

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA DA UNB

Daniela Mesquita De Franco Ribeiro

**Conselhos de Saúde:
participação, autonomia e cooptação**

Brasília
2008

Daniela Mesquita De Franco Ribeiro

Conselhos de Saúde: participação, autonomia e cooptação

Dissertação apresentada ao Instituto de
Ciência Política da Universidade de Brasília
como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Ciência Política
Orientadora: Prof^a. Lúcia Mercês Avelar

Brasília
2008

Daniela Mesquita De Franco Ribeiro

Conselhos de Saúde: participação, autonomia e cooptação

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Curso de Pós-graduação em Ciência Política na Universidade de Brasília pela banca formada pelos professores:

Profª Lúcia Mercês de Avelar (orientadora)
Departamento de Ciência Política da UnB

Profª Denise Bomtempo Birche de Carvalho
Departamento de Serviço Social da UnB

Profª Rebecca Abers
Departamento de Ciência Política da UnB.

Para Alexander

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a concepção deste trabalho.

À querida professora e orientadora, Lúcia Avelar, pelo precioso acompanhamento e presença amiga;

À professora Rebecca Abers, pelas indicações bibliográficas e sugestões da qualificação, bem como pelo imprescindível auxílio para a organização da banca;

Às professoras Denise Bomtempo e Rebecca Abers por aceitarem participar da banca e ler o trabalho em tempo tão exíguo;

À professora Marisa von Bülow, por aceitar a indicação como suplente da banca, em circunstâncias tão incertas, e pela participação e sugestões na qualificação;

Aos funcionários da secretaria do IPOL, Carol e Fábio, pela atenção e auxílio em questões burocráticas;

A Alexander , pelo amor e paciência;

À família, queridos pais e irmãos, pela presença e apoio incondicionais;

Aos amigos Ana, Bárbara, Francisco, Renata e Vicente por tornarem a vida mais leve, em especial, às mits, pelo eterno conforto;

Ao OPSA e colegas, pelo amadurecimento e aprendizado.

Muitos abusos, descuidos e lacunas tendem a desaparecer, e o restante terá igual destino, não inteiramente, de certo, pois a perfeição não é deste mundo (...)

A Sereníssima República, Machado de Assis

RESUMO

Os Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde (CGPPS) foram criados para permitir a participação conjunta da sociedade e do Estado na elaboração de políticas públicas na área da saúde. Contudo, a sua ampla disseminação não conduz automaticamente ao diagnóstico de ampliação da participação política e fortalecimento da democracia. A fim de encontrar indícios sobre a real contribuição dos CGPPS, este trabalho busca desvelar a autonomia organizacional de tais instâncias, por meio da análise histórico-contextual e institucional-legal. Argumenta-se que a criação dos CGPPS – em um contexto de democratização perpassado por diferentes práticas políticas – se deve, para além da influência da efervescente mobilização social, à permeabilidade do Estado. A disseminação de tais instâncias é interpretada, assim, como fruto da interação entre Estado e sociedade. Nessa perspectiva, apesar de haverem sido criados pelo Estado e integrarem o aparato estatal, os CGPPS não são automaticamente cooptáveis sendo passíveis de autonomia organizacional. Esta é avaliada em duas perspectivas, a interna – mecanismos institucionais criariam igualdade de condições –, e a externa – caráter deliberativo permitiria inserção autônoma na burocracia de Estado. Chega-se a um duplo diagnóstico: apesar dos problemas quanto aos instrumentos para o exercício da autonomia organizacional, a estrutura participativa na formulação de políticas de saúde gera possibilidades de interação entre atores outrora impensáveis.

Palavras-chave: Conselhos Gestores, saúde, participação, autonomia, Estado e sociedade.

ABSTRACT

Health Councils were created to allow the society participation in public politics health elaboration. However, the huge dissemination of these councils doesn't lead automatically to the diagnostic of politic participation enlargement or democracy strengthen. In intention to identify clues about the real contribution of these instances, these work intend to investigate the organizational autonomy of the health councils, analyzed into a historic-contextual and legal-institutional perspective. The work argues that in addiction to the society mobilization the health councils' creation is due to a process of state permeability. In this way, the health councils' dissemination is observed like a result of a state and society interaction. From this perspective, despite being built by the state and being part of it, the councils are not automatically cooptable and might be organizationally autonomous. The organizational autonomy is examined in two perspectives: internal – identification of which institutional mechanisms are available to produce equity conditions – and external – the deliberative character encourage autonomy insertion on state bureaucracy. By the end, there are a double diagnostic about the councils nature: although the organizational autonomy problems, the structure for society participation which was built produce possibilities interaction between actors that were unimaginable in a recent past.

