UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

FERNANDO SANTANA DE PAIVA

UM OLHAR SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA:
desafios da participação social no contexto do Estado Brasileiro

Belo Horizonte
2014

FERNANDO SANTANA DE PAIVA

UM OLHAR SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA:

desafios da participação social no contexto do Estado Brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Social.
Linha de Pesquisa: Política, Participação e Processos de Identificação.

Orientação: Prof. Dr. Cornelis Johannes Van Stralen

Belo Horizonte

2014

150
P149o
2014

Paiva, Fernando

Um olhar sobre o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora [manuscrito]: desafios da participação social no contexto do Estado brasileiro / Fernando Paiva. - 2014.

160f.

Orientador: Cornelis Stralen.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Psicologia - Teses. 2. Saúde pública - Teses. 3. Participação social - Teses. 4. Democracia - Teses. I. Stralen, Cornelis J. van. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PPG PSI UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

UM OLHAR SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA: DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DO ESTADO BRASILEIRO

FERNANDO SANTANA DE PAIVA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Aprovada em 28 de agosto de 2014, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Cornelis Johannes Van Stralen - Orientador
UFMG

Prof(a). ELEONORA SCHETTINI MARTINS CUNHA
UFMG

Prof(a). Marco Aurelio Maximo Prado
UFMG

Prof(a). Valdir de Castro Oliveira
ICICT/FIOCRUZ RJ

Prof(a). RODRIGO DE SOUZA FILHO
UFJF

Belo Horizonte, 28 de agosto de 2014.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIS	Ações Integradas de Saúde
Anampos	Articulação Nacional dos Movimentos Populares e Sindicais
APS	Atenção Primária à Saúde
Cebes	Centro de Estudo Brasileiro de Saúde
Cepal	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CES/MG	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
Conam	Confederação Nacional de Associação de Moradores
CUT	Central Única dos Trabalhadores
Demlurb	Departamento Municipal de Limpeza Urbana
DPMS	Departamentos de Medicina Preventiva
HU	Hospital Universitário
Inamps	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MPAS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NMSs	Novos Movimentos Sociais
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Panamericana de Saúde
Piass	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PJF	Prefeitura Municipal de Juiz de Fora
PLUS	Plano de localização de Unidades de Serviços
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPA	Programa de Pronta Ação
PSF	Programa de Saúde da Família
Settra	Secretaria de Transportes e Trânsito
SNS	Sistema Nacional de Saúde
Suds	Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
Uaps	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

Resumo

O processo de (re)democratização do Estado brasileiro contribuiu para a emergência dos denominados conselhos gestores de políticas públicas, que apresentam como característica central a inclusão de atores da sociedade civil nos processos de deliberação das políticas sociais. Neste cenário destacam-se os Conselhos gestores que emergiram a partir da edificação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, cujo marco traduz-se na participação social – inscrita via conselhos/conferências – como uma diretriz privilegiada. A despeito de constituírem-se como arenas dotadas de matrizes democráticas e com funções deliberativas no tocante às questões relacionadas ao planejamento, avaliação e execução das políticas públicas nesta área, tais arranjos têm enfrentado um conjunto de limites e desafios à sua real concretização. No bojo das diferentes barreiras existentes, é importante assinalar que tais experiências se inscrevem em um contexto sociopolítico ainda permeado por características clientelistas e autoritárias existentes no âmbito do Estado brasileiro. Além disso, os espaços conselhistas – no setor saúde - são atravessados por problemas provenientes dos processos de gestão e planejamento no SUS, constituindo-se como obstáculos ao próprio exercício de participação e deliberação democrática. Com base no exposto, o presente trabalho tem como objetivo compreender como o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Juiz de Fora se conforma como espaço público democrático e deliberativo no processo de tomadas de decisões, tendo em vista a existência de características clientelistas e autoritárias do Estado brasileiro que se materializam no âmbito local, bem como as dificuldades no tocante à gestão do SUS que interpelam a arena conselhista. Para tanto foi realizada uma investigação de abordagem qualitativa, sendo utilizadas como técnicas privilegiadas de coleta de dados a realização de entrevistas semiestruturadas com conselheiros e gestores de saúde, bem como a análise documental (no caso, foram analisadas 36 atas das reuniões do CMS, referentes ao período 2009-2012). O material foi analisado a partir da análise de conteúdo, sendo os resultados apresentados e discutidos a partir de duas categorias centrais: a) O Conselho como espaço público democrático: entre o tradicional clientelismo e a inclusão dos novos atores na cena política e b) A gestão do SUS e os efeitos no CMS. A partir dos resultados encontrados depreendemos que o CMS de Juiz de Fora convive, ainda, com práticas clientelistas e autoritárias que incidem sobre este espaço público democrático e deliberativo. Ademais, os impasses da própria gestão pública podem dificultar o processo de concretização destas arenas, uma vez que sua capacidade deliberativa pode ser constrangida pela carência de planejamento no âmbito da gestão do SUS. Por fim, considera-se que o espaço conselhista, a despeito de se configurar como um espaço público dotado de potencial democrático, ainda se depara com barreiras concretas que interferem diretamente na sua plena efetivação, tornando-se imprescindível o avanço no que se refere à capacitação dos conselheiros com relação às temáticas deliberadas no âmbito do referido Conselho, bem como o fortalecimento de tais espaços em contraposição à permanência de práticas "atrasadas" ainda existentes, dificultando a materialização destas inovadoras experiências da gestão pública brasileira.

Palavras-chave: Conselho de Saúde; Política Pública de Saúde; Participação Social; Democracia.

Abstract

The process of (re) democratization of the Brazilian State has contributed to the emergence of the so-called managers councils of public policies, which present as a central feature the inclusion of the civil society actors in the processes of deliberation regarding the social policies. From this scenario, it is necessary to highlight the management councils coming from the health sector, that were formed from the building of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), which has at its core social participation - entered via councils / conferences - as a prime directive. Despite complying as arenas composed by democratic matrices and with deliberative functions in matters related to planning, evaluation and implementation of public policies in this area, such arrangements have faced a number of limitations and challenges to their real concretion. In the essence of the existing different barriers, it is important to note that such experiences are inscribed in a sociopolitical context still permeated by clientelistic and authoritarian characteristics existing within the Brazilian state that pervade such arenas. Furthermore, the councilist spaces - in the health sector - are traversed by problems from the planning and management processes in SUS, eventually forming themselves as obstacles to the exercise itself of participation and democratic deliberation. From what was exposed, the purpose of this study was to understand how the local health council (CMS) of Juiz de Fora conforms as the democratic and deliberative public space in the decision making process, bearing in mind the existence of clientelistic and authoritarian characteristics of the Brazilian state that materialize at the local level, as well as the difficulties regarding the management of SUS that challenge the councilist arena. Therefore, a qualitative research approach took place, having been employed as privileged techniques of data collection the accomplishment of semi-structured interviews with directors and administrators of health, and also document analysis (36 minutes of the meetings of the CMS (2009-2012). The material was analyzed from the content analysis, and the results were presented and discussed from two main categories: a) The board as a democratic public space: among the traditional clientelism and the inclusion of new actors on the political scene; b) The management of SUS and the effects on CMS. From the found results, it was inferred that the CMS health of Juiz de Fora can still live with clientelistic and authoritarian practices that focus on this democratic and deliberative public space. Moreover, the obstacles of the public administration itself may hinder the process of concretion of these arenas in SUS, since its deliberative capacity may be constrained by the lack of planning within the SUS management. Finally, it is considered that the councilist area, in spite of setting up as a public space endowed with democratic potential, still faces factual barriers to its realization, being important to make progress in the training of counselors in relation to deliberate issues within the council, and also strengthen such spaces as opposed to the permanence of "backward" practices which perhaps may still persist in surviving, hindering the materialization of these innovative experiences of Brazilian public management.

Keywords: Health Council; Public Health Policy; Social Participation; Democracy.

Sumário

Introdução **9**

Capítulo 1 – Estado, Sociedade Civil e Democracia: elementos introdutórios **16**

1.1 Um panorama sobre a relação entre Estado e Sociedade Civil: elitismo, pluralismo e a tradição marxista 17
1.2 A constituição dos espaços públicos de participação social e a (re)definição das relações entre Estado e Sociedade civil: mapeando o debate 33

Capítulo 2 – Estado e Sociedade Civil no Brasil **42**

2.1 A inclusão da sociedade civil nos processos de tomadas de decisão: alguns apontamentos 42
2.2 A conformação dos espaços públicos de participação social no cenário da (re)democratização do Estado brasileiro 53

Capítulo 3 – Emergência e institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a constituição dos espaços conselhistas de participação social **58**

3.1 Antecedentes históricos do SUS: O protagonismo do Movimento Sanitário 58
3.2 A constituição do sistema único de saúde (SUS) no Brasil 65
3.3 A institucionalização da participação social no SUS: os conselhos gestores de políticas de saúde 72
3.4 Conselhos de saúde e participação social: revisão sistemática 74
3.4.1 Representatividade política 80
3.4.2 Capacitação política 83
3.4.3 Relações estabelecidas entre os atores sociais 86
3.4.4 Cultura política 87
3.4.5 Desenho institucional 89
3.4.6 Discursos sobre saúde/doença 92
3.4.7 Democracia em debate: uma mirada a partir dos conselhos de saúde 93
3.4.8 À guisa de conclusão 95

Capítulo 4 – Os espaços públicos de participação social no SUS: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora **98**

4.1 Local e desenvolvimento 98
4.2 O conselho municipal de saúde de Juiz de Fora: breve apresentação 98
4.3 Participantes 100
4.4 Estratégia de coleta de dados 101
4.5 Estratégia de análises dos dados 103
4.6 Resultados e discussão 105

4.6.1 O conselho como espaço público democrático: entre o tradicional clientelismo e a "inclusão" dos novos atores sociais na cena política 105
4.6.1.1 Clientelismo 106
4.6.1.2 Representatividade governamental 113
4.6.1.3 A "inclusão" do conselho no processo de tomada de decisão no SUS ... 119
4.6.2 A gestão do SUS e os efeitos no CMS 126

Considerações Finais 143

Referências 148

Introdução

O processo de (re)democratização do Estado brasileiro concretizado durante a década de 80 possibilitou a emergência dos espaços públicos de participação social em torno da gestão das políticas sociais asseguradas como direito constitucional na Carta Magna de 1988. A conquista da institucionalização de tais espaços pode ser atribuída às lutas dos movimentos sociais em articulação com diferentes atores e organizações sociais comprometidos a edificar, ampliar e fortalecer canais de diálogo e negociação junto à esfera estatal (Cortes, 2009; Tatagiba, 2002).

A materialização destes espaços democráticos em torno da disputa por diferentes projetos sociais e políticos contribuíram para a publicização de temáticas historicamente marginalizadas e/ou circunscritas às esferas privativas da vida comum e/ou alijadas dos processos coletivos de tomadas de decisão. Vale notar que estão incluídas aí temáticas afetas às políticas sociais no âmbito da assistência social, saúde, criança e adolescente que, por sua vez, permaneciam sob a égide de um Estado historicamente caracterizado por sua centralização e autoritarismo no tocante ao direcionamento das questões de natureza pública (Farah, 2001). Por conseguinte, a partir do cenário de revitalização democrática e ampliação dos espaços públicos sublevam-se como arenas pró-democráticas os denominados conselhos gestores de políticas públicas, os quais passaram a compor o quadro social e político brasileiro, com expressões nas esferas municipal, estadual e federal. Trata-se de experiências que comportam como um de seus fundamentos a inserção de atores provenientes da sociedade civil organizada nos processos de discussão, deliberação, planejamento e fiscalização dos atos estatais no campo das políticas sociais, em que as temáticas acima mencionadas passaram a ser objeto de controle social (Tatagiba, 2002).

Indubitavelmente, em razão do histórico centralizador que interpela a organização sócio-política nacional, os conselhos gestores materializaram a ideia de institucionalização de espaços públicos de participação com teores democráticos, uma vez que asseguram e viabilizam a participação de atores governamentais e da sociedade civil no processo de deliberação, gestão e fiscalização das políticas públicas (Dagnino, 2002; Raichelis, 1998, 2000). Nesta perspectiva, tais arranjos se inscrevem no cenário político brasileiro como *lócus* potencialmente estruturante para a ampliação dos canais de deliberação política, uma vez que evidenciam a indiscutível contribuição de tais inovações para o processo de aprofundamento da democracia em nosso país, bem como para a transformação e/ou modificação de elementos

comumente presentes na cultura política nacional, os quais incidem diretamente nas relações entre Estado e sociedade civil, no que se refere aos processos de tomadas de decisão no âmbito das políticas públicas (Duriguetto & Souza-Filho, 2012).

Dentre as variadas possibilidades de arranjos que se desenvolveram ao longo das últimas décadas em nosso país, há que se destacar o papel desempenhado pelos conselhos gestores de políticas de saúde, uma vez que as experiências desenvolvidas nesta área contribuíram para a reprodução de tais espaços no âmbito de outras políticas de cunho setorial. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitucionalmente promulgado como uma política de saúde universal, integral, equitativa e com a participação social assegurada, dentre outras possibilidades, através dos conselhos gestores, passa a ser objeto de disputas em torno de propostas que estejam alinhadas às reais necessidades populacionais (Escorel & Moreira, 2008).

Os conselhos de saúde foram instituídos nas três esferas governamentais e passaram a atuar no processo de deliberação política, em aspectos relacionados ao planejamento, execução, controle, fiscalização e supervisão dos planos, programas e projetos a serem implantados no contexto local, além de contribuírem significativamente para o processo de discussões na área da saúde em âmbito nacional. Nesta perspectiva, tais arenas passam a ser consideradas mecanismos de controle social na área da saúde, emergindo em meio às expectativas dos protagonistas da reforma sanitária brasileira, os quais apostaram na possibilidade de constituírem-se enquanto espaços contrários à lógica presente na cultura política tradicional brasileira, atravessada por práticas clientelistas e autoritárias, favorecendo o *accountability*, apostando ainda que sua institucionalização terminasse por favorecer a conformação de um espaço pelo qual a expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem pudessem de fato ocorrer (Sposati & Lobo, 1992). Ou seja, os Conselhos de Saúde passaram a ser pensados como espaços públicos com teores/perspectivas democráticas, através dos quais diferentes atores sociais e políticos podem apresentar e endereçar suas questões e demandas individuais e coletivas (Dagnino, 2002; Raichelis, 1998).

A partir do exposto, torna-se evidente a importância do esforço empreendido por militantes e pesquisadores brasileiros e estrangeiros visando compreender as dinâmicas, desafios e possibilidades dos espaços públicos conselhistas na luta por sua plena efetivação e materialização na realidade brasileira, tendo em vista o potencial que representam como mecanismos de fortalecimento da democracia e como inovação no campo da gestão pública em nosso país. Talvez por isso (e por outras razões), tais espaços tenham sido objeto de investigação acadêmico-política durante as últimas duas décadas (anos 90 e 2000), sendo

analisados sobe perspectivas teórico-metodológicas diferenciada que ampliam as possibilidades de interpretação e análise sobre as reais condições nas quais tais arranjos estão inseridos.

Apontando nesta direção, vários estudos têm sinalizado que os Conselhos de Saúde são atravessados por um variado leque de limites e desafios que incidem diretamente sobre a sua real capacidade, conforme inicialmente pensada por seus idealizadores. Assim, questões relacionadas à dificuldade de representação e capacitação política e técnica; ausência de desenhos institucionais adequados; características marcantes da cultura política brasileira (paternalismo, clientelismo, autoritarismo etc.); concepções sobre saúde e doença alicerçadas numa matriz biomédica; burocratização e dificuldade do setor governamental em compartilhar os processos de tomada de decisão; carência de informação sobre os temas debatidos; a participação de atores sociais com vistas a assegurar benefícios próprios e/ou permanecerem próximos ao Estado, dentre outras questões, podem ser delimitadas como alguns dos problemas enfrentados pelos conselhos em seu processo de constituição ao longo das últimas duas décadas (Duriguetto & Souza-Filho, 2012; Tatagiba, 2002). Trata-se, portanto, de elementos que apontam para os limites impostos a tais espaços como arenas democráticas e deliberativas no campo da política pública de saúde.

Contudo, a despeito da significativa produção acadêmica observada ao longo dos últimos anos acerca da referida temática, é importante assinalar que os desafios impostos não devem ser pensados e/ou analisados por um viés normativo e/ou definitivo, podendo culminar em um total descrédito sobre os espaços conselhistas. Independentemente das tensões e problemas comumente observados, é importante assinalar que segundo dados referentes ao levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Saúde, atualmente os conselhos gestores de políticas públicas de saúde estão presentes em todos os municípios no território brasileiro, constituindo-se inegavelmente como uma *realidade nacional*.

Nesta perspectiva, em razão da diversidade sociocultural e política observada nacionalmente, podemos encontrar diferentes arranjos e distintas questões que interpelam a prática conselhista, a depender do contexto sócio-histórico em que o mesmo se inscreve o que torna possível nos deparar com Conselhos que são altamente participativos nos processos de tomadas de decisão das políticas de saúde, buscando atuar no processo deliberativo, bem como com experiências nas quais esses espaços podem se tornar meras audiências políticas e, consequentemente, esvaziadas de seu real objetivo. Consequentemente, há que se pensar que os problemas acima sinalizados entrelaçam-se e colaboram para o maior e/ou menor grau de participação conselhista a depender da realidade na qual o mesmo se inscreve.

A partir do quadro anteriormente assinalado, interessa-nos demarcar dois aspectos interdependentes que se articulam e incidem sobre tais espaços. Procuramos aqui salientar as características relacionadas à cultura política brasileira, marcada por práticas *atrasadas* e remanescentes de um país com características agrárias e rurais (clientelismo, patrimonialismo, autoritarismo), conforme nos adverte Lenardão (2008, 2011) em contraposição a um Estado que se moderniza, democratiza-se e desenvolve-se social e economicamente que, por sua vez, busca ampliar os espaços de discussão e deliberação com a sociedade no tocante à gestão das políticas sociais, como a saúde. E neste contexto, em que pese às condições de materialização desta política pública, a qual teve a partir da constituição do SUS uma de suas principais conquistas, cumpre ressaltar os desafios enfrentados pelos municípios brasileiros em assegurar o cumprimento dos princípios e diretrizes deste sistema, tendo em vista os inúmeros desafios a serem enfrentados, tais como a carência de recursos financeiros, a ineficiência da gestão e os impasses encontrados a partir da descentralização da gestão, dentre outros problemas (Campos, 2007; Paim & Teixeira, 2007; Souza, 2002).

Na identificação e análise da constituição e manifestação das características antidemocráticas inerentes ao Estado brasileiro, que ganham expressão significativa nos aparelhos administrativos no contexto local, bem como as limitações encontradas no tocante à gestão da política pública de saúde, foco de discussão e deliberação no âmbito das arenas conselhistas afetas a essa política, verifica-se que o exercício deliberativo esperado pelos espaços conselhistas acerca da política de saúde pode ser atravessado pelas tradicionais características da cultura política nacional, ao passo que os problemas existentes na gestão do SUS interpelam diretamente a atuação destas arenas, fatores que contribuem para a conformação de um quadro que dificulta e limita sua efetiva materialização. Ou seja, os espaços conselhistas na área da saúde terminam por enfrentar os próprios impasses do SUS ao mesmo tempo em que convivem com o caldo cultural existente no cenário político nacional que historicamente, pode não favorecer e/ou mesmo fortalecer tais iniciativas.

Portanto, com base no exposto anteriormente conclui-se que a inclusão de atores da sociedade civil nos processos de tomadas de decisão observados a partir da constituição dos espaços conselhistas em direta discussão e deliberação com os atores e representantes governamentais e prestadores de serviços, consistirá num leque diversificado de desafios, conforme assinalado inicialmente. Ademais, cabe salientar que as diferenças sociais, políticas e culturais em que se inscrevem tais experiências podem denotar particularidades que serão observadas em cada realidade estudada. Por conseguinte, partindo desta premissa a questão central da presente pesquisa é a seguinte: Quais têm sido os elementos que interferem na

materialização do conselho gestor de saúde a partir de sua inscrição no contexto político brasileiro, na medida em que incorpora/envolve atores da sociedade civil em sua composição, com vistas à ampliação da democracia na gestão das políticas públicas de saúde?

Partindo dessa interrogação inicial, optamos por desenvolver no presente trabalho o seguinte percurso: (1) realização de uma revisão sistemática de literatura tendo por finalidade construir um mapeamento da produção acadêmica em relação à temática, visando apreender os resultados, em que pesem os limites e desafios encontrados no tocante ao processo de institucionalização dos espaços públicos de participação no setor saúde em nosso país; (2) a partir da inserção no campo de pesquisa e em conformidade com a literatura apreendida pelo autor do presente trabalho, foi realizada uma investigação junto ao Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora com o objetivo de compreender como o Conselho de Saúde se conforma como espaço público democrático e deliberativo no processo de tomadas de decisões, tendo em vista a existência de características clientelistas e autoritárias do Estado brasileiro que se materializam no âmbito local, bem como as dificuldades no tocante à gestão descentralizada do SUS que interpelam os espaços conselhistas. Assim sendo, a presente tese foi organizada em quatro capítulos, que se estruturam de maneira a apresentar o caminho construído em torno do objeto em tela, com o intuito de atingir o objetivo traçado.

No capítulo I apresenta-se uma discussão sobre as relações entre Estado e sociedade civil com vistas à constituição e edificação de uma sociedade democrática. Para tanto, optou-se por sumarizar as principais contribuições presentes nas tradições do pensamento político, tomando-as como bases para a compreensão deste debate. Nesta perspectiva, explicitam-se as contribuições oriundas de abordagens clássicas na área, como o elitismo político, o pluralismo e a tradição marxista, buscando sinalizar como tais perspectivas compreendem as relações entre Estado e sociedade civil, demarcando suas divergências com respeito à edificação de um projeto sócio-político no qual a defesa e/ou garantia da participação social e política na condução da vida pública guarda diferenças substanciais. No referido capítulo demarcam-se as divergências quanto ao papel do Estado, ora visto como um espaço privilegiado a determinado grupo social, como uma instituição governada por um grupo contingencialmente presente no poder e/ou como um espaço de lutas a ser conquistado.

E, neste sentido, pretende-se ainda no Capítulo 1 apresentar-se uma contribuição à discussão realizada sobre a conformação dos espaços de participação política em direção ao fortalecimento da democracia pautada pelo princípio da participação e deliberação. Nesta perspectiva, adotamos as contribuições provenientes de Boaventura de Souza Santos a partir de sua análise a respeito da conformação de espaços alternativos para o debate político, tendo

como esteio as articulações dos movimentos sociais na busca por soluções no contexto local e a possibilidade de experimentação de um novo Estado. Para tanto, utilizamos ainda as contribuições de Leonardo Avritzer no que diz respeito à capacidade dos movimentos sociais transformarem a esfera pública a partir da constituição de canais institucionais de participação de cunho democrática – no caso específico do cenário latino-americano.

Com o propósito de compreender a conformação destes espaços no contexto do Estado nacional busca-se, no decorrer do segundo capítulo, apresentar uma breve contextualização da formação do Estado brasileiro e o respectivo histórico concernente às relações com a sociedade civil. Características como o clientelismo, autoritarismo, corporativismo e o insulamento burocrático são presentes na formação do Estado brasileiro, com reverberações em grande parte do território nacional, no processo de inclusão de atores oriundos da sociedade civil nos processos de tomadas de decisão e participação política. Por conseguinte, procuramos apresentar como se estabeleceram as relações entre Estado e sociedade civil no Brasil, em que pese à participação social nos processos de tomadas de decisão, sinalizando ainda os processos de lutas que se conformaram para a constituição dos mecanismos de participação social em nosso país.

O desenvolvimento do Capítulo 3 da presente tese tem como objetivo central demarcar o processo de articulação e organização do movimento sanitário e a constituição do SUS, tendo sido a inserção dos atores sociais na estrutura de governo uma importante conquista, além de ser compreendida pelos analistas da área como um ponto inquestionável para o avanço e fortalecimento do sistema de saúde, compreendido à época não apenas como uma rede de serviços e atenção à saúde, mas como um projeto político com vistas à democratização da sociedade brasileira. Além disso, ressalta-se o processo de descentralização que é adotado como diretriz do sistema brasileiro desde sua promulgação, culminando em uma maior responsabilização para a gestão local no processo de implementação das ações e políticas municipais, sendo entendido como uma possibilidade em se democratizar os processos políticos no setor.

Assinala-se, ainda neste capítulo, a discussão referente à afirmação de que a despeito dos objetivos almejados pela diretriz descentralizadora corrente no SUS, há uma controvérsia entre quem de fato detém o poder de tomada de decisão quanto às ações e políticas de saúde. A centralização que ainda existe no âmbito do governo federal quanto ao repasse de recursos para que os municípios desenvolvam suas políticas locais tem colocado em xeque a capacidade democrática atribuída à noção de descentralização. Dessa forma, os conselhos gestores ganham relevo, uma vez que foram instituídos em torno deste ideal descentralizador,

alargando a possibilidade de maior participação dos atores sociais nos processos de planejamento da política de saúde. Portanto, explicitadas as características do Estado brasileiro e dos aspectos da descentralização no SUS, mediado pelo espaço conselhista, detivemo-nos na apresentação de diferentes estudos que têm problematizado um conjunto de desafios que permeiam tais arenas.

No capítulo 4, apresenta-se a discussão referente aos desafios enfrentados pelo Conselho de Saúde na realidade municipal de Juiz de Fora – MG, no sentido de efetivar-se como palco de deliberação sobre a política de saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental a apresentação da proposta metodológica da presente investigação, pautada na realização de entrevistas semiestruturadas com conselheiros e gestores da saúde, bem como de análise documental - aqui representada pelas Atas das reuniões periódicas realizadas junto ao referido Conselho. Por fim, sistematizamos os principais resultados encontrados, visando discutir à luz da literatura adotada as barreiras encontradas no processo de conformação do Conselho como espaço público democrático e deliberativo, buscando contribuir para a reflexão em torno de como se materializa o Conselho na realidade atual, considerando-se os elementos relacionados à cultura e estrutura política loca, bem como os impasses existentes na gestão do SUS.

Capítulo 1 – Estado, Sociedade Civil e Democracia: elementos introdutórios

A compreensão acerca das relações que se estabelecem entre Estado e sociedade civil têm ocorrido desde a delimitação que se opera a partir de diferentes abordagens e pressupostos teóricos, filosóficos e epistemológicos. Além disso, tais categorias são ainda delimitadas e conceitualizadas em razão dos distintos projetos societários que as subjazem, fato que justifica o amplo campo de teorias encontradas em diferentes áreas do conhecimento que se ocupam da análise e constituição do Estado moderno em sintonia com a sociedade civil. Nesta perspectiva, o alinhamento a determinado projeto sócio-político estará relacionado aos valores e interpretações operadas em relação ao homem, à sociedade bem como à própria concepção de política, sendo ainda uma decisão que dependerá da teoria social adotada no tocante à relação em tela, com vistas à efetivação de determinados pressupostos democráticos, tendo a emancipação política e/ou humana como horizontes.

A partir desta premissa, o debate teórico em torno da constituição de um Estado democrático tem início com a emergência do Estado moderno, em que se observa o esforço empreendido em compreender o seu papel na organização sócio-política e econômica desde as consideradas abordagens clássicas do pensamento político, como o elitismo, o pluralismo e a tradição marxista. Além disso, o receituário contemporâneo tem se ocupado em debater a constituição de um Estado democrático na medida em que se projetam novas formas de relacionamento entre Estado e sociedade civil, com vistas a aprofundar a democracia. A conformação de espaços públicos de participação social e política tem sido uma aposta entre aqueles sintonizados com os princípios da democracia participativa e deliberativa, tendo em vista o fortalecimento da sociedade civil nos processos de tomadas de decisão no cenário político.

Neste sentido, interessa-nos apresentar no presente capítulo as principais contribuições encontradas desde as abordagens clássicas supracitadas, bem como explicitar algumas contribuições observadas no recente debate contemporâneo em torno da conformação dos espaços públicos de participação. Acreditamos que tal discussão é importante ao se pensar nos conselhos gestores de políticas públicas, na medida em que tais espaços inauguram a possibilidade de incorporação da sociedade civil nos processos de discussão e deliberação sobre a política pública, com vistas a democratizar as relações estabelecidas entre Estado e sociedade civil em nosso país.

1.1 Um panorama sobre a relação entre Estado e Sociedade Civil: elitismo, pluralismo e a tradição marxista

No âmbito das ciências sociais e políticas nos deparamos com um leque de abordagens clássicas que tem fundamentado as discussões e debate acerca das relações entre Estado e sociedade civil, as quais terminam por representar projetos sociais e políticos antagônicos, com vistas a se constituírem como propostas para a organização de uma sociedade com diferentes aspirações em relação à democracia.

Dentre as abordagens encontradas, Duriguetto (2007) considera que o elitismo político deve ser tomado como uma das clássicas perspectivas de análise e compreensão desta relação. Trata-se de um arcabouço teórico que remonta às raízes antidemocráticas emergentes durante o século XIX, apresentando como pressuposto central a divisão da sociedade em dois polos complementares: uma elite dotada de poder político, em consonância com uma massa privada desse poder e, portanto, submetida às elites. Esta abordagem permitiu a formulação da antítese Elite-massa, conformando-se uma dicotomização social, além de introjetar uma polarização valorativa entre tais categorias. Enquanto o primeiro termo alicerçava-se num favorável espectro de valoração, a concepção de massa era permeada por uma desconfiança quanto aos seus efeitos na constituição do homem, imerso no projeto da modernidade, e, por conseguinte, regido pela premissa da razão. Consequentemente, o presente binômio passou a fortalecer uma concepção ideal em torno de um projeto de indivíduo racional - as elites - em contraposição à irracionalidade presente e comum às massas (Dryzek & Dunleavy, 2009; Duriguetto, 2007).

No que se refere à estruturação sócio-política, a sociedade passou a ser analisada e compreendida pela estruturação de dois grupos majoritários, através da qual uma elite social detém o controle nos campos econômico e político, além de exercer seu domínio sobre um contingente de cidadãos desorganizados e excluídos da efetiva influência e participação nos processos de tomadas de decisões e nos da vida pública. Esta premissa, que embasa a abordagem em tela, será justificada pela existência da denominada "lei férrea da oligarquia", que corresponde à existência de uma crença na efetivação de uma organização social e política assentada sob a consigna em que se justifica o predomínio de um corpo de eleitos em relação aos seus eleitores, dos mandatários sobre os mandantes e dos delegados sobre os delegantes. Com base nessa concepção, a tese central que se inscreve a partir deste horizonte é que qualquer organização deve ser compreendida como um tipo de oligarquia, que poderá se

materializar em diferentes associações, como os partidos políticos (Bobbio, Matteucci & Pasquino, 1998; Dryzek & Dunleavy, 2009).

Com base na discussão da perspectiva em tela depreende-se que a condição estática das elites políticas nas estruturas de poder, abordando que a circulação e/ou alteração (que ocorrerá por um conflito contra diferentes forças políticas antagônicas) destes grupos é de grande importância para compreendermos as dinâmicas sociais e políticas. A partir do início do século passado, a classe trabalhadora e os partidos socialistas procuraram constituir uma insurgente contraelite, a partir de lideranças bem educadas e intelectuais dissidentes. Entretanto, a despeito de um movimento contra-hegemônico, de acordo com os preceitos elitistas, o grupo no poder procurou enfraquecer esse movimento por intermédio de algumas estratégias, tais como a cooptação, o suborno ou ainda o arregimento das principais lideranças desta contraelite emergente (Dryzek & Dunleavy, 2009).

Vale salientar que as concepções presentes na abordagem elitista sintetizam a cristalização existente em torno de determinados grupos na direção e controle sociopolítico, em detrimento das possibilidades de insurgência de contramovimentos em direção à transformação da estrutura social. Entretanto, é importante salientar que essa concepção está ancorada e se desenvolve num contexto em que se observa o avanço do capitalismo como modo de produção econômica, bem como em um cenário de crescente complexificação da sociedade. Estas transformações passaram a exigir novas alternativas de organização sócio-política e, portanto, as relações entre Estado e sociedade civil recebem uma análise concatenada e, indubitavelmente, condicionada às condições acima mencionadas.

No campo em que se inserem as reflexões elitistas, destaca-se o pensamento do sociólogo alemão Max Weber, pautado na noção de que o regime democrático se resumiria a um mecanismo de competição entre líderes políticos eficientes, através do voto dos seus eleitores (Dryzek & Dunleavy, 2009; Duriguetto, 2007; Weber, 1969). Por conseguinte, a principal virtude da luta eleitoral consistiria em proporcionar a capacitação de líderes capazes para administrar a política, sujeitando a burocracia à sua vontade. Nas palavras do próprio Weber:

> A criação de uma liderança política, ordenada e responsável, por líderes parlamentares [...]enfraquece na medida do possível o impacto das emoções de cima (líderes tirânicos) bem como de baixo (movimento de rua). Somente a liderança ordenada das massas por políticos responsáveis é capaz de quebrar/destruir o domínio desregulado

> da rua e líderes demagogos (Weber, 1994 citado por Dryzek & Dunleavy, 2009, p. 63, tradução nossa).

As concepções que defendem a necessidade de existência de um grupo especializado no controle da máquina estatal se justificam em razão da crescente difusão de aparatos técnico-burocráticos estruturados com o objetivo de controlar as funções especializadas no âmbito da vida social, tendo em vista a crescente racionalização da produção capitalista definida pela razão científica e tecnológica (Weber, 1969). Portanto, a constituição do Estado moderno a partir da leitura elitista estará circunscrita ao avanço e desenvolvimento da sociedade capitalista, regida a partir de um projeto de racionalidade moderna. Dessa forma, a burocracia resultante deste processo seria responsável pela substituição no interior do Estado, da dimensão moral da política por um aparato administrativo baseado na separação entre meios e fins. Os efeitos no tocante à democracia seriam a agudização de sua concentração nas mãos de um corpo especializado de funcionários gerando, por conseguinte, maior legitimidade e dominação do aparato governamental sob domínio das elites (Maliska, 2006; Montaño & Duriguetto, 2011).

Conforme sinalizado anteriormente, isto pode ser justificado pela incapacidade das massas irracionais em iniciarem, por iniciativa própria, uma ação política com vistas à construção de um contramovimento (Dryzek & Dunleavy, 2009; Montaño & Duriguetto, 2011). Por outro lado, a participação política e/ou o envolvimento ativo do contingente populacional nas tomadas de decisão não deveriam ser compreendidos como práticas geradoras de qualquer mecanismo capaz de potencializar uma consciência política e/ou aprendizado democrático. Antes de qualquer coisa, a ação minimalista democrática, resultante e base desta abordagem, poderia maximamente revelar a identificação do grupo alijado e irracional (a massa) com o carisma pessoal de um líder político capaz de dirigi-las, sendo o Estado moderno e racional o espaço legítimo para o exercício desta dominação (Dryzek & Dunleavy, 2009; Weber, 1969).

Vale salientar, que as contribuições de Schumpeter (1961) para a teoria elitista da democracia fundamentam-se nestes pressupostos. Na avaliação de Schumpeter (1961), as massas não têm capacidade para emitir opiniões definidas e racionais sobre as questões inerentes à vida política. Logo, a função irrestrita e condicional deste contingente social seria a produção de governos que desempenhassem o papel de administrar e governar a máquina estatal. A relação que se desenvolverá entre Estado e sociedade civil no processo político, portanto, será mediada pelo voto com o objetivo de eleger lideranças, regras e políticas que

melhor servirão a seus interesses. Consequentemente, essa concepção resulta numa visão procedimental e minimalista da democracia submetendo-a, portanto, a um revezamento das elites na condução e direção do poder político. O objetivo seria meramente produzir um governo formado por membros da elite social, tendo em vista a irracionalidade e incapacidade das massas populares em assumirem a direção e controle político. Isto posto, caberia somente as elites a preservação dos valores centrais da democracia, sendo que certa apatia política por parte das massas deveria ser tomada como uma condição de governabilidade (Dryzek & Dunleavy, 2009; Duriguetto, 2007).

Com base no exposto, seria correto afirmar que a abordagem elitista da democracia rejeita uma concepção de democracia que parte do princípio de que tanto questões políticas quanto a implementação de decisões públicas estejam sob o escrutínio da vontade popular. Para os elitistas, a sociedade é composta por indivíduos interessados apenas nas questões que diretamente lhes afetam a vida diária, agindo somente em prol de assegurar e garantir a conquista de seus próprios interesses. Consequentemente, a participação política de um amplo contingente populacional não teria sentido, uma vez que este seria caracterizado por um reduzido senso de responsabilidade, ignorância, falta de julgamento e impulsos irracionais (Dryzek & Dunleavy, 2009; Duriguetto, 2007).

Além da perspectiva ora apresentada, outra abordagem que tem influenciado bastante o debate sobre as relações entre Estado e a sociedade é o pluralismo que em contraste com a abordagem elitista, compreendem os grupos como elementos constitutivos da sociedade e se opõe à soberania do Estado.

Isto significa dizer que o pluralismo concebe a sociedade não a partir de uma desigualdade natural acerca do poder político, que estaria concentrado em um único grupo social, mas sim do pressuposto de que a sociedade é constituída a partir de múltiplos e diversos centros de poder. Portanto, uma das premissas fundamentais desta abordagem seria a defesa de que existem formas diversas e plurais de promover a sociabilidade, bem como as amplas possibilidades em se produzir conhecimento a partir da pluralidade e diversidade inerente às associações e grupos sociais existentes (Dryzek & Dunleavy, 2009).

Nesta perspectiva, o papel desempenhado pelas associações livres é central, uma vez que apresentam interesses e projetos diferentes, ao passo que rejeitam o poder central e as possíveis massificações, já que isto pode representar um risco no processo de construção de uma sociedade democrática. Portanto, defende-se a noção de que é preciso assegurar a distribuição do poder e, fundamentalmente, garantir as liberdades individuais. Consequentemente, de acordo com essa premissa é através da existência de uma diversidade

de organizações e de uma pluralidade de associações que compõem a sociedade civil que torna-se possível impedir o processo de massificação social. Por conseguinte, é factível que se evite a concentração de poder em torno de uma única instituição, concentrando-o em um grupo social privilegiado (Duriguetto, 2007).

A partir do exposto, depreende-se que o pluralismo pode ser compreendido como um tipo de abordagem que contempla uma dupla acepção: 1º) a existência no âmbito da sociedade de diversos interesses, organizações, estruturas sociais, valores e comportamentos que convergem, a partir de suas distintas capacidades e condições, em um jogo de poder político; 2º) o reconhecimento de que a realidade social, entendida como diversa e conformada por múltiplos grupos de interesse, é a condição para a conformação de uma sociedade democrática (Blokland, 2011; Dryzek & Dunleavy, 2009; Graziano, 1994; Oliveira, J. A., 1989). Ademais, é importante sinalizar que ao adotar essa dupla acepção, o pluralismo ancora-se ainda em duas questões centrais: a luta travada contra a concentração de todo o poder no Estado bem como a resistência à consolidação de um atomismo individual.

É importante salientar, portanto, que se trata de uma abordagem que advoga a constituição de uma sociedade articulada em torno dos grupos de poder que se situam, ao mesmo tempo, abaixo do Estado e acima dos indivíduos. Perspectiva esta que advoga a posição de um indivíduo que não seja suprimido frente ao poder excessivo de um Estado totalitário, ao passo que procura evitar que ocorra um tipo de atomização individualista, correntes em meio às doutrinas de cunho liberal. De acordo com essa premissa:

> Em vez de um único centro de poder soberano, é necessário que haja muitos centros, dos quais nenhum possa ser inteiramente soberano. [...] A teoria e a prática do Pluralismo tendem a afirmar que a existência da multiplicidade de centros de poder, nenhum deles totalmente soberano, ajudará a refrear o poder, a garantir o consenso de todos e a resolver pacificamente os conflitos (Dahl, 2011, p. 24).

Ainda no que se refere ao papel do Estado, a necessidade de evitar-se a centralização e concentração de poder tem como objetivo assegurar a emergência de uma ampla pluralidade de grupos sociais com poderes de tomada de decisão. O totalitarismo estatal é compreendido como um sério problema a ser enfrentado, tendo em vista a necessidade de que as demais associações e instituições presentes e constituintes da vida social (família, religião, comércio, associação de negócios, sindicatos, universidade e mídia) tenham espaço e não sejam suprimidas. Por conseguinte, a noção de um Estado totalitário que penetra todos os âmbitos da

vida social, deslegitimando os sujeitos coletivos, não deve ser uma condição aceita em uma sociedade com pretensões democráticas a partir da abordagem pluralista (Bobbio et al., 1998).

Dryzek e Dunleavy (2009) destacam ainda a ênfase atribuída pelo pluralismo no estabelecimento e na articulação política suscitada por um conjunto de associações, dotadas com uma capacidade de influência sobre as decisões governamentais. Essa interpretação pode ser ilustrada através da afirmação de Graziano (1994) quanto ao projeto de autogoverno assumido pelos pluralistas, uma vez que é imprescindível evitar-se a alienação do cidadão sempre que este se encontre atrelado ao Estado por direitos e obrigações. Estes pressupostos constituem o ponto de partida para a construção da ideia de que o Estado não deve ser compreendido como uma instituição coercitiva e monolítica. Ao contrário disso, é visto como um conjunto de instituições que respondem, através de múltiplos programas e organizações, às demandas de grupos de interesses e pressão existentes na sociedade. Seu papel é agir como um juiz e árbitro dos diferentes interesses inerentes à coletividade, tendo como objetivo regular os conflitos e promover o bem estar comum.

Conforme argumenta Duriguetto (2007), na concepção dos pluralistas a esfera política é percebida como o campo dos procedimentos competitivos de interesses que ocorrem em meio às *regras do jogo*. Seguindo essa orientação, J. A. Oliveira (1989) argumenta que os grupos que ocupam o poder do Estado numa ordenação política do tipo liberal-democrático, estarão dependentes da capacidade em satisfazer, minimamente, os interesses dos diversos *grupos de pressão* existentes na sociedade civil. Por esta razão, os grupos que contingencialmente ocupam o poder governamental devem ser compreendidos como intermediadores no processo de disputa entre os grupos de interesse e pressão social.

Dessa forma, designações como comunidade política ou sistema político são utilizadas para se referir ao governo, pois tais definições apontam para uma conformação aberta no intuito de agregar preferências e promover *bens coletivos*. O governo, por sua vez, é concebido como um lugar de conflito, intercâmbio e mediação entre diferentes grupos sem que nenhum interesse, por si só, domine e/ou prevaleça. Ademais, partindo do princípio de que a pressão dos grupos de interesse é intensa, os grupos situados na esfera de governo devem desenvolver programas visando atender aos amplos e diferentes interesses existentes no âmbito da sociedade, tendo o intuito de assegurar contingencialmente o consenso político (Duriguetto, 2007; Graziano, 1994; Oliveira, J. A., 1989).

Vale salientar, que uma importante contribuição para o debate e proposições pluralistas acerca das relações entre Estado e sociedade civil com vistas à consolidação de uma sociedade democrática fundamenta-se nas pressuposições defendidas por Robert Dahl

(2011) e sua noção de Poliarquia. Segundo o referido autor, um regime democrático só poderá ser alcançado na medida em que os cidadãos tenham a oportunidade de formular preferências, expressá-las através da ação individual e coletiva, garantindo-se que sejam consideradas nas políticas governamentais. Trata-se, portanto, de um pressuposto que exige regras mínimas para que possa ser operacionalizado, tais como: liberdade de organização e expressão, eleições livres e limpas, sufrágio, direito de concorrer aos cargos eletivos, isonomia eleitoral, pluralismo de fontes de informação e igualdade na obtenção de informações acerca dos projetos políticos em disputa (Duriguetto, 2007).

As instituições poliárquicas são necessárias para a instauração (o mais plenamente possível) do processo democrático, mas não são consideradas maximizadoras da igualdade política e da soberania popular, visto que nunca atingem uma perfeita operacionalização (Dahl, 2011). O autor reconhece que os recursos para a atuação dos grupos sociais são desiguais, uma vez que a existência de um conjunto de variáveis que permeiam a sociedade (graus de interesse, capacidade, acesso, *status* socioeconômico, identificações étnicas e religiosas), provoca variações na participação dos indivíduos nos processos de tomadas de decisões políticas. Consequentemente, a participação política é dependente de um conjunto de recursos que estão dispersos desigualmente na sociedade. O acesso a estes recursos é variável e, portanto, a influência dos diferentes grupos apresentará variações a depender das questões em debate, bem como do grau de recursos alcançados e/ou disponibilizados para que consigam atuar. Interessante demarcar que a partir destas considerações o poder passa a ser percebido e analisado como contingencial, mensurando-se a partir da capacidade de influência de indivíduos e grupos sociais nas tomadas de decisões, bem como dos efeitos daí resultantes, a partir de situações políticas conflitivas específicas (Dryzek & Dunleavy, 2009).

