ou pelo cabedal de conhecimentos que possui, sendo este um requisito decisivo, dada a complexidade das matérias com as quais os CS devem lidar. Mais ainda, esses requisitos - que refletem certa racionalidade - influem para que os mesmos indivíduos sejam também indicados ou escolhidos para representar suas entidades não somente nos CS como nos colegiados de outros setores e como delegados nas conferências setoriais. Assim sendo, é razoável deduzir que no âmbito do “sistema nacional de participação” parece inevitável a formação de um “estamento profissional” de conselheiros. Isto é positivo ou contraproducente? A capacitação resolveria a questão? É difícil responder ou encontrar uma alternativa porque disjuntiva similar tem sido constatada em todas as experiências participativas no Brasil e alhures.

• **Dimensão associativa da representação** – Neste campo igualmente os problemas não são menores. Além do baixo engajamento cívico dos brasileiros, também pesam fatores como a cultura prevalente nas organizações da sociedade civil. De fato, estas tendem a reproduzir no seu interior os mesmos traços presentes na sociedade como um todo: baixa taxa de renovação dos dirigentes; oligarquização das cúpulas; autoritarismo; clientelismo;

escassa participação das comunidades nas atividades e reuniões das associações; pouca ou nenhuma transparência nas decisões e prestações de contas, etc. Sem dúvida, esses vícios repercutem no processo de escolha de representantes para o CS, já que a indicação é feita entre os dirigentes e sem consulta aberta às comunidades. Pelos mesmos motivos, a comunicação entre representante e representada é frágil ou inexistente. Desse modo, a comunidade fica sem saber o que “seu conselheiro” e o colegiado fazem.

• **Resultados da participação** – Este tema tem recebido escassa atenção na literatura. Para fins de ilustração, pode ser mencionada a análise de Abranches e Azevedo (2004) dos dados da pesquisa Perfil dos Conselhos Municipais da Região Metropolitana de Belo Horizonte, realizada em 2001.¹⁵ Das variadas informações entregadas pelos autores foram selecionados dados pertinentes ao ponto em discussão:

	Alto/Médio (%)
Desempenho do conselho (número de deliberações/decisões)	34,2
Impacto do conselho na gestão municipal	62,7
Compromisso do governo municipal com as decisões tomadas	73,5

Fonte: Abranches e Azevedo, 2004. Tabela 4: Avaliação do desempenho (número de deliberações/decisões). Tabela 7: Avaliação do impacto do funcionamento dos conselhos na gestão da secretaria municipal. Tabela 8: Avaliação do grau de compromisso do governo municipal com as decisões tomadas pelo conselho.

Pode apreciar-se que esses resultados são contraditórios, dado que o desempenho teve avaliação ruim enquanto o impacto das decisões na gestão mostra-se positivo e mais ainda o compromisso do governo com as decisões dos conselhos. Apesar disso, os autores consideram que os valores positivos demonstram que as deliberações estão sendo acatadas pelo gestor. Ainda assim, as respostas devem ser olhadas com cautela, em especial a terceira, no que diz respeito ao real significado do comprometimento governamental: Significa que as deliberações foram homologadas, publicadas no Diário Oficial local e implementadas? Referiam-se a assuntos internos do colegiado, a programas/problemas setoriais, a demandas da comunidade? Certamente, seriam necessárias sondagens mais específicas a fim de obter respostas sólidas.¹⁶

Ora, resultados diametralmente opostos mostra o projeto “Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil”, realizado entre 2004 e 2005 sob a coordenação de Moreira e Escorel

¹⁵ Foi identificado um total de 100 conselhos. Em cada município havia pelo menos três conselhos sendo os mais comuns: Saúde (14), Assistência Social (14), Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (12), Educação (12), todos definidos por lei federal, e Meio Ambiente (9). Abranches e Azevedo (2004, p. 265-166)

(ENSP/FIOCRUZ). Do Banco de Dados¹⁷ da pesquisa foram obtidas informações sobre os CS do Estado do Rio de Janeiro relativas ao cumprimento das deliberações. Surpreendentemente, tão somente **sete** dos 63 CS que responderam à questão manifestaram que as deliberações eram cumpridas. E mesmo nessas exceções permanece a dúvida: deliberações referentes a que assuntos?

No intuito de tentar responder de alguma forma a essa questão, foram examinadas as resoluções do Conselho Nacional de Saúde correspondentes ao ano 2004.¹⁸ Nesse ano foram emitidas pelo conselho, homologadas pelo ministro e publicadas no Diário Oficial, 10 resoluções em total sobre as seguintes matérias: criação/reativação de comissões técnicas internas (4); recomendações (2); manifestações/repúdios (2); concordância com projetos de lei (2). (MS/CNS, 2007)¹⁹