Keywords: Councils, health, participation, autonomy, state and society.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações de Saúde e Saneamento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CGPP	Conselhos Gestores de Políticas Públicas
CGPPS	Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde
CIMS	Comissões Interinstitucionais de Saúde Municipais
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde Estaduais
CNCS	Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde
CNS (a)	Conferência Nacional de Saúde
CNS (o)	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CRIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde Regionais
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPMF	Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira
LOA	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MOPS	Movimento popular em saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério Trabalho, Indústria e Comércio

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Introdução.....	13
I. Participação política, Democracia e Autonomia.....	17
1. Participação Política nas Teorias da Democracia.....	18
2. A ampliação da participação política	25
2.1. A interação entre Estado e sociedade	28
2.2. Entre o clientelismo, a autonomia e a cooptação.....	32
3. A construção democrática brasileira e reinvenção de prática políticas.....	37
3.1. Limites oligárquicos e o processo de incorporação política.....	37
3.2. Mobilização social e novos contornos.....	42
3.3. A institucionalização da participação: uma nova forma de interação?.....	44
3.3.1. Autonomia organizacional.....	47
II. Antecedentes e implantação dos Conselhos de Saúde.....	49
1. Sistema de saúde bifurcado e excludente.....	50
2. A demanda por ampliação da participação	54
2.1. A mobilização da sociedade e as vias de participação.....	55
2.2. Estado permeável à sociedade.....	58
3. A institucionalização da participação	62
3.1. As dificuldades de implantação do SUS.....	64
3.2. A disseminação dos CGPPS.....	67

III. Autonomia organizacional dos Conselhos de Saúde	74
1. Ambigüidade: participação dentro do Estado.....	75
1.1. Instrumentos de organização interna	77
1.1.1. Composição.....	78
1.1.2. Mecanismos de funcionamento.....	81
1.2. Competências e caráter deliberativo.....	83
2. Mapeamento institucional: autonomia interna.....	85
2.1 A situação da estrutura física	85
2.1.1. Meios de Comunicação.....	85
2.1.2. Sede Própria.....	87
2.2 O panorama da estrutura institucional.....	89
2.2.1. Instrumento de criação.....	93
2.2.2. Periodicidade das reuniões.....	95
2.2.3. Presidência.....	98
2.2.4. Mesa diretora e Comissões.....	100
3. Análise da agenda frente ao caráter deliberativo: autonomia externa.....	102
Considerações finais.....	106

Referências bibliográficas.....110

Apêndices.....118

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) completa 20 anos agregando uma ampla gama de espaços participativos que promovem interlocução e coordenação de milhares de pessoas comprometidas com sua construção e melhoria. Trata-se da maior rede de participação da sociedade para deliberação sobre políticas públicas do Brasil, que conta com 5.578 Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde (CGPPS), distribuídos nos níveis municipal, estadual e nacional, e, ainda, com conferências, plenárias e congressos realizados periodicamente. Pensados para garantir a atuação conjunta do Estado e da sociedade na deliberação de políticas públicas, de modo a amparar a implementação do SUS, os CGPPS foram pioneiros entre as instâncias dessa natureza instaladas no país durante a década de 1990 e, atualmente, se distribuem por todo território brasileiro.

Entretanto, apesar da vigorosa estrutura participativa que se arquitetou no campo da saúde – no contexto da universalização dos direitos sociais e da implantação de conselhos gestores em outras áreas de políticas sociais e urbana –, são muitas as questões em torno da real contribuição dessas institucionalidades para a democratização da relação entre Estado e sociedade. A criação de tais instâncias apontaria para a conformação de uma democracia participativa? Ou seriam instrumentos da democracia representativa, contribuindo para melhorar sua qualidade? Essas institucionalidades participativas propiciariam a participação de uma parcela da população historicamente excluída dos canais de tomada de decisão?

Em torno dessas e outras questões, a literatura tem discutido amplamente o desempenho dessas novas instâncias participativas, apontando os avanços e os problemas enfrentados. Essas indagações, entretanto, apenas tangenciam o presente trabalho que discute a institucionalização de uma nova interação ente Estado e sociedade e a autonomia dos CGPPS por meio das perspectivas histórico-contextual e legal-institucional. Dessa modo, as perguntas centrais deste trabalho dizem respeito ao caráter ambíguo dos CGPPS que – ao se conformarem enquanto instâncias deliberativas da qual participam representantes governamentais e da sociedade – despertam o debate sobre a sua autonomia e a sua relação no/com Estado: de que tipo de interação entre Estado e sociedade tais instâncias institucionalizam? Qual seria o lugar dessas novas institucionalidades participativas na burocracia estatal? A sua estrutura interna lhe confere mecanismos que garantam uma

interação entre Estado e sociedade permeada por preceitos que confluem em autonomia? Essas interações fornecem a base para o cumprimento de seu caráter deliberativo?

Muito se discute sobre a relação dos conselhos no/com o aparato estatal. No caso da saúde, em 2003, resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentou e – nos termos do texto – reorganizou os CGPPS, esclarece em parte essa questão ao defini-los *como órgão colegiado deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (...)*. Entretanto, o fato de localizarmos os CGPPS como integrantes do aparato estatal não resolve a questão do lugar que estes ocupam frente às instâncias administrativas da burocracia de Estado, o que contribui para que ainda seja intrincada a tarefa de compreender seus alcances e limites.