Recentemente, o debate no campo pluralista tem colocado em xeque a pressuposição do poder contingencial em razão da constatação das diferenças quanto à participação e o real poder dos grupos sociais em exercerem pressão e articularem-se em torno de suas demandas e interesses. Reconhecem-se as dificuldades existentes quanto à participação dos grupos sociais nos processos de tomadas de decisão ao ser constatado que a desigualdade de poder é inerente e não apenas uma contingência que atravessa e constitui a sociedade em determinado momento (Dryzek & Dunleavy, 2009). Com base na afirmação de que a concentração de poder deve ser analisada como um problema, além da constatação de que não se trata apenas de uma contingência, e sim de uma condição estruturante da sociedade, as análises de Dahl (citado por Abu-El-Haj, 2008) sobre a sociedade moderna passam a considerar que a concentração de poder pode advir também do quadro caótico em que esta se encontra. A

emergência de diferentes e díspares interesses e opiniões, bem como a incapacidade demonstrada pelos cidadãos em controlar suas lideranças, tende a potencializar e cristalizar o poder nas mãos de determinados grupos, permitindo ainda o surgimento de uma espécie de "homem forte" que controla as fronteiras da liberdade dos cidadãos.

Com base neste contexto, sublevam-se dúvidas quanto à capacidade dos sujeitos atuarem efetivamente como grupos na esfera política. Ademais, ao revisitar os preceitos pluralistas defendidos por Robert Dahl, Abu-El-Haj (2008) argumenta que as ameaças em se consolidar a democracia social e política não estarão depositadas unicamente na concentração de poder em uma única instituição e/ou grupo social. Antes disso, a questão primordial estaria relacionada à agudização das desigualdades sociais, diretamente relacionadas a um sentimento de resignação e encrustecimento da participação política por parte dos cidadãos. Entretanto, a despeito das dificuldades encontradas na consolidação de uma sociedade democrática, tendo em vista as relações entre Estado e sociedade à luz da perspectiva pluralista, defende-se a ocorrência de um aprendizado democrático a partir do envolvimento em associações e no contínuo exercício da cidadania. Assim, o envolvimento dos diferentes grupos através da participação em associações e organizações que defendam seus interesses e encaminhem suas demandas em direção à comunidade política deve ser o panorama sócio-político a ser mantido (Abu-El-Haj, 2008).

A partir das prerrogativas delineadas em torno da abordagem pluralista, segundo a qual a organização da sociedade em torno de múltiplos centros de poder com vistas à consolidação da democracia é condição *sine qua non*, a terceira abordagem clássica (adotada no presente trabalho) que favorece a análise sobre as relações entre Estado e sociedade civil no contexto da sociedade capitalista encontra-se, pois, na tradição marxista. Trata-se de uma abordagem que difere substancialmente das duas anteriormente sinalizadas, tendo em vista as concepções adotadas em relação ao Estado e a sociedade civil. De acordo com a perspectiva teórica marxista (e marxiana) a relação entre Estado e sociedade civil é compreendida a partir de um conjunto de determinações que se inscrevem entre infra e superestrutura econômica. No âmbito desta abordagem, o Estado será entendido como categoria central na organização e manutenção da sociedade liberal capitalista, portanto, torna-se imprescindível compreender as relações de produção de um determinado momento histórico para que se possam elucidar as questões inerentes ao Estado e suas relações contraditórias com a sociedade civil.

Partindo do princípio de que as relações de produção são determinantes na conformação do aparato estatal é fundamental, inicialmente, que se explicite a concepção marxista com relação à categoria *sociedade civil*. De acordo com Marx e Engels (2008) a

sociedade civil deve ser compreendida como a base econômica (estrutura) e o Estado sublevado à superestrutura. O trabalho é entendido como a categoria central na constituição das relações sociais, fundamento da gênese e perpetuação do Estado moderno capitalista. A sociedade civil, por sua vez, é a esfera das relações econômicas, dos interesses particularistas, através e pela qual ocorre todo o intercâmbio material entre os sujeitos, assim como a vida comercial e industrial de uma dada sociedade em um dado momento histórico. Em seu prefácio à *Contribuição à Crítica da Economia Política*, Marx (1977), define estas relações da seguinte maneira:

> [...]na produção social da sua vida, os homens contraem determinadas relações necessárias e independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a uma determinada fase de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. O conjunto dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se levanta a superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social, política e espiritual em geral. Não é a consciência do homem que determina o seu ser, mas, pelo contrário, o seu ser social é que determina a sua consciência (Marx, 1977, p. 2).

Conforme sintetizam Montaño e Duriguetto (2011) é na sociedade civil que se fundamenta a natureza estatal. Trata-se de uma premissa crucial, uma vez que o Estado é compreendido como um produto da sociedade civil que expressa suas contradições e as perpetua através do próprio aparato estatal. Neste sentido, trata-se de perceber que o Estado é uma construção que se vale do modo de produção capitalista com vistas a se organizar e/ou perpetuar. A perspectiva marxista de que sociedade civil e Estado se estrutura a partir das relações econômicas de produção termina por advogar a determinação material que subjaz o conjunto de relações sociais, conforme preconizado por Marx e Engels (2008):

> A estrutura social e o Estado nascem [...] do processo de vida de indivíduos determinados [...] tal e como atuam e produzem materialmente e, portanto, tal e como desenvolvem suas atividades sob determinados limites, pressupostos e condições materiais, independentes de sua vontade (Marx & Engels, 2008, p. 93).

Nesse sentido, Marx e Engels (2008) consideram que a estrutura social e o Estado provêm do processo de vida de sujeitos determinados. A noção daí decorrente é que os

sujeitos devem ser compreendidos como realmente são, e não como podem surgir e/ou serem idealizados. Ou seja, os homens em relação se constituem e dão sentido às suas vidas a partir de sua inscrição no mundo, tendo em conta sua produção e seu trabalho, circunscritos sob determinados limites e condições. Isto significa afirmar que os homens desenvolvem suas atividades, pressupostos e condições materiais, independentes de seu arbítrio e/ou vontade. Esse conjunto de determinações no que diz respeito à conformação do ser social contribui para que se opere uma reflexão acerca da constituição do próprio Estado moderno, o qual será reflexo das contradições e condições imanentes de uma dada sociedade em um determinado momento histórico. Entretanto, vale assinalar que, conforme afirma Mészáros (2011) as determinações da base em direção a superestrutura de que trata Marx devem ser compreendidas como indeterminações dinâmicas, regidas pelo princípio dialético não ocorrendo, portanto, uma via de mão única de viés mecanicista entre ambas.

Ao tomar este caminho é fundamental assinalar que Marx desenvolve suas análises a partir da sociedade capitalista que está organizada desde a divisão do mundo do trabalho, consubstanciada em duas classes sociais centrais, que seriam os detentores dos meios de produção (burguesia) e os detentores da força de trabalho (proletariado). Ao considerarmos estes elementos, tem-se que o Estado capitalista não deve ser compreendido isoladamente destas condições, sendo que o mesmo será empregado como instrumento de dominação da classe dominante e, consequentemente, terminará por legitimar o processo de dominação desta classe - que detém os meios de produção - sobre a classe trabalhadora (Dryzek & Dunleavy, 2009; Montaño & Duriguetto, 2011).

Cabe assinalar, ainda, que é na abordagem marxista que encontramos a base para uma discussão sobre a concepção de universalidade direcionada ao Estado. O entendimento de que este deve ser a instância que representa o interesse universal, quando no intuito de assegurar a ordem vigente, termina por atender contrariamente aos interesses da classe dominante, ao mesmo tempo em que realiza concessões à classe trabalhadora. Tal contradição sinaliza, então, o cumprimento da universalidade do Estado a partir da reprodução e defesa dos interesses de uma classe dominante em meio à sociedade capitalista configurando-se, portanto, como um instrumento de legitimação das desigualdades entre os homens e a manutenção de uma sociedade dividida em classes sociais (Dryzek & Dunleavy, 2009; Montaño & Duriguetto, 2011). Portanto, vale ressaltar a verdadeira relação que se inscreve entre Estado e sociedade civil no pensamento marxista:

> Tanto as relações jurídicas como as formas de Estado [...] se baseiam [...] nas condições materiais de vida cujo conjunto Hegel resume [...] sob o nome de "sociedade civil", e que a anatomia da sociedade civil, precisa ser procurada na economia política [...] na produção social de sua vida, os homens contraem determinadas relações necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção que correspondem a uma determinada fase de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. O conjunto dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se levanta a superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas de consciência social (Marx, 1977, p. 23).

Ainda com relação às considerações de Marx (2001) no que diz respeito ao Estado, merecem destaque as críticas endereçadas a Rousseau (1999) e sua premissa do *Contrato Social*, a partir da noção de emancipação política. Em sua obra *A Questão Judaica*, Marx (2001) discute a diferença entre tal concepção e sua proposição em direção à emancipação humana. O autor explicita que a partir do contexto no qual o Estado político atingiu um real desenvolvimento, o homem não leva apenas no pensamento, na consciência, mas também na realidade, na vida, uma dupla existência (celeste e terrestre). Ou seja:

> A existência na comunidade política, onde se considera um ser geral, e a existência na sociedade civil, onde trabalha como homem privado, vendo os outros homens como simples meios, rebaixando-se o próprio ao nível do simples meio e tornando-se joguete de poderes estranhos (Marx, 2001, p. 22).

Essa discussão acerca dos horizontes emancipatórios que a sociedade capitalista burguesa limita, encerra-se na proposição de que a emancipação política que se concretizaria no Estado é considerada formal e abstrata, praticada em meio aos regimes liberais ditos "democráticos". Essa formalidade e abstração justificam-se uma vez que as determinações estruturais e sociais de desigualdade entre as classes sociais que caracteriza o cenário da sociedade civil não são alteradas a partir da consolidação de um Estado democrático, a despeito de reconhecer que o conjunto de direitos conquistados a partir da emancipação política seja um avanço indelével.

Assim, reconhece-se a igualdade entre os homens com base num conjunto de determinações jurídicas, mas a diferença que os separa, a partir das condições econômicas objetivas, na condição exercida como trabalhador continuará existindo. Neste sentido, para

Marx (2001) a erradicação das bases materiais da sociedade civil (burguesa) é condição ineliminável para uma concreta "emancipação humana". Essa premissa fundamenta-se na aposta de que a realização de uma efetiva emancipação humana só poderá de fato se materializar através do fim da propriedade privada e da exploração do homem pelo homem, tomados como um processo natural da organização e perpetuação da vida social (Coutinho, 1997; Lessa, 2007).

Em síntese, o Estado representa o ator que legitima a dominação e exploração da burguesia sobre o proletariado, revelando assim, a sua essência de representante não dos interesses *comuns*, mas daqueles pertencentes a uma classe particular. Nesse sentido, a denúncia de Marx sinaliza para a estruturação de uma sociedade desigual e dividida, através da qual as relações contraditórias que se desenvolvem entre o Estado e o conjunto de relações de produção econômica e sócio-políticas terminam sob controle de uma classe dominante privilegiada, incorrendo na manutenção da desigualdade social (Dryzek & Dunleavy, 2009).

Seguindo essa orientação, Engels (1984) afirma que o Estado nem sempre existiu e tampouco está acima e/ou fora da sociedade civil como árbitro imparcial. Trata-se de um elemento que emerge a partir da sociedade, determinado, portanto, pelas condições de seu desenvolvimento econômico. Em suma, a partir da matriz marxiana de análise, o Estado moderno correspondeu à cisão da sociedade civil em classes sociais distintas e desiguais (mesmo reconhecendo que na perspectiva marxista, todo e qualquer Estado expressa esta cisão) materializando-se como instrumento utilizado para conter e conservar os conflitos no limite da ordem capitalista. Converte-se em um produto e manifestação do fato de que as contradições de classe são inconciliáveis remetendo, todavia, a uma concepção negativa da política, uma vez que para Marx e Engels (2008) o poder político e suas derivações devem ser tomados como o poder organizado de uma classe com vistas à opressão de outra. A expressão do poder político no contexto da sociedade burguesa é o Estado e, desta maneira, a superação das desigualdades entre as classes sociais requer sua extinção.

A partir dessas formulações, depreende-se que a tese marxiana é de que a existência do Estado está atrelada à necessidade de manutenção de um sistema econômico que perpetue a desigualdade entre as classes sociais. Neste sentido, com o movimento de extinção das classes sociais como condição de organização de uma sociedade, o Estado moderno é colocado em xeque. Portanto, o horizonte marxista é alcançar a supressão do aparato estatal, uma vez que ele é concebido como organismo próprio de um grupo, destinado a conformar as condições favoráveis à sua máxima expansão, o que de fato não concretiza e/ou favorece processos de sociabilidade que conduzam à emancipação humana (Dryzek & Dunleavy, 2009;

Montaño & Duriguetto, 2011). Neste sentido, o cenário de luta que se vislumbra está assentado, como o próprio Estado, no âmago da sociedade civil classista e desigual, que necessita ser revolucionada com vistas à ascensão do proletariado (sujeito político privilegiado) e sua ideologia, como alternativa à organização sócio-política e produção econômica capitalista (Dryzek & Dunleavy, 2009).

No que diz respeito às relações entre Estado e sociedade civil, a produção no campo marxista estendeu-se para além do pensamento de Marx, incorporando novos elementos com o objetivo de analisar e compreender a totalidade dos fenômenos que circunscrevem a realidade social. Nesse campo, as contribuições do marxista italiano Antônio Gramsci são consideradas fundamentais para o avanço das reflexões sobre a relação Estado - sociedade civil.

Além da imersão num cenário sociopolítico e econômico diferente daquele vivenciado por Marx e Engels, Gramsci agrega novos componentes à referida discussão. A partir de suas experiências no contexto italiano do início do século XX, Gramsci (2000) percebe uma intensa socialização da política, que é resultante da presença de organizações, tanto de trabalhadores quanto da fração burguesa, no cenário do capitalismo desenvolvido. Além disso, vivencia a conquista do sufrágio universal, bem como a emergência do fascismo e do nazismo como movimentos sociais de expressão da hegemonia política da classe burguesa. Será a partir deste contexto que Gramsci analisará as complexas relações de poder e de organização de interesses que engendram uma nova dinâmica social. A conceituação de Gramsci acerca das relações entre Estado e sociedade civil serão, indiscutivelmente, decorrentes de sua própria imersão no referido contexto (Montaño & Duriguetto, 2011).

Inicialmente, cumpre sinalizar que a categoria sociedade civil para Gramsci (2000) deve ser entendida como o espaço em que se manifesta a organização e a representação dos interesses dos diferentes grupos sociais, da elaboração e/ou difusão de valores, culturas e ideologias. Ela é composta por uma rede de organizações (associações, sindicatos, partidos, movimentos sociais, organizações profissionais, atividades culturais, mídia, sistema educacional, igrejas etc.), configurando-se como uma das esferas sociais em que as classes sociais se organizam e defendem seus interesses, bem como inscrevem e confrontam projetos societários na tentativa de conservar ou conquistar a hegemonia.

A relevância em se compreender o conceito de sociedade civil em Gramsci (2000) está na diferenciação operada por esse autor em relação a Marx. A sociedade civil gramsciana não pertence ao momento da estrutura econômica, mas sim ao da superestrutura, assim como o próprio Estado. Essa concepção ocorre em razão das análises gramscianas realizadas a partir

da socialização da política, em que se observa uma ampliação do Estado, que passa a incorporar novas funções, incluindo em seu âmbito, as lutas travadas entre as classes sociais. Nesta direção, segundo Bianchi (2007), conforma-se a noção gramsciana de um *Estado ampliado* ou *integral*, o qual se constitui a partir da conjunção de uma sociedade política (Estado *strito sensu* ou Estado-coerção) e uma sociedade civil (esfera da disputa da hegemonia e do consenso).

De acordo com Coutinho (1992) a sociedade política, entendida como a esfera estatal, deve ser compreendida como aquela que tem por função garantir a dominação de uma classe sobre a outra, que será consubstanciada pelo conjunto formado pelos Aparelhos de Coerção e Repressão. Será através desses aparelhos (aparato policial e militar, o sistema judiciário e o administrativo) que a classe dominante conseguirá impor pela via da coerção a sua dominação em relação à classe dominada. Entretanto, cumpre ressaltar que o Estado gramsciano é um amplo complexo de atividades práticas e teóricas empregadas pela classe dirigente com vistas a assegurar o consenso ativo dos governados. Portanto, para além da lógica coercitiva, torna-se fundamental a compreensão do conjunto de mediações que conformam e esclarecem esse domínio e consentimento.

Nesta perspectiva, retornamos ao conceito de sociedade civil que deve ser entendida como a esfera das mediações do exercício da dominação de classe, que não se reduz a práticas coercitivas. De maneira complementar, no âmbito da sociedade civil, esse exercício de manutenção do poder ocorrerá por intermédio de uma relação hegemônica que é construída pela direção política e pelo consenso, a partir da materialização dos Aparelhos Privados de Hegemonia. Trata-se de organizações sociais às quais se adere voluntariamente, que possibilitarão que as classes sociais organizem seus interesses e projetos políticos, encaminhando suas demandas e manifestações em direção à sociedade política (Coutinho, 1992, 2011; Nogueira, 2003).

Considerando as distinções realizadas por Gramsci em relação às categorias *Estado e sociedade civil* na tradição marxista, depreende-se que as relações estabelecidas (guardadas as terminologias gramscianas) entre sociedade civil e sociedade política recebem um novo tratamento ao incorporarem novos elementos para apreciação. Segundo Coutinho (1992) e Duriguetto (2007) o conceito de *Hegemonia* cunhado por Gramsci deve ser tomado como uma de suas principais contribuições para o entendimento das relações construídas entre sociedade civil e sociedade política. A hegemonia gramsciana é compreendida como a direção intelectual e moral da qual se vale uma classe para fazer valer sua dominação, bem como uma estratégia empregada em uma guerra de posição e, portanto, não deve ser confundida como

mera dominação. Representa, antes de tudo, a capacidade de uma classe obter o consenso ideológico, com vistas a fortalecer suas alianças e articulações. Ou seja, constituir-se como classe hegemônica significa construir e organizar interesses comuns e tornar-se protagonista das reivindicações de outros estratos sociais. Dessa forma, o conceito de hegemonia é empregado para esclarecer que o Estado além de se tornar o aparelho repressivo da burguesia, termina por incluir principalmente sua hegemonia na superestrutura (Coutinho, 1992, 2011).

Segundo essa orientação, a distinção funcional e institucional, assim como a decorrente autonomia relativa da sociedade civil em relação à sociedade política e vice-versa, não implica a ruptura de suas inter-relações e do momento unitário – *unidade na diversidade* – que as conformam na prática. Em Gramsci, sociedade civil e sociedade política devem ser analisadas como distinções analíticas do conceito de Estado. O momento unificador dessas duas esferas – sociedade política e civil – está presente na forma como a classe social realiza sua supremacia que se manifesta como dominação (na sociedade política) e como direção intelectual e moral (sociedade civil), conforme salientam Coutinho (1992, 2011) e Semerano (1999).

Tal como em Marx, Engels e Lênin, Gramsci pensa em uma sociedade sem Estado, a qual denomina como sociedade regulada. O fim do Estado é concebido por intermédio de uma *reabsorção da sociedade política na sociedade civil*, ou seja, pela ampliação da sociedade civil e, portanto, do momento da hegemonia das classes subalternas, no interior da esfera estatal, até que seja possível a eliminação de todo o espaço ocupado pela sociedade política (Coutinho, 1992, 2011; Montaño & Duriguetto, 2011). A partir do exposto, deparamo-nos em Gramsci (2000) com sua concepção já clássica de Estado: "na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, de que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia encouraçada de coerção" (Gramsci, 2000, p. 244).

De acordo com o exposto, a compreensão das diferentes perspectivas de análise em torno das relações entre Estado e sociedade civil torna-se imprescindível para apreendermos os diferentes projetos sociais e políticos que se perfilam no tocante à consolidação de uma sociedade pautada por princípios democráticos. As discussões em torno dos diferentes projetos políticos são explicitadas a partir de diferentes matrizes do pensamento social, as quais foram sumariamente apresentadas. Assim, a adoção de preceitos que defendem a marginalização de um substancial contingente populacional dos processos de tomadas de decisão pode ser a saída esperada, tomando-se por base as prerrogativas elitistas e sua concepção minimalista de democracia. Por outro lado, a luta contra um Estado despótico em

direção a conformação de inúmeros grupos de interesses em disputa, pode ser uma alternativa para a vitalidade democrática de uma sociedade, conforme sinaliza a abordagem pluralista.

Além disso, a manutenção da sociedade capitalista e a desigualdade social decorrente que se naturaliza pela não resolução da questão social, terá na junção que se opera entre Estado e sociedade civil uma força motriz. Isto, pois as relações de produção que se produzem no âmbito da sociedade devem ser compreendidas como elemento-chave para se compreender a impossibilidade de instauração de uma nova ordem, na qual a exploração dos homens entre si não seja uma consigna corrente. Portanto, os impasses oriundos do capitalismo para a edificação de uma sociedade que caminhe em direção a emancipação política e humana serão discutidos tomando-se por base a tradição marxista.

Dessa forma, podemos assinalar tanto as saídas quanto às dificuldades que tais abordagens apontam para a consolidação de um Estado democrático, em que pese à capacidade real das organizações fixadas na sociedade civil em influenciar/regular as tomadas de decisão no âmbito das políticas de Estado, e, portanto, efetivar a democracia como princípio/valor que oriente a organização social e política. As limitações que a realidade suscita têm contribuído para que o debate se expanda na busca por novas maneiras de se efetivar/consolidar a democracia, na medida em que se procura construir/fortalecer novas alternativas teóricas e práticas para o exercício democrático.

Por conseguinte, na medida em que se procura aprofundar a democracia, ganha relevo no cenário contemporâneo a discussão em torno do ideário que advoga a democracia participativa e deliberativa como horizontes possíveis e necessários tendo em vista a necessidade de se revitalizar os cânones democráticos. Nesta perspectiva, a procura por consolidar espaços públicos de participação política, através dos quais seja possível promover a inserção de atores provenientes da sociedade civil nos processos de discussão e deliberação sobre temáticas como gênero, raça, etnia, meio ambiente bem como as políticas governamentais em setores diversos como a saúde, educação, planejamento, assistência social dentre outros, tem sido um caminho adotado e observado em diferentes cenários e contextos sócio-políticos (Santos, 2010a, 2010b). Ao mesmo tempo isto representa a participação destes atores sociais na proposição de políticas públicas que têm sido um elemento aclamado como uma possibilidade de se revigorar a esfera pública, na medida em que conformam alternativas concretas de cunho institucional para a prática da democracia em direção à participação e deliberação (Avritzer, 2002).

1.2 A constituição dos espaços públicos de participação social e a (re)definição das relações entre Estado e Sociedade civil: mapeando o debate

As análises contemporâneas referentes às relações entre Estado e sociedade civil têm sido operacionalizadas a partir de referenciais que se afastam e/ou contestam as perspectivas clássicas anteriormente apresentadas, destacando-se as mudanças que se observam em relação ao papel do Estado e ao déficit democrático vivenciado ao longo das últimas décadas em diferentes contextos sociais e políticos. Por isso, a busca por novas práticas democráticas pautadas pela participação e deliberação tem estado em evidência no debate contemporâneo. No âmbito desta discussão, uma importante contribuição tem sido o emprego do conceito de esfera pública[1], o qual está diretamente relacionado à redescoberta e/ou recuperação do conceito de sociedade civil no âmbito acadêmico a partir da década de 70 (Arato, 1995; Habermas, 1997).

É importante assinalar que esse *renascimento* está intrinsecamente associado à emergência dos denominados *"novos" movimentos sociais* (NMSs) e suas demandas por novos espaços de participação social e política no âmbito da sociedade ocidental contemporânea. Consequentemente, a partir do variado leque de ações coletivas observadas em razão das articulações de novos atores políticos em disputa com tradicionais aparatos institucionais e políticos, opera-se um redimensionamento no tocante às questões e temáticas que durante um largo período foram tratadas como privadas e que, portanto, passaram a comparecer em espaços públicos com reais possibilidades de questionamento e publicização (Avritzer, 1994; Costa, 2002; Santos, 2010a, 2010b). A partir deste cenário, a prática de novos sujeitos políticos, bem como as transformações da ordem política e econômica que compuseram o quadro das sociedades ocidentais desenvolvidas e/ou periféricas desde a década de 70, reforçou a importância atribuída ao fortalecimento da esfera pública, tida como uma aposta na renovação de práticas políticas com vistas à consolidação de uma sociedade orientada pelos princípios da democracia (Costa, 2002; Duriguetto, 2007).

---

[11] Este conceito é cunhado por Jürgen Habermas, tendo sido considerado como uma das mais importantes contribuições para o debate em torno da democracia, realizado no século XX. O conceito foi inicialmente cunhado na obra *Mudança estrutural da esfera pública: investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa*. Posteriormente após uma revisão o filósofo alemão conceitua esfera pública na obra *Direito e Democracia: entre facticidade e validade (1997)* da seguinte maneira: "pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados a ponto de se condensarem em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos. Do mesmo modo que o mundo da vida tomado globalmente, a esfera pública se reproduz através do agir comunicativo, implicando apenas o domínio de uma linguagem natural; ela está em sintonia com a compreensibilidade geral da prática comunicativa cotidiana" (Habermas, 1997, p. 92).

Os NMSs que emergem neste cenário são considerados por Sherer-Warren (2011) como o resultado de articulações que pressupõe a identificação de sujeitos coletivos em torno de valores, objetivos ou projetos em comum. Devem ser compreendidos a partir dos diferentes contextos sociais e econômicos em que se desenvolvem e estão diretamente relacionados às lutas engendradas em torno das questões de gênero, raça, etnia, paz, meio ambiente, dentre outras questões. Nesta perspectiva, podem ser considerados como importantes sujeitos políticos em relação aos direcionamentos e manejos da luta política na contemporaneidade. De acordo com Dryzek e Dunleavy (2009), o aumento observado na participação de grupos sociais, historicamente excluídos do processo de tomadas de decisão políticas, está relacionado à intensificação de atividades destes novos movimentos, que durante as últimas décadas passaram a endereçar suas demandas com maior intensidade em direção ao aparato estatal com vistas a transformar as relações de exclusão e opressão na sociedade contemporânea. O conjunto de ações por eles operadas também contribui para a afirmação de Habermas (1984, 1997) quanto à sua aposta em uma esfera pública ativa e democrática e, portanto, com maior capacidade de transformação e emancipação do homem.

Autores como Dryzek e Dunleavy (2009), Duriguetto (2007) e Montaño e Duriguetto (2011), explicitam que esses NMSs entram em cena sob bandeiras de luta específicas, buscando defender seus interesses e identidades. O papel central que desempenham é a ocupação que promovem no âmbito da esfera pública, concretizando e afirmando neste cenário diferentes vozes com questões diversas até então silenciadas e/ou não consolidadas como temáticas de luta. Ademais, devem ser percebidos como agentes importantes, ao colocarem em xeque tradicionais projetos sociais e políticos, bem como o protagonismo de determinados sujeitos políticos, lançando novas diretrizes para a construção de sociedades democráticas, a partir do aprofundamento das discussões em torno das questões da pluralidade, igualdade e identidade.

A partir desta perspectiva, Santos (2010a) argumenta que a atuação dos movimentos sociais, tanto na Europa quanto nos países periféricos, deve ser considerada como peças fundamentais para repensarmos as relações entre Estado e sociedade civil na atualidade. Aproximando-se de uma discussão que critica o projeto da modernidade, o autor argumenta que na ordem contemporânea são necessários o engendramento e a identificação de múltiplas minis racionalidades que consigam equacionar um quadro de irracionalidade global. Isto é, as soluções para um conjunto de problemas vivenciados no âmbito local serão encontradas também localmente, uma vez que quanto mais global for o problema, mais locais e mais multiplamente locais devem ser as soluções.

Neste sentido, um aspecto relevante a ser considerado é o caráter histórico e mutável dos conceitos e práticas sociais e institucionais, o que significa pensar em uma transitoriedade de categorias centrais que constituem a estrutura social. Isto nos leva a pensar na multiplicidade de discursos que operam no contexto político, uma vez que diferentes experiências de sujeitos e instituições poderão atribuir aos seus valores, concepções e expectativas a razão de explicar e de agir sobre diferentes questões de natureza pública (Santos 2010a; Santos & Avritzer, 2005).

Ainda nesse horizonte, Santos (2010 b) analisa que se no contexto do Estado moderno capitalista sua função era manter a coesão social a partir de uma sociedade atravessada pelos sistemas de desigualdade e exclusão, na ordem capitalista contemporânea o Estado é desnacionalizado, passando a programar ações decididas em âmbito internacional, sendo a ele relegado o papel de executor de políticas de regulação, sob as quais ele mesmo nem participou. Esta nova condição tem ocasionado, segundo o referido autor, um processo de desestatização do Estado, que consiste em uma nova regulação estatal e não estatal, entre o público e o privado; uma nova divisão do trabalho regulatório entre o Estado, o mercado e a própria comunidade. Os efeitos podem ser observados e melhor compreendidos tanto no domínio das políticas econômicas como, sobretudo, no domínio das políticas sociais, a partir da transformação da providência estatal em providência residual e minimalista, sob diferentes formas de complementaridade, formas de serviços sociais produzidos no mercado (a proteção contratada no mercado) ou no chamado terceiro setor, privado, mas não lucrativo, assim como a proteção relacional comunitária (Santos 2010b).

O autor coloca em evidência os NMSs, compreendidos como novos sujeitos coletivos, que são chamados a engendrar novos discursos em direção à esfera pública e consequentemente em direção ao Estado (Santos 2010a, 2010b). Argumenta, ainda, que um dos papéis primordiais dos movimentos sociais tem sido o endereçamento de uma dura crítica ao sistema de regulação social capitalista, uma vez que essas novas expressões de luta social terminaram por lançar luz sobre outras formas de opressão distintas e não exclusivas na esfera produtiva do trabalho configurando-se, portanto, como denúncias transclassistas, onde a preocupação com a pobreza e as assimetrias sociais era entendida como um problema de toda a sociedade, não havendo um sujeito e/ou núcleo central para a luta. De acordo com Santos (2010a):

> A novidade maior dos NMSs reside em que constituem tanto uma crítica da regulação social capitalista, como uma crítica da emancipação social socialista tal como ela foi

> definida pelo marxismo. Ao identificar novas formas de opressão que extravasam das relações de produção e nem sequer são específicas delas, como sejam a guerra, a poluição, o machismo, o racismo ou o produtivismo, e ao advogar um novo paradigma social menos assente na riqueza e no bem-estar material do que na cultura e na qualidade de vida, os NMSs denunciam, com radicalidade sem precedentes, os excessos da regulação da modernidade. Tais excessos atingem, não só o modo como se trabalha e produz, mas também o modo como se descansa e vive; a pobreza e as assimetrias das relações sociais são a outra face da alienação e do desequilíbrio interior dos indivíduos; e, finalmente, essas formas de opressão não atingem especificamente uma classe social e sim grupos transclassistas ou mesmo a sociedade como um todo. (Santos, 2010a, p. 258).

Costa (1997, 2002) argumenta ainda que a contribuição dos movimentos sociais para a consolidação da democracia certamente não será aquela que cabe a instituições como sindicatos ou partidos políticos. Por outro lado, os movimentos sociais apresentam perfis organizativos próprios, uma inserção específica na tessitura social e articulações particulares com o arcabouço político-institucional. Segundo este autor, parece necessário reconhecer que as contribuições democratizantes desses movimentos não podem ser enxergadas unicamente a partir das instâncias institucionais, esperando-se deles o aperfeiçoamento dos mecanismos de intermediação de interesses ou a renovação da vida partidária, minada em países como o Brasil pelas velhas práticas autoritárias e pelos novos casuísmos. Suas possibilidades residem precisamente em seu *enraizamento* em esferas sociais que são do ponto de vista institucional, pré-políticas. Será a partir de tais órbitas e da articulação que os movimentos sociais estabelecem entre estas e as arenas institucionais que podem emergir os impulsos mais promissores para a consolidação da democracia.

Exatamente pela força e importância que passam a demonstrar, estes movimentos sociais podem ser considerados a grande invenção política do século XX. Terminam por enaltecer, a despeito do não ineditismo que os circunscrevem, o seu variado e diversificado repertório de ações reivindicativas, as quais envolvem protestos públicos, eventos midiáticos, mobilizações populares, assim como um conjunto de discussões e diálogos entre os participantes inseridos no movimento com aqueles que estão em posição externa a ele. Trata-se de um conjunto de aspectos que parecem flexibilizar e possibilitar diferentes arranjos e articulações não presentes nos aparelhos tradicionais de representação popular, tais como os sindicatos e mesmo os partidos políticos (Santos, 2010a).

Ao discutir o impacto e importância das lutas operadas pelos movimentos sociais, Santos (2010b) considera que isto tem possibilitado o rompimento com a teoria democrática liberal, tendo por objetivo o alargamento e o aprofundamento do campo político em todos os espaços estruturais de interação social. Neste sentido, busca-se operar uma transformação no espaço político liberal, entendido como o espaço da cidadania. As diferentes manifestações e experiências de minorias políticas apontam para um processo de diferenciação das lutas democráticas e, nesta via, pressupõe-se a consecução de novos exercícios democráticos e de novos critérios para avaliar as diferentes formas de participação política. Para Santos (2010b) o próprio conceito de cidadania sofre modificações, uma vez que o horizonte de luta tem por objetivo eliminar os novos mecanismos de exclusão, além de articular formas individuais com formas coletivas de cidadania, no sentido de ampliar esse conceito para além do princípio da reciprocidade e simetria entre direitos e deveres.

No caldeirão de inúmeras possibilidades de expressão dos movimentos sociais e seus respectivos impactos nas tradicionais estratégias de luta engendradas frente ao Estado e à sociedade liberal, conforme nos adverte Santos (2010b), as lutas políticas que se desenrolam dentro e fora do Estado são um exemplo paradigmático da volatilidade das condições que eram e ainda são presentes. O fortalecimento dos movimentos e a vocalização de suas necessidades e demandas fazem pensar na constituição de novas formas de governança e também promove uma rediscussão sobre as relações estabelecidas entre os movimentos sociais entre si, bem como em sua relação com o aparato estatal.

Santos (2010b) faz menção às experiências de participação democrática de atores da sociedade civil nos processos de fiscalização e planejamento governamental, como o orçamento participativo e, na opinião do autor,

> [...] há que salientar as experiências do orçamento participativo nos municípios sob gestão do PT ou de outros partidos de esquerda, especialmente a que adquiriu fama mundial na década de 1990, no município de Porto Alegre. Apesar de estas experiências serem, por enquanto, de âmbito local, não há nenhuma razão para não se estender a aplicação do orçamento participativo ao governo dos Estados ou mesmo ao governo da União. Aliás, é imperioso que tal ocorra para que o objetivo de erradicar de vez a privatização patrimonialista do Estado se concretize (Santos, 2010b, p. 373).

A institucionalização de espaços públicos não estatais, vide orçamento participativo, somado ao que o autor denomina de fiscalidade participativa[2] pode contribuir para a conformação de um Estado experimental, em que seja possível a constituição de desenhos institucionais alternativos, sob os quais diferentes soluções institucionais coexistam durante algum tempo, com caráter de experiências-piloto, sujeitas a monitorizarão permanente dos cidadãos, com vistas a proceder à avaliação comparada dos desenhos que possivelmente possam vir a se conformar. Para o autor:

> O Estado experimental deve, não só garantir a igualdade de oportunidades aos diferentes projetos de institucionalidade democráticas, mas deve também [...] garantir padrões mínimos de inclusão, que tornem possível a cidadania ativa necessária a monitorar, acompanhar e avaliar o desempenho dos projetos alternativos. Esses padrões mínimos de inclusão são indispensáveis para transformar a instabilidade institucional em campo de deliberação democrática [...] o Estado experimental é a experimentação contínua com participação activa dos cidadãos que garante a sustentabilidade do bem-estar. (Santos, 2010b, p. 375).

Ainda sob essa perspectiva, o autor considera fundamental a instituição de mecanismos que favoreçam a participação direta de atores da sociedade civil no âmbito da esfera política, possibilitando assim a conformação de espaços públicos nos quais as demandas sociais possam ser avaliadas, fiscalizadas, discutidas e deliberadas com vistas à reconfiguração do Estado como novíssimo movimento social (Santos, 2010b).

Com base na linha argumentativa defendida por Santos (2010a, 2010b) depreende-se que a emergência de novos sujeitos políticos que vem ocupando e revitalizando a esfera pública, levam Gohn (2007), Papadopoulos e Warin (2007) a explicitar o crescimento dos espaços públicos de participação que contam com atores oriundos da sociedade civil nos processos de tomadas de decisão que vêm sendo observados durante as últimas décadas em diferentes contextos sociais. Fato que está atrelado a uma transformação relacionada a uma visão vertical e hierárquica em direção a uma perspectiva horizontal e uma forma de governança mais participativa e cooperativa.

Entretanto, a despeito deste aumento de participação, uma questão importante que tem sido objeto de análise, é justamente a construção de alternativas que possam horizontalizar a participação e ação política dos diferentes atores sociais a partir da criação de tais espaços

[2] Necessidade de se complementar com mecanismos de democracia participativa a relativa perda de monopólio regulatório do Estado sendo, portanto, fundamental a compensação através da intensificação da cidadania ativa.

públicos de tomadas de decisão política. Nesse sentido, partindo da importância dos movimentos sociais no processo de democratização e revitalização da esfera pública e do direcionamento de novas demandas em direção ao Estado, autores como Avritzer (2002) tem buscado conformar proposições que contextualizem a discussão sobre a atuação dos movimentos sociais e transformação da esfera pública no cenário latino-americano. A discussão realizada por este autor tem lançado questões importantes para refletirmos sobre o papel dos movimentos sociais incrustados em nossa realidade social no que se refere ao avanço e consolidação de espaços democráticos de participação social e política.

Nesta perspectiva, a respeito da atuação dos movimentos sociais no âmbito latino-americano Avritzer (2002), busca problematizar a noção de esfera pública habermasiana, suscitando alguns questionamentos e críticas a esta concepção e agregando outros elementos em sua análise. O ponto central da crítica do referido autor diz respeito ao caráter defensivo atribuído por Habermas em relação ao papel e potencialidade dos movimentos sociais e sujeitos políticos incrustados na esfera pública[3]. Contrariamente, Avritzer (2002) considera que é preciso entender que a atuação dos movimentos sociais gera novas formas de solidariedade social, alteram a estrutura associativa da sociedade civil e conformam uma pluralidade de novos espaços públicos na medida em que expande e revitaliza espaços já institucionalizados, em sintonia com as reflexões de Santos (2010b).Ademais, outro ponto fundamental para se problematizar a noção de esfera pública é a superação do caráter discursivo em direção ao ideal deliberativo. Premissa que se assenta sobre o fato de que é preciso se pensar em uma alternativa estrutural para a democracia, ou seja, buscar a construção de estruturas que favoreçam a prática democrática.

A este respeito, Avritzer (2002) assinala que a esfera pública habermasiana pode ser considerada pouco efetiva, uma vez que busca a conexão entre dois dispositivos que não são igualmente deliberativos: (1º) todos os participantes são iguais na discussão, mas não na deliberação e (2º) a produção de leis, a partir dos princípios da publicidade e equidade das tomadas de decisão acaba por depender em última instância dos legisladores. O cientista político brasileiro aponta a negligência de Habermas quanto à possibilidade de ampliação dos mecanismos institucionalizados de formação da vontade política. E, além disso, é ausente no pensamento habermasiano uma discussão sobre como horizontalizar os processos decisórios e/ou de promover processos de *alfabetização política*.

[3] A crítica de Avritzer (2002) é também realizada por Arato e Cohen (1994) e será incorporada por Habermas em seus trabalhos mais recentes, onde passará a indicar que os atores fixados no âmbito da sociedade civil apresentam um duplo caráter – ofensivo e defensivo.

Nesta direção, Avritzer e Costa (2004) apresentam um compilado de críticas à teoria habermasiana de esfera pública que contribuem para a problematização deste conceito. Eles organizam as críticas de um conjunto de autores como Cohen e Arato (1992 citado por Avritzer & Costa, 2004) os quais apontam para a necessidade de se pensar em *new publics*, uma vez que se contempla a criação e expansão de novos públicos e novos locais de realização de formas críticas de comunicação, através da difusão de subculturas, movimentos sociais, micro espaços alternativos, como pode ser percebido pela atuação dos movimentos sociais anteriormente explicitadas.

Avritzer (2002) ainda considera necessário que se estabeleça uma conexão entre a esfera pública e o processo de deliberação política a partir da associação entre razão pública e deliberação. O autor acredita que isto poderá facilitar a formação de um consenso em relação às políticas a serem implementadas. Avançar sobre a ideia do discurso em direção à deliberação pública, como sinalizado no item anterior, poderá favorecer que os três elementos constituintes da esfera pública se materializem: (1) a livre expressão e discussão; (2) a formação de identidades plurais; (3) a associação livre; ao passo que se garantam os dois mecanismos que os conectam com a deliberação que é a formação de fóruns públicos e a prestação de contas.

Avritzer (2002) considera ainda a necessidade de mecanismos institucionais que assegurem a conformação de espaços públicos participatórios, a partir da explicitação de quatro elementos: (1) a formação de mecanismos públicos que garantam o ato deliberativo face-a-face, a livre expressão e associação; (2) a capacidade dos movimentos sociais e associações voluntárias em endereçarem questões para o nível público possibilitando a conformação de práticas sociais e políticas alternativas; (3) a preservação de um espaço para a complexidade administrativa e, ao mesmo tempo, a limitação da influência excessiva do saber técnico no processo de tomada de decisões, tendo em vista que os públicos participatórios assegurem a prerrogativa de monitorarem a implementação administrativa de suas decisões e (4) garantir que o conteúdo deliberado influencie a formação de instituições capazes de assimilá-los no âmbito da esfera pública.

Portanto, frente ao exposto, conclui-se que o processo de constituição dos espaços públicos de participação social e política tem se tornado uma possibilidade concreta que visa favorecer a participação de grupos oriundos da sociedade civil nos processos de tomadas de decisão, promovendo o debate em relação a temáticas que durante muito tempo estiveram silenciadas e/ou marginalizadas. Por conseguinte, constituem-se como alternativas para o exercício da democracia, em que a participação e a deliberação ganham relevo. Nesta

perspectiva, os espaços de participação podem ainda ser pensados a partir da ampliação e democratização da gestão estatal em torno das políticas públicas, conforme temos observado a partir das experiências dos conselhos gestores e/ou mesmo a partir do tão aclamado orçamento participativo em nosso país (Avritzer, 2002; Costa, 2002; Dagnino, 2002). E, ao retomar as contribuições de Santos (2010b) depreendemos que estes espaços têm contribuído para a constituição de mecanismos que buscam inovar as relações que se desenrolam entre Estado e sociedade civil, tendo em vista as necessidades de ampliação dos canais de participação, com o objetivo de aprofundamento da democracia em nosso país, bem como em outros cenários sociais.

No próximo capítulo, apresentaremos um breve panorama sobre o processo de constituição do Estado nacional, em estreita associação com a sociedade civil, buscando contextualizar os principais elementos do referido processo.

Capítulo 2 – Estado e Sociedade Civil no Brasil

A participação de atores provenientes da sociedade civil brasileira na deliberação sobre projetos, ações e políticas de interesse público é considerada uma inovação do sistema democrático nacional, tendo sido aclamada como um novo elemento capaz de transformar a relação estabelecida com o Estado em torno das discussões sobre temáticas essenciais para a vida em comum. Isso se dá pela desvitalização do modelo democrático representativo e a procura por novas possibilidades do exercício político, sendo a participação social na construção de políticas públicas um de seus reflexos, fato que tem sido vivenciado também em outros contextos sociais, conforme explicitado no capítulo I anteriormente apresentado (Dagnino, 2002; Dagnino, Olivera & Panfichi, 2006; Santos & Avritzer, 2005).

Os efeitos deste movimento de maior participação da sociedade civil tem sido o redimensionamento da posição do Estado como único e/ou legítimo responsável pelo gerenciamento dos interesses públicos. Neste sentido, as progressivas mudanças observadas no tocante às relações entre Estado e sociedade civil em nosso país endossam e legitimam a participação de novos atores sociais e políticos nas discussões e proposições de projetos que estejam em direção a seus interesses, contrariando perspectivas contrárias à materialização deste comportamento coletivo em meio às sociedades latino-americanas, como o Brasil (Cortes, 2002). Portanto, depreende-se que tem ocorrido um processo de revitalização da esfera pública nacional, a partir da conformação de espaços públicos de participação social.

A despeito dos avanços conquistados durante as últimas décadas nesta direção, buscaremos sinalizar algumas características que conformam as relações entre Estado e sociedade civil no contexto brasileiro (clientelismo, autoritarismo, corporativismo, etc.) no tocante à inclusão de novos atores sociais no cenário político, as quais se materializam nos processos de tomada de decisão no contexto local.

2.1 A inclusão da sociedade civil nos processos de tomadas de decisão: alguns apontamentos

Historicamente, as relações entre Estado e sociedade civil no Brasil podem ser compreendidas a partir de uma matriz que congrega a marginalização de elevados contingentes populacionais do processo de representação e atuação no cenário político. Além

disso, a cultura política nacional é permeada por elementos como o paternalismo, patrimonialismo, o clientelismo e o autoritarismo, que se materializam no processo de construção de projetos sociais e políticos observados ao longo de nossa história (Cunha, A. M., 2006; Faoro, 1993; Lenardão, 2011; Silva, 2009). Indubitavelmente, tais elementos interpelam as relações entre Estado e sociedade civil em nosso país e, certamente, se encontram atrelados à estrutura social sob a qual estão inscritos. É importante salientar que parte-se da premissa de que se trata de um conjunto de aspectos que se desenvolveram juntamente com o processo de constituição do Estado brasileiro, guardando raízes históricas que remontam ao processo de colonização, atravessando todas as mudanças vivenciadas nas últimas décadas sob a bandeira da (re)democratização (Faoro, 1993).