Considerando o exuberante rol de competências atribuídas aos CS, o exame das informações sobre as decisões tomadas pelo nível mais alto e melhor aparelhado da pirâmide participativa setorial, e mais a infinidade de entraves cotejados ao longo deste texto, permitem concluir que existe uma **brecha** considerável entre a formulação e a implementação da política de participação e controle social na Saúde. Com certeza, nenhum dos dez requisitos apontados por Hogwood e Gunn (1984) está sendo atendido. Nesse sentido, é preciso admitir a existência de um fator mencionado pelos mesmos autores que, a pesar de crucial, ainda não tem recebido dos analistas e avaliadores a importância que merece: **a concorrência de legitimidades democráticas entre as autoridades eleitas e conselhos consultivos ou deliberativos cujos membros não são escolhidos mediante o voto popular.**

¹⁶ Resultados mais altos nesses mesmos quesitos são mencionados por Rezende e Tafner (2005, p. 129)

¹⁷ <http://www.ensp/fiocruz.br/participanetsus>

¹⁸ O ano de 2004 foi escolhido pela proximidade e pelo fato de o Ministro da Saúde ter sido o mesmo (Humberto Costa).

¹⁹ A fonte não informa se houve resoluções não homologadas.

Referências bibliográficas

- ABERS, Rebecca, 2002. *Inventing local democracy: grassroots politics in Brazil*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- ANDUIZA, Eva i MAYA, Sergi de, 2005. *La qualitat en la participació: una proposta d'indicadors*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- CAMURÇA, M. 1994. *Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente (RJ)*. Rio de Janeiro: Fundação Fé e Alegria.
- CARVALHO, Antônio Ivo, 1997. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania. In: IBAM, IPEA, Comunidade Solidária (org.), *Conselhos municipais e políticas sociais*. Rio de Janeiro, pp. 130-159.
- COTTA, Maurizio, 1985. Representación. In: BOBBIO, N. y MATTEUCCI, N. *Diccionario de Política*. México, DF: Siglo XXI, pp.1425-1433.
- COHEN, Joshua and ROGERS, Joel (eds.), 1995. *Associations and democracy*. London, New York: Verso.
- DAGNINO, Evelina, 2004. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (coord.), *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp.95-110.
- DAGNINO, Evelina. 2002. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: _____ (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, pp. 9-15.
- DRAIBE, Sônia M., 1998. A nova institucionalidade do sistema brasileiro de políticas sociais: os conselhos nacionais de políticas setoriais. *Cadernos de Pesquisa* n^o 35, São Paulo: UNICAMP/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP).
- ELSTER, Jon (comp.), 2001. *La democracia deliberativa*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- GARRETON, Manuel Antonio, 1998. Gobernabilidad democrática: perspectivas regionales. In: R. URZUA, R. y AGÜERO, F. (eds.). *Fracturas en la gobernabilidad democrática*. Santiago: Universidad de Chile, pp.547-555.
- GOMÀ, Ricard y FONT, Jean, 2004. *Mecanismos de participación ciudadana local en España*. Barcelona: UAB/IGOP (Universidad Autónoma de Barcelona/Instituto de Gobierno y Políticas Públicas).
- GRZYBOWSKI, Cândido, 2004. El rol de la sociedad civil. In: PNUD (Programa de las

- Naciones Unidas para el Desarrollo). *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Contribuciones para el debate*. 2ª ed. Buenos Aires: Aguilar/Altea/Taurus/Alfaguara p. 180.
- HEYWOOD, Andrew, 1997. *Politics*. Londres: Macmillan Press.
- HILL, Michael. 1997. *The policy process in the modern state*. Londres: Prentice Hall.
- HOGWOOD, Brian and GUNN, Lewis A., 1984. *Policy analysis for the real world*. Oxford: Oxford University Press.
- IBARRA, Pedro, MARTÍ, Salvador y GOMÀ, Ricard (coords.), 2002. *Creadores de democracia radical. Movimientos sociales y redes de políticas públicas*. Barcelona: Icaria Editorial.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1996. *PME-Pesquisa Mensal de Emprego*. Suplemento. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1988. *PNAD-Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IGOP/UAB (Instituto de Govern i Polítiques Publiques/Universidade Autònoma de Barcelona), 2005. *Les impactes del Consell Municipal de Benestar Social en les polítiques socials a Barcelona. Informe d'Avaluació*. Barcelona: IGOP/UAB.
- LABRA, Maria Eliana, 2007. *Lecciones de la experiencia participa en salud en Barcelona y Río de Janeiro*. Trabajo presentado en el XXVI Congreso de ALAS (Asociación Latinoamericana de Sociología). Guadalajara, Jalisco, México, 13–18 de agosto.
- LABRA, Maria Eliana, 2007. Democracia participativa y *accountability* social en Brasil. Trabajo presentado en el VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. XVI Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde. X Congresso Latino-Americano de Medicina Social. Salvador, Bahia, 13–18 de julio.
- LABRA, Maria Eliana, 2006. Conselhos de Saúde. Visões “macro” e “micro”. *Civitas, Porto Alegre*, v. 6, n.1, p. 199-221.
- LABRA, Maria Eliana, 2005. Conselhos de Saúde. Dilemas, avanços e desafios. In TRINDADE, N., GERSCHMAN, S., EDLER, F. e SUÁREZ, J. M. (org). *Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 353-383.
- LABRA, Maria Eliana, 2003. *A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa*. Relatório Final de