A mesma resolução indica que os governos devem garantir *a autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa*. Dessa forma, temos uma institucionalidade participativa que integra a estrutura do Estado e cuja autonomia está vinculada ao suporte governamental, principalmente com relação a conceber operacionalidade – estrutura física e funcionamento – a tais instâncias, de modo a garantir sua autonomia. Atualmente, os estudos exploram a autonomia dos CGPPS o fazem, principalmente, na perspectiva de possibilidade de cooptação estatal. Partimos, contudo, de uma ponto de vista que visa ir além da contraposição entre cooptação estatal e autonomia dos CGPPS, ao consideramos que o Estado pode ter um papel importante não só na abertura de canais participativos, mas também na garantia de sua autonomia. Assim, exploramos a autonomia dessas novas institucionalidades participativas não somente como resultante da pujança da atuação da sociedade, mas também como um mecanismo cuja construção o Estado também faz parte.

O que fascina no caráter ambíguo dessas institucionalidades participativas e, ao mesmo tempo, imprime grandes dificuldades em se realizar uma análise panorâmica dos CGPPS – que seja ao mesmo tempo densa – é a ampla diversidade de possibilidades de conformação de sua autonomia. Entre funcionarem como institucionalidade paralela, meramente formal, e entre serem canais de difusão de práticas democrático-participativas, educando para a participação, os conselhos podem encarnar infinitas formas de combinação entre grau/natureza de cooptação e qualidade de participação.

O diagnóstico varia muito em relação ao contexto em que os CGPPS estão inseridos, havendo diferenças não só de acordo com as características do ente federativo que estão inseridos, mas também em relação à importância que o governo do local concede a

participação social. Nesse sentido, é possível se ter uma idéia do quão desafiador é analisar a autonomia dos CGPPS. Este trabalho, contudo, não tem a pretensão de envolver todas as nuances descritas acima, de modo que não pretendemos tratar das particularidades de cada instância e sim, explorar a autonomia organizacional dos CGPPS por meio das perspectivas histórico-contextual e legal-institucional, construindo generalizações possíveis.

No âmbito histórico-contextual, exploramos as mudanças na relação entre Estado e sociedade até a conformação dos CGPPS, a fim de ter claro o processo de institucionalização de uma nova interação ente Estado e sociedade, frente aos limites e possibilidades para o exercício da autonomia organizacional das novas institucionalidades participativas. A seguir, no mapeamento legal-institucional, analisamos a autonomia organizacional dos CGPPS. Isso é realizado por meio da análise da sua estrutura física e de seu funcionamento, que incidem diretamente sobre as *condições* para a autonomia dos CGPPS – autonomia interna –, bem como por meio do exame do cumprimento seu caráter deliberativo, que nos informa sobre as possibilidades de *ações* autônomas junto à burocracia de Estado – autonomia externa.

Após tais considerações, cabe apresentar a maneira como pretendemos estruturar o trabalho. O primeiro capítulo se refere ao mapa teórico-conceitual deste trabalho. Na primeira seção, localizamos teoricamente a discussão sobre participação política dentro da diversidade de noções de democracia. Na segunda parte do capítulo, delimitamos conceitualmente Estado, sociedade, autonomia e cooptação. Por fim, circunscrevemos a discussão à realidade brasileira, tratando brevemente do processo de construção democrática.

No segundo capítulo, adentramos o universo da saúde. Na primeira seção, resgatamos brevemente os antecedentes históricos do setor no Brasil pré-SUS, fazendo o exercício de pensar o papel do Estado, da participação da sociedade e das práticas políticas autoritárias em um contexto de exclusão. Logo após, tratamos da configuração da nova organização do setor da saúde e do surgimento dos primeiros CGPPS. Finalmente, abordamos as principais características das novas institucionalidades participativas, explorando os pontos que conferem a tais estruturas um caráter ambíguo.

No terceiro capítulo, abordamos a autonomia organizacional dos CGPPS por meio da análise de sua conformação legal-institucional. Na primeira parte do capítulo, identificamos na legislação os principais instrumentos funcionais/organizacionais que conferem autonomia organizacional aos CGPPS, bem como as competências que devem ser desempenhadas pelas instâncias. Na segunda seção, contrapomos os elementos identificados no marco legal ao seu funcionamento. Com isso, buscamos mapear os principais nós da relação entre Estado e sociedade no campo da saúde, identificando pontos que são passíveis de práticas de cooptação

e indicam a possibilidade de baixa qualidade da participação da sociedade e, assim, de dificuldade de interação e coordenação entre os atores. Ao percorrer esse caminho, procuramos identificar os elementos que são indícios de avanços na ampliação da participação da sociedade e na democratização do Estado, buscando, com isso, coletar elementos que nos permitam algum grau de generalização – exercício realizado já nas considerações finais.

Cabe ressaltar, mais uma vez, que a proposta deste trabalho não é explorar as particularidades de cada CGPPS e, sim, analisar questões gerais referentes à sua autonomia organizacional, a fim de encontrar indícios mais ou menos fortes de sua contribuição para a democratização das relações entre Estado e sociedade. Para tanto, recorreremos aos seguintes instrumentos metodológicos.