Neste sentido, dentre os elementos acima sinalizados, Lenardão (2011) salienta que o clientelismo[4] deve ser entendido como um atributo variável de sistemas políticos macro, podendo convergir em maior ou menor dose no *continuum* de relações existentes e que se estabelecem entre atores políticos. Carvalho (1997), por sua vez, procura ainda explicitar as diferenças e inter-relações que se estabelecem entre este conceito e o coronelismo[5] e o mandonismo[6], aos quais se encontram inteiramente vinculados e que, por conseguinte, também fazem parte da cena política que se desenrola no cotidiano dos diferentes rincões existentes em nosso país. É importante ressaltar que o grau de intensidade em que irão se materializar estará relacionado ao nível de desenvolvimento sociocultural observado, bem como ao conjunto de direitos sociais e políticos conquistados por uma determinada sociedade (Silva, 2009).

Outro elemento importante para se compreender as relações entre Estado e sociedade em nosso país, segundo Faoro (1993), pode ser pensado desde o patrimonialismo presente em

[4] O clientelismo é parte da constituição política nacional e, portanto, algumas práticas podem ser comumente observadas na realidade brasileira que sustentam tal elemento, a saber: o uso do favor como moeda de troca nas relações políticas; a instalação do controle político através do mecanismo da cooptação; a negação às classes populares do direito à participação política direta e de maneira autônoma; o uso privado dos recursos públicos e dos aparelhos estatais (Lenardão, 2011).

[5] Coronelismo pode ser entendido como um sistema político nacional, baseado em barganhas entre o governo e os coronéis. O governo estadual garante, para baixo, o poder do coronel sobre seus dependentes e seus rivais, sobretudo cedendo-lhe o controle dos cargos públicos, desde o delegado de polícia até a professora primária. O coronel hipoteca seu apoio ao governo, sobretudo na forma de votos. Para cima, os governadores dão seu apoio ao presidente da República em troca do reconhecimento deste seu domínio no Estado. Trata-se de um elemento que, a partir do processo de modernização do Estado brasileiro, tende a extinguir-se (Carvalho, 1997).

[6] Mandonismo pode ser entendido como a existência local de estruturas oligárquicas e personalizadas de poder. O mandão, o potentado, o chefe, ou mesmo o coronel como indivíduo, é aquele que, em função do controle de algum recurso estratégico, em geral a posse da terra, exerce sobre a população um domínio pessoal e arbitrário que a impede de ter livre acesso ao mercado e à sociedade política. O mandonismo não é um sistema, é uma característica da política tradicional. Existe desde o início da colonização e sobrevive ainda hoje em regiões isoladas. A tendência é que desapareça completamente à medida que os direitos civis e políticos alcancem todos os cidadãos (Carvalho, 1997).

nossa cultura. Trata-se da maneira como "a comunidade política conduz, comanda, supervisiona os negócios privados, seus na origem, como negócios públicos, depois" (p. 12). Para Faoro (1993), o patrimonialismo (em que pese ter assumido novos contornos) está no fato de o Estado preceder ou se colocar acima do grupo social cuja segurança, ordem pública e legitimidade, devem garantir. Conforme considera Luz (2000) o predomínio do Estado sempre foi uma característica marcante da sociedade brasileira, constituída justamente no conservadorismo e na tradição, mas não somente a tradição patriarcalista, que se consagrou impropriamente como sinônimo de direita. As relações conservadoras de poder podem ser identificadas na própria constituição do Estado patrimonialista brasileiro e em seus pares, como o clientelismo e a troca de favores. Nesta perspectiva o Estado brasileiro domina a sociedade e o faz a partir de relações políticas atrasadas, como o clientelismo, a dominação tradicional de base patrimonial e o oligarquismo (Faoro, 1993).

Indubitavelmente que estas marcas da cultura política, presentes na configuração do Estado nacional, materializam-se no contexto local, no cotidiano político da sociedade brasileira. Nesta direção, conforme observa Luz (2000) deparamo-nos com um Estado centralizador e situado como demiurgo da sociedade brasileira, fato que contribuiu para que se conformasse um padrão de não interferência de atores e instituições da sociedade civil nos processos de tomadas de decisões políticas.

Ao analisar o processo de formação do Estado brasileiro, Coutinho (1993) considera que é preciso ter em mente que este ocorre em meio a uma sociedade *rala*, sem potencial participativo e organizativo, o que seria nos dizeres de Gramsci uma sociedade oriental e gelatinosa. A despeito desta constatação, é indubitável que tais características atribuídas à sociedade brasileira têm se alterado ao longo do último século, com reflexos nas relações que se estabeleceram com o Estado em nosso país. Portanto, durante o processo de edificação do aparato estatal nacional, diferentemente dos países desenvolvidos, é possível afirmar que houve uma progressiva mudança nos padrões culturais e políticos, transitando de uma concepção oligárquica em direção à constituição de um Estado que se molda a partir de uma progressiva institucionalização de práticas com teores democráticos, apresentando, sem sombra de dúvidas, retrocessos e momentos de maiores impedimentos quanto à participação política de diferentes atores no cenário sócio-político nacional.

O que se pretende ressaltar é que para compreendermos como os diferentes atores e grupos sociais participam da vida política e se inserem em espaços públicos participatórios no âmbito da sociedade brasileira, há que se considerar como os elementos presentes na constituição do Estado nacional interpelam a atuação de tais sujeitos coletivos, haja vista os

elementos existentes no próprio processo de desenvolvimento do Estado nacional em relação com a sociedade civil. Nesta direção, cabe inicialmente nos questionarmos como tem sido possível a consolidação de práticas democráticas com teores emancipatórios em nosso país, em um cenário em que o Estado se moderniza e a sociedade se democratiza, ao passo que sobrevivem e se reatualizam práticas consideradas atrasadas, reconhecidas como pertencentes a um passado agrário-exportador, em contraposição ao presente industrial e moderno.

Com o propósito de traçarmos um referencial que colabore com a tentativa em respondermos tal questionamento, buscaremos situar o debate que explicita o processo de desenvolvimento do Estado brasileiro, assinalando os processos que interpelam suas relações com a sociedade civil. Portanto, tendo como objetivo compreender os processos que explicitam as relações entre Estado e sociedade no Brasil tomar-se-á as contribuições de Faria (2005) que sistematiza uma periodização histórica em que assinala o desenvolvimento do Estado nacional, bem como identifica um conjunto de matrizes (modelos que sintetizam em um determinado momento histórico as características centrais do Estado nacional em relação com a sociedade brasileira), que se conformam ao longo da organização social e política em nosso país.

Nesta perspectiva, em conformidade com a autora anteriormente citada, pode-se subdividir o processo de edificação do Estado nacional a partir das seguintes matrizes: (1) República Velha (1898-1930): Matriz Liberal Oligárquica; (2) Período Vargas (1930 -1945): Matriz Corporativa; (3) Matriz Híbrida observada durante o Interregno democrático (1945-1964); (4) Matriz Autoritária (1964-1980); (5) (Re)democratização e a inclusão política nos anos 80; (6) *Consolidação democrática* e o padrão de inclusão dos anos 90. A partir da presente sistematização, prosseguiremos na tentativa de apresentar as principais características que perfilam cada período e matriz acima indicados.

Iniciaremos este percurso a partir do período que se refere à República Velha (1989-1930), momento em que o Estado brasileiro se desenvolve sob o prisma de uma matriz *liberal oligárquica*, calcada em uma acentuada assimetria entre os diferentes grupos que compõe a malha social. Trata-se de um período em que a máquina estatal permanecia sob o controle de uma oligarquia agrário-exportadora, que exigia o não cumprimento e mesmo a negação de direitos sociais aos demais grupos que conformavam a malha social brasileira. Além disso, esclarece Faria (2005), esse contingente oligárquico demandava a proteção desse Estado visando à manutenção e garantia de seus negócios e interesses. Confirmava-se, portanto, um cenário no qual o liberalismo defendido pela Carta de 1891 organizava-se a partir de um federalismo problemático, uma vez que o padrão de igualdade que se estabelecia entre os

estados estava sob a dependência dos acordos estabelecidos entre suas elites políticas e econômicas questionando, desta maneira, o próprio sistema representativo vigente na época.

No tocante à participação social e política, Faria (2005) argumenta que sob este contexto havia uma forte dependência de grande parte da população em relação aos seus patrões-benfeitores, observando-se uma reduzida e ainda precária organização política da classe trabalhadora, configurando-se um quadro de inexpressiva participação no processo eleitoral, bem como em outros processos públicos de tomadas de decisão. Por conseguinte, os grupos sociais alijados do poder político tornavam-se dependentes das relações privadas de poder que denotavam o cenário em tela.

Com o avanço em direção às primeiras décadas do século XX, observa-se um processo de modernização do Estado brasileiro, conforme salienta Nunes (1997) na obra *A Gramática Política do Brasil.* A partir do processo de modernização ao qual será submetido o Estado brasileiro, emerge um conjunto de elementos que favorecem uma maior compreensão das relações entre Estado e sociedade civil no país, cujos reflexos permanecem nos dias atuais. Vale salientar que o projeto modernista que permeia o imaginário da elite nacional data do início do século XX, mas receberá maior propulsão a partir dos governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek.

Faria (2005) contribui com esta argumentação acerca da modernização do Estado nacional, ao considerar que esse processo inicia- se com a necessidade de adoção de soluções para as mazelas do liberalismo vigente. Neste sentido, a autora argumenta que se instituiu um Estado com tonalidades fortes e centralizador, que a um só tempo suspendeu os direitos civis e políticos, embora tenha realizado esforços em ampliar e assegurar um conjunto de direitos sociais até então ignorados. O Estado em questão, conforme salientado tanto por Faria (2005) quanto por Nunes (1997), será o Estado que emerge a partir da *Era Vargas,* o qual será caracterizado por um conjunto de elementos interligados tais como o corporativismo estatal, a expansão do social e o reconhecimento dos direitos dos trabalhadores e sua imposição às elites econômicas.

Ainda com relação ao *Estado moderno* que se projeta a partir do governo Vargas, Nunes (1997) reitera que juntamente com a objetivação do corporativismo estatal, observam-se a sólida presença do clientelismo e do fisiologismo, características típicas de uma esfera estatal que se almejava suplantar. Entretanto, cumpre assinalar que tais características foram importantes, uma vez que permitiu ao governo Vargas a manutenção das velhas oligarquias políticas sob controle. Além disso, a despeito da modernização em processo, o Estado apresentava também, – além do clientelismo –, padrões de funcionamento resguardados por

uma ótica autoritária, com a funcionalidade de organizar, leia-se, manter sob controle a classe trabalhadora e a burguesia industrial nascente, de forma simultânea. Ao mesmo tempo, Dombrowski (2008) considera que a centralização proposta a partir da conformação do Estado varguista e sua expressão modernista significavam esvaziar as instâncias locais de poder, transferindo para a esfera central o controle, ao mesmo tempo em que se procurava "blindar" o governo central contra as pressões locais ou localistas.

A partir do quadro em tela, explicita-se uma característica importante ressaltada por Faria (2005) e Nunes (1997), referente à capacidade do Estado em conseguir com que ambas (burguesia industrial e classe trabalhadora) estivessem atreladas ao aparato estatal, tendo em vista a habilidade e necessidade do grupo governante em incluí-los nos processos decisórios segundo seu ritmo e padrão. No tocante à burguesia industrial, esta conseguiu se impor e influenciar os centros decisórios atuando mediante o controle do Estado. Consequentemente, ao mesmo tempo em que o insulava, ampliava seus vínculos com grupos externos de seu interesse.

Dessa forma, o processo de modernização será repleto de um conjunto de elementos que se destacam e se entrelaçam, dando conformidade ao nascente Estado nacional, tais como o coronelismo e o clientelismo, aliados ao corporativismo, ao insulamento burocrático e à universalidade de procedimentos. Aspectos que segundo Nunes (1997) compõem as diversas *gramáticas*[7] inclusivas praticadas no Brasil ao longo de sua constituição como Estado moderno.

É importante salientar que nesta linha modernizadora, com reflexos de centralização política e administrativa vislumbradas, elementos tradicionais da vida política, comumente observadas no contexto local, tais como o *coronelismo*, *clientelismo* e *assistencialismo* foram compreendidos como diferentes expressões do atraso do mundo rural e oligárquico, que deveria ceder lugar para o desenvolvimento por intermédio de um processo de industrialização, planejado e conduzido pelo Estado. O planejamento central e a ação diretiva e coordenadora do Estado constituíram-se assim nos principais instrumentos preconizados para a promoção do processo de modernização, gerando, por conseguinte, a submissão das esferas locais de governo ao poder central, conforme sinalizado anteriormente (Dombrowski, 2008).

[7]Segundo Nunes (1997) existem quatro padrões institucionalizados de relações ou "quatro gramáticas" que estruturam os laços entre sociedade e Estado no Brasil. São elas: o clientelismo, o corporativismo, o insulamento burocrático e o universalismo de procedimentos. O clientelismo e o corporativismo são entendidos como instrumentos de legitimidade política; o insulamento burocrático é tido como a forma pela qual as elites modernizantes e tecnoburocráticas promovem o desenvolvimento; o universalismo de procedimentos a afirmação lenta de um regime burocrático racional-legal e eventualmente democrático.

Nunes (1997) reitera que a partir deste cenário de modernização observa-se a institucionalização do corporativismo, do insulamento burocrático e o início do universalismo de procedimentos, os quais emergem como resultado e, ao mesmo tempo, como realimentação do processo de construção do Estado nacional, cujos elementos essenciais de sua institucionalização são: a centralização, a incorporação regulada do trabalho e a intervenção na economia. Ademais, a concentração e a nacionalização dos recursos para o exercício do clientelismo transformaram o governo federal no principal *patron* e permitiu a institucionalização combinada destes diferentes elementos em âmbito nacional. Por esta razão, Nunes (1997) considera, por exemplo, que o clientelismo não mais poderia ser percebido como uma característica presente unicamente em municípios, dominados por caciques e coronéis, tendo em vista que as quatro gramáticas tornaram-se parte do estoque de alternativas políticas do executivo federal.

Outro elemento analisado por Nunes (1997) no que diz respeito à emergência do Estado nacional é o personalismo que impregnou e passou a estar presente na conjuntura de muitas instituições públicas, uma vez que o universalismo de procedimentos que deveria conter este tipo de comportamento está permanentemente sob tensão terminando, desta maneira, por relegar as tomadas de decisão a um *continuum* de relações pessoais, calcadas em uma hierarquia social, que passam a ser cruciais para os encaminhamentos sobre as questões de ordem pública. Aspecto que pode ser observado desde a obtenção de um emprego e/ou mesmo no pedido de aprovação de um órgão público. Nesta direção, os brasileiros são conhecidos como aqueles que intentam encontrar o *jeitinho* (isto é, uma acomodação privada e pessoal de suas demandas) bem como empregar a autoridade pessoal, os quais são sublevados a mecanismos cotidianos que objetivam regular o conjunto de relações sociais e institucionais.

Conforme anteriormente assinalado, é importante destacar que, na tentativa de reprimir tais tendências e comportamentos – clientelismo e personalismo – com o intuito de enfrentá-los, foi instituído no âmbito da administração pública, a partir da década de 30, a prática de um universalismo de procedimentos que representou um corpo legal que regulava os empregos públicos, culminando na criação de uma burocracia insulada, a qual não deveria ser receptiva a demandas fisiológicas e clientelistas oriundas dos partidos políticos.

Tendo como propósito a tentativa de modernizar as estruturas do Estado brasileiro, delineia-se as bases para a edificação de uma burocracia pública nacional, bem como as estruturas do mercado por meio da expansão e diferenciação do processo de industrialização. Portanto, depreende-se que durante este período, o insulamento burocrático esteve

relacionado à tentativa de o Estado brasileiro moderno se afastar das antigas tradições que atravessam a sociedade nacional, tais como o fisiologismo, o personalismo, assim como as pressões políticas de cunho corporativo e clientelista. Entretanto, o próprio insulamento burocrático não era imune a este processo de *inclusão seletiva* de interesses, uma vez que se trata de uma estratégia não realista, se considerarmos que a meta almejada, qual seja, implementar escolhas públicas imunes às pressões dos interesses particulares, não é factível no âmbito da realidade social e política em nosso país. Por outro lado, o que se consegue é escamotear alguns interesses em benefício de outros, em geral daqueles que detêm maior poder de barganha (Diniz, 1996).

Nesta perspectiva, a modernização do Estado brasileiro, tomando como horizonte o aperfeiçoamento de suas instituições, não foi capaz de criar instâncias políticas através das quais os diversos setores sociais pudessem participar livre e igualmente dos processos de tomada de decisão, uma vez que a atuação livre dos segmentos populacionais foi substituída pela organização estatal dos mesmos (Nunes, 1997; Pereira, 1997). Isto significa dizer que as políticas públicas promovidas pelo Estado incorporavam interesses da sociedade civil e do mercado, ao passo que esta incorporação era excludente e seletiva, beneficiando segmentos restritos dos trabalhadores, assim como interesses de segmentos do capital nacional e internacional.

A partir deste contexto, os institutos, as autarquias e os conselhos econômicos, que foram criados cumpriram tal função, uma vez que parte deles admitia representantes dos setores privados diretamente interessados, juntamente com os técnicos e funcionários governamentais. Portanto, conforme advertem Faria (2005) e Nunes (1997) o padrão através do qual se estabeleceu as relações entre Estado e sociedade em nosso pais passou a ser cada vez mais dominado pelo primeiro, tendo o governo Vargas se utilizado da tática corporativa para incorporar tanto a burguesia industrial em formação quanto o setor operário existente naquele período observando-se, conforme já assinalado, a manutenção de antigas tradições que se reatualizaram no cenário político estatal, como o clientelismo, o fisiologismo e o autoritarismo.

Com o fim da ditadura imposta durante o governo de Getúlio Vargas, vivenciamos o interregno democrático que perdura entre 1945 e 1964, caracterizado por Faria (2005) como um período de hibridismo que chancela a formação do Estado nacional. A autora considera que embora reconhecido como um período de convivência de padrões diferenciados de inclusão política, dado que se observa a manutenção simultânea da representação política, do corporativismo estatal e o pluralismo partidário, não foi possível, mais uma vez, notar-se a

inclusão equitativa de diferentes setores sociais. Trata-se de um momento em que as regras eleitorais excluíam os analfabetos da cidadania política, os sindicatos dos trabalhadores continuavam subsumidos à ingerência do governo, assim como os centros decisórios permaneciam insulados e o populismo passou a ser a estratégia utilizada para integrar a população que apresentava, neste momento, um perfil social mais diversificado. Nesta perspectiva, não se almejava o aprofundamento democrático de convivência pública, sendo o controle da ação destes novos setores exercido pelas lideranças agora no poder. A forte mobilização política vigente neste período não pôde ser traduzida em ganhos políticos inclusivos, uma vez que, pelo contrário, culminou no fechamento ainda maior do sistema político.

Neste cenário, Silva (2009) considera que no processo de edificação das relações entre Estado e sociedade em nosso país, o que se observa a partir do período em tela é a consolidação da hegemonia da ideologia desenvolvimentista, que para firmar-se teve que enfrentar e derrotar o pensamento econômico de cunho liberal. Essa vitória correspondeu, na esfera política, à imposição da dominação dos setores urbanos e industriais apoiados no poder do Estado e legitimado pelas massas populares sobre a antiga oligarquia rural. Segundo a autora, desde o processo de conquista da hegemonia no plano das ideias e de imposição da dominação no terreno da política, o país aparece dividido em dois: o país do progresso e o país do atraso. O primeiro, urbano e industrial, ligado ao futuro e ao mundo moderno; o outro, rural e agrícola, ligado ao passado, a um mundo supostamente agrário porque dominado pelos grandes proprietários de terra. O poder central, condutor do processo de modernização, sediado na capital, aparece ligado ao Primeiro Mundo, e os poderes locais, sediados no interior, aparecerão, definitivamente, ligados ao atraso do mundo rural e oligárquico, sendo, por conseguinte o mundo dos desmandos autoritários, dos resíduos feudais, do clientelismo e do coronelismo.

Em se tratando do período da ditadura militar, após o golpe de 64, os militares apresentavam um plano "vago" de governo, com intenções relacionadas ao controle comunista, à contenção das taxas inflacionárias e a execução de reformas políticas e econômicas consideradas como um pré-requisito para o retorno a um governo civil em uma época futura. Conforme salienta Faria (2005) houve uma mudança progressiva de postura uma vez que ocorre a concentração de poder no Executivo Federal e na Presidência da República, eliminando-se qualquer possibilidade de oposição por meio da promulgação de diversos decretos.

Observa-se no contexto em tela, a dissociação entre a modernização das estruturas econômica e política, tidas como necessárias para o desenvolvimento do país, conformando-se um quadro em que o controle da sociedade alcançou seu ápice. Isto posto, defendia-se uma reestruturação econômica e administrativa sem qualquer interferência da sociedade organizada. Para este fim, a meta passou a ser a despolitização do Estado e seu consequente insulamento nas mãos de uma tecnocracia civil e militar, juntamente com o fortalecimento e a expansão do executivo *pari passo* à redução do legislativo e à contenção de quaisquer manifestações contrárias ao regime imposto. Acreditava-se que a expansão da capacidade administrativa do Estado, bem como sua plena eficiência requereria, antes de tudo, o insulamento de suas agências ante as pressões populares e eleitorais (Pereira, 1997).

A modernização pressupunha despolitizar a sociedade e limitar os canais de interlocução entre o aparato governamental e os grupos e instituições sociais. Na tentativa de racionalizar o Estado e torná-lo mais eficiente, o regime militar recorreu à desmobilização dos setores sociais e à exclusão de alguns, mas não de todos, aprofundando o padrão assimétrico de inclusão política em nosso país. Por esta razão, Faria (2005) considera que esse período pode ser melhor caracterizado a partir de uma matriz autoritária, por onde se observou o desenvolvimento econômico, a transformação dos estágios das forças produtivas, a ocupação do território e a distribuição espacial da população. Ocorreu ainda a diferenciação em termos estruturais e funcionais, impulsionando a organização de novos interesses, ao mesmo tempo em que promoveu o aumento da miséria, afetando diretamente as condições de vida da população, alterando o padrão de relação entre todos. Tudo isso sob o patrocínio de um Estado que promovia o desenvolvimento, mas não conseguia se organizar de forma mais eficiente e democrática, conforme considera Nogueira (2004).

Cabe ainda salientar, conforme argumenta Farah (2001) que uma característica central das políticas sociais vigentes no Brasil até os anos 1980 consistia no fato de serem implementadas por meio da exclusão da sociedade civil no que diz respeito ao seu processo de formulação, fiscalização e controle das mesmas. O esteio de tal comportamento está ancorado nos padrões que já estavam em franco processo de desenvolvimento no Estado brasileiro em seu formato relacional com a sociedade civil, no qual era perceptível, nos processos decisórios relativo a políticas e programas governamentais, a presença significativa de três das *gramáticas* anteriormente sinalizadas por Nunes (1997): o clientelismo, o corporativismo e o insulamento burocrático.

Ademais, retomando a questão do autoritarismo vivenciado neste período, é relevante salientar que a ditadura que atravessa a história brasileira não foi capaz de eliminar a

sociedade civil. Como se tratava de uma ditadura modernizadora, essa contribuiu para que a sociedade civil crescesse enormemente nesse período. Neste sentido, a despeito da tentativa de supressão de segmentos ali presentes, Coutinho (1993) considera que o regime militar não foi capaz de suplantá-la, criando-se uma contradição, uma vez que se por um lado observa-se um Estado autoritário que buscava controlar e reprimir as associações e entidades presentes no bojo da sociedade, por outro, deparamo-nos com o florescimento dessa última.

A partir do processo de distensão da ditadura nacional e a transição gradual e segura proposta pelos militares, Coutinho (1993) considera que se definiram diferenciados projetos societais em nosso país. Esses projetos, diversos e antagônicos, propõem modelos de Estado diferentes daquele que vigorou nas décadas antecedentes. O importante a salientar é que o ponto alto desta proposição é que um *novo Estado* não está explicitamente presente na agenda dos tradicionais partidos políticos, mas na presença conflitiva de tais arranjos em uma nova ordem que se iniciara, sendo inferida pela ação dos movimentos sociais e dos partidos políticos que com tais movimentos interagiam.

Neste contexto, Sallum-Jr. (2003) salienta que o conjunto de insucessos políticos[8] aprofundou o padrão segundo o qual as mudanças sociais empurravam sempre, para além de seus próprios limites, o projeto de liberalização política do regime militar. Para o autor, a partir de 1970, os alicerces politicamente excludentes do regime militar e do velho Estado varguista foram abalados por um vigoroso processo de democratização política. As classes populares tornaram-se politicamente muito mais autônomas e tentaram partilhar valores materiais e não-materiais que antes eram exclusivos das classes média e alta. Por meio das eleições, das atividades de novas associações civis e/ou da renovação da atuação de velhas associações, as classes populares, parte das classes médias e alguns setores empresariais, passaram a colocar em xeque a capacidade de o Estado controlara sociedade tal como anteriormente.

O quadro marcado pela (re)democratização é qualificado por Faria (2005) a partir de uma matriz caracterizada pela inclusão política. Conforme assinala Reis (1988) a partir deste cenário vivenciamos um período no qual se observa que a sociedade se amplia, moderniza-se e torna-se mais democrática. No tocante à organização do Estado brasileiro, a partir do retorno da democracia, evidencia-se e reforça-se o universalismo de procedimentos, agora entendido de forma plena. O corporativismo, por sua vez, perde força, deixando de ser uma

[8]Nas eleições de 1982, o partido de sustentação do regime militar perdeu sua maioria absoluta na Câmara dos Deputados e dez governos estaduais importantes passaram a ser governados por partidos da oposição. Com tais resultados, o processo de liberalização política, iniciado por Ernesto Geisel em 1973-1974, mais uma vez colocou em xeque o controle do regime militar sobre a mudança política do país. (Sallum-Jr., 2003).

forma de organização da sociedade intermediada pelo Estado, para se transformar em mera estratégia de defesa de interesses de determinados grupos sociais. Além disso, o insulamento burocrático é colocado em xeque, tendo em vista suas expressões antidemocráticas. Será a partir deste contexto que se edificam as condições objetivas para a materialização dos espaços institucionalizados de participação social e política, sendo a participação cidadã nos processos de tomadas de decisão no âmbito das políticas públicas uma importante conquista.

2.2 A conformação dos espaços públicos de participação social no cenário da (re)democratização do Estado brasileiro

Conforme sinalizam Wampler e Avritzer (2004), no contexto brasileiro, a partir dos anos 70 foi possível notar de maneira mais contundente a formação de uma esfera pública composta por atores sociais tradicionalmente marginalizados dos processos de tomada de decisão política. Trata-se de diferentes grupos marcados por recortes de classe, raça, etnia ou gênero, os quais passaram a ocupar a cena pública, propiciando a reconfiguração da sociedade civil, que progressivamente começaram a concretizar novos espaços públicos de participação. Os autores consideram que foi a partir das diferentes estratégias de reivindicação por melhores condições de vida observadas durante a transição democrática em nosso país que emergiram algumas instituições de natureza deliberativa para a produção de políticas públicas sob teores democráticos. Ou seja, no bojo do processo de (re)democratização, novos atores políticos passaram a entrar em cena com o objetivo de aprofundar a democracia através da reivindicação de um novo patamar de cidadania.

Conforme ilustra o Quadro 1 observa-se que durante a década de 70 e meados dos anos 80 ocorre à proliferação de novas associações voluntárias em defesa de direitos sociais fundamentais em áreas como a saúde, meio ambiente e direitos humanos. Além disso, ocorre o fortalecimento inicial e progressivo dos atores sociais em direção ao processo de negociação e argumentação no contexto político. Ademais, no decorrer da primeira metade da década de 80 emergem novas práticas, a partir da conformação da consigna do *direito a ter direitos*. Trata-se de um período em que se nota com maior vigor a gênese de formas alternativas que se materializam no tocante às relações entre Estado e sociedade civil em nosso país, em que pese à discussão dos interesses de ordem coletiva. Já na segunda metade dos anos 80, acompanha-se o desenvolvimento de novas instituições ocupadas com a discussão em torno das políticas públicas, bem como a legalização e a institucionalização da participação cidadã na gestão pública, ocorrendo uma maior vinculação dos atores sociais com os representantes políticos tradicionais.

Quadro 1.

Caracterização histórica dos mecanismos de participação social no Brasil

Momento histórico	Estágio	Principais acontecimentos
Décadas de 70 a meados dos anos 80	1º - Proliferação de novas associações voluntárias	• Aumento do número de associações voluntárias em defesa de direitos (saúde, meio ambiente e direitos humanos) • Fortalecimento inicial dos atores sociais para o processo de negociação e argumentação dentro do contexto político.
Primeira metade da década de 80	2º - Introdução de novas práticas	• Surgimento da concepção "direito a ter direitos" • Gênese de formas alternativas de relação entre Estado e sociedade civil na discussão dos interesses coletivos.
Segunda metade dos anos 80	3º - Desenvolvimento de novas instituições de políticas públicas	• Legalização e institucionalização da participação cidadã na gestão pública • Vinculação dos atores sociais com os representantes políticos

Fonte: Wampler e Avritzer (2004)

Seguindo essa tendência, a emergência de mecanismos institucionais de participação da sociedade na discussão e tomada de decisões sobre ações e políticas públicas é de certa maneira recente em nosso país. Conforme se tem apresentado, foi preciso a confluência de diferentes grupos de interesse e movimentos sociais que pudessem paulatinamente congregar sujeitos interessados em debater coletivamente os problemas e demandas populacionais para que, posteriormente, tais iniciativas ocupassem espaço na estrutura social a partir da institucionalização de espaços públicos deliberativos.

Gohn (1997) em conformidade com Faria (2005) considera que o período demarcado No Quadro 1 (acima indicado) pode ser também entendido como o período da (re)democratização (1975-1982) e a conformação de uma *época da negociaçã*o e a *era dos direitos* (1982-1995). É importante ressaltar que a esta altura, conforme salientado por Montaño e Duriguetto (2011), as modificações estruturais da sociedade brasileira tais como a industrialização, a urbanização, o aumento das migrações e a expansão das relações de assalariamento, alteraram as formas de inserção sociopolítica do operariado urbano, do campesinato e das classes médias. É nesse contexto que emerge no Brasil um novo sindicalismo, bem como uma diversidade de movimentos sociais urbanos e os movimentos do campo.

A década de 80 do século passado é considerada como um período de grande efervescência social e política, a despeito do portentoso declínio econômico que caracterizou a maioria dos países latino-americanos naquele período. A luta pela reconfiguração de um

calendário político-eleitoral, bem como o surgimento das centrais sindicais, tais como: Central Única dos Trabalhadores (CUT), a organização das entidades organizativas amplas do movimento popular como a Articulação Nacional dos Movimentos Populares e Sindicais (Anampos), Confederação Nacional de Associação de Moradores (Conam), é considerada como um importante elemento para sublinhar os contornos dos movimentos sociais emergentes neste cenário.

Esse processo de revitalização da esfera pública a partir da atuação dos movimentos sociais é observado tanto na Europa quanto na América Latina, conforme discutido no capítulo 1 por Santos (2010a, 2010b) e Avritzer (2002). Neste contexto, Sader (1988) argumenta que entraram em cena novos personagens na história, a partir do entrelaçamento de diferentes matrizes discursivas que se desenrolaram em meio à luta social e política em nosso país. Para o referido autor, a teologia da libertação e a atuação das comunidades base; o marxismo e a insurgência da esquerda partidária, bem como o novo sindicalismo são identificados como elementos presentes na redefinição de uma esfera pública com maior participação e publicização de diferentes atores e grupos sociais.

Do ponto de vista político, é inegável que vivenciamos neste período um grande avanço democrático. A despeito do clientelismo ainda ser presente nos partidos tradicionais e em outras arenas políticas, esse tem recebido algumas críticas e sublevado à cena diferentes sujeitos políticos com direcionamentos contrários a tal prática. A partir de uma sociedade civil ampliada e democratizada, apoiada por políticos modernos e por melhores setores da tecnoburocracia, nota-se que a partir dos anos 80, inicia-se um amplo processo de reforma do Estado brasileiro. Reforma que aponta na direção de um Estado regulador e financiador, ao invés de executor, não se perfilando como um Estado menor, a despeito da rigidez política que o encerra, mas com vistas a ganhar governabilidade. Além disso, caminha na direção de um Estado mais forte financeiramente e dotado de instituições e estratégias administrativas gerenciais, que lhe permitem aumentar seu grau de governança (Pereira, 1997).

Nesse sentido, seria correto afirmar que durante as últimas décadas acompanhamos um processo de reestruturação do Estado brasileiro no âmbito político, econômico e social, com reflexos nas relações que se estabelecem com as instituições fixadas na sociedade civil em nosso país. Entretanto, como argumenta Reis (1988), a despeito do quadro de mudanças em processo, é preciso termos clareza de alguns pontos fundamentais que, todavia, atravessam este *continuum* de relações estatais e sociais, a saber: os fluxos e refluxos do autoritarismo político, o alheamento e desinformação dos setores populares, a precária estruturação partidária e incapacidade de mediação efetiva entre sociedade e Estado - tanto no que se refere

à representação de interesses quanto de investir-se de real responsabilidade governamental -; a suspeita ou aversão empresarial perante o jogo político democrático, o grande poder do aparelho burocrático, a ausência de mecanismos que assegurem a responsabilidade estatal e o potencial autocrático que se associa ao controle daquele aparelho.

Sallum-Jr. (2003) argumenta que a (re)democratização do Estado foi favorecida com o fortalecimento do controle externo da administração pública, com destaque, entre outras mudanças, para o novo papel conferido ao Ministério Público (MP). Recebe atenção ainda os princípios da legalidade e da publicidade, bem como a descentralização, considerada outra demanda construída nos anos de luta contra o autoritarismo e que ganhou enorme relevância desde a Constituição de 1988. Ou seja, após 20 anos de centralismo político, financeiro e administrativo, o processo descentralizador abriu oportunidades para maior participação cidadã e para inovações no campo da gestão pública, levando em conta a realidade e as potencialidades locais.

Impulsionadas por estas mudanças, várias políticas públicas passaram por processos de mudanças quanto aos seus processos de construção e tentativas de efetivação a nível local. Assim, no final dos anos de 1980 e no decorrer dos anos 90, as propostas se redefiniram, sendo enfatizados, além das teses de descentralização e participação, outros elementos tais como: (1) a necessidade de estabelecimento de prioridades de ação; (2) a busca de novas formas de articulação com a sociedade civil e com o mercado, envolvendo a participação social organizada e do setor privado na provisão de serviços públicos; (3) a introdução de novas formas de gestão que passaram a fazer parte das organizações estatais, de forma a dotá-las de maior agilidade, eficiência e efetividade, superando a rigidez derivada da burocratização de procedimentos e da hierarquização excessiva dos processos decisórios (Farah, 2001).

Em suma, tomando o período que demarca o fim do ciclo econômico expansivo e a chegada da crise econômica que generalizou o descontentamento com o regime militar vigente, acompanha-se a emergência de novos atores e sujeitos políticos com novas energias produzidas pelo próprio processo de modernização que forjaram explicitamente o processo de abertura política e de (re)democratização do país. O processo de complexificação pelo qual o país passou transformou não só as feições do Estado, mas também a sua sociedade, seus atores e suas próprias identidades. Construída no interior deste processo autoritário de modernização, estas novas identidades conseguiram imprimir mudanças no sistema político, redefinindo com ele suas relações e, por conseguinte, gerando efeitos de revitalização da esfera pública nacional.

A partir do cenário em tela, marcado pelo surgimento de diferentes movimentos populares, com interesses distintos, em um contexto nacional de (re)democratização, ganha relevo o processo de mobilização social e política em prol da efetivação de uma política pública de saúde de caráter universal em nosso país. Trata-se de um movimento originado em meio às crescentes demandas por melhorias de condições de vida da população e que, posteriormente, gerou impactos no pensamento e atuação de atores ocupados com outras ações e políticas sociais. Neste sentido, discutiremos a seguir o que tem sido denominado como o movimento social diretamente responsável pela reforma do sistema de saúde brasileiro e que, consequentemente, contribuiu para a conformação dos espaços públicos de participação e deliberação política no contexto da saúde: o chamado movimento sanitário.

A referida discussão justifica-se pelo fato de que num cenário caracterizado por uma matriz democrática que se conforma a partir da década de 90 (Faria, 2005), as relações entre Estado e sociedade civil passam a ser ressignificadas, com diferentes reflexos nos costumes e estilos de vida da sociedade. O questionamento frente às gramáticas inclusivas que se desenvolveram ao longo da história do Estado brasileiro pôde ser realizado, dentre outras maneiras, a partir da inserção de diferentes atores sociais no âmbito governamental, em que pese à consolidação e efetivação de políticas públicas de caráter universal, sendo o SUS uma conquista inquestionável.

Neste sentido, com o propósito de reconstruir o processo de materialização do SUS, bem como assinalar a trajetória peculiar que corresponde aos atores que compõe a cena do movimento sanitário, seguiremos com a apresentação dos elementos que conformam a história da política de saúde em nosso país que, indubitavelmente, encontra-se em sintonia com o resgate histórico realizado até aqui no tocante à conformação do Estado brasileiro e suas relações com a sociedade civil. Ademais, as transformações que ocorreram na esfera pública brasileira desde o período da (re)democratização, em que se observa a emergência de novos atores políticos, estão diretamente associadas às inovadoras experiências de gestão da política pública que se materializaram, dentre díspares iniciativas, na constituição dos conselhos gestores de políticas públicas de saúde, os quais serão também apresentados no próximo capítulo.

Capítulo 3 – Emergência e institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a constituição dos espaços conselhistas de participação social

As transformações no contexto político e social que começaram a tomar face durante a década de 70 propiciaram o desenvolvimento de experiências inovadoras no campo da saúde pública. Nesta perspectiva, o objetivo do presente capítulo será resgatar o processo de conformação do movimento sanitário com vistas a compreender seus objetivos e projetos políticos que se delimitaram ao longo de seu percurso. Além disso, apresentaremos o produto final oriundo das articulações do movimento sanitário, que dentre outras vitórias, alcançou a implantação do SUS em nosso país, assim como propiciou a consolidação dos espaços públicos de participação social e política (conselhos gestores) na gestão deste sistema de saúde. Por fim, sistematizaremos o mapeamento teórico realizado, que teve o intuito de mapear os limites e desafios dos espaços conselhistas se materializarem na realidade sócio-política nacional.

3.1 Antecedentes históricos do SUS: O protagonismo do Movimento Sanitário

O cenário de mobilizações sociais que marcaram as décadas de 70 e 80 propiciou articulações entre diferentes atores coletivos (profissionais, acadêmicos, militantes, políticos de esquerda), com o intuito de questionar os pressupostos tradicionais do pensamento e práticas existentes no contexto das políticas públicas de saúde, bem como em outras esferas da sociedade, consolidando as bases para a Reforma Sanitária brasileira. Este movimento ocorreu em meio ao processo de redemocratização política iniciado em meados dos anos 70, portanto, a Reforma Sanitária é um projeto que se embasa e reflete o ideal de democratização das relações sociais e políticas em nosso país no referido período.

Conforme ressalta Paim (2008), trata-se de um amplo processo de reflexão em relação às condições de vida da população brasileira com vistas à construção de novos patamares de sociabilidade a partir do entendimento de que saúde é democracia, portando como bases, fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática. Na busca de uma definição, adotamos a formulação de Teixeira (1989), que considera a Reforma Sanitária como:

> [...] um conceito que se refere a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamente e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (Teixeira, 1989, p. 39).

Seguindo essa orientação, Fleury (2009) assinala que a construção de um projeto de reforma sanitária se inscreve no processo de confrontação à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde e da Previdência Social, ao passo que prioriza a construção de um Estado democrático social, confinando assim à reforma sanitária seu teor democratizante. Em meados da década de 1970, a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias e, portanto, enquanto em momentos anteriores esteve confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado.

É a partir deste cenário que destacamos a importância do chamado movimento sanitário, que representou a aliança de diferentes atores coletivos em defesa da reforma sanitária brevemente suscitada. Suas raízes remontam à segunda metade da década de 60, a partir de uma paulatina mudança no discurso operado pela medicina preventiva, tendo em vista um conjunto de experiências oriundas da medicina comunitária, estimuladas em parte por organizações internacionais como a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), Fundação Kellogg, Fundação Ford, dentre outras. A importância de tais iniciativas remete às novas direções de pensamento que passaram a influenciar os espaços universitários em território nacional, impactados pela corrente denominada de médico-social, a despeito das leituras respaldadas por uma sociologia funcionalista que contribuiu para a emergência de novas práticas no contexto da saúde pública, passando a defender a politização dos determinantes do processo saúde/doença e a conscientização sanitária como elementos centrais.

O direcionamento teórico adotado passou a influenciar também a organização dos atores sociais na área, que começaram a se envolver diretamente no campo das políticas públicas e juntamente com o fortalecimento dos movimentos populares passaram a trabalhar em prol da democratização do país e pelo fortalecimento da sociedade civil. Ademais, somado a esta reorientação teórico-metodológica, cumpre destacar o período de distensão do regime militar em nosso país, que representou mudanças em relação à implementação de políticas

públicas, especialmente a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), o que representou no campo da saúde pública a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) que primou por reordenar as ações na área, mantendo a assistência médica de cunho individual sob a responsabilidade da previdência social, relegando ao ministério da saúde as ações de ordem *coletiva*, de caráter público (Escorel, 2008; Fleury, 2009; Paim, 2008; Teixeira, 1987).

De forma sucinta, a conjuntura que possibilitou a gênese do que viria a ser denominado de movimento sanitário pode ser resumida aos pelos seguintes aspectos: (a) a adoção de diferentes perspectivas para a compreensão do processo saúde/doença; (b) a influência teórica do materialismo histórico e dialético marxista; (c) a aglutinação de movimentos em prol da democratização da sociedade brasileira; (d) mudanças no panorama político da época (Escorel, 2008; Paim, 2008). Ou seja, observamos mudanças de natureza teórica (a construção do saber), ideológica (a transformação da consciência) e política (a transformação das relações sociais).

No tocante a construção de um novo marco teórico-conceitual na compreensão do binômio saúde/doença, ganha relevo a orientação de um pensamento médico social que está relacionado ao seguimento de uma perspectiva teórica histórico-estrutural sobre a saúde, em detrimento aos preceitos da sociologia funcionalista e a preventivista liberal. Isto representa o endereçamento de uma oposição aos preceitos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) e sua visão econômica, que favoreceu a sanitarismo desenvolvimentista dos anos precedentes. Neste contexto emerge o pensamento/campo da saúde coletiva, tomando não o indivíduo atomizado mais a sociedade, o social e a distribuição da saúde como categorias de análise (Escorel, 1999).

A adoção da perspectiva histórico-estrutural conduz a um processo de análise e intervenção que considera alguns princípios e categorias centrais como o entendimento sobre processo de determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde/doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização da sociedade. A partir daí, apoiando-se nos preceitos marxistas a problemática da saúde se amplia, incorporando a noção das relações sociais de produção como determinantes dos problemas de saúde a serem analisados e enfrentados. Indubitavelmente tal eleição representou um avanço frente às leituras positivistas e atomizadas que preponderavam até este momento nas ciências médicas e que orientavam as políticas públicas e a organização do sistema de saúde (Escorel, 1999).

Em se tratando do conjunto de reformulações observadas no aspecto teórico-conceitual, cumpre assinalar as importantes mudanças que passaram a ocorrer no processo de formação médica em nosso país. Neste sentido a adoção da matriz marxista de análise e o

esforço em se pensar em um conjunto de determinações sociais da saúde visam operar um afastamento em relação à ótica estadunidense em marcha já na década de 60, sob a qual imperava o paradigma preventivista de atenção à saúde. Este, por sua vez, focaliza a mudança nas atitudes individuais do médico que deveria tomar consciência e adotar esse comportamento. Calcado em uma concepção da história natural do processo saúde e doença, conforme delineados por Leavell e Clark (citado por Carvalho & Buss, 2008), defendiam a ideia de que a medicina deveria adotar uma postura preventivista evitando assim a evolução dos quadros de patologias observadas. Cumpre salientar que *social* aqui é entendido como ambiente no qual convivem diferentes vetores etiológicos e não uma sociedade complexa e permeada por contradições que determinam os processos de saúde e doença.

Na onda de tais acontecimentos irão emergir no cenário nacional os Departamentos de Medicina Preventiva (DPMS), com uma significativa diferença do que foi consolidado por nossos companheiros estadunidenses: a mão do Estado brasileiro que necessitava de uma alternativa na prestação da assistência na área, não havendo espaço para um modelo puramente liberal. Constrói-se então um modelo racionalizador na atenção médica, o qual representou as possibilidades de uma reinvenção de práticas de teores comunitários e para o aumento da cobertura em saúde. A despeito de suas limitações teórico-analíticas da realidade social, contribuíram para gerar inflexões no campo a partir do momento em as ações passaram a favorecer a participação comunitária na construção e operação dos serviços, conformando experiências inovadoras na política pública nacional. Lembrando que várias experiências já estavam sendo desenvolvidas em outros países da América Latina sob o patrocínio da Opas e Organização Mundial da Saúde (OMS).