- Pesquisa. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. (mimeo)
- LABRA, Maria Eliana e FIGUEIREDO, Jorge, 2002. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 7, 3: 537-547.
- LABRA, Maria Eliana, 1999. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, pp. 131-166.
- LATINOBARÓMETRO, 2006. *Informe Latinobarómetro*. Santiago: Corporación Latinobarómetro.
- LINDBLOM, Charles, 1981. *O processo de decisão política*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.
- LOWNDES, Vivien, PRATCHETT, Lawrence and STOKER, Gerry, 2001. Trends in public participation: part 2 – citizens' perspectives. *Public Administration*. New Castle, v. 79, n. 2, pp. 445-455.
- MAZMANIAN, Daniel and SABATIER, Paul A., 1989. *Implementation*. 2a Ed. Londres: University of America Press.
- MÈNY, Ives y THOENIG, Jean-Claude, 1992. *Las políticas públicas*. Madrid: Ariel Ciencia Política.
- MERCADANTE, O. 1999. Conselhos Municipais de Saúde. In: *Informativo Cepam*. São Paulo: Cepam, pp. 65-69.
- MS (Ministério da Saúde), 1986. *8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. Brasília: MS.
- MS/CNS (Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde), 1992. *9ª Conferência Nacional de Saúde Relatório Final*. Brasília: MS/CNS.
- MS/CNS (Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde), 1998. *10ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. Brasília: MS/CNS.
- MS/CNS (Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde), 2000. *11ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. Brasília: MS/CNS.
- MS/CNS (Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde), 2004. *12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. Brasília: MS/CNS.
- MS/SGP (Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Participativa), 2004. *Estudo do perfil dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório de Pesquisa*. Brasília:

MS/SGP.

- MS/CNS (Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde), 2007. *Resoluções do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: Editora Ministério da Saúde.
- MOREIRA, M. T., 1999. Instâncias deliberativas dos sistemas descentralizados e participativos das políticas públicas de cunho social: contorno jurídico dos conselhos. In: *Informativo Cepam*, São Paulo: Cepam, p. 65-69.
- MORONI, José Antônio, 2005. O direito à participação no Governo Lula. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n.71, p. 284-304.
- O'DONNELL, Guillermo. 2004. *Accountability* horizontal: la institucionalización legal de la desconfianza política. *Revista Española de Ciencia Política*, n. 11, pp. 11-31.
- O'DONNELL, Guillermo, 1997a. *Contrapuntos. Ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*. Buenos Aires/Barcelona/México:Paidós.
- O'DONNELL, Guillermo, 1997b. Rendición de cuentas horizontal y nuevas poliarquías. *Nueva Sociedad*, n. 151, pp.143-167.
- O'DONNELL, Guillermo, 1991. Democracia Delegativa. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 31, pp. 11-23.
- OSZLAK, Oscar y O'DONNELL, Guillermo, 1976. *Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: CLACSO.
- PUTNAM, Robert D., 1996. *Comunidade e democracia. A experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- PERUZZOTTI, Enrique, 1998. La naturaleza de la nueva democracia argentina. Revisando el modelo de democracia delegativa. In R. Urzúa y F. Agüero (eds.). *Fracturas en la gobernabilidad democrática*. Santiago: Universidad de Chile, pp. 289-314.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Contribuciones para el debate*. 2ª ed. Buenos Aires: Aguilar/Altea/Taurus/Alfaguara.
- PRZEWORSKI, Adam, STOKES, Susan and MANIN, Bernard, (eds.), 1999. *Democracy, accountability, and representation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- REZENDE, Fernando; TAFNER, Paulo, 2005. *Brasil: estado de uma nação*. Rio de Janeiro: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).
- SANTOS, Boaventura de Sousa, 2002. *Democratizar a democracia: Os caminhos da democracia participativa*. V. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- SANTOS JUNIOR, Orlando; RIBEIRO, Luiz Cezar; AZEVEDO, Sergio de, 2004. Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: _____ (org.). *Governança democrática e poder local*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, p. 11-56.
- SILVA, Angélica Baptista, 2005. *Multimídia e Conectividade entre os Conselhos de Saúde: a Plenária Virtual Permanente*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- SMULOVITZ, Catalina and PERUZZOTI, Enrique, 2000. Societal accountability in Latin America. *Journal of Democracy*, vol. 11, n. 4, pp.147-159.
- STANISCI, Sandra, 1997. *Gestão pública democrática. Perspectivas apontadas pelos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- TATAGIBA, Luciana, 2002. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, pp. 47-103.
- WAINWRIGHT, Hillary, 2005. *Poder popular no Século XXI*. São Paulo: Xamã.
- WERNECK VIANNA, Luiz e BURGOS, Marcelo B., 2005. Entre princípios e regras. Cinco estudos de caso de Ação Civil Pública. *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 48, n. 4, pp. 777-843.