No primeiro capítulo, realizamos uma revisão bibliográfica sobre democracia, participação, Estado, sociedade e práticas políticas autoritárias. Para contextualizar a criação dos CGPPS, no segundo capítulo, recorreremos, tanto à bibliografia secundária, como a primária. Esta última se refere, principalmente, a documentos e publicações oficiais tanto do governo como de associações civis. No terceiro capítulo – para além da revisão bibliográfica sobre CGPPS –, lançamos mão do exame da legislação concernente ao objeto de estudo, bem como da análise de dados do Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde (CNCS) e de documentos (atas das reuniões do CNS, relatórios das Conferências Nacionais de Saúde), informativos, jornais e manuais do CNS.

Estamos cientes de que a proposta deste trabalho de contrapor o marco legal, de um lado, aos dados do CNCS, de outro, não são suficientes para medir o grau de autonomia dos CGPPS, mensurar a qualidade da participação ou avaliar se as ações estatais podem conduzir uma interação positiva com sociedade em direção a uma prática participativa não-instrumentalizada. Temos, assim, consciência das limitações conclusivas dessa pesquisa. Entretanto, chamamos atenção para a importância em se abordar tais institucionalidades participativas de forma abrangente tendo em vista que a maior parte das numerosas pesquisas, que têm como objeto os CGPPS – e as diversas instâncias participativas que se conformaram no Brasil na década de 1990 – são estudos de casos de municípios e, algumas vezes, de estados (Labra, 2006; Santos Júnior, Ribeiro e Azevedo, 2004). E, para além das possibilidades de contribuição para o meio acadêmico, trata-se, antes de tudo, de um convite ao desafio de se pensar o país.

CAPÍTULO I

PARTICIPAÇÃO POLÍTICA, DEMOCRACIA E AUTONOMIA

Entendemos que a participação política é instrumento de legitimação e fortalecimento das instituições democráticas e de ampliação dos direitos de cidadania (Avelar, 2007, p. 261). Entretanto, tal concepção não é consenso entre os estudiosos do tema. Nesse sentido procuramos, neste capítulo, localizar teoricamente a discussão sobre participação política para analisá-la frente ao processo de ampliação da participação no Brasil, mais especificamente, frente à estruturação dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde.

Na primeira parte do capítulo, tratamos da participação política tendo como ponto de partida a tensão presente no debate da teoria contemporânea da democracia entre a aplicação de princípios procedimentais – enfatizam o processo eleitoral e a competição –, de um lado, e o resgate de preceitos participativos – remetem às idéias de cooperação e organicidade da sociedade –, de outro lado. Com isso, buscamos ter clareza sobre as noções de participação política, bem como sobre os preceitos que guiarão o trabalho, tanto no que se refere aos diagnósticos realistas quanto às proposições analíticas.

Na segunda seção, tendo como base a noção de participação política delimitada anteriormente, exploramos os conceitos-chaves para compreensão da sua relação com democratização da democracia, alterações de limites oligárquicos e construção de cidadania. Assim, tomamos os conceitos de Estado, sociedade, clientelismo, cooptação e autonomia para esclarecer o fenômeno de instrumentalização da participação, o que nos auxilia a pensar sobre as possibilidades de conformação de uma participação política de qualidade.

Na terceira e última parte do capítulo, circunscrevemos os elementos até então explorados às peculiaridades da construção democrática brasileira. Ou seja, as práticas autoritárias – clientelismo e cooptação – e o processo de ampliação da participação política são localizados ao longo do processo de organização do Estado brasileiro. Com isso, identificamos pontos de inflexão, ou seja, de mudança de padrão da relação entre Estado e sociedade no processo de conformação da democracia no Brasil, o que nos fornece subsídios

para explorar os antecedentes e o processo de implantação dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde (CGPPS).

1. Participação política nas teorias da democracia

A participação política e democracia são fenômenos intimamente ligados, e cuja relação é complexa e delicada. Nem todas as democracias apresentam alto grau de politização em sua via social, assim como nem toda sorte de ativo realmente é uma luta por direitos. Vincular o tema participação e democracia tem sido um dos mais densos problemas filosóficos e teóricos. Na Ciência Política é comum o confronto entre estudiosos que consideram a participação política como perigosa para a democracia, porque questiona indefinidamente as decisões políticas, e outros, para os quais não há democracia sem participação (...) (Avelar, 2007, p. 275-6)

A democracia é objeto de amplo debate da teoria política contemporânea. Diante das inúmeras correntes que tratam do tema¹, a delimitação do conceito de maneira consensual é tarefa irrealizável. O mapa teórico desenhado aqui parte de duas vertentes – *procedimental e participativa* – que, de alguma forma, polarizam o debate sobre a participação política na teoria política contemporânea da democracia². A opção por abordar tais correntes se deve ao fato de que, com base no confronto entre as duas formas de pensar a democracia, seria possível traduzir os impasses fundamentais da história da teoria democrática e das democracias como organização política do mundo contemporâneo. Com o esclarecimento de seus princípios, espera-se ter claro dois pólos analíticos, de modo que se possa aguçar a percepção sobre as análises de democratização e compreender onde se insere conceitualmente a noção de participação política em nosso trabalho. Antes de explorarmos as perspectivas procedimental e participativa, cabe definir que entendemos *participação política*, conforme delimita Avelar, como *ação de indivíduos e grupos com o objetivo de influenciar o processo político* (Avelar, 2007, p. 264).