No cenário explicitado pelo movimento sanitário é importante ressaltar a importâncias dos projetos institucionais que ocorreram concomitantemente durante a década de 70, tais como: O plano de localização de Unidades de Serviços (PLUS); O Projeto Montes Claros e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Escorel (1999) argumenta que estas experiências, frutos de lutas e embates sociais, fomentaram articulações políticas e teceram relações entre diferentes atores sociais e institucionais que contribuíram diferentemente para o movimento da saúde pública vigente. Em comum tais iniciativas apresentam as tentativas de organizar e oferecer alternativas ao sistema de saúde, incorporando preceitos como a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação comunitária.

No bojo desse efervescente processo de mudanças que interfere diretamente nos preceitos teórico-metodológicos, a prática política e a consciência sanitária tornam-se

miríades das ações na área com vistas à transformação social. Interessante salientar que na corrente de novos pensamentos orientadores, emerge a necessidade de uma nova direção política inédita até então na saúde. Num cenário de novas práticas de saúde implementadas com o apoio do Estado, atendendo a necessidade de soluções de baixo custo para a sociedade, os atores sociais do movimento adotam as políticas públicas como campo de atuação, ampliando seu escopo de atuação, envolvendo-se nas lutas pela (re)democratização do país e fortalecimento da sociedade civil e seus movimentos populares (Escorel, 1999; Sader, 1988). Ou seja, começam a surgir espaços sociais e institucionais que serão importantes experiências para o amadurecimento do movimento.

Neste contexto, observa-se também a presença de outro elemento importante, que é a distensão do regime militar[9] que, conforme anteriormente assinalado, sustenta-se em dois pontos principais: (1º) restaurar a ordem social, reprimindo qualquer discordância; além de normalizar a economia (via arrocho salarial e transnacionalização crescente da estrutura produtiva; (2º) necessidade de canais de mediação que legitimassem o poder estatal. Como resultado, vivenciamos uma distensão lenta, gradual e segura conforme defendida por Geisel e aliados. A democracia reemergente não poderia significar a eleição do povo como agente de poder, mas ao mesmo tempo deveriam evitar-se crises que colocassem em xeque a ordem social e política. Neste sentido, as mediações com setores estratégicos da sociedade civil eram fundamentais para uma mudança por cima, ou nos dizeres gramscianos, em uma revolução passiva (Paim, 2008). A despeito de divergências quanto às análises do processo de distensão do regime é inegável neste processo o papel das elites, que teve na figura dos militares, os personagens centrais. Por outro lado, a partir deste quadro surgem novos espaços que propiciam a inserção de diferentes grupos sociais como agentes de luta, em prol de transformações de ordem política e social.

No que diz respeito ao movimento sanitário, as mudanças em vigor foram possíveis ainda pelo protagonismo de diferentes atores institucionais tidos como responsáveis diretos pela consolidação do movimento, a saber: (1º) Centro de Estudo Brasileiro de Saúde (Cebes), o qual contribui para o aprofundamento das reflexões teórico-metodológicas a respeito do processo de saúde/doença, impactando as práticas profissionais bem como as políticas públicas desde então decorrentes; (2º) Movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, que foram importantes para a discussão acerca do trabalho da área médica,

[9] Conforme assinalado anteriormente, o padrão de relação que se estabelece entre Estado e sociedade civil em nosso país no presente contexto, segundo Faria (2005), está calcado no autoritarismo. Além disso, Coutinho (1993) e Pereira (1997) salientam o período de despolitização social operado pelo Estado, sem conseguir de fato eliminar a sociedade civil, que, contrariamente, floresce durante este período histórico com vigor considerável.

contrapondo distintas ideologias, liberal e trabalhista, no interior da profissão; (3º) O fortalecimento da produção acadêmica com investimentos em programas de pós-graduação, importantes para a construção do marco teórico e referencial do movimento (Escorel, 1999, 2008).

A articulação de uma série de núcleos que progressivamente passaram a compartilhar de uma visão e de uma linha de atuação inscritos em um contexto sócio-político-econômico que propiciava a movimentação e reflexão em prol de novas direções no campo da saúde pública e da sociedade culminou na expressão do que Escorel (2008) caracteriza como movimento sanitário:

> [...] o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhora das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (Escorel, 2008, p. 407).

Como bandeira de luta do referido movimento sanitário, o qual através de inúmeras experiências foi congregando forças, espaços e estratégias, podemos salientar que:

> Por uma saúde autenticamente democrática, quatro grandes reconhecimentos: de que a saúde é um direito universal e inalienável do homem; de que são as condições de caráter socioeconômico as que viabilizam a preservação da saúde; de que as ações médicas detêm responsabilidade parcial, porém intransferível na promoção da saúde; e, de que diante do caráter social deste direito cabe à coletividade e ao Estado a sua efetiva implementação (Escorel, 1999, p. 65).

No percurso de fortalecimento dessa concepção, o movimento sanitário constatou que eram necessárias medidas, tais como: a limitação do processo de empresariamento da medicina com o intuito de transformar os atos médicos em bem social gratuito; a criação do SUS, sob total responsabilidade do Estado, o qual teria a responsabilidade de planejar e executar a política de saúde; o estabelecimento de mecanismos eficazes de financiamento desse sistema, devendo este ser organizado de forma descentralizada, permitindo uma autêntica participação democrática da população e alcançando também maior eficácia. Além dessas medidas, deveria ser estabelecido um estatuto de convivência entre a prática

assalariada vinculada ao SUS e a prática dos consultórios particulares, e definidas as estratégias específicas de controle sobre a produção e a distribuição de medicamentos, bem como sobre a produção e/ou importação e o consumo de equipamentos médicos (Escorel, 1999).

A relevância em se compreender a emergência do chamado movimento sanitário está associada a sua influência na adoção de discursos em prol da saúde coletiva, reconhecendo diversos interesses e projetos societários e, consequentemente, concretizando-se em projetos para a provisão de ações e políticas públicas no setor. Além disso, contribui para redefinir a análise frente ao Estado como *lócus* de conflito de interesses contraditórios envolvendo atores, afastando-se de posturas maniqueístas (Oposição X Estado), propondo a participação direta da sociedade, que deveria então ocorrer pela via da institucionalização, no aparato estatal, em prol de legitimar interesses sociais. Neste sentido, o Estado passa a ser vislumbrado como passível de acolhimento de propostas oriundas da sociedade civil e esta entendida como esfera para a elaboração e vocalização de interesses e reivindicações dos diferentes grupos sociais (Ministério da Saúde [MS], 2006).

Conforme salientado anteriormente, é importante compreender que neste contexto, representado pela fase final do regime militar, marcada por uma crise global de legitimidade do Estado perante a sociedade, manifesta em várias dimensões e nas diversas políticas sociais, abrem-se novas brechas para o surgimento de algumas mudanças na medida em que o próprio Estado tenta aproximar-se da sociedade em busca de soluções para a gestão pública. Com o encerramento da ditadura militar e o processo de retorno a um Estado de Direito, ao menos jurídico-formalmente, a atenuação dos mecanismos repressivos e a concreta situação de depauperamento e carência das massas trabalhadoras ampliaram a mobilização, bem como a visibilidade de novos sujeitos coletivos, alguns dos quais constituídos desde a década anterior. O cenário então é propício para que o movimento sanitário ganhe maior abrangência e incorpore propostas reformistas sustentadas no interior do próprio aparato estatal, no qual quadros oriundos e alinhados com o movimento passam a assumir funções dirigentes (MS, 2006).

Neste contexto, criam-se os pilares para a promulgação de um Sistema de Saúde que passa a adotar uma concepção de saúde ampliada e que materializará as lutas travadas por atores sociais e políticos em prol da democratização da saúde em nosso país: o Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 A constituição do sistema único de saúde (SUS) no Brasil

O prenúncio do final da época ditatorial em 1985 conduz o país a uma fase denominada de redemocratização, denominada de Nova República. A partir deste cenário, lideranças do movimento sanitário, conforme anteriormente sinalizado, passam a assumir efetivamente posições importantes em instituições responsáveis pela política de saúde em nosso país. Nesta direção destaca-se a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Nessa Conferência foram lançados os princípios da Reforma Sanitária, onde se evidenciou que as modificações no setor saúde transcendiam às reformas administrativas e financeiras. Portanto, durante a 8ª Conferência foi aprovada a criação de um sistema único de saúde, ocorrendo sua separação em relação à previdência (Escorel, Nascimento & Edler, 2005). As recomendações decorrentes da 8ª conferência foram acolhidas pela Assembleia Nacional Constituinte e, em 1988, a chamada Constituição Cidadã foi promulgada. Indubitavelmente trata-se de um marco na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública, haja vista que desde então a saúde passa a ser considerada um direito de todos e dever do Estado (Escorel et. al., 2005).

É importante registrar que o processo da reforma sanitária representou uma exigência de mudança estrutural determinada pelo conjunto da sociedade civil, mais do que uma simples reivindicação de vanguardas políticas. Assertiva que se embasa no fato de que a 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu, em Brasília, cerca de quatro mil pessoas para discutir a reforma sanitária e a instalação da Assembleia Nacional Constituinte um ano depois, a qual deveria assegurar a inscrição dos princípios da reforma na nova constituição brasileira, sancionada em 1988 (Luz, 1991).

Observa-se, portanto, que o SUS conformou-se após um *continuum* de transformações no âmbito da política de saúde iniciadas nos idos da década de 70 e aceleradas durante a década posterior. Conforme assevera Viana (2000) e muitos outros estudiosos da área econômica, a década de 80 pode ser caracterizada como a *década perdida*, conhecida pela crise econômica que assolou o Brasil e grande parte da América Latina, ao passo que o país vivenciava a (re)democratização – conforme explicitado no item anterior -, sendo, portanto, responsáveis pela crítica e o questionamento ao antigo padrão de intervenção do Estado na área da saúde. É importante sinalizar que o modelo de saúde hegemônico na década de 70 caracterizou-se por alta centralização de recursos e fortemente centralizado no âmbito federal, a partir do Ministério da Saúde (MS) que realizava ações preventivas e da Previdência Social

(MPAS), que por sua vez, era responsável pelo conjunto de ações curativas de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A política de saúde apoiava-se na parceria entre Estado e os segmentos privados pelo credenciamento de médicos e a contratação de serviços hospitalares e laboratoriais realizadas através do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), caracterizando, por conseguinte, uma oferta de serviços curativos garantidos por contratos com instituições privadas (Viana, 2000). Ademais, as ações tipicamente higienistas e aquelas próximas ao atendimento primário eram desenvolvias juntamente com órgãos municipais. Percebia-se a falta de definição de porta de entrada do sistema, hierarquia e regionalização, além da desintegração entre os diferentes tipos de serviços.

As políticas existentes referiam-se ao Programa de Pronta Ação (PPA) e ao Sistema Nacional de Saúde (SNS). O primeiro estava relacionado aos serviços de urgência privados, contratados ao Inamps e o segundo dividia-se em Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. A crise econômica e a crise da previdência social brasileira, no início dos anos 80, colocaram sérios entraves para a continuidade do modelo anterior, já que limitaram a parceria com a rede privada. Críticos do modelo dos anos 70 passam a ocupar cargos públicos nas burocracias federais e estaduais e, mais à vontade pelo clima de democratização, passa-se a promover debates sobre saúde pública, o que deu origem ao movimento sanitário formado por intelectuais, trabalhadores da saúde e políticos oposicionistas, conforme explicitado no tópico anterior (Viana, 2000). Como resultado dos debates ora realizados, construiu-se uma agenda alternativa ao modelo vigente e, por meio do Movimento Sanitário, difundiram-se as palavras de ordem dessa nova agenda: construção de um sistema integrado de assistência à saúde, de corte descentralizante e cobertura universal (Viana, 2000). Destaca-se a constituição de novas políticas de saúde, entre as quais as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982 e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Trata-se de um avanço em direção à descentralização, ainda que restrita à estadualização da política de saúde, conforme nos adverte Viana (2000).

A partir deste cenário em que se observa a constituição do SUDS, ocorre a limitação dos contratos com o setor privado e privilegiaram-se convênios com o setor filantrópico. Além disso, as instâncias subnacionais passaram a desempenhar papel mais ativo na prestação, planejamento e controle das ações. Tal modelo encontrou forte apoio nos governadores, no Movimento Sanitário, nos parlamentares oposicionistas, nas entidades filantrópicas e federações estaduais. Nesse contexto, perdem peso o setor privado lucrativo, a burocracia do Inamps bem como os segmentos político-partidários sustentados pelo antigo

modelo (Viana 2000). Nesta perspectiva, a partir da configuração do SUDS inicia-se o processo de descentralização dos serviços de saúde, num contexto de efervescência do movimento sanitário, no final da década de 80.

Vale ressaltar que se trata de um momento onde os efeitos da 8ª Conferência Nacional de Saúde recaem sobre a elaboração da Constituição Federal de 1988, que afirmou a saúde como direito universal. Conforme a referida carta constitucional assevera, todo brasileiro, independentemente de raça, gênero, classe social, tem igual direito a acesso aos serviços de saúde, sendo o Estado responsável pela provisão desses serviços. Conforme Cohn (2007)adverte-nos isso significa duas questões basilares: (1º) que ao Estado cabe a responsabilidade por providenciar as condições e os recursos necessários que garantam a todo cidadão brasileiro o acesso à satisfação de suas necessidades de saúde; (2º) que como o direito à saúde é de todos, sendo, por conseguinte que todos os indivíduos são reconhecidos e legitimados pela sociedade na sua qualidade de cidadãos, isto é, como portadores de direitos e deveres iguais, independentemente das diferenças e desigualdades sociais que os distingam.

Assegurar a saúde como direito implica em que ela seja concebida e implementada pelo Estado mediante políticas específicas e/ou afins, tendo como público-alvo toda a população, independentemente de qualquer condição social específica dos diferentes segmentos que a compõe, conforme ressalta Cohn (2007). A partir da afirmação constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, foram definidas as diretrizes do SUS que sustentaram sua efetivação legal em 1990. Assim, o SUS se consolidou por meio das leis orgânicas da saúde, Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro e Lei n. 8.142/90 de 28 de dezembro. A primeira aborda os princípios e diretrizes do sistema de saúde, reafirmando os preceitos da constituição de 1988. A segunda destaca a importância da participação da comunidade no SUS através das conferências e conselhos de saúde realizados periodicamente nos níveis municipal, estadual e federal.

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 afirma a organização do sistema de saúde segundo três diretrizes: descentralização, atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas) e participação da comunidade (Brasil, 2014). A Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro, que trata da legislação do SUS, traz no seu texto os princípios que orientam suas políticas que são a universalidade, a integralidade, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade da assistência à saúde, o direito à informação, a divulgação de informações ao usuário, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, a integração com o meio ambiente e saneamento básico, a conjugação dos recursos das três esferas de governo, resolutividade

em todos os níveis de assistência e organização dos serviços de modo a evitar duplicidade de meios.

Os princípios doutrinários do SUS são, por sua vez, a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade assegura o direito à saúde de todos os cidadãos e o acesso, sem discriminação, ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados. A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações, visando garantir promoção, proteção e reabilitação. A equidade relaciona-se à prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer. Os princípios e diretrizes do SUS constituem suas regras pétreas, apresentando-se como linhas de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (Vasconcelos & Pasche, 2007).

Cohn (2007) ainda ressalta que embora o SUS, com suas três diretrizes, só tenha se transformado em política de Estado em 1988 à diretriz que determina a descentralização já vinha, mesmo que timidamente, sendo implementada em meados da década de 70. No que diz respeito à participação da comunidade ou o controle social, ela vem se dando de forma cada vez mais consolidada nos Conselhos de Saúde (que serão posteriormente melhor discutidos no presente trabalho).

Nesta direção o SUS é compreendido como parte integrante do sistema brasileiro de proteção social, juntamente com o sistema de Previdência e Assistência Social, conforme estabelecido na Constituição de 1988. O artigo n° 194 da Constituição afirma que: "A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social." (Brasil, 2014, p. 138). O SUS atua como um arranjo organizacional do Estado brasileiro oferecendo suporte à efetivação da política de saúde no país. Compreende um conjunto articulado de serviços e ações de saúde e aglutina as organizações públicas de saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional, assim como os serviços privados de saúde prestadores de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados. Trata-se de um sistema complexo que além de prestar serviços assistenciais, de cura e de reabilitação, articula e coordena ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (Vasconcelos & Pasche, 2007).

Os graus de complexidade do SUS são representados por um modelo de pirâmide formada por quatro níveis referentes aos serviços oferecidos. No nível primário, na ampla base da pirâmide, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde responsáveis pela

atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Esta seria a porta de entrada para os níveis de maior complexidade do sistema (Cecílio, 1997). Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços de atenção secundária que seriam os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de urgência e emergência e os hospitais gerais. Já o topo da pirâmide estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade. Enfim, a pirâmide representaria uma possibilidade de racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes de cima para baixo e vice-versa, através dos mecanismos de referência e contrarreferência.

A porta de entrada no nível primário facilitaria acesso, prevenção e promoção da saúde, estabeleceria um maior vínculo com o usuário pela proximidade à sua residência, racionalizaria o uso dos recursos, além de orientar a priorização dos investimentos. Porém, de acordo com Cecílio (1997), na prática, a rede básica não tem conseguido se tornar a porta de entrada mais importante do sistema, espaço ocupado pelos hospitais. Além disso, atendimentos que poderiam ser resolvidos na rede básica têm sido realizados nos prontos-socorros. Outro fato apontado pelo autor é a dificuldade de acesso aos serviços especializados e às cirurgias eletivas. Tudo isso faz com que o modelo de pirâmide seja mais um desejo do Movimento Sanitário do que uma prática adequadamente e plenamente implantada. O modelo assistencial concebido como uma pirâmide caracteriza-se por fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis de complexidade tecnológica, em processos de referência e contrarreferência. Cecílio (1997) sustenta que tal modelo tem se apresentado como racionalizador no sentido de uma maior eficiência na utilização dos Recursos, universalização do acesso e equidade.

France (1997, citado por Viana & Dal Poz, 1998) distingue dois tipos de reformas dos sistemas de saúde; a reforma tipo *big bang* e a tipo incremental. As do tipo *big bang* introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. Já as incrementais se baseiam em pequenos ajustamentos sucessivos. Assim, Viana e Dal Poz (1998) consideram a reforma brasileira da saúde como do tipo *big bang*, já que introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema, a partir da criação do SUS. É importante salientar que de acordo com os autores três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários) (Viana & Dal Poz, 1998).

Entretanto, a despeito dos avanços representados pelo novo sistema de saúde em voga, Viana e Dal Poz (1998) ainda destacam que vários problemas se colocaram para a sua operacionalização, como o financiamento das ações de saúde, a definição clara de funções para os três entes governamentais, as formas de articulação público/privado no novo modo de organização dos serviços além da resistência comumente observada no cotidiano dos serviços do antigo modelo assistencial baseado na doença e em ações curativas individuais. Tais problemas ocorreram em um contexto de incertezas quanto à política econômica adotada pelo Estado brasileiro, repercutindo na redução de gastos com a saúde e de mudanças no padrão demográfico com a consequente alteração no perfil epidemiológico relacionado ao aumento da população adulta e de terceira idade, o que exige ações de maiores custos.

De acordo com Viana, Lima e Oliveira (2002) o SUS conforma o novo modelo público de prestação de serviços e ações de saúde em âmbito nacional, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Em sua concepção original, visa integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária – os ramos da medicina preventiva e curativa –, bem como os serviços públicos e privados, em regime de contrato ou convênio, num sistema único e nacional, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada nível de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando ao controle social (Noronha, Lima & Machado, 2008).

Conforme salientado, a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo pode ser compreendida como uma das principais inovações do SUS, tendo em vista que os governos estaduais e, principalmente, os municipais passaram a ter maior responsabilidade e autonomia para decidir e programar ações e serviços de saúde (Cordeiro, 2001; Souza, 2002). Os ganhos esperados a partir desta direção preconizada pelo sistema de saúde nacional é assegurar a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resolutividade dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade (Noronha et al., 2008).

Neste sentido, observa-se que o aprofundamento da descentralização em direção à municipalização da saúde, particularmente intenso a partir de 1996, potencializa inúmeras inovações no tocante ao incremento da eficácia e eficiência da gestão do sistema, e à alocação de recursos, produzindo impactos diversificados seja nas condições de acesso aos diversos níveis de atenção, seja no desenho de novas modalidades de interseção entre público e privado, seja ainda no padrão de relacionamento entre Estado e sociedade civil (Arretche, 2004; Junqueira, Inosa & Komatsu, 1997; Paim & Teixeira, 2007).

Além disso, Vieira (2009) salienta que a partir da constituição de 1988, estabeleceram-se os instrumentos de planejamento da gestão, aos quais deveriam se submeter todos os órgãos da administração pública, deflagrando um processo de planejamento para sua obtenção, a fim de que pudessem ser programados os recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (despesas e investimentos), em consonância com a receita arrecadada, em cada ente federado. Estabeleceram-se, portanto, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). O PPA tem como meta estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Para cada ano de vigência do PPA, elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), com o objetivo de estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital para um exercício financeiro, ou seja, um ano, e a LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do ano correspondente, englobando toda a programação de gastos da administração pública, direta e indireta, e os investimentos das empresas estatais (Vieira, 2009).

É importante salientar que tais instrumentos presentes no setor saúde, em meio à descentralização administrativa esperada, são discutidos e fiscalizados a partir dos mecanismos de participação e controle social, como os conselhos e conferências, tendo em vista o desejo de se fortalecer os atores locais no que se refere aos processos de tomada de decisão com vistas à maior democratização (Stralen, Ronzani, Silveira, & Paiva, 2010; Vieira, 2009). Indubitavelmente que tais iniciativas são fruto do período em que foram conformados ((re)democratização), sendo, portanto, um resultado direto de anos de centralização autoritária do governo federal nos processos de tomada de decisão no âmbito das políticas públicas. Com vistas a alterar o quadro vigente em nosso país, a partir destas mudanças que se operam desde a promulgação do SUS e o direcionamento para a esfera local dos processos de planejamento e gestão de suas políticas, potencializa-se a emergência de novos mecanismos de participação e controle social, reformulando a face do modelo de atenção em saúde como um todo. Portanto, a entrada em cena de novos atores sociais vinculados à esfera municipal a partir da descentralização político-financeira em marcha, a partir da promulgação do SUS em curso, é um fator que contribuiu para a revitalização da arena política no âmbito da saúde (Monnerat, Senna & Souza, 2002; Viana et al., 2002).

Tomando-se como parâmetro, a implantação do SUS a partir de um conjunto de princípios e diretrizes que o orientam, a participação social no processo de tomadas de decisão

e controle sobre as ações do Estado, via conselhos gestores, passam a ser de fato concretizadas em meio à esperada descentralização político-administrativa. A efetivação de espaços públicos de caráter deliberativo, os quais passaram a representar o exercício de uma gestão participativa em relação às políticas de saúde, através da inclusão de atores e/ou instituições oriundos da sociedade civil nos processos de planejamento, avaliação, fiscalização e deliberação, será apresentada no subitem a seguir.

3.3 A institucionalização da participação social no SUS: os conselhos gestores de políticas de saúde

Os espaços públicos conselhistas na área da saúde foram instituídos nas três esferas governamentais, assim como foi delimitada a realização periódica de conferências temáticas, que passaram a atuar no processo de deliberação política, em aspectos relacionados ao planejamento, execução, controle, fiscalização e supervisão dos planos, programas e projetos a serem implantados a nível local, além de discutirem sobre a formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde (Cortes, 2009).

Sposati e Lobo (1992) consideraram que estes mecanismos de controle social na saúde surgiram em meio às expectativas dos protagonistas da reforma sanitária brasileira que apostaram na possibilidade de contraposição a uma cultura política tradicional, atravessada por práticas clientelistas e autoritárias, favorecendo o *accountability*, apostando ainda que sua institucionalização terminaria por se constituir como um espaço de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem. Esta concepção, conforme esclarecem Stralen et al. (2010) baseia-se no fato de que o sistema de saúde envolve vários *stakeholders* e que a sua reestruturação envolve as expectativas, demandas e os comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção – de gestores até usuários – e implica a reformulação das relações entre estes atores.

Fleury (2009) esclarece que tendo suas raízes nas lutas comunitárias por saúde dos anos 70, os espaços públicos de participação política são a expressão institucional de uma das ideias fundadoras da Reforma Sanitária: a participação da sociedade na construção de ações e políticas de saúde. Embora assumindo significados diversos ao longo do tempo, a que corresponderam padrões distintos de práticas sociais, o tema da participação esteve constantemente presente na retórica e na prática do movimento sanitário, atestando a íntima associação entre o social e o político que, no Brasil, tem caracterizado a agenda reformadora da saúde. A defesa em relação à democratização do acesso a bens e serviços da área não está dissociado da luta pelo poder, o que resulta nas propostas participativas a preocupação com os

mecanismos de funcionamento do Estado, além dos resultados redistributivos de suas políticas. Daí o emprego simultâneo das consignas *Democracia é saúde* e *Saúde é democracia*, emblema da Reforma Sanitária enquanto reforma também da política, no sentido de que o direito universal à saúde deveria ser acompanhado, garantido mesmo, pelo direito à participação no poder. Saúde como estratégia para a democracia e democracia como estratégia para a saúde.

Neste contexto, conforme já sinalizado, uma das bandeiras de luta foi à formação de novos espaços de participação e deliberação em que as reivindicações da população pudessem ser vocalizadas, passando a adquirir formas concretas de institucionalização (Cortes, 2009).O objetivo com a construção de tais arenas era contribuir para a transformação da relação entre Estado e sociedade civil no que diz respeito ao processo de tomada de decisões e a implantação de ações e políticas públicas de saúde de interesse coletivo em prol de se consolidar um projeto de democracia de natureza participativa (Tatagiba, 2002). Portanto, podemos considerar que tais instâncias de participação social estão relacionadas a uma redefinição e alargamento da própria noção de política, já que a partir de então, o fazer política não era mais exclusividade do Estado ou dos partidos políticos, mas passa a contar com a participação direta de representantes da sociedade civil nos processos de deliberação pública.

O marco legal, representado pela Lei n. 8.142/90 de 28 de dezembro (anteriormente explicitada) define a composição e a competência dos conselhos de saúde nos seguintes termos:

> Art. 1º - § 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de 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 (Lei n. 8.142/90 de 28 de dezembro, p. 25694).

Recentemente, a Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde, na tentativa de consolidar os conselhos como espaços de controle social na saúde buscou orientar sobre a organização, estrutura, funcionamento e competências destes espaços públicos, como no parágrafo único, que explicita: “Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da

população, consubstanciadas nas conferências de saúde" (p. 45). Orientação que explicita as tentativas em associar os dois espaços de participação, ao passo que inscreve o executivo na posição de receber o conjunto de demandas ali processadas.

Indubitavelmente a concretização destes espaços de participação social na saúde espelha as tentativas em se avançar no processo de democratização das políticas públicas no contexto brasileiro, o que tem de fato apresentado resultados que podemos de antemão considerar como de rupturas e continuidades. Neste sentido, a despeito das expectativas em torno destas arenas democráticas de participação social na saúde, inúmeras pesquisas têm intentado analisar, avaliar e/ou compreender seu processo de institucionalização em diferentes contextos e cenários de nosso país.

Portanto, com o objetivo de identificar e apresentar um mapeamento em torno da produção acadêmica desenvolvida em relação à temática, configurando-se como uma etapa estratégica da presente tese, optou-se pela realização de uma revisão sistemática de literatura visando mapear os principais desafios encontrados pelas arenas conselhistas em se conformarem como espaços públicos democráticos e deliberativos no âmbito da política pública de saúde. Vejamos, a seguir, os elementos centrais identificados através do referido mapeamento.

3.4 Conselhos de saúde e participação social: revisão sistemática

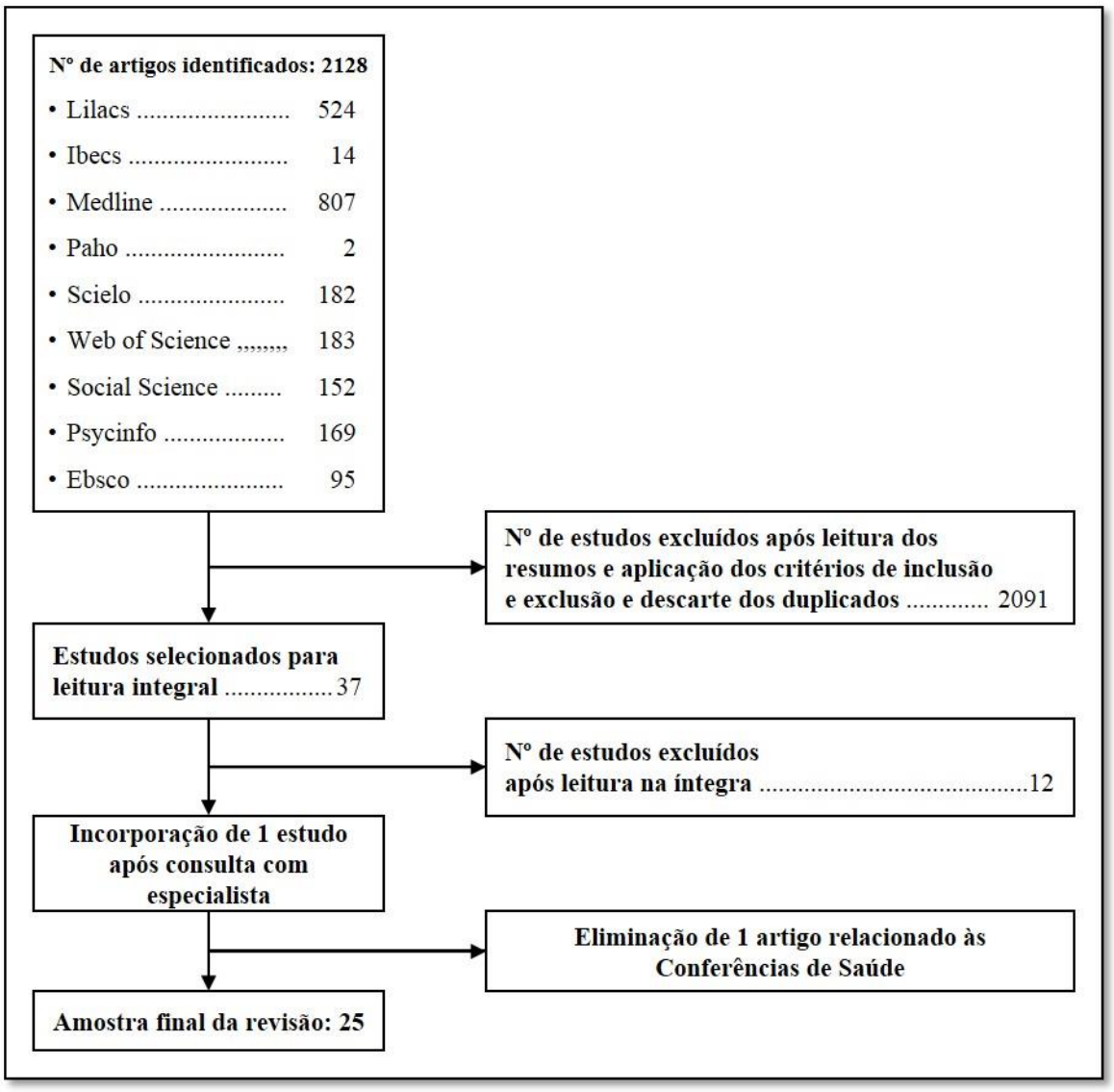
A fim de realizar a revisão sistemática de literatura procedeu-se inicialmente com a busca de resumos empregando o operador booleano *and* na associação com os seguintes descritores: *Social Control, Social Participation, Consumer Participation, Community Participation, Public Participation, Citizen Participation, Political Participation, Participative Management, Participative Democracy, Deliberative Democracy* com *Health Councils* e *Health Conferences*. As bases de dados definidas para a busca foram: Lilacs, Ibecs, Medline, Scielo, Paho, Psycinfo, Web of Science, Social Science e Ebsco. É importante sinalizar que o corte temporal para a realização desta pesquisa bibliográfica se deu em janeiro de 2013.

O segundo passo se deu a partir da leitura acurada dos resumos encontrados, sendo incluídos aqueles que preenchiam os seguintes critérios: (a) relatos de pesquisas empíricas sobre conselhos municipais e conferências (nacional, estadual e municipal) de saúde; (b) objetivos métodos e resultados claramente definidos no resumo; (c) a pesquisa ter sido realizada com conselheiros ou demais atores sociais que participem destas arenas deliberativas; (d) artigos publicados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. Por sua

vez, foram excluídos os artigos com as seguintes características: (a) trabalhos teóricos, relatos de experiências, materiais educativos, teses ou dissertações; (b) resumos sem descrição metodológica completa (objetivos método e resultados); (c) pesquisas realizadas com atores sociais (profissionais, usuários ou gestores) que não participam da dinâmica dos conselhos e conferências; (d) artigos interessados em comparações entre diferentes conselhos gestores de políticas públicas (Figura 1).

Figura 1.

Processo de coleta dos artigos



Fonte: O autor

Conforme apresentado na Figura 1, a partir da utilização dos descritores supracitados, foi encontrado um total de 2128 resumos e após a leitura pormenorizada dos mesmos e da

aplicação dos critérios acima indicados, além do descarte dos resumos duplicados, permaneceram 37 artigos, os quais foram lidos na íntegra. Após esta etapa foi operada a exclusão de 12 trabalhos que não estavam de acordo com os critérios supracitados e, posteriormente, após consultoria com um especialista da área, incorporamos mais um artigo, perfazendo assim um total de 26 trabalhos. Entretanto, apenas um deles foi destinado a analisar as conferências de saúde, e por esta razão, optamos em permanecer apenas com as pesquisas ocupadas com os conselhos de saúde, sendo então a amostra final composta por 25 artigos de natureza empírica. Estes foram tabulados, com discriminação dos seguintes itens: autores, ano, país e periódico de publicação, descrição do tema de estudo, metodologia empregada e resultados encontrados. Posteriormente, foram definidas categorias temáticas, identificadas após análise descritiva e qualitativa da amostra bibliográfica.

Cumpre destacar que todo o procedimento de busca ocorreu por meio da avaliação por pares, o que significa que dois pesquisadores realizaram ao mesmo tempo a busca nas bases de dados empregando os mesmos descritores. Em seguida houve a avaliação de um terceiro pesquisador, atuando como um juiz, sendo processada uma discussão com os demais para a definição dos trabalhos incluídos na amostra final. Ademais em todo o processo descrito anteriormente foi utilizado como ferramenta de apoio o programa *End Note X.3*, com o intuito de organizar o material encontrado

A partir do processo ora apresentado, encontrou-se que todos os estudos a respeito dos conselhos de saúde datam da última década (anos 2000), o que pode ser explicado pela novidade que tais arranjos democráticos representam no cenário brasileiro. Os periódicos nacionais foram os que mais apresentaram publicações (19), seguido da Inglaterra (3), Estados Unidos (2) e Espanha (1). O método qualitativo para a realização das pesquisas foi o mais empregado, correspondendo a 18 trabalhos, sendo a análise documental (principalmente atas das reuniões), seguida de observação e entrevistas com atores-chave as técnicas mais utilizadas. Quatro estudos se valeram de métodos qualitativos e quantitativos, ao passo que quatro outras pesquisas empregaram unicamente métodos quantitativos *(surveys).*

NO Quadro 2, podemos observar a pluralidade com relação aos resultados encontrados pelas investigações que se ocuparam em analisar os espaços conselhistas na saúde. É importante sinalizar que os 25 trabalhos são provenientes de 4 regiões brasileiras, retratando assim diferentes realidades socioculturais, não sendo apenas a região Norte aqui representada. Ademais, apresentam diferentes desenhos e estratégias metodológicas, bem como uma diversidade quanto ao universo amostral.

Quadro 2.

Descrição dos trabalhos encontrados nas diferentes bases de dados consultadas a partir da caracterização das amostras e resultados encontrados.

(Continua)

Autores	Caracterização da Amostra	Principais resultados
Lopes e Almeida (2001)	38 Conselhos Locais de saúde de Londrina – PR, com um total de 183 conselheiros entrevistados.	Dificuldades quanto à capacitação dos conselheiros, infraestrutura de funcionamento e pouca mobilização por parte de profissionais e usuários.
Lima (2001)	4 conselheiros de saúde	Dificuldades no que se refere à representatividade dos conselheiros. Movimentos oriundos do campo eram mais organizados e propensos a participar do que aquelas instituições urbanas.
Labra e Figueiredo (2002)	60 Conselheiros Municipais de Saúde	Os Conselhos podem contribuir para o desenvolvimento de práticas democráticas, de tolerância e cooperação. Apresenta potencial para o fomento de um círculo virtuoso que tende a incutir valores de uma comunidade cívica ao incentivar a acumulação de capital social, contribuindo para o fortalecimento da democracia.
Wendhausen e Caponi (2002)	39 atas de reuniões do conselho de saúde	Existência de hipercodificações ideológicas que visam limitar o processo dialógico entre os sujeitos sociais. O discurso técnico (profissionais e executivo) diminui a possibilidades de um debate democrático no interior destas arenas democráticas.
Gerschman (2004)	18 conselheiros atuantes em 05 conselhos de saúde	Dificuldades quanto à representatividade política em consequência da conjuntura política adversa dos anos 90.
Guareshi e Jovechelovitch (2004)	2 conselhos de saúde no Rio Grande do Sul	Resultados encontrados referem-se: a) diferenças de expectativas com relação à participação entre os atores; b) assimetria de poder entre os atores; c) Importância da história política e social local para a prática de participação; d) Percepção de que os atores ativos no conselho estavam interessados em ficar próximos aos "médicos/estado" a fim de conseguirem vantagens.
Wendhausen e Rodrigues (2006)	2 conselhos de saúde localizados em dois municípios.	A pesquisa aponta que os conselheiros possuem um discurso/concepção de saúde abrangente, mas não conseguem materializá-las em suas práticas.
Wendhausen (2006)	39 atas e 7 conselheiros de saúde	Os resultados apontam a existência de relações assimétricas entre os diferentes atores que compõe o CMS, com destaque para o maior poder verificado em mãos dos representantes do executivo.
Stralen et.al. (2006)	9 Conselhos Municipais de Saúde de Goiás e Mato Grosso do Sul	Problemas relacionados à representatividade, sendo observado um processo de elitização e profissionalização. Além disso, os CMS terminam por se constituir por grupos que mantém contato com atores estatais, contribuindo para um distanciamento com grupos menos organizados e distantes do Estado.
Wolmer e Falk (2006)	12 conselheiros de saúde	As informações repassadas aos conselheiros se restringem às de cunho epidemiológico e ligadas às ações de saúde. O estudo aponta para os problemas relacionados à capacitação dos atores sociais
Guizardi e Pinheiro (2006)	18 sujeitos (conselheiros de saúde, coordenadores da pastoral, profissionais e representantes do executivo).	Falta de capacitação, culminando no predomínio do discurso técnico a adoção de uma concepção distante de uma dimensão político-institucional adotada pelos atores deste movimento, que os direciona as práticas de cunho menos politizado. Outra questão é que segundo o executivo há problemas quanto a representatividade nos conselhos.
Schönleitner (2006)	04 conselhos municipais de saúde (02 na região nordeste e 02 na região sul)	Os resultados encontrados buscam esclarecer a relação entre apoio governamental, virtude cívica e desenho institucional para se compreender a dinâmica e funcionamento destas arenas de democracia. A investigação sinaliza que a democracia participativa pressupõe uma análise mais acurada dos mecanismos tradicionais de democracia representativa.

(Continuação)

Autores	Caracterização da Amostra	Principais resultados
Coelho (2006)	31 conselhos de saúde de São Paulo	Problemas ligados à relação entre o Estado e os demais representantes da sociedade civil a partir de duas situações: 1º) Os gestores (em função de uma história de mobilização e participação social na saúde) influenciam as eleições para o conselho a partir de sua vinculação com uma rede de atores mais próximos; 2º) Outros gestores não possuem esta rede tão forte e assim estabelecem alianças mais diversas.
Casarote, Silva, Dias e Leite (2007)	7 conselheiros municipais de saúde	Os conselheiros percebem o empoderamento como instrumento de mudança para que haja o exercício de uma cidadania. A falta de capacitação (compreensão, comprometimento e informação) interfere diretamente na deliberação.
Labra (2008)	10 conselhos distritais do município do Rio de Janeiro	O artigo mostra que há uma distância entre as associações e os representantes dos conselhos. Ocorre daí um processo de *oligarquização* e *profissionalização* dos conselheiros.
Bispo-Jr. e Sampaio (2008)	2 conselhos de saúde da região nordeste	Dificuldades quanto à autonomia de funcionamento dos conselhos, refletindo nas dificuldades registradas na troca de gestão governamental. Outros fatores encontrados referem-se à irregularidade das reuniões, bem como a falta de influência do conselho na condução das políticas públicas de saúde. O CMS se tornou um espaço de aprovação de documento para captação de recursos e não um espaço de deliberação.
Moreira, Fernandes, Sucena e Oliveira (2008)	23 conselhos de cidades com mais de cem mil habitantes	Os resultados sinalizam que os CMS das cidades com mais de cem mil habitantes têm um melhor desempenho que aqueles oriundos de cidades com menor índice populacional. O estudo se ocupa de dois aspectos: participação dos usuários e participação dos conselhos nas políticas. Os desafios passam pela ação dos usuários do SUS, que precisam buscar os mecanismos de articulação, pressão, que lhes garantam autonomia e participação. O autor aponta que para participar é necessário elaborar uma estratégia de informação, que passa pelas funções do conselho. E por fim destaca-se o papel importante do poder público nesta participação.
Gonçalves, Silva e Pedrosa (2008)	Conselhos de saúde localizados em diferentes estados brasileiros	Os resultados indicam que 15% dos Estados brasileiros apresentam gestão participativa deficiente com problemas com a capacitação dos conselheiros, além de uma característica corporativa de atuação. 48% dos conselhos apresentam índice de gestão bom. Necessidade e importância da capacitação e melhora nos fluxos de informação.
Cornwall (2008)	1 Conselho Municipal de Saúde em Pernambuco	Relação entre cultura política e as práticas políticas, a partir dos significados de contenção e contestação operados pelos partidos políticos. Os conselhos como instituições políticas não podem ignorar a influência dos partidos políticos e as práticas empregadas em outros espaços públicos.
Moreira e Escorel (2009)	5463 conselhos municipais de saúde	Com relação à autonomia os resultados apontam para a falta de estrutura dos conselhos. No que se refere à organização, os resultados também são insatisfatórios no que se refere à capacitação e existência de comissões internas, sendo apenas positivo a periodicidade das reuniões. O acesso parece ser a dimensão melhor avaliada. No entanto, cabe salientar que quanto menores os municípios piores os resultados.
Bezerra e Araújo (2009)	12 conselheiros municipais de saúde	Necessidade de capacitação e uma escolha mais crítica dos representantes no conselho. As análises finais da pesquisa apontam para uma limitação na qualidade da participação dos conselheiros quanto à autorresponsabilização (maior credibilidade enquanto instância deliberativa) dos seus representantes.

(Conclusão)

Autores	Caracterização da Amostra	Principais resultados
Shimizu, Dytz, Lima e Pereira (2009)	20 conselhos municipais em 19 municípios	Algumas questões encontradas pela pesquisa são: 1) Representatividade da sociedade civil, pois poucos conselhos conseguem um balanço entre as diferentes instituições sociais a serem representadas no conselho; 2) Apenas 50% dos conselhos definem a periodicidade das conferências de saúde; 3)Dificuldade em se deliberar sobre o "controle financeiro", estando tal ponto relacionado à falta de capacitação, especialmente dos usuários; 4) Falta de conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde local, da análise das necessidades de saúde populacionais; 5) Baixa discussão com as bases representadas; 6) Pouca articulação intersetorial.
L. C. Oliveira e Pinheiro (2010)	17 conselheiros de saúde	Dificuldades em função da existência de uma organização político-institucional ainda pautada pelo clientelismo, autoritarismo e paternalismo.
Cotta, Cazal e Martins (2010)	34 conselheiros de saúde	Os resultados sinalizam problemas no que se refere à paridade, divulgação, representatividade, composição (indicação) para participar do CMS, dificuldades no cumprimento da resolução 333.
Landerdhal, Unfer, Braun, & Skupien (2010)	Atas do CMS no período de 2003 a 2006	a) Predomínio de ótica curativa e não preventiva; b) não protagonismo do conselho na proposição de ações; c) Não homologação e divulgação das resoluções.

Fonte: O autor

Esta diversidade se reflete nos achados que contribuem para analisarmos questões que se referem às práticas políticas empreendidas pelos sujeitos sociais, os discursos produzidos em relação à saúde, participação e controle social, bem como os impactos dos conselhos na construção e deliberação sobre as políticas públicas do setor. Isto possibilitou a identificação de um conjunto de fatores que tem se configurado como pontos de estrangulamento na institucionalização de tais arenas democráticas, bem como inúmeras pistas que têm sido pensadas a partir deste confronto com a realidade. E nesta perspectiva, optamos por traduzir tais resultados a partir de categorias temáticas que serão apresentadas e debatidas posteriormente, com o intuito de aprofundar as questões suscitadas pelas pesquisas acima mencionadas e que contribuem para as análises e/ou reflexões operadas desde a investigação realizada junto ao CMS de Juiz de Fora.