De uma maneira simplificada, pode-se dizer que a corrente procedimental define democracia como *governo aprovado pelo povo*, no qual há um conjunto de regras que regula a escolha de governantes por meio da realização de eleições periódicas. A participação política reserva-se ao processo eleitoral, sendo outras formas de participação consideradas, até

¹ É importante esclarecer que não pretendemos, neste trabalho, realizar uma discussão exaustiva das teorias da democracia. A retomada de alguns autores se dá com a finalidade de demonstrar a complexidade das discussões que contemplam o tema e circunscrever teoricamente o debate sobre participação política e democratização.

² Aqui tratamos a *teoria contemporânea de democracia* como conjunto de trabalhos recentes sobre democracia, que podem estar localizados tanto na chave interpretativa procedimental, como na participativa. Desse modo, ao falar de teoria contemporânea de democracia e seus teóricos não estamos remetendo à divisão realizada por Pateman (1992) entre teoria contemporânea da democracia e teoria da democracia participativa – apesar de utilizarmos pontos de sua argumentação para caracterizar o que chamamos de vertente participativa.

mesmo, elementos desestabilizadores do sistema político³. Já a vertente participativa tem seus fundamentos atrelados à concepção clássica de democracia, que remete ao significado etimológico da palavra, do grego, *governo do povo* – demos (povo); cracia (poder). Nessa linha, a democracia seria interpretada como uma *organização política baseada na igualdade política de todos os cidadãos, que concede às pessoas comuns a capacidade de decidir coletivamente seu destino* (Miguel, 2002, p. 484). Ou seja, a participação da sociedade seria um elemento central na organização do sistema político.

Referência obrigatória na maioria dos trabalhos de teoria contemporânea da democracia, *Capitalismo, Socialismo e Democracia*, de Schumpeter (1950), pode ser apontada como a obra embrionária da corrente procedimental⁴. A definição de democracia do autor baseia-se em uma noção pragmática que se contrapõe ao que ele chama de doutrina clássica da democracia. Para Schumpeter, o modelo clássico estaria fundamentado na idéia de bem comum e de vontade do povo. E, como considera que para cada um o bem comum pode ter um significado diferente, sendo o povo incapaz de possuir uma vontade racional comum a todos, a democracia nos moldes clássico seria irrealizável. O autor afirma que os indivíduos não sabem realizar escolhas quando se trata de questões públicas, de modo que, mesmo que sejam capazes de fazê-lo em sua vida privada, em assuntos referentes à política, não são capazes de agir com racionalidade. Com base nessas suposições, Schumpeter assinala que o governo do povo não é exequível (p. 252-64).

Diante da incapacidade de ação do povo em relação a questões políticas, Schumpeter sugere a adoção de um método democrático. O autor o define como um sistema institucional para a tomada de decisões políticas, no qual deve governar uma minoria escolhida mediante uma luta competitiva por votos do eleitor. Nessa concepção de democracia como livre competição pelo voto, reside ponto crucial para a compreensão do que Schumpeter denomina mercado político. Tal como no mercado econômico, em que empresários competem pela preferência do consumidor, os políticos disputariam a preferência dos eleitores (consumidores de bens públicos), sendo o voto, a contraprestação. Contudo, não se trata de uma concorrência perfeita, mas sim, de uma oligarquia, em que elites políticas competem entre si pelo poder. Nessa solução de organização política, na qual a democracia corresponde aos procedimentos

³ Vale aqui a ressalva de que o fato da importância e da abrangência da participação política ter sido relativizada pelos autores da corrente procedimental, não significa que a relação entre regimes democráticos e participação política seja nova. A participação política faz parte da democracia enquanto fenômeno histórico ou pensamento político (Pateman, 1992).

⁴ A obra de Schumpeter é referência até mesmo em trabalhos que criticam os limites da democracia procedimental e defendem uma teoria da democracia em bases participativas. Ver Pateman (1992, p. 12-6); Fleury (1997, p. 30).

que regulam a disputa pelo poder, as questões públicas seriam resolvidas por um seletivo grupo de lideranças políticas.

A participação política limitada ao voto com a redução da relação entre governo e povo à realização de eleições é uma das maiores críticas apresentadas a tal modelo de democracia⁵. Os procedimentos necessários para a manutenção desse modelo de democracia passam pela preservação da liberdade individual e da igualdade formal – participação eleitoral –, sendo a liberdade positiva e a igualdade substantiva sacrificadas. Essa concepção de democracia geraria, nesse sentido, certa naturalização da desigualdade⁶ – todos são iguais no mercado político, mas nem todos têm meios de governar, já não há igualdade de recursos para a competição política.