A partir dos resultados encontrados, sintetizados no Quadro 3, abordaremos cada uma das categorias, apontando os principais argumentos e análises empregados em meio aos diferentes estudos identificados. Cumpre sinalizar que foram incorporados outros textos complementares, utilizados para enriquecer a discussão que intentamos realizar a partir de agora.

Quadro 3.

Caracterização das categorias temáticas identificadas nos estudos e síntese dos resultados encontrados

Categorias	Síntese dos resultados
Representatividade política	Profissionalização dos conselheiros; Distanciamento entre representantes e representados; Ausência de marcadores claros quanto à escolha das entidades representativas.
Capacitação política	Falta de capacitação técnica e política para participação nos conselhos de saúde.
Relações estabelecidas entre os atores sociais	Relações assimétricas entre atores sociais, permeadas pela valorização de um discurso técnico/científico.
Cultura Política	Impacto da cultura política tradicional marcada pelo paternalismo, patrimonialismo, autoritarismo e clientelismo.
Desenho institucional	Dificuldades de autonomia política e logística dos conselhos; Carência de entendimento sobre os procedimentos e dinâmica de funcionamento dos conselhos.
Discursos sobre Saúde/Doença	Divergências entre concepções de saúde de caráter abrangente com a busca por reivindicações marcadas pelo modelo biomédico;
Democracia em debate: uma mirada a partir dos conselhos de saúde	Discussão acerca das perspectivas de democracia representativa, participativa e deliberativa.

Fonte: O autor

3.4.1 Representatividade política

A discussão em torno da representação política nos conselhos de saúde tem ocupado espaço central entre os trabalhos analisados. A este respeito, Urbinati (2006) nos esclarece que historicamente a democratização iniciou-se com o processo representativo, o qual seguindo a dinâmica de organização social e legal – e a formação de uma ligação sem precedentes entre Estado e sociedade – tem no ideal da representação a possibilidade de que "qualquer reivindicação que os cidadãos tragam para a arena política e queiram tornar um tema de representação é invariavelmente um reflexo da luta para a redefinição das fronteiras entre as suas condições sociais e a legislação". Ao passo que uma política representacional concebe a sociedade democrática como uma malha intrincada de significados e interpretações das crenças e opiniões dos cidadãos a respeito de quais são seus interesses, crenças que são específicas, diferenciadas e sujeitas à variação ao longo da vida real das pessoas.

No tocante aos conselhos de saúde, o tema da representação tem sido apontado como um nó limitador destes espaços públicos, sendo possível a seguinte síntese com respeito aos

resultados: (a) processo de oligarquização, profissionalização e elitização dos conselheiros de saúde que representam diferentes setores sociais; (b) frágil relação entre os representantes e a base representada; (c) ausência de regras claras no que se refere à seleção das entidades representativas da sociedade civil (dificuldade em representar uma sociedade complexa e com discursos diversos); (d) conformação de atores políticos denominados de *policonselheiros*.

Em relação ao processo de oligarquização, profissionalização e elitização dos conselheiros, as análises operadas sinalizam para os problemas envolvidos no processo de escolha das entidades que serão representadas no conselho, pelas quais serão indicados os atores a compor tal arena. Não se configura claramente quais os critérios de elegibilidade de tais entidades, que estão sujeitas a malha social extremamente diversa em nosso país (Stralen et al., 2006). Um grupo de pesquisadores contribui nesta direção ao sinalizar o papel dos gestores na definição de quem participará dos conselhos, uma vez que tendo em conta a prerrogativa da indicação de entidades, os representantes do poder executivo buscam articular parcerias que melhor representem seus interesses. Nesse sentido, a proximidade do ator estatal com alguns segmentos sociais poderá significar suas indicações para a composição do conselho, sendo, portanto, estrategicamente inseridos nos espaços públicos mais em razão de sua aliança com o ator estatal do que de fato por representarem a diversidade existente na esfera da sociedade civil (Coelho, 2004; Labra, 2008; Lavalle, Acharya & Houtzager, 2005; Shimizu et al.,2009).

Ademais encontramos situações apontadas pela literatura de que, especialmente em municípios de pequeno porte, vem ocorrendo um processo de formação de *policonselheiros* (Bispo-Jr. & Sampaio, 2008). Isto revela que um grupo específico de atores sociais passa a ocupar todos os diferentes espaços públicos – conselhos gestores –, culminando em certa profissionalização da função de conselheiro. As consequências são os limites que tal quadro coloca para o processo de representatividade de interesses coletivos diversos, uma vez que a cristalização destas posições nos variados espaços públicos não contribui para a sublevação de atores historicamente excluídos dos processos de deliberação. Além disso, a situação em tela sinaliza para a inexistência de uma sociedade civil com histórico de participação e mobilização social, o que se reflete na dificuldade de emergência de atores coletivos organizados em prol da publicização de seus interesses.

Outro aspecto relevante se refere ao processo de afastamento das bases de apoio por parte dos conselheiros. Isto tende a refletir uma lacuna referente à discussão com os representados acerca das decisões tomadas no conselho e ainda a não discussão sobre as reais necessidades dos segmentos populacionais a serem vocalizadas nos espaços de controle

social. Os resultados encontrados referem-se ao frágil vínculo estabelecido entre representados e representantes, revelando diferenças em defesa de propostas comuns no cenário da sociedade civil, o que contribui para a dificuldade e mesmo a ausência de uma construção coletiva de um projeto social e político, orientados para o fortalecimento do processo de democratização (Duriguetto & Souza-Filho, 2012; Lima, 2001). Encontramos ainda investigações que apontam para o próprio descontentamento dos atores sociais inseridos nos conselhos com respeito à organicidade da representação. Assim, em alguns casos o ator estatal aponta a fragilidade da representação dos conselheiros usuários, que, segundo eles, não conseguem vocalizar e problematizar as questões junto à comunidade. Em contrapartida, os representantes dos usuários avaliam que o poder executivo frequentemente tenta transformar o conselho em um espaço burocratizado, restrito à aprovação de verbas, onde apenas se referenda as propostas apresentadas, não havendo possibilidade de que o exercício político deliberativo, e, por conseguinte o de representação de interesses de fato ocorra (Bispo-Jr. & Sampaio, 2008; Stralen et al., 2010).

Guizardi e Pinheiro (2006) contribuem com esta discussão ao salientar que pretender uma "igualdade a partir da presença física dos representantes seria supor que ela pudesse superar em si mesma um longo processo sócio-histórico engendrado através de inúmeras desigualdades" (p. 804). Quadro este, que de acordo com Gerschman (2004) ao propor uma análise histórica sobre a conformação dos espaços conselhistas considera que "a representação da sociedade civil nos conselhos de saúde foi se tornando, na conjuntura política adversa dos anos 90, mera virtualidade" (p. 1679), uma vez que ocorrem disputas de interesses e projetos políticos diferenciados. Por este motivo os conselhos têm se transformado em espaços burocráticos e ocupados com a elaboração e execução de projetos setoriais e de legitimação das práticas governamentais.

Frente a este quadro, podemos considerar que para compreendermos o significado da representação política no interior dos conselhos de saúde, é importante ter clareza que a existência legal de tais arenas não garante imediatamente a representação dos interesses coletivos, pois o fato de se ter um espaço de participação institucionalizado, pode não necessariamente assegurar que os interesses sociais estarão de fato sendo representados. E, consequentemente, pode ocorrer uma baixa visibilidade dos conselhos e uma representação conselhista despida da defesa de projetos e demandas criados coletivamente, o que pode reduzir o fortalecimento das entidades, organizações e movimentos sociais em prol da democratização das políticas públicas de saúde (Duriguetto & Souza-Filho, 2012).

E por fim, podemos depreender que as dificuldades concernentes ao processo representacional apontado anteriormente pode se afastar da argumentação de Urbinati (2006) em relação à capacidade da representação política, a qual segundo ela:

> [...] *transforma* e *expande* a política na medida em que não apenas permite que o social seja traduzido no político; ela também promove a formação de grupos e identidades políticas. Acima de tudo, ela modifica a identidade do social, uma vez que, no momento em que as divisões sociais se tornam políticas ou adotam uma linguagem política, elas adquirem uma identidade na arena pública de opiniões e tornam-se mais inclusivas ou representativas de um espectro mais largo de interesses e opiniões (Urbinati, 2006, pp. 218-219).

Em suma, os entraves encontrados a respeito da representação podem apontar para a necessidade de avançarmos na construção de projetos societários em defesa da autonomia local, liberdade de expressão e associação, bem como a igualdade de condições materiais. Além disso, compreender a cidadania mediada por um exercício ético que possibilite tanto aos representados quanto aos representantes a compreensão acerca de suas relações, que devem ser tidas como não irredutivelmente antagonistas e sua defesa não como uma promoção incondicional de privilégios sectários contra o bem-estar de todos (Urbinati, 2006).

3.4.2 Capacitação política

A preocupação com a capacidade (condições em se inserir nas arenas participatórias com o intuito de deliberar sobre os temas e projetos na área de saúde) dos atores sociais tem sido identificada junto às pesquisas como um ponto limitador da prática conselhista. Os resultados têm sinalizado a preocupação com a capacitação para o exercício democrático no interior dos conselhos de saúde, em especial, com o segmento *usuários,* o qual é percebido com poucos recursos para exercer o papel deliberativo nos conselhos, haja vista a falta de informação, escolaridade, habilidade e clareza acerca da dinâmica e funcionamento de tais arenas políticas (Bezerra & Araújo, 2009; Lopes & Almeida, 2001).

Estar capacitado surge em meio aos estudos a partir da consideração de aspectos de ordem técnica, política e logística. No que se refere à capacidade técnica, alguns apontamentos são majoritariamente considerados, como a importância do grau de escolaridade e a valorização de certo *perfil*, leia-se, um conjunto de habilidades para o exercício deliberativo, como capacidade argumentativa e conhecimento especializado sobre a

política de saúde. A ausência ou fragilidade com relação a estas habilidades pode dificultar a concretização de uma gestão participativa, conforme discutido por Gonçalves et al. (2008). Argumento respaldado por Guizardi e Pinheiro (2006), que consideram que "a falta de preparo para a função fica explícita na constatação de que quase todas as pessoas que participaram dos conselhos afirmam não ter conseguido participar das discussões e questões trabalhadas nesse espaço" (p. 801). A noção de capacitação atrelada a conhecimentos técnico-operacionais (importantes para o exercício democrático) revela por outro lado o privilégio atribuído no interior dos espaços públicos ao discurso tecnocrata-especializado. E nesta perspectiva o segmento dos usuários termina por apresentar dificuldades no exercício deliberativo, ao prevalecer uma linguagem técnica, que dificulta o diálogo entre os segmentos, sendo encontradas situações de manipulação de tais espaços, uma vez que não havendo tempo e/ou condições técnicas para deliberação, ocorre uma pressão para a aprovação imediata de projetos, com argumentos de ordem financeira como balizadores (Casarote et al., 2007; Wendhausen & Caponi, 2002; Wolmer & Falk, 2006).

Em uma pesquisa realizada na região nordeste, em municípios de pequeno porte, Bispo-Jr. e Sampaio (2008) concretizam o exposto acima a partir da seguinte citação:

> Eu gostaria muito se a gente pudesse colocar pessoas mais capacitadas, mais é muito difícil. Pessoas com conhecimentos maiores. Porque, geralmente, a gente de associação o conhecimento é pouco. Geralmente é pessoas de primeiro grau, é o cabra semianalfabeto, e se tivesse a participação de pessoas mais qualificadas, mais estudadas, pessoas com um curso superior, seria muito melhor. Então, como não tem, tem que ser mesmo esse povão dando grito lá. (Entrevistado17, Groaíras)

A questão a ser colocada é que, ao se perceber que o exercício deliberativo depreende uma capacitação, podemos nos deparar com o dilema em que a valorização de um discurso técnico pode solapar a potencialidade de diferentes discursos e saberes socialmente válidos e necessários para a construção de uma sociedade democrática. E a este respeito, podemos analisar o aspecto da capacitação por outra perspectiva, de cunho mais político, ou seja, mais preocupada quanto à competência dos atores sociais em ocuparem espaços de discussão e tomadas de decisão acerca de temas públicos. Isto é importante haja vista os resultados de algumas pesquisas que apontam a existência de relações assimétricas entre os diferentes atores que compõem os conselhos de saúde, com destaque para o maior poder verificado em mãos dos representantes do executivo. Wendhausen (2006), a partir da análise dos discursos dos diferentes atores, considera que ocorre um *silenciamento* através de discursos

considerados *verdadeiros* ou *autorizados*, ou seja, a autora aponta que determinados atores possuem maior autoridade a partir de sua capacidade/posição sócio-política na proposição de questões e defesa de determinados projetos. Neste caso, mais uma vez o segmento usuário é apontado como aquele que apresenta maiores dificuldades e, portanto não "autorizados" a ocupar de fato este espaço público de deliberação política. Consequentemente, a participação pode em função destes entraves se voltar contra a democracia ou ainda se transformar em uma metáfora.

Por outro lado, alguns poucos trabalhos sinalizam que tais arranjos representam um espaço de aprendizagem democrática, e, portanto, são importantes para o desenvolvimento de uma chamada cultura cívica. Labra e Figueiredo (2002) apresentam este argumento e consideram os conselhos de saúde como locais de aprendizado de práticas democráticas, de tolerância e de cooperação, com potencial para o fomento de um círculo virtuoso que tende a incutir valores de uma comunidade cívica ao incentivar a acumulação de capital social, contribuindo para o fortalecimento da democracia. Assim, a falta de capacitação não deve ser compreendida como um problema estrutural para a legitimação dos conselhos, mas ser analisada a partir de outro prisma, uma vez que os conselhos podem assumir o papel de formadores de sujeitos mais críticos e capazes para o exercício democrático.

Acreditamos que seja necessário um maior questionamento acerca da natureza e importância da capacitação para o exercício democrático, ao nos fazermos a seguinte questão: de que capacitação está-se falando? O que os estudos apontam é a dificuldade encontrada pelos atores inseridos nestas arenas políticas em atender aos preceitos teórico-legais que embasam o exercício dos conselhos. Ou seja, é consensual afirmar que os conselhos não atingem o ideal deliberativo e consequentemente não cumprem a legislação brasileira referente ao que se espera destas arenas de participação social, o que pode remeter-nos a questionar a capacidade dos conselhos em atingir determinados ideais da democracia deliberativa, pautada pela argumentação racional entre os atores políticos, a despeito de outras formas discursivas que são produzidas, tendo em vista as diferenças sociais e culturais que existem em nossa sociedade e se reproduzem no espaço conselhista. Ademais, a dificuldade dos conselheiros em cumprirem com suas atribuições, e, portanto, se tornarem *incapazes*, pode também estar relacionada à certa sobrecarga de atividades e expectativas com relação a este espaço público. E, por fim, é curioso que não encontramos ao longo dos artigos analisados, alguma discussão sobre a capacitação dos profissionais, prestadores de serviço e representantes do executivo para o exercício deliberativo, fazendo crer que talvez tais

segmentos já possuam alguma capacitação "natural" para o debate democrático. Enfim, questões que talvez possam ser melhores analisadas posteriormente.

3.4.3 Relações estabelecidas entre os atores sociais

No intuito de provocar alguma reflexão sobre esta categoria, pode ser relevante resgatar duas questões importantes. A primeira diz respeito à relação que historicamente se estabeleceu entre os saberes ditos populares e os saberes de natureza técnico-científica. Esse último tem recebido em nosso contexto sociocultural um caráter de maior legitimidade e, consequentemente, com maior autoridade para direcionar e decidir sobre diferentes questões, que terminam por exercer maior autoridade sob aqueles que não o possuem. Em especial, no campo da saúde, esta situação pode ser observada nas relações que se estabelecem entre profissionais (detentores de um saber especializado) e usuários, por onde são estabelecidas hierarquias de saber, atribuindo ao discurso profissional/especializado maior legitimidade perante os saberes oriundos do contexto social/popular. Uma segunda questão nos remete a maneira com que tradicionalmente os diferentes saberes são empregados no exercício de tomada de decisões no âmbito político. Nesse contexto, podemos encontrar a valorização da expertise, haja vista a utilização de um conhecimento técnico-científico que legitime decisões e projetos políticos. Associando a valorização do saber especializado em detrimento aos saberes populares com a tradição política na qual as decisões devem ser tomadas por *notáveis*, configura-se um quadro onde o poder passa a ser exercido por aqueles que cumprem tais requisitos: maior conhecimento especializado sobre as questões debatidas (Saforcada, Lellis, & Mozobancyk, 2010).

Os principais achados no tocante às relações que se constroem no interior dos conselhos parecem sinalizar que ocorre a utilização de um discurso técnico/científico como forma de se estabelecer relações de subordinação, especialmente entre o segmento dos profissionais/executivo em relação aos usuários (Wendhausen, 2006). A concretização desta situação está ligada a adoção, conforme sinalizado acima, de uma linguagem que tende a marginalizar das discussões o segmento menos escolarizado ou aquele menos acostumado ao debate e exercício político, uma vez que determinados saberes são mais valorizados, e, portanto, mais aceitos e legítimos entre os atores sociais, o que remete a nossa discussão sobre a capacitação realizada no item anterior (Guizardi & Pinheiro, 2006; Wendhausen & Caponi, 2002).

Consequentemente, observamos a demarcação de diferentes posições de poder no processo de deliberação e tomada de decisões, culminando em comportamentos

marcadamente tidos como mera vocalização de demandas e queixas dos usuários, condicionando as decisões de fato aos argumentos de profissionais especializados, por meio da expertise e/ou pelos atores estatais ao se valerem da posição de maior autoridade perante os demais participantes do conselho. Isto pode revelar também a tradicional relação que se estabelece entre Estado e sociedade civil no que diz respeito às discussões sobre políticas públicas, haja vista que a população é entendida como mera receptora e beneficiária de ações e serviços, sendo responsabilidade do aparato estatal decidir sobre como e quando ofertar tais benefícios (Saforcada et al., 2010).

Wendhausen e Caponi (2002) ainda consideram que as relações existentes no interior do conselho podem ser marcadas por hipercodificações ideológicas, as quais são utilizadas para silenciar e visam limitar o processo dialógico entre os sujeitos sociais. Assim como sinalizado anteriormente, o discurso técnico (especialmente de profissionais e do executivo) diminui as possibilidades de um debate democrático no interior destas arenas democráticas, fazendo emergir um conjunto de relações e articulações assimétricas entre os diferentes atores, a partir de um silenciamento que ocorre por meio de discursos considerados *verdadeiros* ou *autorizados*. Ao mesmo tempo, conforme salienta Wendhausen (2006) a assimetria encontrada no interior dos conselhos pode ser compreendida como o produto das desigualdades sociais com as quais nos deparamos em nossa realidade sociocultural. E indubitavelmente estas não serão dissolvidas simplesmente pela institucionalização de espaços marcados por um teor democrático e participativo, mas contrariamente podem ser intensificadas e dificultarem a consolidação dos conselhos de saúde (Guareschi & Jovchelovitch, 2004).

3.4.4 Cultura política

A institucionalização dos Conselhos foi pensada como a possibilidade de conformação de uma nova cultura política, no sentido de democratizar o processo de tomada de decisões na política de saúde (Sposati & Lobo, 1992). A novidade representada por tais arenas se contrapõe a modelos tradicionais que caracterizam a prática política em nosso país. Nessa perspectiva, vale resgatar que o projeto da participação e controle social na saúde, materializado via conselhos e conferências, a despeito de se caracterizarem como arenas inovadoras no contexto político brasileiro, tem se deparado com um arcabouço político nacional caracterizado por práticas tradicionais como o clientelismo, a patronagem, o autoritarismo e o paternalismo (Oliveira, L. C. & Pinheiro, 2010). Esta assertiva nos aponta para um quadro conflitante, haja vista que vão se conformando projetos políticos, mediados

por práticas discursivas divergentes, mas, que de alguma maneira, se articulam e promovem a concretização das práticas observadas no interior dos mecanismos de gestão participativa na saúde.

Um aspecto comumente encontrado é a defesa de interesses particulares em contraposição a conformação de um projeto coletivo que substancialize as discussões em torno das políticas na saúde. O clientelismo se atualiza no interior dos conselhos, sendo possível a observação de *trocas de favores* ou mesmo certa mercantilização das questões e problemas que são até ali direcionados. O exercício deliberativo acerca das questões de saúde pública pode ser substituído pelo favorecimento de aliados ou eleitores, formando assim uma cadeia articulada na defesa de interesses de ordem particular e não pública, sendo reforçados pela expectativa, por parte dos usuários, em se alcançar determinados ganhos secundários, como o acesso a serviços ou benefícios tais como exames, medicamentos e outros procedimentos ofertados pelo SUS, o que pode representar a percepção de que esta é a alternativa mais viável para a resolução dos problemas no setor (Stralen et al., 2010).

Cornwall (2008) pode verificar que as práticas políticas sofrem influência da cultura política, analisando os significados de contenção e contestação operados pelos partidos políticos (mediadores tradicionais na história da política e no sistema democrático) no interior dos arranjos participativos na saúde. A autora considera que para uma melhor compreensão a respeito dos conselhos, entendidos como instituições políticas, não se deve ignorar a influência dos partidos políticos, bem como dos demais mecanismos tradicionais de representação, a partir do entendimento das práticas empregadas em espaços públicos diversos. Tal consideração levanta uma questão sobre a não existência de *espaços deliberativos puros*, ou seja, sem nenhuma influência externa que possa comprometer o exercício deliberativo.

Em contrapartida a convivência de discursos e práticas diversas com relação à democracia no interior dos conselhos nos remete a importância em se considerar o contexto sócio-político sob o qual tais arranjos estão assentados. Nessa direção compreender como os pressupostos da democracia participativa, que defendem a capacidade de discussão entre os diferentes grupos sociais em busca de soluções para seus problemas coletivos, convivem com práticas políticas marcadas pelo clientelismo, autoritarismo e sentimentos de patrimônio, pode ser um passo importante para avançarmos com nossa discussão a respeito do potencial democrático dos espaços públicos participativos.

A este respeito vale ainda registrar as reflexões de Ottmann (2006), que ao se referir ao orçamento participativo, nos adverte que:

> [...] num contexto político que não se pauta por regras efetivamente universalistas o acesso à cidadania é constantemente negociado. Em suma, a experiência do OP em São Paulo evidencia que a implementação de mecanismos de democracia participativa não erradica estruturas clientelistas. Antes, combina elementos "modernos" e "tradicionais" e engendra assim uma cultura política híbrida, cuja complexidade ainda está por ser explorada (Ottmann, 2006, p. 170).

Nesse sentido, Mouffe (2003) pode contribuir com o debate, pois se considerarmos que, apesar de a lei determinar o seu caráter deliberativo, os conselhos terminam assumindo um papel meramente consultivo e, em inúmeros casos, nem ao menos isto. Algo que nos remete à reflexão sobre a atual apatia que se percebe no campo político, testemunhado em muitas sociedades democráticas liberais. Isto ocorre em razão da gradativa perda de relevância atribuída à esfera pública política, em consonância "com a evidente hegemonia do neoliberalismo, onde a política foi substituída pela ética e pela moralidade, e o *leitmotiv* é a necessidade do consenso, de valores familiares e de 'boas causas'" (p. 17). Consequentemente, as decisões no âmbito político têm ficado a cargo de juízes ou tecnocratas – tidos como imparciais - em função da natureza técnica que passam a carregar.

A convivência de princípios e práticas diversas com relação à democracia no interior dos conselhos nos remete à importância em considerar o contexto sócio-político sob o qual tais arranjos estão assentados. E, portanto, buscar compreender como os pressupostos do controle e participação social, que defendem a capacidade de discussão entre os diferentes grupos sociais em busca de soluções para seus problemas, convivem com práticas políticas nas quais a resolução das demandas sociais podem ser substituídas pela defesa de interesses particulares, permeadas por posturas autoritárias e/ou sentimentos de patrimônio, pode ser um passo importante para compreendermos o potencial democrático dos espaços públicos participativos.

3.4.5 Desenho institucional

O desenho institucional pode ser compreendido pela conformação de espaços institucionais que se dão a partir da relação entre sociedade civil e política, a qual incide na dinâmica e no funcionamento, na definição de regras e normas com vistas à redução de iniquidades sociais, o que refletem sobre o potencial democratizante dos conselhos de saúde. Estes, segundo Avritzer (2008) são pensados como desenhos institucionais de partilha do poder e são constituídos pelo próprio Estado, com representação mista de atores da sociedade

civil e atores estatais, o que insere a noção de instituições participativas, sob as quais se expressam formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas.

A respeito desta categoria, podemos inicialmente ressaltar que a estrutura dos conselhos de saúde não apresenta um caráter homogêneo ao longo de nosso país, a depender de fatores de ordem social, cultural, política e econômica que influenciam a maneira como serão desenhados. Nesse sentido, diferenças quanto ao tamanho do município (pequeno, médio ou grande porte), o histórico de mobilização social bem como a tradição política local, irá impactar diretamente no desenho institucional dos conselhos de saúde (Lopes & Almeida, 2001; Moreira & Escorel, 2009; Moreira et al., 2008).

Em pesquisa realizada com mais de cinco mil municípios brasileiros, Moreira e Escorel (2009) discutem questões relacionadas à estruturação dos conselhos a partir de três fatores: (a) autonomia, que diz respeito à capacidade do conselho funcionar independentemente do poder executivo, sendo verificados a partir dos aspectos físicos, recursos humanos e financeiros; (b) Organização que se refere à existência de câmaras de funcionamento interno, capacitação e dinâmica das reuniões e acesso; (c) Acesso que está relacionado às possibilidades de todos os conselheiros assumirem a presidência do CMS, assim como a população participar das deliberações. Em relação ao fator autonomia os resultados encontrados sinalizam para as dificuldades de ordem estrutural dos conselhos de saúde, concretizados pela ausência de linha telefônica, internet, recursos humanos, sede própria para funcionamento bem como autonomia orçamentária, sendo o quadro mais grave o observado em municípios com até 50 mil habitantes. A respeito da categoria organização, os resultados se mostraram negativos em relação à participação em capacitações, existência de comissões internas de funcionamento, sendo apenas positiva a periodicidade das reuniões, que é mensal, conforme recomendado pela resolução 452 do Ministério da Saúde. O acesso foi a dimensão melhor avaliada entre os municípios brasileiros, sinalizando a possibilidade no âmbito legal, respaldados pelos regimentos internos dos conselhos, dos atores políticos assumirem a presidência do conselho, bem como a garantia de participação da população durante as reuniões ordinárias. Entretanto, vale salientar que ao comparar as diferentes localidades, os resultados referentes a municípios situados no interior são sempre piores em relação àqueles de caráter mais urbano e industrial, ou de grande porte.

Em um estudo de caso realizado por Cotta et al. (2010) foi encontrado problemas com respeito à estrutura do CMS, como ausência de paridade entre os representantes e divulgação das reuniões, além de ser significativo a baixa publicização das decisões tomadas no interior

dos conselhos. Ademais, é curioso o resultado de que as prioridades dos assuntos tratados na reunião são definidas em sua maioria pelo secretário municipal de saúde. Com relação à avaliação do relatório de gestão anual, 70% dos conselheiros afirmaram que o mesmo não é avaliado anualmente. Resultados que vão de encontro a pesquisa desenvolvida por Stralen et al. (2010) no estado de Minas Gerais, onde, especialmente nos municípios de pequeno e médio porte, a avaliação por parte dos conselheiros dos documentos de gestão é uma prática inexistente, encontrando-se casos onde estes documentos de gestão não existem e, por sua vez, não passaram pelo crivo do conselho de saúde.

É importante ainda assinalar que de acordo com Stralen et al. (2010), a partir de análise documental, encontra-se que a discussão acerca da estruturação do conselho, definição de regras e papéis/atribuições toma parte significativa das reuniões, tornando-se pauta importante de discussão entre os conselheiros. Fato que pode sugerir a necessidade destes atores em compreender melhor o local *conselho,* ou mesmo, que não existe clareza sobre quais temas relacionados à política de saúde devem ser deliberados. Os problemas sinalizados com respeito ao desenho institucional dos conselhos podem colaborar para o que nos advertem Stralen et al. (2006), ao apontar que os conselhos deixam de ser uma arena política na qual os diversos grupos de interesse se confrontam e negociam propostas e tendem a ser um espaço onde principalmente os segmentos dos trabalhadores e usuários vocalizam demandas, sem a delimitação de regras claras para o encaminhamento das questões ali deliberadas.

Entretanto, apesar de ser um elemento de análise importante, os argumentos centrados na necessidade de um desenho institucional que corrija os problemas anteriormente suscitados devem ser analisados sob o contexto das práticas tradicionalmente desenvolvidas na política brasileira, ou seja, pensar em regras claras e/ou mecanismos institucionais mais efetivos para o controle social/gestão participativa na saúde deve levar em consideração os valores, representações e práticas vigentes na discussão pública em nosso país. Nesse sentido, a despeito da implantação de regras claras e outros marcadores, que são muito importantes, não é possível assegurar que os resultados vão de encontro ao fortalecimento/radicalização democrática a partir de um desenho institucional entendido como mais organizado.

Apostar unicamente no formato legal/estrutural dos conselhos poderá desviar nossa atenção para as variadas formas encontradas pelos sujeitos sociais para se articularem e buscarem por vias diversas legitimar e fazer valer suas decisões. No entanto, há que se considerar a importância e o impacto que tal estruturação exerce na potencialidade democrática de tais arenas.

3.4.6 Discursos sobre saúde/doença

A discussão sobre as concepções a respeito do binômio saúde/doença, enfatizando os reducionismos médicos e psicológicos, é extensa na área da saúde. A tradição e influência do modelo biomédico marcaram e ainda estão presentes na produção de conhecimento, formação profissional e planejamento de ações e serviços em saúde pública (Saforcada, 2001). Automaticamente, as concepções calcadas em uma visão curativa e medicamentosa, que prevalece e conformam as representações de profissionais, gestores e inclusive da própria população se evidenciam nas discussões e tomadas de decisão operadas pelos conselheiros de saúde, impactando sobremaneira a priorização de ações, serviços e resolução de questões neste campo.

Wendhausen e Rodrigues (2006) observaram divergências entre os discursos e as práticas dos conselheiros concernentes à questão da saúde, pois a despeito de apresentarem um discurso que se aproxima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que a compreende como um "completo estado de bem-estar biopsicossocial", não conseguem materializá-lo nas discussões e proposições realizadas pelas arenas políticas participativas. Os fatores que podem explicar tal dissonância podem estar associados à cultura medicalizante na qual estamos inseridos, bem como pela histórica relação estabelecida entre população e serviços de saúde, em que a demanda termina sendo por garantir acesso a medicamentos, procedimentos especializados e atendimento médico em detrimento a implementação de projetos e ações de cunho preventivo e próximo ao ideal da promoção da saúde (Landerdhal et al., 2010).

Este quadro não favorece que algumas discussões sejam inseridas na agenda, como aquelas relacionadas aos pontos de estrangulamentos do sistema de saúde – o financiamento e o planejamento –, além da própria organização das redes assistenciais, permanecendo fixados, portanto, em pontos que visem atender as demandas populares pelo viés da cura e medicalização (Wendhausen & Rodrigues, 2006). Fato que corrobora os achados de Guareschi e Jovchelovitch (2004), que ao analisarem dois conselhos locais de saúde, apontam o movimento dos conselheiros (especialmente os usuários) de se inserirem nestes espaços públicos tendo como objetivo a aproximação com médicos e/ou especialistas a fim de conseguirem mais facilidades de atendimento e acesso a recursos para tratamento. Situação que pode contribuir para que tais arenas democráticas se configurem como *lócus* destinado para a busca de soluções imediatas para questões de saúde de natureza individual, privativa e orientada pela tradição biomédica.

Nesse sentido, a discussão de projetos voltados para a aquisição de medicamentos e garantia de atendimento médico/especializado à população tendem a ser privilegiados pelos conselhos de saúde, haja vista o caráter emergencial que tais temáticas provocam entre os atores sociais. Os conselheiros reproduzem um discurso médico tradicional atrelado à necessidade de se ofertar ações e serviços relacionados à cura de doenças, calcada na epidemiologia tradicional, afastando-se do discurso sanitarista que compreende a saúde atrelada a questões estruturais como moradia, trabalho, saneamento, educação, dentre outras, que praticamente são inexistentes na pauta de discussão dos conselhos de saúde. Nessa perspectiva, o próprio SUS, como política pública universal, pode ser colocado em xeque, uma vez que a democratização do acesso à saúde pode então não encontrar lugar em um espaço público no qual as preocupações com o bem coletivo perdem espaço para a dimensão privada da vida.

3.4.7 Democracia em debate: uma mirada a partir dos conselhos de saúde

O debate sobre os limites da democracia representativa tradicional e o avanço que representa o pensamento sobre uma democracia participativa e deliberativa é realizado por alguns pesquisadores a partir da análise da dinâmica e inserção dos conselhos de saúde no cenário político brasileiro. Encontramos perspectivas que defendem e apostam na capacidade de a sociedade civil organizada, a partir do processo de vocalização de seus discursos, conseguirem impactar a atuação do Estado, contribuindo para sua democratização. Avritzer (2002) tem sido um importante defensor desta prerrogativa e a partir de suas análises sobre as experiências originárias do Orçamento Participativo, tem buscado demonstrar a capacidade de capilaridade decorrente dos processos deliberativos que ocorrem nestas arenas democráticas em transformar as relações entre Estado e sociedade civil no que diz respeito à tomada de decisões em relação aos gastos públicos.

A despeito desta aposta na capacidade democratizante centrada na sociedade civil, alguns estudos têm tentado debater tal perspectiva apontando os limites desta abordagem de análise sobre a relação entre Estado e sociedade civil. O estudo realizado por Schönleitner (2006) a respeito do impacto dos conselhos municipais de saúde na democratização das discussões sobre esta política setorial em quatro municípios brasileiros (dois na região nordeste e dois na região sul) aponta que para além de uma sociedade civil participativa, é muito importante considerarmos a articulação entre fatores como a cultura cívica, o papel das instituições políticas tradicionais e o desenho institucional das arenas de participação democrática (fatores já apresentados ao longo deste texto). A questão emergente é que o

investimento na democracia deliberativa não resolve em si a falta de democracia e, por esta razão, Schönleitner (2006) propõe analisarmos como se dá a interação entre os fatores supracitados em relação ao processo de consolidação dos espaços deliberativos. Pressupõe uma análise mais acurada dos mecanismos tradicionais da democracia representativa, remetendo então a necessidade de se operar mudanças nos modelos tradicionais da política concomitantemente ao investimento em novos arranjos democráticos como os conselhos. A análise acerca dos limites da formalização de práticas democráticas pautadas pela participação e deliberação leva o autor a considerar que:

> Uma vibrante vida associativa não se traduz automaticamente em um vibrante engajamento político. As instituições políticas, ações estatais e as redes de relações horizontais são importantes para compreendermos o potencial democrático da sociedade civil, observando se ela é capaz de transformar a política, e, consequentemente tornando a prática deliberativa um resultado, e não uma causa para consolidação da democracia (Schönleitner, 2004, p. 198).

Nesta perspectiva, os debates em torno da democratização das políticas públicas são marcados pelos novos arranjos deliberativos e pelos novos padrões de relações entre Estado e sociedade civil, que buscam o aprofundamento da democracia. Ao mesmo tempo tais espaços requerem um reforço mútuo entre os atores envolvidos, o que representa a divisão de poder entre um governo comprometido com os ideais da democracia participativa, assim como da importante presença de virtudes cívicas entre os atores da sociedade civil. Por último, a importância de um desenho institucional que possa favorecer a redução das iniquidades sociais, as quais impactam diretamente no exercício democrático, conforme discutido anteriormente (Schönleitner, 2004, 2006).

A partir do estudo de Coelho (2004), realizado junto a 31 conselhos locais de saúde na cidade de São Paulo, é possível problematizarmos o caráter pró-democrático atribuído à sociedade civil. De acordo com a autora, os atores sociais inseridos nos conselhos de saúde estavam diretamente associados aos gestores locais, os quais a partir de uma série de articulações buscavam formatar os conselhos de saúde com antigos aliados e atores da sociedade civil que apresentavam interesse em estar próximos à máquina estatal. Assim, se por um lado a presença de gestores com um projeto político calcado na participação social era importante para legitimar a atuação dos conselhos, por outro, os procedimentos de eleição dos conselheiros não eram transparentes, o que refletia um desenho institucional incapaz de corrigir as desigualdades de acesso entre representantes da sociedade civil. Coelho (2004) que

ao se pensar na potencialidade da sociedade civil em democratizar as práticas estatais, é importante compreendermos como se dá a organização da sociedade para atender determinadas solicitações estatais, ou seja, como em um determinado contexto ocorrem às articulações entre tais polos, compreendendo um processo de coinfluência constante.

3.4.8 À guisa de conclusão

Conforme anteriormente assinalado nos capítulos e3do presente trabalho, a emergência de uma esfera pública ativa que temos acompanhado ao longo das últimas décadas no contexto brasileiro, tendo em vista a atuação de novos sujeitos políticos, tem contribuído para a construção dos espaços públicos de participação política com vistas a democratizar as relações entre Estado e sociedade civil em nosso país (Costa, 2002; Dagnino, 2002; Dagnino et al., 2006; Wampler & Avritzer, 2004). Conforme salientado por Dagnino (2002) tais espaços se inscrevem tanto como a possibilidade de que temáticas sejam debatidas no seio da sociedade civil em direta negociação com o Estado, bem como conformam reais possibilidades de inovação na gestão de políticas públicas, como a saúde, a despeito dos desafios e impasses que tem apresentado ao longo de sua institucionalização, conforme o mapeamento teórico realizado anteriormente.

Problemas relacionados à representatividade e capacitação política, relações assimétricas entre os diferentes atores sociais, características da cultura política, o desenho institucional, discursos sobre saúde e doença, bem como o debate/limites em torno do ideal da democracia que espraiam podem sumarizar algumas das questões que incidem sobre os espaços públicos de participação social na política de saúde. A despeito dos pontos de estrangulamento encontrados em meio à literatura especializada, é necessário asseverar que partirmos do princípio que tais arenas são dotadas de potencialidade democrática (Bispo-Jr & Gerschman, 2013), além de serem capazes de transformar e/ou ao menos tencionar as relações que se estabelecem entre Estado e sociedade civil no processo de gestão e planejamento da política pública de saúde, com vistas a contribuir para o processo de implantação do SUS sob o prisma da democracia participativa.

Entretanto, cumpre assinalar que ao longo de nossa história, a inclusão de atores e/ou instituições da sociedade civil nos processos de tomadas de decisão foi marcada por inúmeros elementos que podem dizer das gramáticas inclusivas operadas pelo Estado brasileiro, explicitadas por Nunes (1997), ao passo que características presentes na cultura política brasileira, como o clientelismo e o autoritarismo se fizeram correntes e mediaram as relações entre Estado e sociedade civil em nosso país desde seu passado agrário-exportador até o seu

presente, caracterizado pela modernização, abertura política e econômica, dotado de matizes democráticos e inclusivos (Faria, 2005; Lenardão, 2011).

O cenário de inclusão democrática que se passou a vivenciar desde a década de 90 do século passado tem propiciado a experimentação de novas práticas no âmbito da gestão das políticas públicas, considerando-se as conquistas dos movimentos sociais em atuação desde a década de setenta. No caso do setor saúde, o movimento sanitário pode ser considerado um sujeito político que alcançou, dentre outras vitórias, a promulgação do SUS, assegurando a participação popular nos aspectos relacionados ao planejamento, discussão e deliberação sobre as políticas de saúde nos três níveis federativos. Ao mesmo tempo, alçou a diretriz da descentralização político-administrativa à dimensão que amplia e visa, dentre outros objetivos, fortalecer os espaços públicos participatórios, ao passo que relega às gestões municipais o poder de tomada de decisão em articulação direta com os conselhos gestores.

Entretanto, conforme salientado no capítulo II, as gramáticas inclusivas aludidas por Nunes (1997) ainda fazem parte da realidade das gestões públicas brasileiras, conforme considera Avelar (2000) ao salientar que:

> [...] se pensarmos em cem anos de política, em cem anos de República, o que percebemos é que hoje, dos cerca de 5.500 municípios brasileiros, nos municípios menores predomina a política tradicional, através dos chefes locais, e a política clientelística, personalista, direta. Nos municípios maiores predomina a política do "rouba mas faz", ou seja, eu faço com os recursos públicos parte do meu trabalho, mas uso esses recursos para continuar a minha dominação eleitoral (Avelar, 2000, p. 71).

Neste sentido, no âmbito local ainda percebe-se a existência de práticas que dizem respeito à conformação das relações entre o Estado e a sociedade brasileira, podendo ser compreendidas como legítimos códigos que coabitam os espaços públicos que tem se materializado desde o cenário da (re)democratização.

Com base no cenário construído a partir da institucionalização da participação social no âmbito da saúde, em que pese à descentralização do SUS bem como os elementos que circunscrevem a inclusão dos atores da sociedade civil nestes espaços em diálogo com os atores governamentais, deparamo-nos com as questões que norteiam a presente investigação: Quais têm sido os elementos que terminam por constranger a materialização do conselho gestor de saúde a partir de sua inscrição no contexto político brasileiro, na medida em que incorpora/envolve atores da sociedade civil em sua composição, com vistas à ampliação da democracia na gestão das políticas públicas de saúde? A partir do histórico de relações que se

construíram entre Estado e sociedade civil no processo de inclusão de atores sociais nos processos de tomadas de decisão, marcados por práticas clientelistas, corporativas e autoritárias, como é possível compreender a institucionalização destas novas arenas de gestão da política pública de saúde como um avanço no cenário político? Como tem sido possível a consolidação de práticas democráticas com teores emancipatórios em nosso país, em um cenário em que o Estado se moderniza e a sociedade se democratiza ao passo que sobrevive e se reatualizam práticas consideradas atrasadas, reconhecidas como pertencentes a um passado agrário-exportador, em contraposição ao presente industrial e moderno? Como os conselhos têm se conformado em meio a um cenário de descentralização do SUS, o qual incide sobre a real capacidade de gestão das políticas de saúde no âmbito local?

Portanto, é com base nas questões acima elencadas que objetiva-se, através da presente investigação, compreender como o Conselho Municipal de Saúde constitui-se como espaço público democrático e deliberativo no processo de tomadas de decisões, tendo em vista a existência de características clientelistas e autoritárias do Estado brasileiro que se materializam no âmbito local, bem como as dificuldades no tocante à gestão descentralizada do SUS que interpela os espaços conselhistas.

Nesse sentido, os objetivos específicos do presente trabalho são: (a) Compreender como o CMS é impactado pela atuação governamental tendo em vista suas características clientelistas e autoritárias; (b) Identificar as dificuldades do CMS em contribuir no processo de deliberação sobre a política de saúde local.

No que se refere aos estudos anteriormente apresentados, salienta-se que a particularidade do trabalho ora elaborado consiste na proposta de identificar, a partir dos informantes da pesquisa, bem como da análise dos documentos (Atas das reuniões), os constrangimentos/dificuldades enfrentadas pelo CMS em seu processo de concretização como espaço público democrático e deliberativo, tendo em vista os resquícios que se presentificam na relação entre Estado e sociedade civil em nosso país, além das dificuldades encontradas na gestão do SUS no contexto local. Nesta perspectiva, tais elementos podem se evidenciar como aspectos que devem ser considerados nesta equação, que, ao somar-se às categorias mapeadas pela revisão de literatura, sinalizam para os desafios encontrados pelas arenas conselhistas em se concretizarem como espaços públicos de deliberação política, conforme apregoam Avritzer (2002), Avritzer e Costa (2004), Dagnino (2002) e Santos (2010b).

Capítulo 4 – Os espaços públicos de participação social no SUS: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora

A presente investigação constitui-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como um estudo de caso (Yin, 2005), o qual se especifica pela busca de responder a questões do tipo *como* e *porque*, considerando-se a complexidade da realidade social em estudo.

Dessa forma, serão descritos os passos adotados na busca dos objetivos propostos e de seus respectivos resultados, destacando-se aí a apresentação do cenário, dos participantes e da estratégia de coleta e análise do material coletado em campo.

Vejamos, a seguir, o detalhamento desses elementos.

4.1 Local e desenvolvimento

A pesquisa foi realizada junto ao Conselho Municipal de Saúde situado na cidade de Juiz de Fora, localizada na zona da mata mineira. A escolha do referido CMS seguiu o critério de conveniência.

A investigação teve início a partir da observação das reuniões do CMS, sendo realizadas posteriormente entrevistas semiestruturadas com os conselheiros municipais, concomitantemente às análises das Atas das reuniões periódicas realizadas pelo espaço conselhista em questão. A última etapa da presente investigação foi à realização de entrevistas semiestruturadas com os gestores municipais do setor saúde.

4.2 O conselho municipal de saúde de Juiz de Fora: breve apresentação

De acordo com os dados disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (PJF)[10] a participação social na política pública de saúde inicia seu percurso e recebe espaço nos discursos oficiais durante a gestão municipal de 1983/1989, quando foram formados os primeiros conselhos comunitários no município, os quais se organizavam em torno dos antigos centros de saúde locais. Entretanto, cumpre salientar que a despeito desta inicial mobilização social que se observara – potencializada pelo contexto de (re)democratização política vivenciada em nosso país, bem como pelo processo inicial de implantação de perspectivas descentralizadas na gestão da política de saúde -, os iniciais conselhos

[10] Disponível em: http://www.pjf.mg.gov.br/

comunitários terminaram por se desmobilizar, não encontrando terreno fértil para sua concretização. Os motivos para tal pode ter sido a ausência de um histórico de participação política no município, bem como a carência de apoio institucional adequados, terminando assim por enfraquecer o processo de materialização destas experiências participativas.

Entretanto, a despeito dos problemas enfrentados por tais experiências institucionais, a participação popular já pôde ser observada na formulação do Plano Municipal de Saúde de 1989, no qual foram reconhecidas que as ações de saúde a serem implementadas deveriam sustentar-se a partir da realidade local e das reais necessidades populacionais. Nessa conjuntura, iniciou-se no município o movimento *SOS Juiz de Fora*, de caráter suprapartidário, tendo por objetivo a elaboração de propostas para as diversas áreas de atuação do setor público. A partir deste movimento de incorporação de atores da sociedade civil no processo de formulação da política local de saúde, bem como da atuação de técnicos e atores políticos do SOS Juiz de Fora, foi aprovada em 1990 a Lei Orgânica Municipal de Saúde, na qual a participação da população foi citada no artigo 121, inciso III, nos seguintes termos: "participação, em nível de decisão de entidades representativas de usuários e de profissionais de saúde, na formulação, gestão e controle da Política Municipal e das ações de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde (CMS)" (Lei Orgânica Municipal de Saúde, 1990, p. 23).

A partir destas iniciativas formou-se uma comissão de saúde, composta por técnicos e lideranças comunitárias, iniciando, portanto, as discussões relativas à política de saúde no Município, que culminaram na realização do I Encontro Popular de Saúde de Juiz de Fora, em sete de julho de 1991. O resultado deste Encontro foi à criação do *Fórum Popular de Saúde*, que passou a elaborar uma série de documentos que versavam sobre a conformação do CMS. Posteriormente, foram ainda realizados mais dois Encontros populares, culminando na apresentação de uma proposta de lei que instituía em definitivo o CMS de Juiz de Fora. Após um processo de articulação política que contou com a efetiva participação de lideranças políticas e comunitárias, o CMS de Juiz de Fora foi criado em 11 de maio de 1992, através da promulgação da Lei n. 8.076/92. Essa lei foi alterada pela Lei n. 10.333/2002, de 12 de novembro, que dispõe sobre a instituição do CMS. Nestes 22 anos de existência o CMS de Juiz de Fora apresenta a seguinte composição: 54 conselheiros titulares, dos quais 27 representam o segmento de usuários; 9 de gestores; 9 de trabalhadores de saúde; e 9 de prestadores de serviços.

Com relação ao desenho institucional, o conselho em tela possui atualmente sede própria, conta com linha telefônica, dispõe de computador e acesso à internet. Ainda em

consonância com a sua lei de criação, as reuniões ordinárias são realizadas a cada 30 dias e extraordinariamente poderá ser convocada pelo presidente ou a requerimento de seus membros. Estas reuniões são abertas para a participação da população e demais atores interessados, os quais não possuem direito à manifestação. O quórum estabelecido para a aprovação de deliberações é de 50% mais 1 e o resultado das deliberações executadas são disponibilizadas através das atas das reuniões que se encontram disponíveis para consulta pública.

Em termos de organização administrativo-funcional, o CMS de Juiz de Fora possui mesa diretora, bem como uma secretaria executiva, ouvidoria e equipe de apoio administrativo. No que se refere à organização funcional, o CMS elabora o seu plano de trabalho, conta com comissões permanentes que possuem um calendário próprio de reuniões, a saber: Mesa Diretora; Comissão de Recursos, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Comissão de Normatização, Legislação, Projetos e Ações Estratégicas, Comissão de Acompanhamento dos Atos da Ouvidoria, Comissão Plano Municipal de Saúde, Comissão Saúde da População Negra, Comissão de Vigilância em Saúde, Comissão Saúde do Idoso, Comissão Hospital Zona Norte, Comissão Integrada CAS/SUS – UFJF, Comissão Interdisciplinar/Interinstitucional – Nocivo Álcool/SSSDA, Colegiado Microrregional - CES/MG, Comissão Acadêmica HU/UFJF, Comissão SARH – Cargos e Salários, Comissão DID, Comissão UAPS Dom Bosco, Comissão de Transportes (Settra), Comissão Assistência Farmacêutica dentre outras. Ademais, apresenta comissões extraordinárias ou grupos de trabalho que colaboram com os conselheiros em suas decisões plenárias. No que diz respeito aos aspectos financeiros, o conselho é mantido com recursos governamentais, possuindo dotação orçamentária própria, com autonomia para gerenciá-lo.

4.3 Participantes

A pesquisa foi realizada com conselheiros municipais de saúde e gestores da secretaria municipal de saúde. Nessa direção, é importante assinalar que a conformação do grupo de informantes teve caráter intencional, uma vez que conforme Turato (2003), os sujeitos que fazem parte do estudo foram escolhidos entre aqueles que contribuíram com informações substanciais sobre o tema em discussão. Tendo como objetivo a conformação do grupo de participantes, foram adotados os seguintes critérios de seleção:

(a) Conselheiros de Saúde: Possuir uma participação no CMS de Juiz de Fora de no mínimo 10 anos, haja vista a possibilidade de se compreender a partir destes atores os desafios do conselho em se conformar como um espaço público democrático e deliberativo;

(b) Atores governamentais: Atuar como gestor de saúde há pelo menos 06 meses durante o período de realização da investigação, bem como participar das reuniões do CMS de Juiz de Fora.

Ademais, além dos critérios assinalados, conforme sinalizado anteriormente operou-se a escolha dos informantes da pesquisa a partir da observação das reuniões e leitura das atas do conselho. Nessa direção a composição final do grupo de participantes da pesquisa se deu a partir de 9[11] conselheiros de saúde (representantes dos usuários, profissionais e do governo) e 7[12] atores governamentais (secretário de saúde e subsecretários de saúde). Durante a apresentação e discussão dos resultados os informantes serão designados por Conselheiro ou Subsecretário, seguido do número correspondente. Além disso, o Secretário de Saúde será designado pelo cargo que ocupa.

4.4 Estratégia de coleta de dados

O processo de coleta dos dados iniciou-se a partir das observações diretas das reuniões periódicas do conselho municipal, as quais ocorreram entre o segundo semestre de 2010 e o primeiro semestre de 2013. Estas reuniões mensais possuem duração de aproximadamente 3 horas. A partir das observações realizadas foi possível adentrar o universo de investigação, o que contribuiu para a identificação dos atores-chave (conselheiros) que se configuraram como informantes da pesquisa. Com relação à observação, Spink (2007) discute sua importância e potencialidade para a realização de investigações no campo da psicologia social, sendo ainda, em muitos casos, o único método possível de acesso à realidade empírica com a qual se depara nos processos de pesquisa. Cumpre sinalizar que as observações não produziram um corpo de dados analítico, mas, por haver sido considerada essencial na presente investigação, optou-se por inscrevê-la como uma etapa da coleta de material empírico.

Além da observação das reuniões, foram também selecionadas 36 atas (disponibilizadas em endereço eletrônico[13]) referentes às reuniões realizadas no conselho municipal de saúde no período de 2009 a 2012, as quais foram lidas na íntegra. A seleção das atas se deu a partir da análise do cabeçalho, elegendo-se aquelas que apresentassem temas que

[11] Foram entrevistados 6 conselheiros do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com média de idade de aproximadamente 50 anos. Todos os entrevistados ocupavam durante a realização da pesquisa posições de liderança no CMS de Juiz de Fora, como a Secretaria Executiva, a Ouvidoria e a Presidência do Conselho. Entrevistamos ainda conselheiros que coordenavam comissões de trabalho no âmbito do Conselho.

[12] Foram entrevistados 4 atores governamentais do sexo masculino e 03 do sexo feminino, com média de idade de aproximadamente 45 anos. O objetivo inicial era entrevistar todos os subsecretários em exercício há pelo menos 6 meses no cargo, o que não foi possível em virtude da não disponibilidade de alguns para participarem da pesquisa.

[13] http://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/

envolvessem diretamente a secretaria de saúde e/ou subsecretarias. Cumpre salientar que isto se deve ao fato de que em muitas reuniões são debatidas questões internas ao conselho, que a despeito de altamente relevantes, contribuíam pouco para o escopo da pesquisa. Ressalta-se ainda que na presente investigação as Atas das reuniões foram utilizadas com o objetivo de aproximar o universo do conselho de saúde aos olhos do pesquisador, bem como identificar as temáticas de maior incidência ali debatidas.

No tocante a pesquisa documental, de acordo com Chizzotti (2000), depreende-se que a mesma é parte integrante de qualquer pesquisa sistemática e precede ou acompanha os trabalhos de campo. Por conseguinte em conformidade com Chizzotti (2000) "Documentação é toda informação sistemática, comunicada de forma oral, escrita, visual ou gestual, fixada em um suporte material, como fonte durável de comunicação" (p. 109). Ademais, agregando-se à observação das reuniões, o contato com tais documentos permitiu a eleição dos informantes-chave da pesquisa, assim como favoreceu a elaboração do roteiro das entrevistas semiestruturadas realizadas com os gestores da política pública de saúde local.

Conforme sinalizado anteriormente, optou-se na presente investigação pela utilização de entrevistas semiestruturadas, uma vez que se trata de uma ferramenta metodológica que tem sido comumente empregada no campo da pesquisa social (Bauer & Gaskell, 2007; Gomes, 2008). Tal instrumento de acordo com Blee e Taylor (2002) contribui para a "exploração, descoberta e interpretação de processos e eventos sociais complexos" (p. 93). Além disso, é definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. As informações são obtidas através de um roteiro de entrevista constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central e que deve ser seguida (Haguette, 1999). Segundo Triviños (1995), a entrevista semiestruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. O próprio Triviños (1995) esclarece que:

> Podemos entender por entrevista semiestruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (Triviños, 1995, p. 146).

A entrevista semiestruturada mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância do ator, favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade (Triviños, 1995).

Em se tratando da presente investigação o processo de realização das entrevistas se deu inicialmente com os conselheiros e a conformação de um *corpus* de análise em que se pretendeu verificar os principais desafios enfrentados pelo conselho no processo de deliberação, tendo em conta os elementos relacionados à estrutura e cultura política brasileira presentes no Estado brasileiro, bem como no que diz respeito à gestão da política de saúde. Posteriormente retornou-se ao campo para a realização das entrevistas com os gestores de saúde, tendo como objetivo compreender as percepções destes atores com respeito às contribuições do conselho no tocante ao processo de deliberação, fiscalização e controle das ações e políticas de saúde no contexto de descentralização político-administrativa do SUS.

4.5 Estratégia de análises dos dados

As entrevistas foram gravadas com a permissão dos entrevistados e posteriormente transcritas. Para a análise do material coletado, no que concerne aos métodos qualitativos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo – do tipo estrutural e temático (Gomes, 2008). O método da Análise de Conteúdo, segundo Triviños (1995), estuda a comunicação entre os homens, enfatizando o conteúdo das mensagens. Conforme sinaliza Minayo (2011), a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Nesta direção, a análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. A análise temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2011).

A primeira etapa, a pré-análise, consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Pode ser decomposta em: leitura flutuante do conjunto das comunicações, quando o pesquisador toma contato direto e intenso com o material de campo; constituição do *corpus*, termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, processo que consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e das indagações iniciais.

A segunda etapa da análise temática descrita por Minayo (2011), que se refere à exploração do material, pode ser compreendida como a etapa de uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, busca-se encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas que organizam o conteúdo das falas/textos.

Finalmente, temos a etapa do tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Trata-se do momento em que os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. "A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações desde o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material" (Minayo, 2011, p. 318). Pode-se salientar que, apesar da descrição de Minayo (2011) mencionar tratamento estatístico para os dados, nossa proposta é de priorizar o conteúdo das falas e documentos, o que não deve ser mensurado e sim interpretado. A autora admite que, apesar da técnica da análise de conteúdo ter suas raízes positivistas, há variantes desse tipo de abordagem que trabalham com significados em lugar de investir em inferências estatísticas.

Portanto, a partir desta etapa, foi possível organizar a ordem das categorias, relacionando-as e buscando responder ao objetivo da pesquisa: compreender como o conselho se conforma como espaço público democrático e deliberativo no processo de tomadas de decisões, tendo em vista a existência de características clientelistas e autoritárias do Estado brasileiro que se objetivam no contexto local bem como às dificuldades no tocante à gestão do SUS. A interpretação do material ocorreu com base no referencial teórico delimitado no processo de revisão de literatura. Nesta perspectiva, as falas e trechos das Atas foram expostos e, a seguir, os dados foram interpretados, fundamentando nossa argumentação com uma breve retomada do pensamento dos autores no contexto dos depoimentos.

Por fim, cabe salientar que as categorias de análise foram construídas ao longo do processo de desenvolvimento da investigação, desde as etapas de inserção em campo e posterior análise do material. O processo de análise realizado se deu a partir da integração de todo o material coletado, o que permitiu a edificação de um quadro totalizante das diferentes percepções dos atores sociais, bem como o conteúdo encontrado nas Atas analisadas. A análise de dados contemplou uma perspectiva geral sobre os temas que emergiam com maior frequência e também aspectos particulares que foram considerados relevantes para a descrição, análise e interpretação da realidade estudada (Gomes, 2008). Cumpre ainda destacar que para a realização do processo de análise foi utilizado o *software Atlas.ti* 7.0, no qual foram inseridos todos os materiais coletados e realizada sua consequente categorização.

4.6 Resultados e discussão

Os resultados que serão apresentados, ao mesmo tempo em que discutidos, foram sintetizados a partir da conformação de duas categorias centrais: (1º) O conselho como espaço público democrático: entre o tradicional clientelismo e a "inclusão" dos novos atores sociais na cena política; (2º) A gestão do SUS e os efeitos no CMS.

4.6.1 O conselho como espaço público democrático: entre o tradicional clientelismo e a "*inclusão"* dos novos atores sociais na cena política

Os inúmeros estudos realizados tomando o espaço conselhista como objeto de investigação aponta para os limites e desafios de tais arenas se conformarem como espaços públicos, inscritos e devidamente inseridos nos processos de tomadas de decisão na política de saúde com vistas a potencializar a democratização neste setor (Guizardi & Pinheiro, 2006; Wendhausen, 2006; Wendhausen & Caponi, 2002). Tendo em vista os propósitos do presente trabalho, deparamo-nos na presente investigação com alguns elementos que se entrecruzam, e, portanto, interpelam a arena conselhista, as quais foram decodificadas a partir das entrevistas realizadas bem como da análise documental efetuada.

Os elementos relacionados à cultura política brasileira, apresentada no decorrer do capítulo 2, bem como os resultados das pesquisas já realizadas lançaram luz para a conformação dos seguintes aspectos: o clientelismo, a carência de representatividade governamental e a limitada inclusão do conselho no exercício deliberativo no âmbito da política pública de saúde local, os quais apontam para um quadro limitador enfrentado pelo CMS em seu processo de concretização como espaço público democrático e deliberativo. Indubitavelmente que tais elementos somam-se às dificuldades que foram mapeadas através da revisão de literatura, e, ao mesmo tempo caminham em conformidade com as diversas investigações já realizadas.

Nesta direção serão apresentadas desde a categoria central "*O conselho como espaço público democrático: entre o tradicional clientelismo e a "inclusão" dos novos atores sociais na cena política"* três subcategorias que foram construídas com o intuito de melhor apresentar os resultados bem como a discussão que se tentou operacionalizar.

4.6.1.1 Clientelismo

Nunes (1997) considera que a inclusão de novos atores provenientes da sociedade nos processos de tomadas de decisão na recente história do Estado brasileiro é caracterizada por padrões de relações atravessadas pelo clientelismo, fisiologismo e o paternalismo. Elementos estes que são inerentes às suas gramáticas de inclusão, como já abordado no capítulo 2. A despeito de tais elementos correntes e presentes no cotidiano político nacional, tem-se que no decorrer da história nacional, deparamo-nos a partir da década de 90, com a conformação dos espaços conselhistas - tomados como arranjos que promovem a inserção de novos atores nos processos de tomadas de decisão no âmbito da política de saúde –, e que conforme ainda nos adverte Faria (2005), passamos a vivenciar um período caracterizado desde uma matriz democrática e inclusiva que tonaliza a esfera pública nacional.

Nessa perspectiva, conforme sinalizado no capítulo 4, a institucionalização dos conselhos gestores de saúde no Brasil ocorreu em meio a expectativas do fortalecimento de práticas políticas contra hegemônicas, e, portanto, com a pretensa capacidade de configurar caminhos diferentes aos percorridos pelas instituições políticas tradicionais, imersas, como já se viu na presente tese, em uma cultura política marcada por práticas clientelistas e autoritárias (Sposati & Lobo, 1992). Em outra direção, o favorecimento do *accountability*, associado à possibilidade de expressão das demandas e expectativas dos vários segmentos que se inscrevem nos conselhos gestores de saúde eram uns dos principais componentes defendidos pelos sanitaristas brasileiros, uma vez que se acreditava que poderiam contribuir para o desenvolvimento de uma cultura cívica e participativa (Labra & Figueiredo, 2002; Labra, 2008; Schönleitner, 2004, 2006).

A partir do exposto, depreende-se que o potencial democrático atribuído aos conselhos pode estar justamente na possibilidade em se inscrever no cotidiano político diferentes sujeitos e grupos sociais, com representações, experiências e aspirações diferentes, os quais poderiam colaborar para a reinvenção da democracia em nosso país, questionando os padrões tradicionalmente existentes (Bispo-Jr & Gerschman, 2013). Entretanto, desde os resultados encontrados, estes inovadores arranjos, a despeito do potencial democrático que possam apresentar, e, portanto, interpelar os padrões (gramáticas) que se interpõe entre Estado e sociedade civil em nosso país, ainda precisam se defrontar com as tradicionais práticas políticas incrustadas na cultura política nacional.

Nesta direção, os relatos dos conselheiros abaixo sinalizam para o que comumente se encontra na literatura quanto às relações entre Estado e sociedade civil, em especial, na

conformação destes novos arranjos com teores democráticos (Oliveira, L. C. & Pinheiro, 2010; Ottmann, 2006).

> *E isso é o que às vezes acontece aí eles pedem um emprego pro filho, pra mulher, pro sobrinho. Aí eles fica amarrado à administração, né. Porque aí qualquer coisa que acontece, né "-Mas, aí meu filho pode ser mandado embora, então eu vou...", sabe? Isso atrapalha muito, isso eu vejo que atrapalha muito isto no conselho.* (Conselheiro 05)

> *Nós poderíamos ganhar qualquer coisa dentro daquele conselho se não fosse o que eu te falei, os conselheiros que ainda hoje né? Às vezes por desinformação, às vezes por má intenção mesmo e às vezes porque é desvio de caráter mesmo [...]* ***Ele usa, ele tem os seus aliados ali dentro que quando eles querem ganhar uma coisa eles ligam pras pessoas né! Porque é uma disputa o tempo todo****. E às vezes se* ***cê for ver a relação de força, o governo, o Estado é muito mais forte do que a gente, né? Eles têm uma máquina****.* (Conselheiro 02)

> *Eu sou o secretário de saúde, mas eu não tenho nenhum vínculo político lá dentro da sua comunidade,* ***eu não tenho ninguém então eu não vou esquentar a cabeça muito não, eu vou tentar te empurrar com a barriga****, aquela coisa toda, então se* ***você me apertar demais eu vou lá e faço uma coisa pra poder cê acalmar*** *e aí, sabe como é que é, passam-se quatro anos".* (Conselheiro 03)

Conforme discutido na revisão de literatura um aspecto comumente encontrado nos estudos sobre conselhos de saúde é de que o clientelismo se atualiza no interior destas arenas (Oliveira, L. C. & Pinheiro, 2010). Nesta direção, esta e outras tradicionais práticas políticas podem se constituir como uma espécie de zona de sustentação das práticas políticas que atravessam o conselho gestor de saúde, ao passo que se mesclam aos preceitos democráticos que orientam as novas experiências de gestão pública, conformando uma cultura política híbrida que comparece nas práticas sociais no cotidiano desta arena de participação. As falas acima apontam para as dificuldades que podem persistir em se materializar nas relações que se estabelecem no espaço conselhista, haja vista que o manejo que se opera no âmbito desta arena democrática, ainda pode se deparar com os velhos casuísmos da política brasileira.

Neste caminho é preciso assinalar que o clientelismo pode ser compreendido como uma prática fundada na desigualdade social e econômica entre os atores que se encontram na

arena política, em que um apresenta-se em posição de subordinação e dependência por não possuir os meios necessários para garantir a reprodução da sua subsistência e o outro se posiciona como o detentor do controle sobre os recursos que podem prover esses meios (Dombrowski, 2008). Ainda conforme Lenardão (2011), o clientelismo é parte da constituição política nacional e, portanto, algumas práticas podem ser comumente observadas na realidade brasileira que sustentam tal elemento, a saber: o uso do favor como moeda de troca nas relações políticas; a instalação do controle político através do mecanismo de cooptação; a negação às classes populares do seu direito à participação política direta e de maneira autônoma bem como o uso privado dos recursos públicos e dos aparelhos estatais.

Nesta direção, depreendemos, por conseguinte, que estas práticas dizem respeito à cultura política brasileira, sendo a cooptação de lideranças e representantes da sociedade civil que se observa a partir dos relatos dos informantes da pesquisa um elemento que pode estar presente na vida dos conselhos de saúde (Raichelis, 2000).

> *[...] as pessoas que era a maior liderança acabaram indo pro governo, ou as pessoas, o próprio partido da pessoa, pro governo e... então, em síntese, o governo sempre se deu forma de, se não aniquilar, enfraquecer, eh, provocar a exaustão mesmo do movimento, dos movimentos sociais não só na saúde, na saúde, na habitação, o conselho de habitação também era deliberativo mas vai ver o quê que quer dizer, agora é "minha casa minha vida" [...] num passa nada. Se passasse, num ia implantar o que implantou aí, condomínios enormes, mas sem necessária estrutura de área de educação, área da saúde, por quê? Porque o conselho tá (sons com as mãos em sinal de desprezo) nem ai, por se tivesse decisão, né e tal, o governo, acho que todos eles, sempre teve essa dificuldade de aceitar, partilhar o poder [...] partilhar espaço e todos eles de uma forma ou de outra tentaram esvaziar ou criando dificuldade ou tentando, eh arregimentar as forças, né, cooptar aquelas forças, né? Porque sempre via uma vantagem ou lucrava, num sei o quê, né? O governo X, por exemplo, criou um negócio aí de oferecer vale-transporte pra liderança de bairro, era uma forma de cooptação.* (Conselheiro 01)

> *Ou se você tá aliado a partido B ou C, tá no poder, e que por algum momento não é o da sua simpatia, não é um, né? Um do seu, né? Sei lá. Da sua simpatia mesmo, da sua ideologia, nem simpatia, eu sempre sou mais ideológica do que simpática, né? Você as vezes, ou você é deixada de lado ou você é beneficiado, né? Teve algumas*

> *administrações daqui no nosso município mesmo, que eles tinham assim oh, isso bem determinado, não vamos atender a liderança A, B e C.* (Conselheiro 04)

A cooptação deve ser entendida como a manutenção da assimetria entre diferentes atores/grupos sociais (Jiménez-Domínguez, 2008). Neste sentido, pode ser apontada como estratégia utilizada pelos atores governamentais com o intuito de se manter o equilíbrio e neutralizar o conselho, conforme encontrado por Krüger (1998), em sua investigação. Conforme sinalizado pelos informantes da pesquisa, deparamo-nos com situações em que os representantes governamentais podem operar a partir das assimetrias sociais que diferenciam os atores da sociedade civil. O impacto no espaço conselhista pode ser a dificuldade iminente em se concretizar a participação e inserção de novos sujeitos políticos nos processos deliberativos. A este respeito, vale registrar as considerações de Bravo e Correia (2012) no tocante aos conselhos expressarem a correlação de forças existentes no conjunto da sociedade, não sendo, portanto, mecanismos acima da sociedade, tampouco imunes aos conflitos de interesses, cooptação, disputas da direção da política social articuladas a projetos societários, mesmo que isto não esteja explicitado.

Avançando um pouco mais, conforme o relato dos informantes da presente investigação faz-se necessário analisar como estes elementos encontram espaço e incidem sobre as arenas conselhistas. O clientelismo que foi combatido a partir da modernização do Estado brasileiro (Faria, 2005; Nunes, 1997) pela via do insulamento burocrático pode ainda encontrar espaço na realidade local em razão de questões relacionadas às desigualdades de acesso a bens e recursos por parte de determinados grupos sociais, conforme salienta os participantes da pesquisa.

> *[...] eram benefícios próprios e a gente percebia claramente, era um emprego pro filho e às vezes até coisas necessárias pra vida dele que era incapaz de até a gente falar num tem como essa pessoa num fazer, até por alimentação mesmo por material de construção, né? (...)O que aquela liderança fazia? Ela de certa forma ela traía seu movimento e começa trabalha em favor daquele político né? E em benefício próprio*. (Conselheiro 02)

> *Eh, o governo sempre, uns menos, outros mais, <u>mas</u>* ***isso é até perfeitamente, eh... esperado****, sempre tenta manipular, sempre tenta manipular, tenta influenciar, né? e... principalmente todos, uns mais, outro menos, manipularam ou tentaram manipular os conselheiros.* ***Usar os conselheiros pra atingir seus objetivos fugindo a, ao que***

> ***realmente deveria ser a boa política pública/ partilhar espaço e todos eles de uma forma ou de outra tentaram esvaziar ou criando dificuldade ou tentando****, eh (...) arregimentar as forças, né, cooptar aquelas forças, né? Porque sempre via uma vantagem ou lucrava, num sei o quê, né? O governo X, por exemplo, criou um negócio aí de oferecer vale-transporte pra liderança de bairro, era uma forma de cooptação Uhum. / ilegal inclusive, num podia fazer aquilo [com o outro].* (Conselheiro 01)

Lenardão (2011) considera que uma experiência longa de acentuada desigualdade social e exclusão política das classes populares foram capazes de firmar na organização política e na cultura política brasileira, mecanismos sociais como o favor e o arbítrio que, dada à frequência com que aparecem, acabaram por se tornarem marcas distintivas desta organização social bem como desta cultura. Na atualidade, a presença frequente e historicamente consolidada destes *mecanismos* de relações sociais facilita e estimula a adoção do clientelismo como prática política. À medida que tais práticas se consolidam, passam a ser um atributo da organização política brasileira juntamente com outros traços que a caracterizam. Dessa maneira, conforme nos adverte Carvalho (1997) a prática do clientelismo passa a compor as várias formas de domínio que a vida política brasileira conheceu: o mandonismo, o patrimonialismo, o coronelismo, o populismo.

Nesta direção, é preciso reconhecer que o alcance e o conteúdo da ação política dos conselhos municipais estão relacionados à existência de um conjunto de mecanismos próprios de uma institucionalidade democrática. Em um contexto onde estes mecanismos são frágeis e predominam e/ou se fazem valer elementos tipicamente presentes na vida política nacional, verifica-se que a gestão das políticas públicas pode terminar subsumidas pelo particularismo e pelo clientelismo característico do modo de produzir política em nosso país (Cornwall, 2008; Monnerat, Senna & Souza, 2002). E, por esta razão, parte-se do pressuposto que tais práticas podem ser questionadas e ressignificadas ao longo de diferentes experiências democráticas que se concretizam no cenário nacional, mas que não desaparecem instantaneamente no horizonte político.

Além disso, outro elemento que se destaca a partir dos relatos dos conselheiros diz respeito aos efeitos da burocracia na atuação do conselho de saúde local. Nesta direção, cumpre de antemão salientar que pactuamos com Raichelis (2000), Stralen et al. (2006) e Tatagiba (2002) de que tais espaços são canais importantes de participação coletiva e que possibilitam o engendramento de novas relações políticas entre governos e cidadãos e, principalmente, de construção de um processo continuado de interlocução pública. Por meio

desta interlocução objetiva-se propor alternativas de políticas públicas, criar espaços de debate, estabelecer mecanismos de negociação e pactuação, penetrar a lógica burocrática estatal para transformá-la e exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais. Pode-se dizer que tais mecanismos podem contribuir para a criação de um Estado experimental nas acepções de Santos (2010b), ao contribuírem com a emergência de mecanismos institucionais que inovem desde a participação da sociedade civil nos processos de fiscalização e planejamento dos gastos governamentais.

Se partirmos desta assertiva, deparamo-nos a partir dos informantes da pesquisa em como a burocracia pode terminar por incidir sobre a atuação do conselho de saúde.

> *As dificuldades são muito grandes, muitas das vezes a gente bate na porta das secretarias e é recebido, entrega ofício e é protocolado tudo e não acontece.* ***Né, não acontece. E a gente não pode desanimar, a verdade é essa, porque se você desanimar aí é pior*** *[...] Olha, o que deixa a gente insatisfeito é quando você chega numa determinada, vamos dizer assim, secretaria e ali você sabe que aquele gestor, aquele secretário que ta ali ele conhece o problema da sua comunidade e ele sabe que precisa ser feito alguma coisa ali e ele* ***deixa a coisa ir rolando, sabe como é que é, ir rolando, ir rolando, e aí passa um tempo e, e não acontece, isso faz a gente ficar chateado***. (Conselheiro 05)

> *Então, é , eu vejo sempre pessoas falando assim "****olha eu não vou entrar no conselho não, pra que? Não resolve nada, não resolve. Vai lá não ganha nada, não ganha nada****. Eu vou deixar de, de assistir novela pra mim ir na reunião de conselho? Pra que?" Então procê ver os conselhos que, é, os conselhos que era pra ser assim, mais, mais objetivo, né, entre aspas que eu digo assim mais objetivos no entendimento das pessoas.* (Conselheiro 01)

A partir do depoimento dos conselheiros a conformação dos conselhos como espaços de controle e fiscalização podem terminar por serem subsumidos em processos burocráticos, que podem engessar e limitar a potencialidade de tais arenas. A eficiência burocrática que teria como objetivo impedir os casuísmos e o fisiologismo comumente observados na cultura política brasileira pode ser adotado como legítimo mecanismo de distanciamento entre governo local e sociedade civil, aqui pensando na atuação dos conselhos gestores de saúde. Como salientam Almeida e Tatagiba (2012) é importante que os espaços conselhistas não se convertam em espaços crivados por rotinas meramente burocráticas, considerando que o

Estado brasileiro é caracteristicamente marcado por uma administração burocrática, que indubitavelmente incide sobre tais arenas. O que se deseja assinalar é que a burocracia existente no âmbito do Estado brasileiro como uma gramática inclusiva transparece nos espaços conselhistas, haja vista que se trata de um espaço inscrito no âmbito governamental, podendo conformar certa percepção de que a arena conselhista deva operar nos mesmos moldes. Isto pode colocar em xeque a vitalidade e capacidade democratizante de tais espaços uma vez que o debate e a deliberação sobre projetos e ações podem ser subsumidos por ações rotineiras e tarefeiras comumente observadas no cenário das políticas públicas.

Ao mesmo tempo, tais relatos sinalizam que se pode construir uma falsa expectativa com relação ao espaço conselhista, uma vez que os problemas de saúde, individuais e/ou coletivos, não serão solucionados via conselho, tendo em vista as dificuldades inerentes ao próprio SUS e sua máquina administrativa. Indubitavelmente que os conselhos podem ser afetados diretamente por isto, haja vista que se pode gerar na população uma percepção de que a simples participação poderá gerar ganhos e/ou benefícios, conforme encontrado por Guareschi e Jovchelovitch (2004), o que depõe contra a potencialidade e finalidade destes espaços, uma vez que pode legitimar o estabelecimento de relações pautadas pela barganha política, que alimenta o clientelismo existente em nossa sociedade.

Indubitavelmente o problema relacionado à burocratização está associado ao clientelismo que perfila e se afigura como um importante elemento da gramática política nacional, conforme identificado anteriormente (Carvalho, 1997; Farah, 2001; Lenardão, 2011; Nunes, 1997; Silva, 2009). Elementos que se associam e que incidem sobre o espaço conselhista, configurando-se como práticas que interpelam diretamente a potencialidade democrática destas arenas. Isto significa dizer que o fluxo das tomadas de decisões, encaminhamentos e análises de situações que necessitam ser tratadas como ações de ordem coletiva e como política pública, pode ser contrariamente determinado e/ou influenciado por outros elementos que contradizem a capacidade democratizante de tais espaços.

O quadro em tela pode contrariar o esperado por Avritzer (2002), uma vez que a preservação de um espaço para a complexidade administrativa em meio às inovadoras experiências de participação pode permanecer refém dos arranjos políticos e velhos casuísmos que insistem em permanecerem presentes na realidade sociopolítica de municípios, estados e união. Além disso, conforme explicitado no capítulo 2, a edificação de uma burocracia nacional, que teve o objetivo de afastar e/ou minimizar os efeitos de antigas tradições da cultura política nacional (clientelismo, paternalismo, fisiologismo), pode não ser muito bem aceita na realidade, em especial no cotidiano dos municípios brasileiros. A seleção de

interesses a serem atendidos pode fazer parte do cotidiano dos departamentos e instâncias públicas, não sendo diferente em relação aos atores atuantes no conselho gestor de saúde (Diniz, 1996).

Além dos aspectos anteriormente assinalados, que pervadem os espaços conselhistas, outro elemento encontrado no presente estudo, que está relacionado aos desafios do CMS de Juiz de Fora em se concretizar como espaço público democrático e deliberativo, diz respeito à representação governamental nestas arenas, bem como a capacidade conselhista em deliberar sobre as pautas da área da saúde ali apresentadas, os quais serão apresentados a seguir.

4.6.1.2 Representatividade governamental

Com relação a esta subcategoria, diferentes estudos têm se ocupado da análise acerca da capacidade de representação política nos espaços conselhistas (Bispo-Jr. & Sampaio, 2008; Coelho, 2004; Labra, 2008; Lavalle et al., 2005; Shimizu et al.,2009). Os principais achados, focalizados na representação dos usuários, sinalizam a existência de processos como a oligarquização e profissionalização, o distanciamento entre os representantes e sua base; bem como a ausência de marcadores claros quanto à escolha das entidades representativas da sociedade civil que irão compor o espaço conselhista.

No tocante à questão em tela, tendo em vista os relatos dos atores governamentais e não governamentais da presente investigação, conforma-se um quadro em que a representação governamental no conselho municipal termina por enfraquecer e/ou mesmo dificultar o processo deliberativo. Essa premissa torna-se relevante, uma vez que a realização das reuniões mensais no CMS deve ser utilizada para a discussão e deliberação de ações e projetos em torno da política local de saúde. Entretanto, esse encontro entre os diferentes atores e segmentos políticos ali representados, pode sofrer dificuldades em razão da diminuta capacidade de deliberação observada entre os representantes governamentais, a qual pode estar diretamente relacionada aos impasses da gestão pública e/ou em razão de características autoritárias presentes no aparato governamental.

Por conseguinte, a representação governamental tem sido limitada no espaço conselhista, o que termina por não permitir e/ou favorecer o fluxo de deliberações entre representantes da sociedade civil e governamentais:

> *Né são cinco governamentais. Quer dizer quando o negócio ta pegando o nosso, a nossa discussão é mais com a secretaria de saúde. Porque dependendo da situação*

> *eles não se posicionam, tirando a Y. que que de vez em quando se posiciona e tal, mas os demais eles..., o A. na discussão do orçamento e do planejamento, o A. manifestava ajudava muito, mas infelizmente foi exonerado por três faltas consecutivas cinco alternadas foi isso é rito sumário eu faço o documento e mando e pronto acabou.* ***Então assim, a participação governamental no nosso conselho ela acaba ficando um pouco inibida****.* (Conselheiro 03)

No tocante à representação política dos atores governamentais no CMS, depreende-se que a capacidade de atuação desses atores pode ser menor, tendo em vista que o governo termina por indicar representantes sem real capacidade deliberativa para compor o espaço público conselhista. Trata-se, portanto, em muitos casos, de representantes sem poder de tomada de decisão, o que pode terminar por enfraquecer e desvirtuar os próprios objetivos do conselho de saúde, conforme sinalizam Raichelis (1998) e Tatagiba (2002). Os depoimentos dos conselheiros abaixo sinalizam para esta questão:

> *[...] porque o nosso ele é deliberativo e é o único que é deliberativo e que assim, não tava sendo respeitado, já mandava via câmara, né, tudo era pra câmara, então o conselho...nós ficamos muito enfraquecidos com a [última administração] e perdemos muito com isso, né, porque o pessoal fala assim: "- ah, o conselho...", sabe? Aquela coisa assim, mas não sabe o que a gente passou na verdade. Não tem como, você convoca, mas você fazer a pessoa ir é diferente. Eu cheguei no ponto deu falar com o conselheiro que é o secretário, falei "-[...]****se o secretário não tá vindo, tem que falar com o prefeito, né, o prefeito tem que saber que ele não tá vindo.*** *Tem que fazer um documento e encaminhar pra ele porque ele é um conselheiro aqui, ou jubilar, igual faz com todo mundo", "- ah, mas ele é um conselheiro nato", "- alguém tem que saber que ele não tá vindo, tem que fazer, tem que saber que ele não tá vindo", então é...mas, eles quando ia lá era pra chegar lá com alguma coisa deles, que eles colocava uma pauta que era urgente pra ser votada, aí ele iam, porque se não ia ter recurso, então era desse jeito.* (Conselheiro 05)

> *[...] foi uma administração <u>muito</u> difícil, muito difícil, porque por mais que o ex-prefeito tenha passado por vários secretários e depois voltava na antiga secretaria, né, por vários secretários de saúde, mas tinha aquela, aquela parceria, né, eles escutava pelo menos, o prefeito não. Tinha, teve secretário que ficou sem ir no conselho por vários tempos, então assim,* ***eu costumava dizer que era a gente***

***discutindo pra nós mesmos**, porque se não tava ali o representante do governo que é o secretário*. (Conselheiro 02)

Porque assim, como são formadas comissões, né, toda comissão ela tem 3 usuário, 1trabalhador de saúde, 1 prestador e 1 do governo, né. O que a gente percebe? Que eles, né, na comissão, eles tem a participação mesmo ali junto com a gente, de tá colocando aquilo que a gente quer. A única coisa que eles não faz é ir lá e dar a cara deles. Então, tipo assim, eles não coloca, eles não coloca nome pra presidente de comissão, pra relator, não coloca, né, eles fica "- não, eu sou, eu quero ser membro", porque eles não têm que usar a fala. Eles usa tudo o que eles pode usar ali pra ajudar naquela montagem de documento na comissão, entendeu? É legal isso, entendeu? Mas, ele não quer aparecer, porque se não ele é tirado do conselho, entendeu? (Conselheiro 04)

[...] eles podem ser jubilados do conselho e mandar uma pessoa que não vai falar nada. Porque olha só, vamo colocar que...aqui o Demlurb tem o representante dele, que aqui que, já aconteceram vários problemas, ele coloca isso pra gente, entendeu? ***Mas ele não pode dizer que ele tá falando, então quem tem que ver é a gente, né. Aí é como se a gente visse, né, e ele fica fora. Ele nos dá a munição, mas ele fica fora da discussão, assim, tipo "- tô falando, mas se dizer que eu falei, eu nego", sabe.*** (Conselheiro 06)

Então ele é obrigado, no meu entendimento, a ir lá, né? Eu acho até que seria interessante porque você ta ouvindo a voz da sociedade, né? O que eles querem. E você também tem a oportunidade de se defender. ***Eu vi assim muito gestores nesses anos todos jogando na retaguarda, manda o suplente ir, outros não aparecem***. (Conselheiro 03)

Os relatos acima indicam que mesmo estando em uma arena deliberativa com teores democráticos, constitui-se uma situação contraditória, pois os atores que representam o governo podem apresentar dificuldades em de fato representá-lo. Conforme sinalizado, quando os problemas e as falhas governamentais são colocados em questão e explicitados publicamente por seus representantes, pode ocorrer uma prática punitiva e o consequente afastamento destes atores da arena conselhista. Tais questões relacionadas à baixa

representatividade governamental já foi elucidada em outros estudos, envolvendo inclusive outros conselhos setoriais (Raichelis, 1998).

Nesta perspectiva, os representantes governamentais apresentam uma capacidade deliberativa limitada, características que podem sinalizar o tradicional autoritarismo e a centralização do governo brasileiro que termina por impactar o espaço conselhista a partir do controle sobre seus representantes (Ottmann, 2006). Isto pode representar uma dificuldade enfrentada pelas arenas conselhistas, uma vez que o afastamento dos representantes governamentais e/ou mesmo a indicação de representantes com pouca capacidade deliberativa pode não legitimar o conselho como espaço público com premissas que se pautam pela democracia participativa.

Avritzer (2008) compreende os conselhos como instituições participativas, sob as quais se expressam formas diferenciadas de incorporação de representantes governamentais e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas públicas. Entretanto a proposta do referido autor que aposta na estruturação de mecanismos institucionais que assegurem a formação de públicos participatórios pode apresentar dificuldades em se concretizar. A possibilidade de se resguardar o ato deliberativo entre os diferentes atores ali presentes, conformando práticas e políticas alternativas, bem como a garantia de que os conteúdos deliberados irão influenciar e promover práticas e instituições democráticas pode encontrar dificuldades em se concretizar em razão do não interesse/impossibilidade e mesmo incapacidade governamental em indicar representantes adequados e com real poder de tomada de decisão.

O estudo realizado por Raichelis (1998) junto ao Conselho Nacional de Assistência Social sinaliza que esta prática também ocorre a nível federal, uma vez que de acordo com um de seus informantes: “O governo não pode evitar o congresso, mas pode evitar um conselho. Ele pode criar várias formas de imobilizar o conselho, neutralizando-o, não lhe dando importância (p. 189). De maneira análoga pode-se pensar também no âmbito local, uma vez que o governo pode, na medida em que esvazia e/ou enfraquece sua participação no conselho gestor, evitar o conselho, o que é mais difícil de ocorrer em relação ao aparato legislativo. Este afastamento e/ou não participação do governo no conselho de saúde foi também encontrado por Stralen et al. (2010) em pesquisa realizada em municípios de médio porte do Estado de Minas Gerais, nos quais não havia a participação governamental durante as reuniões realizadas, o que coloca em questão a própria importância atribuída pelo Estado a tal arena, assim como areal necessidade do conselho como espaço público de participação e deliberação sobre as políticas públicas de saúde.

A consequência do quadro em tela é que o conselho pode ser reduzido a um campo exclusivo da sociedade civil, desqualificando-o como um espaço público, uma vez que se perde a possibilidade de questionamento da legitimidade de suas deliberações, haja vista a ausência de atores fundamentais neste processo. Tatagiba (2002) adverte que como decorrência pode se instaurar entre os conselhos e o governo "uma conversa de surdos, cujas posições governamentais nem sempre chegam ao Conselho, assim como as discussões realizadas nos conselhos podem não ser acompanhadas pelas agências estatais responsáveis". Para a autora, o que se denuncia é uma dificuldade do ente governamental em partilhar seu poder de decisão com aqueles supostamente chamados para fazê-lo: "os governos têm resistido – de forma mais ou menos acentuada dependendo da natureza deles e de seu projeto político – às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade no processo de produção de políticas públicas" (Tatagiba, 2002, p. 79).

Nesta perspectiva, de acordo com Draibe (1999) é consenso afirmar que o viés centralizador do Estado brasileiro se explicita em sua dimensão mais acabada nas políticas sociais. O autoritarismo e centralização que atravessam a história do Brasil moldam o perfil da política social em seu sentido amplo, uma vez que até então a intervenção do Estado na questão social no Brasil teve um caráter fragmentado e com baixo índice de cobertura e frágeis aportes financeiros. Assim como salientado por Faria (2005), Nunes (1997) e Reis (1988) esta centralização que dificulta a partilha do poder entre Estado e sociedade civil, a despeito de novos arranjos que visem tencionar tais processos, podem ainda comparecer como elementos presentes no cotidiano dos espaços públicos em formação no Brasil.

Sherer-Warren (2006), por sua vez, considera ainda que a atuação governamental possa constranger o espaço conselhista, uma vez que em uma rede de relações que tem se constituído a partir do processo de inserção dos movimentos sociais no aparato governamental pode apresentar dificuldades em se efetivar, haja vista que se nos pautarmos pela pressão exercida por diferentes grupos com recursos diferentes, automaticamente já se concretiza um quadro de desigualdade iminente, conforme nos sinalizam os informantes da investigação.

Entretanto, a despeito do caráter autoritário e centralizador presente, é preciso ressaltar que as cobranças e necessidades impostas pelos conselheiros, em meio aos problemas de gestão enfrentados, conformam desafios para o diálogo entre as partes envolvidas. Estas condições impostas à representação governamental que incidem sobre o espaço conselhista impactam diretamente as discussões em torno da política de saúde, denotando que tal arena apresenta limitações em se configurar como um espaço de deliberação política, uma vez que o debate encontra dificuldades em ocorrer com pleno vigor no espaço público entre todos os

atores interessados. As limitações quanto à representatividade política têm refletido, conforme anteriormente salientado, a incapacidade da sociedade civil em se fazer ouvir nestas arenas. Entretanto, para além dos desafios enfrentados pelos atores da sociedade civil, é preciso problematizar a maneira como os próprios representantes governamentais estão inseridos nesta arena política e sob quais condições podem de fato exercer a representação política governamental. O relato do representante governamental abaixo aponta para esta dificuldade de se representar o governo, em conformidade com o depoimento de outros participantes da pesquisa.