A concepção schumpeteriana de mercado político está presente nos fundamentos da teoria pluralista, uma vez que esta postula democratização das sociedades por meio da prática competitiva. Com base nessa idéia, o maior representante da corrente pluralista norte-americana, Robert Dahl (2005), aponta em *Poliarquia* meios possíveis de democracia e formas de garantir a participação política⁷. Entendendo democracia como a contínua responsividade do governo às preferências de seus cidadãos, considerados politicamente iguais (p. 25), o autor lista requisitos institucionais para uma democracia para um grande número de pessoas, ou melhor, para se chegar a uma poliarquia – melhor opção possível de regime em nosso mundo imperfeito. Os oito requisitos listados pelo autor são: liberdade de organizações; liberdade de expressão; direito ao voto; direito a ser eleito; livre competição eleitoral; diversidade de fontes de informação; eleições livres e honestas; e instituições que garantam que as políticas governamentais dependam de outras formas de manifestação de preferências (p. 27).

⁵ *A participação do cidadão é reduzida ao ato de votar. Schumpeter condena qualquer outra manifestação popular, até mesmo o simples envio de cartas aos representantes, como sendo uma intromissão indevida dos governados nas ações dos governantes. Ao mesmo tempo, o momento central da democracia concorrencial, a eleição, é desprovido de qualquer conteúdo, pois não indica a vontade do povo, nem mesmo da maioria.* (Miguel, 2002, p. 502)

Na teoria democrática de Schumpeter, a participação não tem um papel especial ou central. Tudo o que se pode dizer é que um número suficiente de cidadãos participa para manter a máquina eleitoral – arranjos institucionais de modo satisfatório. A teoria concentra-se num reduzido número de líderes. (Pateman, 1992, p.14)

⁶ A naturalização da desigualdade ocorre diante da internalização da assertiva de que o governo deve ser realizado por uma minoria. Miguel (2002) afirma que a denominação dos regimes eleitorais ocidentais de “democracia” tem grande influência da teoria elitista. Mosca, Pareto e Michels, autores de maior expressão dessa teoria, grandes críticos à democracia, defendem a idéia de que a possibilidade da maioria da população controlar efetivamente o poder seria ilusória e descartam qualquer possibilidade de participação política.

⁷ Democracia é definida como a contínua responsividade do governo às preferências de seus cidadãos, considerados politicamente iguais (Dahl, 2005, p. 25).

Desse modo, preconizando a livre competição à cooperação, a participação é concebida de um ponto de vista bidimensional, ou seja, como direito ao voto, por um lado, e contestação, por outro. O direito ao voto é entendido como direito de votar e ser eleito. A contestação livre diz respeito à possibilidade de grupos políticos realizarem oposição mútua e se colocarem como opções ao exercício do poder⁸. Tendo como referência a idéia de participação política schumpeteriana, há ampliação do conceito com a inclusão da contestação⁹ como uma dimensão de análise.

Entretanto, as dimensões do direito ao voto e da contestação estão relacionadas às regras eleitorais e à manutenção da estabilidade do sistema político. Reside aí um dos principais questionamentos de autores participacionistas à perspectiva procedimental de democracia: os aspectos formais e instrumentais a partir dos quais a participação política é concebida. Para esses autores, a participação deve ser pensada para além da manutenção da estabilidade do sistema e da *proteção do indivíduo contra decisões arbitrárias dos líderes eleitos e a proteção de seus interesses privados* (Pateman, 1992, p. 25)¹⁰. Assim, sem discutir a inegável importância dos conceitos dahlbianos para se analisar a democratização¹¹, é necessário esclarecer que não ficam claras as possibilidades de expansão dos espaços de diálogo entre Estado e sociedade. Além disso, uma vez que a participação seria movida por questões instrumentais, seria difícil falar em canais que permitam coordenação¹² por meio de redes de solidariedade.

A ampliação de canais de participação política para além das vias procedimentais é ponto central no debate de teorias da democracia contemporâneas que resgatam ideais rousseauianos. Os trabalhos orientados nessa perspectiva estabeleceram um eixo de análise que busca explorar possibilidades de *participação numa teoria da democracia moderna e viável* (Pateman, 1992, p. 09), enfatizando a participação popular em processos de tomada de

⁸ Para detalhes sobre o sistema de contestação pública defendido por Dahl, ver capítulo *Democratização e Oposição Pública* (Dahl, 2005, p. 25-38).

⁹ Ver argumentação sobre participação ampliada e competição política e sobre as reações à demanda por participação (Dahl, 2005, p. 42-3).

¹⁰ Para condições de conservação da estabilidade do sistema mediante participação, conforme leitura de da autora dos trabalhos procedimentais, os quais ela classifica de teoria contemporânea da democracia, ver Pateman, 1992, p. 25.

¹¹ Grande parte dos transitólogos parte de uma definição de democratização análoga a de Dahl, que se refere a um processo de progressiva ampliação da competição como eixo da participação política. No prefácio da edição brasileira de *Poliarquia* (Edusp), para dimensionar a influência do autor nos estudos contemporâneos sobre democracia, Limongi afirma que 99% dos estudos sobre transição de regimes, que partem de definições de autoritarismo e democracia, se baseiam na obra de Dahl. Limongi aponta, ainda, a importância da obra de Dahl na mudança de foco da ciência política, antes baseada fortemente na teoria da modernização, na qual os processos de democratização eram explicados por meio de transformações de estruturas sociais imersas em um processo histórico.