> *Representar o governo é sempre muito difícil, o governo só leva sapatada num é? A gestão do SUS é a atividade mais complexa da gestão pública, não tem solução mágica nem de curto prazo e nem local, tá? Por isso que eu, éé é, admiro e bato palma pra quem tem coragem de ser gestor, numa situação de crise profunda igual a gente tá atravessando aqui em Juiz de Fora hoje, num é, quanto mais psiquiatra pra aguentar um tranco desse. E ser defensor do governo né, em período de turbulência, o SUS sempre viveu por turbulência não é fácil. Como você vai justificar [que tá faltando] medicamento na rede básica, "ah porque o percapto é baixo", a população não quer saber, não é querer justificar que não tem médico, que tá faltando 8 médicos na saúde da família "ah, a lei de responsabilidade fiscal impede que eu amplie para além de 54% o limite de gasto com pessoal", a população não quer saber, ai vem a discussão e demite os cargos de comissão e contrata servidor, como se a administração num é, não pudesse prescindir dos comissionados, sabe-se que não pode, num é, estrutura é pra obter resultado, se não tiver estrutura, não tem processo, nem resultado.* (Conselheiro 09)

As dificuldades encontradas no exercício da gestão do SUS devem ser pensadas como elementos que limitam a atuação governamental no espaço conselhista. Conforme pesquisas realizadas junto aos conselhos de saúde (Bispo-Jr. & Sampaio, 2008; Stralen et al., 2010) a impossibilidade em propiciar respostas efetivas ao conselho; a carência de recursos financeiros, somado a falta de profissionalismo da gestão podem representar sérios limites ao diálogo entre governo e sociedade civil. Isto pode ser relevante uma vez que os atores que representam diferentes segmentos podem partir de lugares diferentes, com demandas distintas, culminando em que o *idioma* empregado para se produzir discussões e deliberações não seja efetivamente o mesmo. Por outro lado a indicação de representantes governamentais sem real capacidade deliberativa e/ou em condições de *falar* pelo governo, pode sinalizar ainda que os

conselhos não têm sido compreendidos como um *lócus* privilegiado para a tomada de decisões no contexto da política de saúde. Isto pode sinalizar, conforme nos adverte Cortes (2009), que as decisões podem estar sendo tomadas em outros espaços como os conselhos bipartites (CIBs), relegando ao conselho um lugar secundário.

Ainda com relação à questão da representação, Urbinati (2006) considera que o processo representativo significa a formação de uma ligação sem precedentes entre Estado e sociedade civil, creditando no ideal da representação a possibilidade de que qualquer reivindicação que os cidadãos tragam para a arena política e queiram tornar um tema de representação será invariavelmente um reflexo da luta para a redefinição das fronteiras entre as suas condições sociais e a legislação. Entretanto, as dificuldades do próprio Estado em se fazer representar em um espaço público, como o conselho de saúde, pode não contribuir para o avanço e a concretização destas arenas deliberativas, tampouco a redefinição das diferenças de concepções, crenças e projetos que existem entre os diferentes atores.

Caminhando um pouco mais, deparamo-nos com a situação em que as dificuldades do conselho em tela se concretizar como arena de deliberação, para além das questões até então sinalizadas, incorpora ainda outro elemento, comumente discutido em meio à literatura, que são os problemas relacionados à capacitação dos atores ali inseridos no tocante às questões referentes à política pública de saúde. Para apresentar esta questão, seguimos com a próxima subcategoria.

4.6.1.3 A "inclusão"do conselho no processo de tomada de decisão no SUS

Os resultados da presente investigação sinalizam um quadro em que os atores governamentais relatam as dificuldades em participar do conselho, tendo em vista a incapacidade dos conselheiros em compreender e deliberar tecnicamente acerca das questões relativas à política de saúde, configurando-se como um impedimento para uma atuação consubstancial neste espaço. A deliberação técnica em relação às matérias da área da saúde pode ser substituída por queixas pessoais e/ou lamentações quanto aos problemas vivenciados pelos conselheiros em suas comunidades, conforme encontrado por Stralen et al. (2006).

Os trechos abaixo apontam para esta dificuldade a partir das percepções dos atores governamentais:

> *Veja só, é incontestável a importância da participação social. Não tem sombra de dúvidas. Ninguém aqui vai falar ao contrário. A grande dificuldade que eu vejo e sinto lá no momento ... importante e relevante para a população é o desconhecimento dos membros do conselho municipal.* ***A população que vem representar os bairros, os conselhos locais... conselho municipal, eles têm um conhecimento sobre a matéria muito pequeno e as vezes o que eles reivindicam, as vezes, é até um pouco infantil no contexto de uma saúde pública de hoje****, de como se apresenta a saúde hoje no município e nisso existe um desgaste nosso muito grande convencimento.* (Subsecretário 01)

> *"Ah, não! O conselho não manda". Eu acho que é justamente "ah, é o autoritarismos? É culpa da gestão?!". Não. É em resposta a própria, entre aspas, ignorância do conselho em determinado assunto.* ***Então essa ignorância faz cair os créditos nas decisões do conselho. Então para você vê, é tão frágil que ela não se sustenta. Então se tiver aprovação, que bom. Se não tiver****!* (Subsecretário 06)

> *[...] Aí, é por isso que os gestores não dão bola. Vai dar bola?! Não vai. Não tem como. Às vezes é dado um conselho. Você tem que começar de algum jeito, ne? Às vezes é dado algum poder. Não chega a ser poder, seja lá o que for, mas vamos falar poder. Para que determinado grupo que desconhece a força que tem. E eles têm uma força, o conselho tem que ter, deveria ter, e eles desconhecem. Então, acho que é isso.* (Subsecretário 04)

As dificuldades e/ou falta de capacitação dos conselheiros em compreender os entraves do SUS podem ser elementos que dificultam o diálogo em relação às matérias, pois conforme acima salientado, torna-se uma conversa sem direção certa. Enquanto a população deseja que suas demandas sejam atendidas, os gestores precisam encontrar alternativas para que o sistema opere em condições muitas das vezes não favoráveis. Neste sentido as dificuldades da gestão pública podem ser pensadas como um dispositivo que afasta o secretário e demais atores governamentais do CMS. Por conseguinte, não querer ouvir e/ou mesmo considerar as deliberações operadas no espaço conselhista emerge como a necessidade e/ou saída do governo para *não compartilhar* a gestão do SUS, conforme sinalizado na subcategoria anteriormente apresentada.

As dificuldades segundo os atores governamentais entrevistados no tocante à capacitação dos conselheiros são entendidas como um real entrave em se consolidar um diálogo propositivo entre os diferentes atores e segmentos ali inseridos.

> *Então, acho que é fundamental, né, a participação deles. Mas acho também, vejo um despreparo muito grande, sei que são pessoas representantes ne; o conselho municipal ele é formado por conselheiros locais, né, e* ***que na maioria das vezes são pessoas que representam as comunidades, dessas áreas mais vulneráveis e eles são muito simples né, um letramento as vezes elementar****, e tamanha importância dos conselheiros representando, fazendo o conselho municipal, eu vejo assim um despreparo no sentido do que é realmente a sua [ação] enquanto conselheiro local, enquanto conselheiro municipal*. (Subsecretário 07)

Na subcategoria *representatividade governamental* foi apresentada as dificuldades de participação dos representantes de governo na arena conselhista. Entretanto, a partir dos relatos acima, tem-se que segundo os atores governamentais os entraves relativos à representação governamental no conselho podem estar relacionados às limitações quanto ao debate dos atores sociais ali inscritos. Nesta direção acredita-se que é importante uma reflexão que esteja para além das análises que focalizam as disputas e a dificuldade do governo em compartilhar o poder com a sociedade civil (aqui materializadas na arena conselhista). Isto, pois é válido sinalizar que a própria conjuntura em que a política de saúde está imersa e os constrangimentos que fazem parte dos processos de planejamento e gestão no SUS, como a carência de recursos adequados, a centralização das principais decisões e políticas no Ministério da Saúde, bem como a descentralização tutelada discutida por Junqueira et al. (1997), podem criar obstáculos à efetiva participação governamental em tais arenas.

A participação governamental está relacionada à sua capacidade em oferecer respostas às demandas oriundas de usuários e trabalhadores, que conforme discutem Stralen et al. (2006) podem não contribuir para a construção de um espaço destinado ao debate público sobre saúde pública, mas voltado para a defesa de interesses particulares, lamentações quanto aos problemas comunitários e/ou a solicitação de insumos. Ademais, na medida em que os constrangimentos existentes na gestão da política pública comparecem como elementos a serem discutidos, mas não necessariamente solucionados, o encontro entre governo e sociedade civil pode perder o objetivo e a razão de ser, afastando e/ou inibindo a representação governamental do próprio conselho.

A partir dos relatos dos atores governamentais, os conselheiros em razão das limitações em compreender os processos de planejamento e gestão terminam por enfraquecer a própria legitimidade do conselho. Neste sentido, as contribuições daí oriundas podem ser mais observadas no tocante ao aspecto de identificação de necessidades, colaborando pouco nos processos de planejamento da política de saúde local. Ou seja, a atuação do conselho é tida pelos gestores como insuficientes em razão da pouca capacidade técnica e educacional de seus membros, sendo a atuação deste espaço, por sua vez, limitada a detalhes e/ou questões pontuais.

> *Ah, as contribuições reais deles é muito a níveis de detalhes, é ... eles conseguem pontuar pra gente qual que é a demanda maior e consegue nos ajudar na hora de decidir o que é efetivamente prioritário, tá, conforme eu te falei, eu posso ter a mesma demanda em dois setores, apesar de que todos os dois setores são merecedores, aonde é o meu maior problema, tá. Claro que a gente sofre aquela pressão política tem duas unidades sem médico, esse aqui o vereador vem e pressiona, ele quer que eu coloque o médico, só que esse medico vai atender duas mil pessoas e essa aqui se eu botar o médico nesse aqui ela vai atender doze mil. Então a gente consegue cobrar isso do conselho e na hora ele fecha com a gente*. (Subsecretário 02)

De acordo com o relato acima ainda hoje o conselho é importante para sinalizar as necessidades, mas por problemas de ordem técnica, não se conformam como espaços deliberativos. Para os atores governamentais falta ao conselheiro maior compreensão sobre a dificuldade em se materializar o SUS, e, portanto, esta falta de compreensão sobre o SUS e sua complexidade interpela a atuação do conselho, e consequentemente, o diálogo mais propositivo com a administração pública.

Tendo em vista as dificuldades salientadas, a capacidade do conselho em se conformar como uma arena pública deliberativa pode passar por maior capacitação dos atores ali inseridos, culminando em seu maior envolvimento nos processos de planejamento e gestão do SUS. O relato do secretário de saúde entrevistado aponta nesta direção:

> *É, eu acho que foi um avanço muito grande, como eu disse o conselho de saúde foi o primeiro que surgiu lá com a constituição de oitenta e oito, é ... é o primeiro conselho deliberativo, né, é ... depois surgiram outros, e tem outros que não são deliberativos, mas eu acho que é um avanço muito grande.* ***O que eu acho que a gente ainda precisava avançar mais, é pra que o conselho também pudesse participar mais na***

> ***elaboração do orçamento, é... na elaboração, não na discussão, que a discussão a gente faz, a discussão a gente apresenta pro conselho e tal, que o conselho pudesse participar mais na elaboração do orçamento, que a gente pudesse trabalhar com orçamentos, é ... mais regionalizados***. (Secretário de Saúde)

Nessa direção, a partir dos resultados encontrados a inclusão do conselho nos processos de tomadas de decisão no âmbito da política de saúde passa pelo investimento em maior capacitação dos atores sociais ali inseridos, conforme já sinalizaram Bezerra e Araújo (2009), Lopes e Almeida (2001) e Stralen et al. (2010) em outras investigações. A importância da gestão municipal neste processo é crucial haja vista que compartilhar as dificuldades de gestão do SUS com a sociedade civil, neste caso, os conselhos de saúde, pode representar um caminho para o reparo de arestas que se edificam entre secretarias de saúde e conselhos gestores.

Investir na capacitação do conselheiro no que diz respeito ao SUS, sua complexidade e os desafios relacionados à sua concretização no cenário atual pode favorecer a inclusão de fato dos atores sociais na arena conselhista, fortalecendo-a como um espaço público democrático e deliberativo. Ademais tornar transparente que o atendimento às necessidades populacionais não será simplesmente alcançado tendo em vista a carência de recursos governamentais e mesmo em razão do elevado contingente de demandas que incidem sobre o SUS na atualidade. Investir no fortalecimento do desenho institucional do conselho, a partir de suas comissões bem como constituir agendas conjuntas de trabalho podem representar um avanço para a qualidade das temáticas a serem debatidas no conselho, conforme salienta os gestores e conselheiro entrevistado.

> *Tenho colocado muito pro... pra secretaria executiva e pra própria mesa, a necessidade de... começar a qualificar um pouco... o pessoal do conselho. Ta? Porque a gente observa que as pessoas, por exemplo, [...] de planejamento sobre orçamento? É um emaranhado de muitos [...] o orçamento na mesa de... igual o nosso aqui, quatrocentos milhões de reais, é... o cara fica doido com a quantidade de números. Pra gente que trabalha [com isso] no dia a dia, faz isso tudo com facilidade, pra quem não trabalha fica perdido Totalmente perdido, é necessário também que esse pessoal entenda o SUS como um todo, porque todos os nosso processos, dos nossos trabalhos, eles são provenientes de resoluções, deliberações, convênios [...] Pra que eles pudessem tornar conhecido sobre o assunto.* (Subsecretário 02).

[...] hoje nós estamos com uma agenda com o conselho, pode parecer um pouco ufanismo o que eu vou falar, que antes nunca teve. Nós estamos implementando, reconhecendo e ao reconhecer o problema então nós montamos uma série de ações, que denominamos Plano Gestor da Atenção Primária. Cada ação que a gente está montando tem que ser deliberada no conselho. Então eu tenho pauta no meu conselho até 2014. ***Então, por exemplo, nós estamos agora trabalhando e já trabalhamos, chamamos o conselho, delimitamos um território e o conselho gerou uma ata: Outra que estamos agora, desse conjunto de ações para resolver uma série de problemas, que a gente chama de plano diretor, nós estamos na fazer ...de programação local que a gente faz com a perspectiva de "Não, esse atual modelo de plano do município não é o que nós queremos"*** *que é o modelo focado no agudo, que a gente chama de pronto atendimento, médico centrado, promotor de fila. Esse modelo não é o que nós queremos. Então nós vamos autenticar o problema numa perspectiva de solução que é montando uma programação local. Para fazer a programação local, eu tenho que fazer uma série de outras etapas, como por exemplo compreender território: quantos diabéticos, quantos hipertensos e programar o cuidado dessa posição. Ao fazer isso tiro esse crônico que estava na fila de exame e passo ele para uma agenda programada. Eu mudo uma lógica, eu inverto uma lógica de modelo. Isso tudo a gente está conseguindo avançar dentro do conselho. Já vai para três plenárias que a gente está batendo nesse assunto. É ruim isso?! Eu não vejo. Poderia ser da primeira?! É, seria melhor. Mas se tem uma segunda e cabe uma terceira, a gente entende que as coisas foram evoluindo.* (Subsecretário 04)

Pra começar, ele tem que estar entendendo e participando e contribuindo pro aprimoramento da programação local da saúde. O quê que tem na programação local de saúde? O atendimento à livre demanda, né (pausa), as urgências (pausa), demanda entre aspas programada, os chamados grupos (pausa), ações de vigilância e promoção da saúde (pausa) e a garantia da referência e contrarreferência, haja vista que a atenção básica é o eixo de organização do modelo de atenção à saúde. Quais são as ações estratégias da APS, segundo a portaria do Ministério da Saúde? Saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, ações de vigilância epidemiológica, de imunização, ações não-médicas né, visitas domiciliares, grupos de usuários mais expostos a riscos de agravamento de morbidades ou de óbito, hipertensos, diabéticos, obesos, tá? (Conselheiro 05)

Os depoimentos anteriormente destacados apontam para a necessidade de capacitação dos conselheiros em relação aos processos de gestão do SUS, a organização de sua rede de serviços, bem como os desafios inerentes ao sistema público se concretizar na realidade atual. A despeito das limitações que se presentificam e se repetem ao longo dos estudos que intentam colaborar com a discussão em torno da conformação dos espaços públicos democráticos em nosso país, o envolvimento do ator governamental na inclusão dos atores da sociedade civil nos processos de gestão da política pública pode ser fundamental para a superação das dificuldades inerentes ao próprio SUS, bem como contribuir para transformar os velhos casuísmos do Estado brasileiro que ainda tendem a se presentificar em nossa sociedade.

As limitações referentes à capacitação da sociedade em debater as questões sob o prisma coletivo e não individual faz-se premente, ao passo que os atores governamentais necessitam aprender a compartilhar as tomadas de decisão, o que, indubitavelmente poderá agregar ganhos para a sociedade. Isto, pois os constrangimentos relacionados ao exercício da concretização do SUS apontam para a necessidade premente de perceber-se que a atuação conjunta dos vários atores sociais e governamentais é fundamental.

Além disso, tendo em vista a possibilidade de se fortalecer o ideal democrático pela via da participação, conforme Santos (2010b) argumenta, sendo a constituição de um Estado experimental uma saída para os impasses da atualidade, em que novos mecanismos institucionais possam coexistir com antigos espaços, pode ser fundamental que a capacidade dos conselhos caminhe em uma maior apreensão dos reais desafios que atravessa a concretização do SUS em nosso país, com reverberações diretas no cotidiano dos municípios brasileiros.

O fortalecimento dos espaços públicos participatórios, conforme pensado por Santos (2010 a, 2010b) poderá realizar-se, desde que se compreenda que a participação *per si* não promove maior democratização, tampouco contribui para transformar os mecanismos institucionais que operam na ordem do instituído. Contrariamente, os novos espaços podem não ser legitimados em razão de problemas de ordem cultural, social e educacional que precisam ser equacionados. Caso contrário, as inovações democráticas que afloram em países como o Brasil, podem apresentar sérias dificuldades em de fato reinventar a democracia, bem como tomar o Estado como novíssimo movimento social, haja vista que tais instâncias podem permanecer em posição secundária, uma vez que as deliberações e/ou meras discussões que ali ocorrem não venham de fato a representar mudanças no cotidiano da gestão pública.

Neste caminho, somam-se às subcategorias acima assinaladas no tocante aos desafios do conselho de saúde em se concretizar como espaço democrático e deliberativo, as dificuldades no processo de gestão e planejamento do SUS no âmbito local. As limitações referentes à utilização dos instrumentos de gestão (deliberados via conselho) bem como a centralização das tomadas de decisão na área da saúde sob o julgo do governo federal tornam-se elementos que interpelam a capacidade deliberativa dos atores ali inseridos, podendo culminar em um ponto de retraimento do potencial democrático atribuído aos conselhos. Sob a luz destas premissas, optou-se por apresentar a seguir como tais dificuldades podem prejudicar a atuação do conselho, tendo em vista os constrangimentos quanto ao seu potencial democrático e deliberativo daí decorrentes.

4.6.2 A gestão do SUS e os efeitos no CMS

Os conselhos gestores de saúde são considerados espaços pró-democráticos pelos quais é possível o exercício do controle social acerca das ações governamentais no setor, contribuindo ainda nos processos de planejamento e fiscalização de ações, projetos e políticas do SUS. A diretriz da descentralização político-administrativa teve como um de seus objetivos propiciar a participação dos atores da sociedade civil – desde os espaços conselhistas – neste processo de tomada de decisão na saúde (Cordeiro, 2001; Souza, 2002). Conforme delineado ao longo da presente investigação, a inserção de atores e instituições da sociedade civil visa alargar o espectro de temáticas a serem debatidas e deliberadas nas arenas conselhistas, tendo a prerrogativa em se planejar considerando as necessidades locais, uma diretriz que embasa nosso sistema de saúde.

Por esta razão é importante salientar que durante as reuniões realizadas periodicamente na arena conselhista são debatidas temáticas variadas, conforme já encontrado por Stralen et al. (2010) em pesquisa realizada junto a conselhos municipais de Minas Gerais. De acordo com este autor as temáticas mais debatidas nos conselhos de saúde estudados no período de 2003 a 2007 estão relacionadas às ações em saúde; estruturação interna do conselho (regimentos, comissões e assuntos relativos à organização e funcionalidade do conselho); competências do conselho e atenção primária à saúde.

Nesta direção, tendo em vista a variação de temáticas debatidas no conselho, optou-se, tendo em vista o objeto da presente investigação, que é compreender como o conselho se conforma como espaço público democrático e deliberativo, sinalizar quais as principais temáticas que representavam pontos de dificuldades de inserção do conselho no processo de gestão do SUS, haja vista que em várias situações a discussão na arena conselhista ocorre

entre os próprios conselheiros não havendo necessariamente, por inúmeras razões, a participação dos representantes governamentais. Desta maneira, após consulta às Atas de reuniões periódicas realizadas no conselho municipal de saúde no período de 2009 a 2012, bem como a partir das entrevistas realizadas, identificou-se que as discussões em torno dos instrumentos de planejamento e gestão, bem como os projetos oriundos das esferas estadual e federal se conformam como pontos que dificultam o exercício deliberativo na arena conselhista, e automaticamente sua conformação como arena pública na gestão do SUS. Por esta razão a apresentação dos resultados a seguir bem como a tentativa de discussão realizada seguirá a partir destas temáticas.

De acordo com Paim e Teixeira (2007) o processo da Reforma Sanitária iniciado nos idos da década de 70, a despeito das incontáveis conquistas, tem indubitavelmente se deparado com inúmeros obstáculos ao longo dessas últimas décadas. Além da insuficiência e instabilidade do financiamento público para a concretização do SUS (uma de suas principais vitórias políticas), persistem problemas no tocante aos processos de gestão e planejamento deste sistema. Neste sentido alguns elementos como: a falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento podem ser compreendidos como elementos presentes no cotidiano e no fazer da gestão pública em saúde (Dombrowski, 2008).

Os informantes da pesquisa apontam elementos concernentes às dificuldades percebidas quanto ao processo de gestão e planejamento no setor saúde que incidem diretamente na capacidade deliberativa do conselho, sendo a utilização dos instrumentos de gestão e planejamento do SUS um destes problemas. O relato dos atores abaixo assinala esta questão:

> *Bom veja bem quando a gente fala em política pública a gente pensa numa coisa discutida no seio da sociedade. Você constrói através da coletiva participação do povo. E normalmente e sem exceção, sem exceção eles não prestam atenção na construção da política pública no interesse coletivo**.** Não tem nenhum secretário de saúde que senta naquela cadeira eu vou mostrar pra você, que vai sentar lá no dia primeiro, um determinado **doutor e ele não vai ter a preocupação de ter o relatório da conferência, o plano municipal de saúde, a programação anual e o plano plurianua**l. Então a construção das políticas públicas por todos que passam, não é diferente da assistência, ela não se dá na lógica da participação da comunidade [...] Então assim, as políticas públicas, é, ao longo dos anos que eu estou aqui eu ainda*

> *não vi NINGUÉM, nenhum secretário ter um plano municipal de saúde na sua cabeceira [...] Então eles não têm essa preocupação, eles não têm essa* ***visão de seguir os instrumentos de planejamento***. (Conselheiro 03)

> *Antigamente, tinha plano municipal de saúde que não coincidia com o plano plurianual do governo,* ***o plano era fictício, aqui em Juiz de Fora mesmo, né****. O plano municipal de saúde ele tem que ter sinergia e identidade de todos os seus programas e projetos prioritários na lei de planejamento maior da prefeitura, que é o PPA. Então o que tiver no plano municipal de saúde 2014/2017 vai ser o que estar no PPA 2014/2017.* (Conselheiro 09)

Conforme exposto no capítulo 3, Vieira (2009) salienta a importância dos instrumentos de planejamento da gestão no âmbito da administração pública. O PPA, LDO, LOA são empregados com o objetivo de se alcançar metas e estabelecer diretrizes no âmbito da gestão da saúde. Haja vista a importância que tais instrumentos representam para o processo de gestão e planejamento, sendo necessária a sua aprovação via conselho, as dificuldades vivenciadas nos espaços conselhistas para a efetiva deliberação sobre tais instrumentos incidem sobre a capacidade de participar dos processos de tomadas de decisão do conselho gestor.

O trecho retirado da ata de reunião realizada no conselho sinaliza para a dificuldade enfrentada pelos conselheiros no tocante à deliberação em relação a estes instrumentos:

> Conselheira de Saúde: Eu acho que para nós analisarmos alguma coisa, nós temos que estar com aquilo em mãos, eu acho um absurdo um Conselheiro ter que pedir por oficio para ter conhecimento tanto da LOA, como o do PPA, eu acho que todos os Conselheiros, todos os Conselhos já deveriam ter essa documentação em mãos para estar analisando, para estamos capacitados em manter uma discussão, porque na verdade sem essas informações ninguém aqui está capaz de colocar essa discussão e com isso fica uma discussão muito desigual, porque nós não temos a informação exata nas mãos, deveria ter sido feito um resumo, uma coisa bem objetiva e repassada a todos os Conselheiros, diante dessa pauta eu acho que não dá nem para continuar com essa discussão (Trecho retirado de Ata da reunião realizada no CMS).

Indubitavelmente, o planejamento e a existência de instrumentos que contemplem os objetivos e metas estabelecidas para a alocação de recursos públicos é fundamental. Nesta

perspectiva, Vieira (2009) considera que o planejamento assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. O essencial, segundo o autor, é a compreensão de que a gestão e o planejamento não se resumem a uma mera tomada de decisão *per si*, uma vez que o não planejamento permite com que as atividades sejam executadas por inércia. A consequência da ausência de planejamento para o setor saúde é de que os serviços terminam por operar de maneira desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado.

Neste sentido, a partir dos relatos dos participantes da pesquisa, bem como o que foi encontrado nas atas, o espaço conselhista depara-se com um quadro aonde os instrumentos de planejamento podem não ser empregados e/ou utilizados adequadamente, e, portanto, invariavelmente se observa o distanciamento entre o que é estabelecido e os possíveis resultados alcançados. Os planos municipais de saúde, bem como os demais instrumentos de planejamento e gestão, constituem-se como um conjunto de intenções que figuram em um documento, mas que não levam a resultados práticos. O planejamento termina por ser realizado tendo em vista a necessidade de cumprimento de uma exigência legal, não se configurando como um instrumento para a implementação da política de saúde ou como base para a alocação de recursos (Vieira, 2009). As consequências podem ser a fragmentação e desordenamento do funcionamento do SUS na medida de tantas quantas visões e, consequentemente, modos de operação passem a coexistir.

Os desdobramentos são as dificuldades que incidem sobre a própria capacidade dos espaços públicos conselhistas em participar do processo de controle e construção das políticas públicas. Conforme argumenta Vieira (2009, p. 4) “se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira. Se tantos caminham para direções diversas, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros”. Dificilmente haverá ganhos de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente. Além disso, conforme já sinalizado ao longo da presente discussão o fato de o conselho não se constituir como um *lócus* privilegiado para a tomada de decisões no âmbito das políticas públicas pode contribuir também para que a discussão acerca dos planos e projetos não seja realizada adequadamente no espaço em tela.

Os resultados encontrados indicam que as dificuldades vivenciadas no âmbito da gestão municipal e que incidem sobre a qualidade do processo deliberativo no interior do conselho pode ser também encontrada no processo de elaboração e deliberação acerca do

orçamento municipal. Isto, pois a partir dos relatos bem como da análise documental e observação realizada pelo autor do trabalho, tem-se que a votação do orçamento municipal, dada sua importância no cenário da política pública local pode ser constrangida pela ausência de tempo e capacitação dos conselheiros no processo de discussão e debate quanto a esta matéria, conforme relato abaixo:

> *O orçamento é uma coisa, né? O orçamento já, é, a tempos, ele...se o conselho não der o aval ele não pode ser encaminhado. Só que as coisas lá no conselho chegam, até bem pouco tempo, chegam lá de última hora. Não há assim, um tempo para você examinar como o orçamento demanda, diria eu, de meses. Tem uma comissão de recursos que estuda mais minuciosamente, e depois vem um relatório, e ela repassa isso para a plenária do conselho. Qual é o parecer dela em cima do orçamento. E quais os pontos que a plenária deveria discutir com mais atenção. Ai eu vejo que o orçamento chega lá de última hora.* (Conselheiro 07)

Em reunião do conselho realizada no dia 26 de novembro de 2009, a discussão em torno do orçamento municipal explicitou a dificuldade dos conselheiros em deliberarem sobre a pauta, tendo em vista a falta de tempo hábil para o exercício deliberativo. Neste sentido, a dificuldade em se construir uma agenda de trabalho que envolva os atores do conselho, impedem e mesmo dificultam o exercício da participação via deliberação neste espaço público.

O trecho abaixo aponta para o resultado da "não deliberação" realizada pelo conselho, em razão da urgência imposta pela administração pública, culminando em uma não aprovação da matéria.

> [...] Colocando em votação pela aprovação do Orçamento, após votação, não aprovado o Orçamento 2010. Com a palavra a Secretária de Saúde do Município de Juiz de Fora - XY: Então eu estou entendendo que o Conselho Municipal de Saúde não aprovou Orçamento da Saúde para o ano que vem, consequentemente não aprovaram recurso para o Conselho, recursos para um monte de coisas que estão lá no Orçamento, quem vai discutir será a Câmara nós com outros atores, então que conste em ata, e isso não retorne a pauta, nós vamos discutir com outros atores o Orçamento da Saúde em Juiz de Fora para 2010. (Trecho retirado de Ata da reunião realizada no CMS).

> Com a palavra Secretário executivo (Segmento dos Usuários): A Secretária está coberta de razão, até porque se a Câmara quiser ela aprova o Orçamento independente da vontade do Prefeito, do Conselho, mas em 01/01 esse Conselho vai ter que tomar uma atitude de mostrar para que veio e então a Execução Orçamentária, executar o Orçamento é que são outras discussões, aprovar ou não aprovar é a menor insignificância, mas executar esse Orçamento que não foi aprovado, eu gostaria que esse Conselho em 01/01/2010 mais tardar 01/02/2010 tivesse recorrendo ao Ministério Público para suspender a execução do Orçamento que não foi aprovado, porque a Câmara tem dito a todo o momento que somente fará aquilo que o Conselho aprovar e deliberar, vamos ver se as palavras serão mantidas (Trecho retirado de Ata da reunião realizada no CMS).

Nesta perspectiva, em direção ao relatado pelo informante da pesquisa, o orçamento para o ano de 2010 não foi aprovado pelo conselho, culminando em dificuldades administrativas no processo de gestão no contexto local bem como para o próprio conselho. Entretanto, a não aprovação se deveu à dificuldade em se deliberar sobre a temática. Depreende-se que temas relacionados ao planejamento do município ainda podem chegar ao conselho sem a devida possibilidade de análise e posterior deliberação, sendo a urgência em relação à matéria o problema a ser enfrentado pelos atores ali envolvidos. Nesta perspectiva, a despeito de o conselho contar com uma estrutura que pode avaliar o orçamento, em razão da indisponibilidade e/ou falta de tempo administrativo, a deliberação pode deixar de ocorrer. Por conseguinte, as dificuldades quanto aos processos de gestão e planejamento e o não envolvimento do conselho no processo de elaboração do orçamento dificultam e/ou mesmo impedem a deliberação na arena conselhista.

As dificuldades vivenciadas nos processos de planejamento e gestão do SUS têm sido apontadas como um dos importantes pontos de estrangulamento da política pública de saúde, que é revestida em sua gestão diária pelo imediatismo e, muitas vezes, pelo improviso dos profissionais ali inseridos (Paim & Teixeira, 2007). De acordo com Monnerat et al. (2002) em certos casos, a execução de determinados programas obedece a lógicas totalmente desvirtuadas do ponto de vista da racionalidade e resolutividade das ações propostas. Segundo as autoras tais experiências expressam duas problemáticas fundamentais e interligadas: (1) a pouca tradição do poder político local em elaborar (ou neste caso readequar) políticas e programas voltados a responder de forma racional às demandas em seu território; e (2) a fragilidade do ponto de vista da capacidade de gestão da esfera local.

Os resultados encontrados sinalizam o pouco espaço disponibilizado para a deliberação sobre os instrumentos de planejamento e gestão, conforme anteriormente informado, o que pode dificultar a capacidade participativa do conselho nos processos de tomadas de decisão na gestão da política pública de saúde. Entretanto, para além dos instrumentos, que se configuram como um aspecto que limita o diálogo e a construção de uma agenda positiva entre gestão e conselho, outro elemento que pode favorecer nossa compreensão acerca desta dificuldade, está assentado sobre as limitações enfrentadas pelos próprios gestores no que diz respeito à autonomia da gestão pública de saúde no contexto local. A fala do secretário de saúde explicita esta dificuldade:

> *O Estado, já aqui em Minas, né, tem que colocado a sua obrigação constitucional, é, o governo federal infelizmente ainda não coloca o recurso suficiente pra financiar, isso acaba, é ...* ***trazendo na nossa relação com o conselho uma dificuldade muito grande****, porque, por exemplo, se você tem num, numa determinada região uma unidade de saúde que precisa de ser reformada, precisa ser reequipada ou que precisa você ter lá, é a equipe completa, as vezes a gente não consegue fazer isso no tempo necessário, né, ou exigido porque a gente não consegue o recurso municipal não dá, e a gente não consegue financiamento é.., do governo federal, do estadual a gente até consegue com muito mais frequência, mas do governo federal a gente não consegue, né; e a gente ainda tem uma.. uma realidade mais cruel,* ***que o governo federal ele implementa algumas políticas , né, e obriga o estado e município de cumpri-las, né mas não dá o financiamento pra que a gente cumpra e isso é muito ruim porque quando o governo federal anuncia uma política dessa, a população fica toda sabendo, os conselheiros, que fazem parte da população, também ficam sabendo e aí cria aquela expectativa****, né, que o município vai atender só que não chega financiamento pra aquilo e aí gente fica de pés e mãos atadas, porque é cobrado pela sociedade e não tem normalmente como atendê-los.* (Secretário Municipal de Saúde)

A fala do ator governamental sinaliza para as dificuldades enfrentadas pela gestão local no tocante ao processo de planejamento do SUS, e, consequentemente, o envolvimento da sociedade civil nos processos de tomadas de decisão. Cumpre assinalar que a partir do processo de descentralização político-administrativa, conforme apresentado ao final do capítulo 3, o SUS passou a operar delegando aos municípios autonomia no tocante aos processos de planejamento a partir das demandas e necessidades locais. Entretanto, conforme

nos adverte Junqueira et al. (1997), para se pensar o caso brasileiro acerca da descentralização, é preciso que se compreenda que centralização e descentralização são dois extremos, ligados através de uma relação dialética. A centralização ocorrida no Estado desenvolvimentista se tornou uma acumulação de funções sem nenhuma delegação para as esferas subnacionais. Neste sentido, desconcentração, por sua vez, constitui-se em uma transferência de poder parcial, ou seja, há apenas um deslocamento das decisões, uma transferência de competências por delegação, transferindo-se um leque de competências, mas não necessariamente o poder.

O impacto na arena conselhista é sentido haja vista as dificuldades de se operar uma deliberação tendo em vista as reais necessidades locais, uma vez que a necessidade de provisão de recursos pela gestão torna-se mais urgente. O depoimento do conselheiro abaixo nos direciona nesta reflexão:

> *O município também fica numa saia justa. Se ele perde a verba, nos tudo vamos cair de pau nele. Nós vamos falar assim ó, mais como que você perdeu essa verba? Mais como que você fez isso? Olha só que situação. Mas o negócio já vem lá de cima. Entendeu? E o governo federal tem um... ele costuma ter um projeto que é assim: ele agrega um projeto aos outros. Então se você não fez adesão a um projeto, <u>você não anda com o outro</u>. Igual, por exemplo, projeto "Olhar Brasil", que é um atendimento que presta exame oftalmológico refracionário para crianças matriculadas na rede pública de ensino, ponto. Tá. Projeto em Juiz de Fora foi suspenso. <u>Por quê?</u> Porque o município não fez adesão ao programa "saúde na escola". Então o governo federal também, ele precisa ver o que ele quer, né? Ai <u>suspendeu o projeto</u>... é... **fez um decreto ministerial dizendo que só podem participar do projeto "Olhar Brasil" os municípios que aderiram ao "Saúde na Escola". Tá vendo como é que é complicado? Ai o "Saúde na escola" ele tem, é, minuciado várias ações de saúde que não só oftalmologia.** Eu li, tem é a parte de prevenção odontológica. Ele tem outros desdobramentos na área oftalmológica, que é a área que eu domino. Então, é, exames, que as vezes você vai fazer um exame refracional, ai você pega que o menino tem outras patologias, ele tem um descolamento de retina, ele tem uma coriorretinite, ele tem um problema na córnea, uma marca ou uma mancha que está comprometendo a visão dele, ele tem uma cicatriz em decorrência de um problema na gravidez da mãe dele. <u>Olha só</u> que desdobramentos. E ai ele quer que o município faz outro programa, porque se ele não aderiu aquele programa. Olha só! Você sabe lá. Juiz de Fora é uma*

> *referência para vários municípios da micro e macro região. São um milhão e duzentas mil pessoas, na nossa responsabilidade.* ***Pensa bem você dá qualidade de saúde para todos, né? Então tem que ser uma coisa bem estruturada. E não chegar coisas de última hora para a gente estar discutindo***. (Conselheiro 07)

O relato do conselheiro de saúde vai em direção ao que comumente se observa durante as reuniões do conselho gestor. A partir dos resultados encontrados, tem-se que as dificuldades do conselho gestor de saúde em deliberar sobre os projetos podem estar relacionadas às limitações enfrentadas pela própria gestão pública no que diz respeito ao funcionamento do SUS. Isto, pois quando se trata de matérias, que são projetos que se originam do governo estadual e/ou federal, a necessidade de simplesmente tomar ciência sobre o tema substitui a análise e efetiva participação local nos processos de tomadas de decisão, uma vez que a decisão já está tomada.

Nesta perspectiva, os projetos que são assumidos pela prefeitura local necessitam ser implementados sem portentosas alterações, correndo o risco de não receberem os recursos necessários para sua implementação. Conforme Souza (2002) argumenta, a despeito dos números absolutos da descentralização financeira impressionarem, a grande maioria dos municípios tem de sobreviver à custa das transferências federais e estaduais, mostrando que muitos governos locais não aumentaram seu grau de independência política e financeira a partir da descentralização, o que afeta, obviamente, a autonomia política local. Portanto, segundo a autora não faltam a esses municípios apenas a capacidade de reinventar o governo, mas as condições mínimas para o exercício do próprio governo.

Portanto, a despeito da potencialidade democrática calcada no princípio da descentralização, os relatos dos entrevistados da pesquisa apontam para as dificuldades de autonomia enfrentadas pelos governos locais em razão da dependência financeira e política em relação ás instâncias federal e estadual, que incidem diretamente sobre a qualidade deliberativa no conselho.

> *[...] o projeto que as vezes a gente recebe o pacote fechado, igual a gente recebe muitos pacotes do governo federal e do governo estadual: A gente tem conseguido fazer, tanto com um como com o outro, fazer algumas alterações que acabam... dando realmente a resposta que o conselho quer, claro que algumas... alterações elas não são possíveis pela própria característica [...]Aí a gente leva essa proposta pro conselho, o conselho avalia, a gente leva também os comprovantes com essas informações, principalmente, o que que o programa está prevendo, o que que ele pede*

> *o que ele não pede, se eu posso alterar, se eu não posso, se aquele programa está vindo dentro de um pacote fechado; Então nós tentamos mostrar pro conselho todos os benefícios que aquele programa vai trazer e a partir do momento que o governo consegue visualizar isso e nos autoriza, e entende que aquela política é uma política que vai beneficiar, que vai beneficiar o município como um todo, eles acabam concordando com o que a gente passa lá, vá lá e faça parte desses programas e e [se ajuste a] esses processos.* (Subsecretario 02)

> Com a palavra a Secretária de Saúde do Município de Juiz de Fora - XX:Claro que todo recurso na Saúde, ainda mais para construção, haja vista a dificuldade que nós temos. Recurso para construção é recurso convenial, a gente tem dificuldade de captação de recurso para construção, o Estado disponibiliza alguns recursos, etc., o problema da Emendas Parlamentares elas já vem direcionadas para determinados locais, elas não vêm para nós tecnicamente definir aonde vai ser, nem Conselho e nem Secretaria de Saúde, quando vem, às vezes já vem colada em uma outra que já existe, ou mandando derrubar uma. (Trecho retirado de Ata da reunião realizada no CMS).

O relato do ator governamental, bem como o trecho da ata acima, sinaliza para a centralização e dependência do governo local em relação ao planejamento no setor saúde. Nesta perspectiva, Arretche (2004) salienta a centralização que ainda permeia os processos de gerenciamento da política pública. Segundo a autora, a despeito dos governos locais já terem assumido a gestão de diversos serviços e programas na área da saúde, com destaque para a atenção primária, não há qualquer garantia intrínseca à gestão local que promova responsabilidade, eficiência, acesso universal e patamares equitativos de atenção à saúde. Por conseguinte, a qualidade da ação dos governos locais ainda depende, em grande medida, dos incentivos e controles a que estes estão submetidos pelos governos federal e estadual.

Os efeitos desta centralização político-administrativa incidem sobre os espaços conselhistas, haja vista que em muitos casos não é possível a necessária deliberação sobre as diferentes temáticas. Contrariamente, conforme encontrado na presente investigação, as decisões no conselho local podem em alguns casos terminar por seguir a pressão em se adotar projetos e políticas que provém de *cima pra baixo.* Indubitavelmente, a não existência de um planejamento entre as esferas de governo e a real possibilidade em deliberar sobre projetos que atendam às necessidades locais terminam por impactar a capacidade dos conselhos como arenas de tomada de decisão na política de saúde, conforme relato da representante governamental no conselho:

> *É. Isso tem acontecido com certa frequência. Chega na última hora, e ai passa, é, passa coisas que eu vejo que a plenária fica insatisfeita com aquilo. Não era aquilo que eles queriam, mas, a gente fica numa situação assim: ou é tudo ou é nada. Ou você pega aquilo ou você não pega nada. É igual o governo às vezes manda, que... olha só, 15mil reais pra um centro de especialidades odontológicas. Você sabe material odontológico é caríssimo. O que que você faz com 15 mil? Ou você pega ou você não pega. E ai a gente fica numa situação muito delicada. Aí eu me coloco junto com toda a plenária lá, a gente enquanto conselho fica numa situação muito delicada. Porque olha só, se você não aprova você vai deixar de oportunizar aquela comunidade, quiçá o município, de tá oferecendo uma verba que poderia melhorar... as condições de saúde. Mas a gente também fica numa saia justa, porque a gente recebe as coisas lá de última hora para ser discutido, olha que situação. Olha que situação. Então o executivo também, ele tem que elaborar as coisas, e ai, é o executivo federal, ministério da saúde, mandar as coisas para... vem caindo em cadeia de forma tal, que quando chegar ao município haja tempo, para a gente estar discutindo calmamente. Para a gente ver se é realmente necessário a gente estar empregando aquela verba em tal lugar. Se aquilo é necessário. Quanto a gente vai gastar de funcionário. A viabilidade daquilo, se é possível ou não. Se compensa, entendeu? Então assim... também é o governo federal o culpado, porque ele também manda as coisas correndo, ai tem que passar pela CIB, que tem reunião dia tal, e ai o conselho tem que deliberar, para a CIB poder dar o parecer. Assim, é igual eu tô te falando, é uma cadeia de coisas, que ai o negócio vem de cima para baixo, mas vem de uma forma desorganizada.* (Conselheiro 07)

Em reunião realizada no conselho no dia 24 de fevereiro de 2010 a dificuldade em torno da centralização do governo federal frente ao planejamento no SUS evidencia-se, dificultando o processo deliberativo no espaço conselhista.

> Secretário de Saúde: Antes de entrar na questão da Expansão eu gostaria de falar uma coisa, porque alguém disse aqui hoje "nós não vamos aprovar", eu também acho e concordo com o conteúdo do que vocês dizem, "nós não vamos aprovar coisas de última hora", vocês já vem dizendo isso há algum tempo, mas essa Portaria 2344 Participa SUS é um exemplo...às vezes independe da gente, eu sou estou querendo dizer assim, só para dar um alerta nesse discurso assim, a coisa chega...eles estão de prova, o X e a Y. [alteração nossa] chega no último momento do segundo tempo, aliás

> já passou, o negócio era para amanhã e a gente tem que correr atrás se não perde, corta o recurso todo, aliás, nós estamos vivendo assim o SUS atualmente, a golpes, porque falam que não tem mais Portarias porque agora é pacto, tem pacto mas a gente vive a golpe de Portaria, é muita burocracia que nós temos cumprir para segurar os recursos que a gente usa, então as vezes acontece de ser na última hora por conta disso e mais uma vez aqui também isso é de última hora e eu vou ter que pedir desculpas a vocês. (Trecho retirado de Ata da reunião realizada no CMS).