¹² Vale esclarecer que quando falamos em coordenação aqui, não queremos dizer ausência de conflito e sim interação entre as partes com possibilidades de ganhos mútuos.

decisão, e pensando possíveis instituições políticas participativas, que não sejam restritas ao sistema eleitoral.

Segundo Pateman, os pilares de uma percepção participativa da democracia estariam presentes no que a autora chama de sistema político participativo ideal de Rousseau. De acordo com esse sistema – *concebido para desenvolver uma ação responsável, individual, social e política como resultado do processo participativo* (p. 38) –, a autora argumenta que a principal função da participação é a educativa, no sentido amplo do termo. A participação conduziria a uma relação de interdependência entre os cidadãos da comunidade, que preservaria a igualdade (substantiva) e a autonomia (liberdade positiva), de modo que cooperação se tornaria elemento imprescindível na ação política. Tal sistema seria auto-sustentável na medida em que, quanto mais o cidadão participa, mais capacitado ele se torna para dar continuidade ao processo (p. 36-39).

À idéia de sistema ideal de participação rouseauniano, Pateman acrescenta pontos da obra de Mill¹³ e de Cole, para conformar o que ela chama de teoria da sociedade participativa. A principal contribuição de Mill à explicação da participação política estaria no argumento *de que de nada servem o sufrágio universal e a participação no governo nacional, se o indivíduo não foi preparado para essa participação a um nível local; é neste nível que ele aprende se autogovernar* (p. 46). Baseada na proposta inovadora de Mill de que o efeito educativo da participação deveria abranger a indústria, Pateman propõe a generalização dessa argumentação de maneira *a englobar o efeito da participação em todas as estruturas de autoridade* (p. 51). A referência a Cole se deve seu esquema de organização de sociedade participativa¹⁴, no qual é enfatizada a necessidade de aplicação dos princípios democráticos não somente à esfera política, mas em toda e qualquer forma de ação social (p. 52-4).

A teoria da democracia participativa é construída em torno da afirmação central de que os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente. A existência de instituições representativas a nível nacional não basta para a democracia; pois o máximo de participação de todas as pessoas, a socialização ou treinamento social, precisa ocorrer em outras esferas (...) A principal função da participação na teoria da democracia participativa é, portando, educativa; educativa no mais amplo sentido da palavra, tanto no aspecto psicológico quanto no de aquisição de prática de habilidades e procedimentos democráticos. Por isso, não há nenhum problema especial quanto à estabilidade de um sistema participativo; ele se auto-sustenta por meio do impacto educativo do processo participativo. A participação promove e desenvolve as próprias qualidades que lhe são

¹³ Trata-se de John Stuart Mill, filho do utilitarista James Mill. Para mais detalhes da interpretação de Pateman sobre a contribuição de Mill à teoria da sociedade participativa, ver Pateman, 1992, p. 42-52.

¹⁴ Cole o faz em sua obra sobre socialismo de guilda (*Guild Socialism*). Ver interpretação de Pateman sobre o trabalho na construção de uma teoria participativa (1992, p. p.52). De acordo com Bobbio a principal proposta do autor seria de reforma institucional com instauração de uma reapresentação funcional (1986, p. 49).

necessárias; quanto mais os indivíduos participam melhor capacitados eles se tornam para fazê-lo. As hipóteses subsidiárias a respeito da participação são de que ela tem um efeito integrativo e de que auxilia a aceitação de decisões coletivas. (Pateman, 1992, p. 60-1)

Nesse sentido, a própria ação de participar seria responsável por preparar o indivíduo e a comunidade para participação, gerando um aprendizado que possibilitaria a sua institucionalização. Com base em tais elementos, seria possível desmistificar o pressuposto na qual se baseia a corrente procedimental de que o cidadão comum não teria interesse por assuntos políticos, uma vez que a apatia não seria uma característica inerente, podendo ser transformada. Reside justamente aqui a grande contribuição da corrente participativa para a discussão proposta neste trabalho: a ênfase na capacidade participativa da sociedade mediante o resgate de preceitos de igualdade substantiva e liberdade positiva.

Tendo como ponto de partida um diagnóstico realista da democracia contemporânea¹⁵, Bobbio (1986) aponta que, tanto os preceitos de igualdade e autonomia, quanto a educação para a participação, estariam entre as promessas não cumpridas da democracia¹⁶. A igualdade substancial aos cidadãos, não apenas formal, e a liberdade enquanto autonomia¹⁷ não seriam exequíveis frente aos preceitos de competição e desigualdade, sobre os quais as democracias representativas contemporâneas. A educação para democracia não seria prática recorrente, uma vez que, a despeito das inúmeras discussões sobre o tema educação para a cidadania, o fenômeno da apatia política estaria presente mesmo em sociedades com preceitos democráticos mais sólidos (p. 31-2).