O relato do informante da investigação, bem como o trecho da ata acima, sinaliza aquilo que Arretche (2004) problematiza com respeito à centralidade das tomadas de decisão sobre temáticas mais importantes estarem sob o julgo do Ministério da Saúde. Portanto, conforme salientado anteriormente, o cotidiano da gestão do SUS depara-se com uma concentração das funções de financiamento no governo federal, o que pode sinalizar que as políticas dos governos locais são ainda fortemente dependentes das transferências deste ministério. Por conseguinte, a centralização que orienta o funcionamento do SUS pode incidir diretamente sobre a atuação do conselho gestor de saúde, o qual apresenta dificuldades em se inserir concretamente nos processos de tomadas de decisão acerca das ações e projetos de políticas públicas de saúde.

A discussão realizada no conselho em torno da aprovação do Plano Municipal de Atenção Primária a Saúde (APS), que versava sobre a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) no município, denota a dificuldade de gestores e conselheiros em estabelecerem uma agenda positiva de deliberação. As dificuldades de tempo e a necessidade de assegurar recursos estatais podem representar a impossibilidade do exercício deliberativo no setor saúde.

> Com a palavra a Secretária de Saúde do Município: Eu vou continuar defendendo porque eu tenho que defender os recursos para a Secretaria, vocês me desculpem, mas o meu papel aqui é esse, eu tenho críticas ao PSF, todas que vocês puderem imaginar, se de todas essas dificuldades que você estão falando não é porque eu estou lá não, eu tenho capacidade operacional de ir a tudo quanto é UBS, aqui na Secretaria de Saúde agente pegou uma coisa que é a seguinte, o Supervisor não é Supervisor, se dependesse de mim estaria tudo funcionando, mas não depende de mim, depende do médico que não cumpre, depende do enfermeiro não cumpre, aquela coisa e a gente não consegue sair disso e vocês vêm aqui e fazem reclamações com justa razão, não vou tirar a razão de vocês porque eu sei que muita coisa está funcionando mal, mas

> tem coisas que funcionam muito bem, tem equipes que cumprem metas, então a gente não pode generalizar, eu concordo que precisamos fazer uma avaliação séria do PSF, não é por causa de recurso, mas nós estamos nesse PSF desde 1995. (Trecho retirado de Ata da reunião realizada no CMS).
>
> Com a palavra o conselheiro municipal de saúde - (Segmento dos Usuários): Como é que você vai discutir..., nós acabamos de aprovar um relatório da Comissão de Recursos que não aprova as contas do Programa Saúde, qual o recurso que vai se fazer com esse Plano de Investimento, foi muito rápido e como todo o respeito a quem elaborou, mas nós não conseguimos visualizar..., 2009 já é um ano pronto e acabado e que não traz nenhuma perspectiva e as expansões são assim. (Trecho retirado de Ata da reunião realizada no CMS).
>
> Representante da Secretaria de Saúde: eu sei que é atropelado, também sei que não é dessa forma que devemos trabalhar, mas foi aprovado na CIB no mês passado atropelado dessa forma porque ninguém queria perder recurso, veio para nós atropelado e dessa forma agente está tendo que trazer ao Conselho, gostaria de estar trazendo de uma forma diferente, mas é única forma da gente garantir nesse momento esse recurso e ter pelo menos 02 Unidades esse ano de acordo com que a população do município [alteração nossa] merece. (Trecho retirado de Ata da reunião realizada no CMS).

O trecho retirado da ata acima aponta para a dificuldade em se realizar uma deliberação no espaço conselhista haja vista a impossibilidade de um exercício de planejamento sobre o tema. Neste sentido, não há espaço para a deliberação, mas, conforme já sinalizado anteriormente, a necessidade de provisão de recursos termina por obrigar o conselho bem como a própria gestão a adotar programas e projetos verticalizados, sem a necessária análise acerca das condições locais em recebê-lo.

Frente ao exposto, cumpre registrar a discussão realizada por Trevisan (2007) no tocante ao processo de descentralização em vigência no SUS. Para o autor, se por um lado ocorreu à descentralização em direção aos governos locais no tocante ao planejamento e tomadas de decisão, no que se refere ao processo de repasse das verbas para efetivar tais decisões, não é esta a realidade, conforme encontrado em campo na presente investigação. Segundo Trevisan (2007), uma possível análise do quadro vivenciado no cotidiano da gestão pública em saúde, que resulta em dois descompassos gerenciais, talvez tenha o mesmo vício

de origem: a percepção equivocada de que as resistências para a implantação do SUS eram exógenas ao sistema e deveriam, portanto, ser resolvidas em instâncias externas, sendo a elaboração de leis e portarias a saída encontrada. Entretanto, ao longo do tempo foi possível identificar que a maior resistência ao modelo é endógena à administração pública e está nas formas operacionais do sistema, no modelo de gestão e, principalmente, no fluxo de recursos. Segundo Trevisan (2007):

> O campo de batalha decisivo para a mudança de mentalidade na saúde pública está contido no que chamamos de três arcos de poder que existem no SUS: no cotidiano operacional, na definição da instância administrativa responsável pela elaboração de normas e, por último, na exata percepção de a quem pertence o poder real — quem é o "dono" — da decisão quanto ao repasse de recursos para a gestão descentralizada de saúde no Brasil (Trevisan, 2007, p. 8).

O quadro em tela possibilita, ao estabelecer uma reflexão sobre o processo de descentralização nos moldes em que vem ocorrendo no SUS, uma aproximação da noção de uma descentralização tutelada. Isto, pois de acordo com Paim e Teixeira (2007), vivencia-se um rígido controle de repasse no âmbito federal, não havendo em contrapartida instrumentos de avaliação dos serviços prestados. Ademais, Trevisan e Junqueira (2007) consideram que em relação ao processo de descentralização, relações intergovernamentais incidem sobre os processos de gestão e planejamento do SUS. Segundo os autores, como o sistema é operado por NOBs *federais*, o conceito de descentralização cai em uma espécie de *vácuo decisório*, plenamente preenchido pela instância federal, uma vez que, enfim, o recurso financeiro, ou melhor, a liberação dele, é sempre um ato *de Brasília*.

A partir do cenário que se intenta salientar, a partir da realidade analisada, tem-se que os efeitos encontrados relacionados às dificuldades de gestão e planejamento do SUS, podem ser considerados como elementos que dificultam o processo de constituição do conselho como espaço realmente inserido nos processos de tomadas de decisão da política de saúde. Isto, pois as deliberações realizadas no espaço conselhista podem representar problemas para a gestão, que por fissuras nos processos administrativos, carência de recursos e/ou condições administrativas pode perceber o conselho como um espaço não propício ao debate democrático, e, consequentemente, sem legitimidade para a concretização do SUS. O depoimento do conselheiro abaixo explicita esta situação:

> *Não tem interesse veem o conselho como um inimigo. Como aquele que delata ele, como aquele que fica no calcanhar dele. Que quer a resolução para ontem. Como aquele que delibera sobre projetos e situações que ele não gostaria de tá fazendo, e ai tem que fazer. Porque o conselho deliberou. O conselho via esta emenda constitucional 29, você ficou sabendo, ai ela virou aquela lei complementar 141. E através desta lei, ela, o conselho recebeu, digamos assim entre aspas, autoridade e autorização pra tá na cola mesmo de ações que o executivo tem que tomar de forma tal, que deem atendimento e atenção aquilo que o conselho deliberem efetivamente.* (Conselheiro 08)

Nesta direção, as dificuldades encontradas no tocante aos processos de gestão e planejamento do SUS dificultam a proposição de uma agenda conjunta entre conselho e secretaria de saúde. Estas limitações podem não favorecer a concretização dos espaços conselhistas como arenas deliberativas, terminando por dificultar o controle e a participação social. Por conseguinte, os impasses da gestão pública podem se tornar um elemento a constranger a participação da sociedade civil no espaço conselhista e ao mesmo tempo dificultar o diálogo entre os atores governamentais e não-governamentais. Além disso, as deliberações operadas no interior do conselho não necessariamente servirão de base e/ou norte no tocante aos processos de planejamento, conforme apregoa a Resolução do Ministério da Saúde n. 453/2012, de 10 de maio, uma vez que seria necessário um repensar acerca dos processos de planejamento e da gestão da política pública de saúde local.

No que diz respeito aos instrumentos de planejamento e gestão, construídos para definir os focos de atuação da política de saúde do município, discutidos coletivamente em meio às conferências de saúde e sob fiscalização e controle dos conselhos de saúde, podem se transformar em documentos invisíveis, fictícios e/ou serem construídos sem a devida participação dos atores da sociedade civil. Ou seja, conforme Stralen et al. (2010) já identificaram em estudo realizado junto aos conselhos gestores do Estado de Minas Gerais, a inexistência, precariedade e mau uso dos instrumentos pode ser uma realidade do cotidiano das administrações públicas na área de saúde.

Ainda com relação ao processo de descentralização do SUS, Trevisan e Junqueira (2007) consideram que há uma tensão na manutenção de um grau de consistência das prioridades da política de saúde em todo o sistema e os benefícios propostos a partir da descentralização, por meio da participação das esferas subnacionais na definição das prioridades locais. O resultado disso é a fragmentação de prioridades, a desarticulação das

intervenções nas esferas de governo e ineficiência na alocação dos recursos. Por esta razão a efetivação de uma gestão compartilhada do SUS, envolvendo diferentes sujeitos sociais e políticos, com interesses diversos podem encontrar dificuldades concretas em se materializar, haja vista que a despeito de contar-se com as instâncias deliberativas (conselhos), os diferentes espaços encontram dificuldades em propor um diálogo propositivo e que de fato assumam a função de orientar/colaborar com as práticas da gestão em um dado momento histórico.

Além disso, segundo Dombrowski (2008), ao passo que se objetivou assegurar o processo de descentralização no Brasil com a promulgação do SUS, nota-se uma relação direta com a falta de dotação orçamentária dos municípios em prover sua política local de saúde. Nesta direção, enquanto os cidadãos são chamados a participar dos processos decisórios, aos municípios não são dadas condições de atender as suas demandas, pois a maioria dos municípios não apresenta atividade econômica capaz de gerar uma arrecadação tributária suficiente e conta com repasses estaduais e federais para custear suas atividades.

Ademais, em relação aos processos de gestão no SUS, Paim e Teixeira (2007) consideram ainda que esta dimensão passa por sérios problemas, como: a carência de uma gestão profissionalizada, ou seja, a persistência de marcado "amadorismo" na gestão do sistema em todos os níveis, que está ligado tanto à escassez de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços, quanto pelo fato da persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema.

Nesta direção, o problema quanto à *institucionalidade* do SUS abarca um conjunto de aspectos relativos ao processo de condução político-gerencial, isto é, à prática de gestão do sistema, processo complexo que, se por um lado pretende adotar como referencial os princípios incorporados à legislação do SUS, quais sejam, descentralização com comando único em cada esfera de governo e participação social no processo decisório, por outro, é possível ainda nos depararmos com práticas políticas arraigadas na cultura organizacional do Estado brasileiro, notadamente na área social (Paim & Teixeira, 2007).

Estas questões suscitadas ao longo da apresentação dos achados da presente investigação sinalizam elementos que indubitavelmente podem estar presentes nos diferentes espaços públicos participatórios, uma vez que as experiências institucionais que visam transformar e/ou possibilitar o avanço da democracia em nosso país não eliminam *per si* velhas tradições, hábitos e costumes que dizem de nossa gênese como sociedade.

Contrariamente, podem ser absorvidas sob este caldo cultural que pode persistir em se manter e se reatualizar, sendo, portanto, importante que estejamos atentos aos limites e desafios que incidem sobre os espaços conselhistas bem como em qualquer outra experiência que esteja em sintonia com o aprofundamento da democracia e o alargamento dos espaços de participação social e política em nossa realidade.

Considerações Finais

Inicialmente, é preciso sinalizar que a presente investigação apresenta inúmeras limitações, configurando-se, se possível for, em uma contribuição pontual para se pensar sobre a experiência dos conselhos gestores de políticas públicas de saúde em nossa realidade social. O caminho percorrido pelo aspirante pesquisador certamente deixou de lado vários elementos essenciais para se compreender os desafios de conformação de tais arenas em um cenário de modernização do Estado brasileiro, a partir do processo de inclusão e consolidação democrática que vivenciamos desde o início da década de 90 do século passado.

Além disso, é igualmente importante assinalar que o trabalho ora apresentado consiste num estudo de caso, de abordagem qualitativa e, portanto, os resultados encontrados e suas respectivas análises e discussões não necessariamente podem e/ou devem ser generalizadas e/ou transpostas para outros Conselhos de Saúde, inscritos em localidades e conjunturas sociais, culturais e políticas diferenciadas do Conselho em tela. Neste sentido, o investimento em desenhos metodológicos que permitam acompanhar, sistematicamente, a atuação de tais arenas, bem como a realização de estudos comparativos são ações importantes que podem favorecer o aprofundamento do debate e o avanço das reflexões em torno dos desafios e possibilidades de conformação dos espaços conselhistas.

Note-se que o processo de consolidação dos conselhos gestores de saúde como espaços participatórios e mecanismos institucionais que contribuem para a implementação e gestão do SUS tem encontrado inúmeras dificuldades no que se refere à sua plena implementação. Por esse motivo, a apropriação de tais experiências como mecanismos que favoreçam e possibilitem a potencialização e o fortalecimento do ideário de participação democrática pode ampliar e fortalecer tentativas teórico-práticas com o objetivo de visualizar como tais instâncias vêm se constituído no cenário contemporâneo, além de como têm se incorporado aos tradicionais espaços de participação e representação política identificados na conjuntura nacional atual.

Cabe ressaltar, que o acesso às políticas sociais nos moldes preconizados pela constituição de 1988, é conquista recente em nosso país, e, consequentemente, a participação ativa de atores e/ou instituições provenientes da sociedade civil nos processos de deliberação sobre ações, projetos e mesmo em aspectos relacionados à própria gestão pública, deve ser entendido como fato ainda insipiente. Contrariamente, no que diz respeito às políticas públicas, as relações que historicamente se construíram nesta área, posicionaram os

contingentes populacionais como meros receptores das ações públicas, escolhidas e/ou planejadas a partir da expertise e/ou de interesses políticos com a marca do atraso político comumente observado em nossa cultura. Por esta razão, os conselhos gestores de políticas públicas representaram concretamente a tentativa em se alterar esta história, ao propor a inclusão de atores da sociedade civil em diálogo direto com atores governamentais, no que diz respeito aos processos de gestão e planejamento das políticas sociais, sendo o setor saúde uma de suas mais importantes expressões.

Por sua vez, o Estado brasileiro em sua constante relação com a sociedade civil, apresentou ao longo de sua trajetória, características de inclusão dos atores e instituições sociais, permeadas por uma gramática na qual alguns elementos tais como o clientelismo, fisiologismo, corporativismo, autoritarismo e o insulamento burocrático, se entrelaçaram tornando-se fortemente presentes na realidade social de nosso país. Nesta perspectiva, as dificuldades em compartilhar as tomadas de decisão em relação às temáticas de ordem pública fizeram parte de nossa história, desde o período colonial até as insipientes experiências de participação e controle social contemporâneas. A seleção de demandas oriundas da sociedade civil, bem como o discricionamento da clientela a partir da instauração de uma burocracia insulada, são elementos que dizem de nossa constituição como nação, os quais emergem nas relações entre Estado e sociedade civil, observando-se no *continuum* de experiências em voga nas últimas décadas.

Ademais, para se pensar sobre tais espaços de participação, é importante que se analise *o que* e em *como* está ocorrendo o encontro entre os diferentes atores sociais (governamentais e não governamentais) nestas arenas. Tal premissa se embasa na ideia de que para fortalecer as discussões locais e ampliar os espaços participatórios, é imperativo considerar também as condições sob as quais tais experiências ocorrem, bem como a natureza do que é ali deliberado. No tocante à política pública de saúde, os constrangimentos que dizem respeito ao seu próprio processo de constituição, suas raízes institucionais frágeis, bem como os problemas relacionados ao próprio exercício de gestão e planejamento do SUS, terminam por fazer parte da realidade do Conselho Municipal de saúde. Ou seja, trata-se de elementos que incidem diretamente sobre os Conselhos que, de fato, participam dos processos de discussão e deliberação da política de saúde local.

Neste sentido, as relações entre Estado e sociedade civil em nosso país, a despeito de estarmos vivenciando aquilo que Faria (2005) considera como um período de inclusão democrática, ainda necessita de maiores ajustes e tempo para se consolidar, sendo os conselhos gestores uma de suas expressões. Os desafios referentes à conformação do

Conselho de Saúde como espaço democrático e deliberativo, em especial o CMS de Juiz de Fora - que ao longo da presente investigação tentou-se sinalizar -, podem colaborar para que se avance no entendimento sobre como tais espaços de participação social e política podem de fato favorecer o aprofundamento da democracia em nosso país. Esta premissa se embasa na concepção de que o fortalecimento de uma esfera pública vibrante e ativa é fundamental para que os ideais democráticos sobrevivam e floresçam em meio a totalitarismos e fascismos sociais, conforme advogam Habermas (1997) e Santos (2010a, 2010b). Neste sentido, a proliferação de diferentes arranjos de participação social e política podem parecer altamente importantes e saudáveis para uma sociedade como a brasileira, atravessada por um passado antidemocrático e excludente.

Entretanto, a despeito de um Estado que se moderniza, possibilita e assegura a emergência de novos mecanismos institucionais, criando, portanto, a possibilidade de novas experiências no âmbito da gestão das políticas sociais, ao passo que incita a experimentação de um novo Estado, ainda convive-se com um passado "oligárquico", em que se pode perceber a existência de matrizes híbridas de inclusão social, com rupturas e continuidades, em que o novo e o velho ainda se fazem presentes nas experiências de participação social e política. Portanto, em nosso país, os espaços públicos de teores democráticos terminam por se confrontar com a persistência de tais elementos (clientelismo, autoritarismo), que não são apenas resquícios de uma sociedade rural, mas se constituem como códigos presentes desde uma gramática política atual, não reproduzida por coronéis, mas pelo Estado a partir de suas estruturas políticas.

Os resultados expressos no presente estudo indicam tal questão, uma vez que a constituição do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora pode ainda conviver com práticas comumente observadas ao longo de nossa história. O clientelismo, bem como o autoritarismo, podem incidir sobre esta arena conselhista, dificultando e restringindo a potencialidade democrática de tal espaço. Podem ser observados desde os processos de cooptação ainda relatados pelos conselheiros, bem como a atuação governamental, que por vezes, pode inibir e/ou dificultar a atuação efetiva do espaço conselhista. Ou seja, a qualidade da deliberação operada no interior desta arena é impactada por vários elementos que constituem o cotidiano político do nosso país.

Soma-se a isto, o fato de que as dificuldades em se concretizar um sistema de saúde da natureza do SUS, num país como o Brasil, devem ser tomadas como elementos que podem dificultar e/ou mesmo inviabilizar a conformação de espaços em que os valores democráticos, de fato, sejam os almejados. A necessidade populacional em relação ao acesso a recursos

(medicamentos, consultas, exames) pode, em vários momentos, suplantar o debate racional que a gestão pública exige. Ao mesmo tempo, a necessidade imposta e prática corrente que se observa no âmbito do Estado patrimonialista, em se atender aliados, seguindo por um caminho em que se busca atender os interesses particulares em detrimento a trabalhar em prol do bem público e coletivo, pode fazer parte do rol de tarefas que interpelam os atores governamentais no exercício da gestão pública.

Nesta perspectiva, instituir o encontro entre governo e sociedade civil pode passar pela compreensão de que inúmeras questões relacionadas à exclusão e desigualdade sociais ainda precisam ser enfrentadas com vigor. Os espaços conselhistas podem contribuir para que as diversas temáticas sejam publicizadas, ao passo que os impasses do SUS sejam tomados como problemas de ordem pública, portanto, responsabilidade e compromisso de toda a sociedade, não cabendo única e exclusivamente aos atores governamentais planejar e/ou executar esta (e as demais) políticas sociais. Neste sentido, responsabilizar a sociedade civil pelo fracasso e/ou sucesso de ações públicas também pode não ser o melhor caminho. Afinal, é imprescindível compreender que a participação visando alcançar e assegurar os direitos sociais conquistados ao longo da história deste país passa, necessariamente, pela deliberação coletiva, tornando-se imprudente a delegação desta responsabilidade somente para alguns poucos atores.

Neste sentido, a capacitação desses atores visando a ampliação do acesso à informação, através de uma educação crítica e reflexiva, é apontada como elemento que poderá fortalecer a atuação dos conselhos, tendo em vista a necessidade de maior apreensão sobre os elementos que dizem respeito à gestão do SUS, resguardadas suas vicissitudes.

É preciso registrar que os impasses da gestão pública, em que pese o processo de descentralização tutelada, que pervadem o exercício deliberativo do conselho, pode representar dificuldades no processo de constituição de tais arenas, uma vez que, havendo a impossibilidade em se deliberar sobre ações e projetos uma vez que podem obedecer a direção de "*cima pra baixo*", o encontro entre atores governamentais e não governamentais no espaço conselhista para o exercício deliberativo pode não ser favorecido. A falta de tempo e/ou condições administrativas em se deliberar sobre os instrumentos de gestão e planejamento, orçamento e projetos oriundos de outras esferas de governo se mostraram frequentes no caso analisado, representando um ponto dificultador no diálogo entre governo e sociedade civil, em meio à arena conselhista.

Portanto, as condições em que se realizam tais discussões e deliberações necessitam de maiores e melhores análises, possivelmente não contempladas de forma plenamente satisfatória a partir da presente investigação. Compreender como tem sido a inclusão dos

atores da sociedade civil no exercício deliberativo, bem como isto tem influenciado e/ou contribuído com os atores governamentais certamente poderá (e deverá) ser melhor avaliado em futuros empreendimentos. Ao passo que compreender os efeitos sentidos em tais espaços democráticos, a partir do encontro e imbricamento com os tradicionais mecanismos de gestão das políticas sociais e representação política, podem suscitar novas perguntas e questões, lançando novos e pretensos pesquisadores na busca de respostas a tais questionamentos.

É importante ter claro que a experimentação e constituição de um novo Estado passa, necessariamente, pela constituição e transformação de uma nova sociedade, podendo os espaços de participação e deliberação se constituir como uma possibilidade de se alcançar tais prerrogativas. Espero que a explicitação das dificuldades no tocante a concretização do SUS como política pública universal, integral e equitativa, bem como a convivência de arranjos democráticos com elementos tradicionais da cultura política que dizem do histórico de relações entre Estado e sociedade civil em nosso país (clientelismo, autoritarismo) possam minimamente contribuir com novas reflexões e favorecer a superação de tais adversidades que inevitavelmente se materializam e tomam forma no cotidiano dos conselhos, secretarias, câmaras, escolas, universidades, bem como em toda a esfera pública nacional.

Por fim, que seja ainda possível continuar a *sonhar* com alternativas, caminhos, possibilidades e projetos em que se possa vislumbrar areal transformação e o aprofundamento da democracia em nosso país, sendo a emancipação política e humana um horizonte possível de ser alcançado!

Referências

Abu-El-Haj, J. (2008). Robert Dahl e o dilema da igualdade na democracia moderna. *Análise Social*, *43* (1), 159-180.

Almeida, C., & Tatagiba, L. (2012). Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. *Serviço Social & Sociedade,* (109), 68-92.

Arato, A. (1995). Ascensão, declínio e reconstrução do conceito de sociedade civil: orientações para novas pesquisas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais 10* (27), 18-27.

Arato, A., & Cohen, J. (1994). Sociedade Civil e Teoria Política. In L. Avritzer, (org.), *Sociedade Civil e Democratização* (pp. 147-182). Belo Horizonte, MG: Del Rey.

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

Avelar, L. (2000). Entrevista. In A. Dines, F. Fernandes-Jr., & N. Salomão. *Histórias do Poder: 100 anos de Política no Brasil. Visões do Executivo* (Vol. 3, pp. 55-71). São Paulo, SP: Editora 34.

Avritzer, L. (2002). *Democracy and the Public Space in Latin America*. Princeton: Princeton University Press.

Avritzer, L. (1994). Sociedade civil: além da dicotomia Estado-mercado. In: L. Avritzer (org.), *Sociedade Civil e Democratização*. Livraria Del Rey: Belo Horizonte.

Avritzer, L. (2008) Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opinião Pública, 14*, 43-64. doi: 10.1590/S0104-62762008000100002

Avritzer, L., & Costa, S. (2004). Teoria Crítica, Democracia e Esfera Pública: Concepções e Usos na América Latina. *Revista de Ciências Sociais, 47*, 703-728. doi: 10.1590/S0011-52582004000400003

Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2007). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som*. *Um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Bezerra, C. K. F., & Araújo, M. A. D. (2009). Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo - PB: um estudo sobre participação. *Revista de administração em saúde, 11* (42), 30-42.

Bianchi, A. (2007). Gramsci além de Maquiavel e Croce: Estado e sociedade civil nos "Quaderni del cárcere". *Utopìa y Praxis Latinoamericana, 12* (36), 35-55.

Bispo, J. P.-Jr., & Gerschman, S. (2013). Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 18,* 7-16. doi: 10.1590/S1413-81232013000100002

Bispo, J. P.-Jr., & Sampaio, J. J. C. (2008). Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública, 23,* 403-409. doi: 10.1590/S1020-49892008000600005

Blee, K. M., & Taylor, V. (2002). Semi-structured interviewing in social movement research. In: B. Klandermans, & S. Staggenbros (Ed.), *Methods of social movement research* (pp. 92-117). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Blokland, H. (2011). *Pluralism, Democracy and Political Knowledge*: *Robert A. Dahl and His Critics*. Burlington, VT: Ashgate Publishing.

Bobbio, N., Matteucci, N., & Pasquino, G. (1998). *Dicionário de Política* (11a. ed.). Brasília, DF: Ed. UnB.

Brasil. [Constituição (1988)]. (2014). *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais.

Bravo, M. I. S., & Correia, M. V. C. (2012). Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social e Sociedade,* 126-150. doi: 10.1590/S0101-66282012000100008

Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde[Suplemento]. *Ciência & Saúde Coletiva, 12,* 1865-1874. doi: 10.1590/S1413-81232007000700009

Carvalho, A. I., & Buss, P. M. (2008). Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 979-1010). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Carvalho, J. M. (1997). Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual. *Dados, 40* (2). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000200003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0011-52581997000200003

Casarote, A. C., Silva, C. R. S., Dias, M. D. L., & Leite, G. L. (2007). Percepção dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Francisco Morato sobre empoderamento nas suas gestões. *Saúde Coletiva, 4* (15), 79-83.

Cecílio, L. C. A. (1997). Os modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública, 13*, 469-478. doi: 10.1590/S0102-311X1997000300022

Chizzotti, A. (2000). *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais* (4a. ed.). São Paulo, SP: Editora Cortez.

Coelho, V. S. P. (2004). Brazil's health councils: The challenge of building participatory political institutions. *IDS Bulletin*, *35*, 33-39. doi: 10.1111/j.1759-5436.2004.tb00119.x

Cohn, A. (2007). O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. InG. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond-Jr., & Y. M. Carvalho (orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 219-246). São Paulo: Hucitec.

Cordeiro, H. (2001). Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 6*, 319-328. doi: 10.1590/S1413-81232001000200004

Cornwall, A. (2008). Deliberating Democracy: Scenes from a Brazilian Municipal Health Council. *Politics & Society, 36*, 508-531. doi: 10.1177/0032329208324718

Cortes, S. M. V. (2002). Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias, 4*, 18-49. doi: 10.1590/S1517-45222002000100002

Cortes, S. M. V. (org.). (2009). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Costa, S. (1997). Movimentos Sociais, democratização e a construção de esferas públicas locais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, 12*. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69091997000300008&script=sci_arttext

Costa, S. (2002). *As Cores de Ercília: Esfera Pública, democracia, configurações pós-nacionais*. Belo- Horizonte: Editora UFMG.

Cotta, R. M. M., Cazal, M. M., & Martins, P. C. (2010). Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência & Saúde Coletiva, 15*, 2437-2445.doi: 10.1590/S1413-81232010000500018

Coutinho, C. N. (1992). *Gramsci: Um Estudo sobre seu Pensamento Político*. Rio de Janeiro, RJ: Campus.

Coutinho, C. N. (1993). Crise e Redefinição do Estado Brasileiro. In: A. M. Peppe, & I. Lesbaupin (orgs.), *Revisão Constitucional do Estado Democrático*. São Paulo, SP: Loyola.

Coutinho, C. N. (1997). Notas sobre Cidadania e Modernidade. *Estudos de Política e Teoria Social, 1* (1), 145-165.

Coutinho, C. N. (2011). *De Rousseau a Gramsci: Ensaios de teoria política*.São Paulo, SP: Boitempo.

Cunha, A. M. (2006). Patronagem, Clientelismo e Redes Clientelares: a aparente duração alargada de um mesmo conceito na história política brasileira. *História, 25* (1), 226-247.

Dagnino, E. (2002). Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades. In E. Dagnino (org.), *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil* (pp. 279-301). São Paulo: Paz e Terra.

Dagnino, E., Olvera, A. J., & Panfichi, A. (2006). *A Disputa pela Construção Democrática na América Latina*. São Paulo. Editora Paz e Terra.

Dahl, R. (2011). *Poliarquia*. São Paulo: Editora USP.

Diniz, E. (1996). Em Busca de um novo paradigma: a reforma do Estado no Brasil dos anos 90. *São Paulo em Perspectiva, 10* (4), 13-26.

Dombrowski, O. (2008). Poder local, hegemonia e disputa: os conselhos municipais em pequenos municípios do interior. *Revista de Sociologia e Política, 16* (30), 269-281.

Draibe, S. (1999). *Brasil, anos 90: As Políticas Sociais no marco das Reformas Estruturais* (Relatório de pesquisa). São Paulo: Unicamp/NEPP.

Dryzek, J. S., & Dunleavy, P. (2009). *Theories of the Democratic State*. Basingstoke, UK: Palograve MacMillan.

Duriguetto, M. L. (2007). *Sociedade Civil e Democracia: Um debate necessário*. São Paulo: Editora Cortez.

Duriguetto, M. L., & Souza, R.-Filho. (2012). Conselhos de direitos e democratização. In R.-Filho, Souza, B. R. Santos, & M. L. Duriguetto (orgs.), *Conselhos dos Direitos: desafios teóricos e práticos das experiências de democratização no campo da criança e do adolescente* (pp. 52-67). Juiz de Fora, MG: Ed. UFJF.

Engels, F. (1984). *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado* (9aed.). São Paulo, SP: Civilização Brasileira.

Escorel, S. (1999). *Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Escorel, S. (2008). História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 385-434). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Escorel, S., & Moreira, M. R. (2008). Participação Social. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 979-1010). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Escorel, S., Nascimento, D. R., & Edler, F. C. (2005). As Origens da reforma sanitária e do SUS. In N. T. Lima, S. Gerschman, F. C. Edler, & J. M. Soares (orgs.), *Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS* (pp. 59-81). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Faoro, R. (1993). A Aventura Liberal numa Ordem Patrimonialista. *Revista USP, 17*, 14-29. doi. 10.11606/issn.2316-9036.v0i17p14-29

Farah, M. F. S. (2001). Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. *Revista de Administração Pública, 35* (1),119-144.

Faria, C. F. (2005). *O Estado em Movimento: Complexidade Social e Participação Política no Rio Grande do Sul* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Fleury, S. (2009). Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*, 743-752. doi: 10.1590/S1413-81232009000300010

Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública, 20,* 1670-1681. doi: 10.1590/S0102-311X2004000600026

Gohn, M. G. (1997). *História dos Movimentos e Lutas Sociais: A construção da Cidadania dos Brasileiros* (6a ed.). São Paulo, SP: Loyola.

Gohn, M. G. (2007). *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica* (3a ed.). São Paulo, SP: Cortez.

Gomes, R. (2008). A Análise de dados em pesquisa qualitativa. In M. C. S. Minayo (org.), *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* (pp. 79-108, 3.ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Gonçalves, A. O., Silva, J. F., & Pedrosa, J. I. S. (2008). Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, (43), 96-105.

Gramsci, A. (2000). *Cadernos do Cárcere*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.

Graziano, L. (1994). Pluralismo em perspectiva comparativa: notas sobre as tradições europeia e americana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, 9* (26). Recuperado de http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=211:rbcs-26&catid=69:rbcs&Itemid=399

Guareschi, P. A., & Jovchelovitch, S. (2004). Participation, Health and the Development of Community Resources in Southern Brazil. *Journal of Health Psychology, 9* (2), 311-322.

Guizardi, F. L., & Pinheiro, R. (2006). Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,11*, 797-805. doi: 10.1590/S1413-81232006000300027

Habermas, J. (1984). *Mudança estrutural da esfera pública: investigação quanto a uma categoria da sociedade burguesa*. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro.

Habermas, J. (1997). *Direito e Democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro.

Haguette, T. M. F. H. (1999). *Metodologias qualitativas na Sociologia* (6a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Jiménez-Domínguez, B. (2008). Ciudadanía, participacíon y vivencia comunitária. In B. Jiménez-Domínguez, (org.), *Subjetividad, participacíon e intervención comunitária* (pp. 55-84). Buenos Aires, ARG: Paidós.

Junqueira, L. A. P., Inojosa, R. M., & Komatsu, S. (1997). *Descentralização e Intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza*. Trabalho apresentado no XI Concurso de Ensayos del CLAD "El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones", Caracas.

Krüger, T. R. (1998). *A estratégia conselhista na área da saúde: a dicotomia entre o plano legal e o real* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

Labra, M. E. (2008). É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? *Divulgação em Saúde para Debate*, (43), 106-117.

Labra, M. E., & Figueiredo, J. S.A. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*,*7*, 537-547. doi: 10.1590/S1413-81232002000300011

Landerdhal, M. C., Unfer, B., Braun, K., & Skupien, J. A. (2010). Resolutions of the Health Council: instrument of social control or bureaucratic document? *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*, 2431-2436. doi: 10.1590/S1413-81232010000500017

Lavalle, A. G., Acharya, A., & Houtzager, P. P. (2005). Beyond Comparative Anecdotalism: lessons on civil society and participation from São Paulo, Brazil. *World Development, 33*, 951-964. doi: 10.1016/j.worlddev.2004.09.022

Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro. *Diário Oficial da União, nº 182/90 - Seção 1*. Congresso Nacional. Brasília, DF.

Lei nº 8.142/90 de 28 de dezembro. *Diário Oficial da União, nº 249/90 - Seção 1*. Congresso Nacional. Brasília.

Lei nº 8.076/92 de 11 de maio. Câmara Municipal. Juiz de Fora, MG. Recuperado de http://www.jflegis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000021540

Lei nº 10.333/2002, de 12 de novembro. Câmara Municipal. Juiz de Fora, MG. Recuperado de http://www.jflegis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000024152

Lenardão, E. (2008). A relação entre "modernização" neoliberal e práticas políticas "atrasadas" no Brasil dos anos 1990. *Revista de Sociologia e Política, 16*, 197-214. doi: 10.1590/S0104-44782008000200014

Lenardão, E. (2011). Gênese do clientelismo na organização política brasileira. *Lutas Sociais, 11-12*. Recuperado de http://www.pucsp.br/neils/downloads/v11_12_elsio.pdf

Lessa, S. (2007). A emancipação política e a defesa de direitos. *Serviço Social & Sociedade, 90*, 35-57.

Lima, J. C. (2001). Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde em Debate, 25* (59), 29-39.

Lopes, M. L. S., & Almeida, M. J. (2001). Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): realidade e desafios. *Saúde em Debate, 25* (59), 16-28.

Luz, M. T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *Physis - Revista de Saúde Coletiva, 1* (1), 77-96.

Luz, M. T. (2000). Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva, 5* (2), 293-312.

Maliska, M. A. (2006). Max Weber e o Estado Racional Moderno. *Revista Eletrônica do CEJUR, 1* (1), 15-28. Recuperado de http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cejur/article/view/14832

Marx, K. (1977). *Contribuição à Crítica da Economia Política*. São Paulo: Martins Fontes.

Marx, K. (2001). *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo, SP: Martin Claret.

Marx, K., & Engels, F. (2008). *A Ideologia Alemã*. São Paulo, SP, Boitempo.

Mészáros, I. (2011). *Estrutura social e formas de consciência II: A dialética da estrutura e da história*. São Paulo, SP: Boitempo.

Minayo, M. C. S. (2011). *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde* (12a ed.). São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde [MS]. (2006). *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: MS.

Monnerat, G. L., Senna, M. C. M., & Souza, R. G. (2002). A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência & Saúde Coletiva, 7*, 509-521. doi: 10.1590/S1413-81232002000300009

Montaño, C., & Duriguetto, M. L. (2011). *Estado, Classe e Movimento Social*. São Paulo, SP: Cortez.

Moreira, M. R., & Escorel, S. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva,14*, 795-806. doi: 10.1590/S1413-81232009000300015

Moreira, M. R., Fernandes, F. M. B., Sucena, L. F. M., & Oliveira, N. A. (2008). Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. *Divulgação em Saúde para Debate,* (43), 48-61.

Mouffe, C. (2003). Democracia, cidadania e a questão do pluralismo *Política e Sociedade,* (3), 11-26.

Nogueira, M. A. (2003). Sociedade Civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, 18,* 185-202. doi: 10.1590/S0102-69092003000200010

Nogueira, M. A. (2004). *Um Estado para a Sociedade Civil: temas éticos e políticos para a gestão democrática*. São Paulo, SP: Cortez.

Noronha, J. C., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2008). O Sistema Único de Saúde – SUS. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 435-472). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Nunes, E. (1997). *A Gramática Política do Brasil: Clientelismo e Insulamento Burocrático*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

Oliveira, J. A. (1989). Teoria política e políticas sociais: notas para uma investigação. *Cadernos de Saúde Pública, 5,* 169-186. doi: 10.1590/S0102-311X1989000200005

Oliveira, L. C., & Pinheiro, R. (2010). A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva,15,* 2455-2464.doi: 10.1590/S1413-81232010000500020

Ottmann, G. (2006). Cidadania mediada: processos de democratização da política municipal no Brasil. *Novos Estudos - CEBRAP,* (74), 155-175. doi: 10.1590/S0101-33002006000100010.

Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para compreensão e crítica* (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Paim, J. S., & Teixeira, C. S. (2007). Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios [Suplemento]. *Ciência & Saúde Coletiva, 12,* 1819-1829. doi: 10.1590/S1413-81232007000700005

Papadopoulos, Y., & Warin, P. (2007). Are innovative, participatory and deliberative procedures in policy making and effective? *European Journal of Political Research, 46*, 445-472.doi: 10.1111/j.1475-6765.2007.00696.x

Pereira, L. C. B. (1997). Prefácio. In E. Nunes, *A Gramática Política do Brasil: Clientelismo e Insulamento Burocrático* (pp. 25-29). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

Raichelis, R. (1998). *Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. São Paulo, SP: Cortez.

Raichelis, R. (2000). Sistematização: Os conselhos de gestão no contexto internacional. In M. C. A. A. Carvalho, & A. C. C. Teixeira (orgs.), *Conselhos gestores de políticas públicas* (pp. 41.46). São Paulo: Pólis.

Reis, F. W. (1988). *A democracia no Brasil: Dilemas e Perspectivas*. São Paulo: Vértice.

Resolução nº 453/2012, de 10 de maio. *Diário Oficial da União, nº 137/2012 - Seção 1*. Conselho Nacional de Saúde. Brasília.

Rousseau, J. J. (1999). *O Contrato Social*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Sader, E. (1988). *Quando novos personagens entraram em cena*. São Paulo: Paz e Terra.

Saforcada, E. (2001). *Psicología Sanitaria. Analisis Critico de los Sistemas de Salud*. Buenos Aires, ARG: Paidós.

Saforcada, E., Lellis, M., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires, ARG: Paidós.

Sallum, B.-Jr. (2003). Metamorfoses do Estado Brasileiro no final do Século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, 18,* 35-55. doi: 10.1590/S0102-69092003000200003

Santos, B. S. (2010a). *Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade.* São Paulo, SP: Cortez.

Santos, B. S. (2010b). *A gramática do tempo: por uma nova cultura política*. São Paulo, SP: Cortez.

Santos, B. S., & Avritzer, L. (orgs.). (2005). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.

Schönleitner, G. (2004). *Deliberative health councils and local democracy in Brazil: politics, civicness, and institutions* (Doctoral thesis). Universtity of London, London, UK.

Schönleitner, G. (2006). Between liberal and participatory democracy: Tensions and dilemmas of leftist politics in Brazil. *Journal of Latin American Studies, 38*, 35-63. doi: 10.1017/S0022216X05000283

Schumpeter, J. A. (1961). *Capitalismo, socialismo e democracia* (R. Jungmann Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Fundo de Cultura.

Semerano, G. (1999). Da sociedade de massa à sociedade civil: a concepção da subjetividade em Gramsci. *Educação & Sociedade, 20*(66), 65-83.

Sherer-Warren, I. (2006). Das Mobilizações às redes de Movimentos Sociais. *Sociedade e Estado, 21,* 109-130. doi: 10.1590/S0102-69922006000100007

Sherer-Warren, I. (2011). *Redes de Movimentos Sociais* (8a ed.). São Paulo: Loyola.

Shimizu, H. E., Dytz, J. L. G., Lima, M. G., & Pereira, M. F. (2009). Local health governance in central Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management, 32*, 132-140. doi: 10.1097/JAC.0b013e3181994154

Silva, M. (2009). Estado e poder local: ensaio teórico sobre estudos no Brasil. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales,14* (841). Recuperado de http://www.ub.edu/geocrit/b3w-841.htm

Souza, C. (2002). Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva, 7*, 431-442.doi: 10.1590/S1413-81232002000300004

Spink, M. J. (2007). Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisas em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade, 19*, 7-14. doi: 10.1590/S0102-71822007000100002

Sposati, A., & Lobo, E. (1992). Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 8* (4), 366-378.

Stralen, C. J. V., Lima, A. M. D., Fonseca, D.-Sobrinho, Saraiva, L. E. S., Stralen, T. B. S. V., & Belisário, S. A. (2006). Conselhos de Saúde: Efetividade do Controle Social em Municípios de Goiás e de Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva, 11*, 621-632. doi: 10.1590/S1413-81232006000300011

Stralen, C. J. V., Ronzani, T., Silveira, A. R., & Paiva, F.S. (2010). *Os desafios da Participação Pública no Sistema Único de Saúde: a Experiência das Conferências e Conselhos de Saúde* (Relatório de Pesquisa). Brasília, DF: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Tatagiba, L. (2002). Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In E. Dagnino (org.), *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil* (pp. 47-103). São Paulo: Paz e Terra.

Teixeira, S. F. (1987). Reforma Sanitária é o único projeto de mudanças nascido na sociedade (Encarte especial 1). *Proposta – Jornal da Reforma Sanitária*, (3), 1987.

Teixeira, S. F. (1989). Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In Teixeira, S. F. (org.), *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria* (pp. 17-46). São Paulo, SP: Cortez.

Trevisan, L. N. (2007). Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Revista de Administração Pública,41*, 237-254. doi: 10.1590/S0034-76122007000200004

Trevisan, L; N., & Junqueira, L. A. P. (2007). Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva, 12*, 893-902.doi: 10.1590/S1413-81232007000400011

Triviños, A. N. S. (1995). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. (4a ed.). São Paulo: Atlas, 1995.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Urbinati, N. (2006). O que torna a Representação Democrática? *Lua Nova, 67*, 191-228.

Vasconcelos, C. M., & Pasche, D. F. (2007). O Sistema Único de Saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond-Jr., & Y. M. Carvalho (orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-562). São Paulo: Hucitec.

Viana, A. L. D. (2000). As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In A. M. Canesqui (org.), *Ciências Sociais e Saúde para Ensino Médio* (pp. 113-133). São Paulo, SP: Hucitec.

Viana, A. L. D., & Dal Poz, M. R. (1998). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis - Revista Saúde Coletiva, 8*, 11-48. doi: 10.1590/S0103-73311998000200002

Viana, A. L. D., Lima, L. D., & Oliveira, R. G. (2002). Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva, 7*, 493-507. doi: 10.1590/S1413-81232002000300008

Vieira, F, S. (2009). Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde [Suplemento 1]. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*, 1565-1577.

Wampler, B., & Avritzer, L. (2004). Públicos participativos: sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático. In V. S. P. Coelho, & M. Nobre (orgs.), *Participação e Deliberação: Teoria Democrático e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo* (pp. 210-237). São Paulo, SP: Editora 34.

Weber, M. (1969). *Economia y Sociedad*: *Esbozo de sociología compreensiva.* (J. M. Echavarr1a, J. R. Farella, E. Ímaz, E. G. Maynez, & J. F. Mora, Trads.). México, DF: Fondo de Cultura Econômica.

Wendhausen, A. L. P. (2006). Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Revista Española de Salud Pública, 80,* 697-704. doi: 10.1590/S1135-57272006000600009

Wendhausen, A. L.P., & Caponi, S. (2002). O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 18,* 1621-1628. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600016

Wendhausen, A. L. P., & Rodrigues, I. F. (2006). Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no conselho. *Ciência, Cuidado e Saúde, 5* (2), 166-174.

Wolmer, L. G. S., & Falk, J. A. (2006). Utilização de informações para controle social: o caso do Conselho do Distrito Sanitário III do Recife. *Cadernos de Saúde Coletiva, 14* (4), 665-682.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso. Planejamento e métodos* (3a ed.). Porto Alegre, RS: Bookman.