Cabe aqui marcar a diferença que fazemos entre o diagnóstico das democracias contemporâneas e os preceitos normativos que orientam a discussão deste trabalho. Apesar do caráter procedimental que os regimes democráticos assumiram, do quadro de crescente desigualdade social – sistema político estruturalmente assimétrico, com a prevalência dos preceitos de liberdade negativa e igualdade formal que conduzem à instrumentalização da relação entre Estado e sociedade – acreditamos que não podemos limitar a análise da

¹⁵ O autor caracteriza a sociedade real como pluralista e afirma que as democracias representativas – únicas existentes – nascem de uma concepção individualista da sociedade – em contraposição à orgânica (Bobbio, 1986, p. 22)

¹⁶ Segundo Bobbio, *desde quando a democracia foi elevada à condição de melhor forma de governo possível (ou da menos má), o ponto de vista a partir do qual os regimes democráticos passaram a ser avaliados é o das promessas não cumpridas* (1986, p. 100).

¹⁷ *O princípio inspirador do pensamento democrático sempre foi a liberdade entendida como autonomia, isto é, como capacidade de dar leis a si própria, a famosa definição de Rousseau, que deveria ter como consequência a perfeita identificação entre quem dá e quem recebe uma regra de conduta e, portanto, a eliminação entre governantes e governados sobre o qual fundou-se todo o sistema político. A democracia representativa, que é a única forma de democracia existente e em funcionamento, é já por si mesma uma renúncia ao princípio da liberdade como autonomia.* (Bobbio, 1986, p. 26)

participação política a tal *modus operandi*. Fazê-lo seria descartar a possibilidade de relações baseadas em redes de solidariedade e de coordenação, seria abrir mão de pensar que institucionalidades participativas podem funcionar em direção à igualdade e à liberdade positiva. Acreditamos que pensar a participação política como uma ação coletiva organizada e propositiva, que articule redes de solidariedade e reconhecimento interno (Avelar, 2007, p. 269), exige preceitos de igualdade e liberdade positiva como guias de ação.

O que se defende é que, dentro das regras e limites de um sistema político, uma prática política pode ser guiada por preceitos diferentes daqueles que o estruturam. Entretanto, não queremos dizer com isso, que a participação política, como pensamos, extrapolaria os limites e regras definidas pelo sistema (Avelar, 2007, p.265). Nesse sentido, acreditamos que, conforme argumenta Bobbio, que a ampliação da participação política deve se dar com a manutenção e a preservação das regras do jogo, ou seja, dos partidos políticos, das eleições periódicas, da igualdade de voto e do respeito aos direitos civis (1986, p. 18). O autor considera que as possibilidades de alargamento da participação política devem tomar as conquistas institucionais democráticas como ponto de partida, defendendo que a possibilidade de ampliação da democracia residiria não no resgate da chamada democracia direta, e, sim, na *ocupação, pelas formas ainda tradicionais de democracia, como é a democracia representativa, de novos espaços (...)* (p. 55).

Após a conquista do sufrágio universal, se ainda é possível falar de uma extensão do processo de democratização, esta deveria revelar-se não tanto na passagem da democracia representativa para a democracia direta, como habitualmente se afirma, quanto na passagem da democracia política para a social – não tanto na pergunta “Quem vota”, mas na resposta a esta outra pergunta: “Onde se vota”. Em outros termos, quando se quer saber se houve um desenvolvimento da democracia num dado país o certo é procurar perceber se aumentou não o número dos que têm direito de participar nas decisões que lhes dizem respeito, mas os espaços nos quais podem exercer esse direito. (Bobbio, 1986, p. 28)

Entendemos, portanto, a participação política como um *instrumento de legitimação e fortalecimento das instituições democráticas* (Avelar, 2007, p. 261). Para tanto, esta deveria se dar por outras vias que não somente a eleitoral¹⁸, porque, como aponta Avelar, quando esta é um dos poucos meios de acesso à participação, o jogo democrático pode ser corrompido¹⁹. É

¹⁸ O canal eleitoral refere-se à participação eleitoral e partidária delimitada por regras constitucionais. Avelar aponta para além do eleitoral, mais duas possibilidades de participação política – o canal corporativo e o organizacional. O corporativo relaciona-se à representação de interesses privados no Estado. Já o organizacional diz respeito a atividades não institucionalizadas da política com propostas de arranjos entre a sociedade civil e o Estado. (Avelar, 2007, p. 265)

¹⁹ (...) *a excessiva ênfase no canal eleitoral como cerne das atividades de participação oculta os meios pelos quais os segmentos da não-eleite se organizam e se manifestam, particularmente nos países em que as elites*

nesse sentido que defendemos que seria saudável para a democracia a ampliação de canais de participação política. Historicamente, o surgimento de canais de participação alternativos varia conforme *contexto histórico, tradições de cultura política e situação social* (p. 261).

No Brasil, as conquistas no sentido de ampliação do acesso aos processos de tomada de decisão vieram atreladas ao redesenho de instituições representativas no processo de transição democrática. Tal ampliação se deu, principalmente, por meio do estabelecimento de espaços de interlocução entre Estado e sociedade para gestão de políticas públicas. O objeto de estudo deste trabalho, os Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde (CGPPS), está inserido nessa perspectiva, sendo interpretado aqui como uma contribuição qualitativa à democracia representativa, como um esforço no sentido de democratizar a democracia.

Considerando que a emergência de canais de participação política varia conforme contexto histórico, tradições de cultura política e situação social e que esse processo no caso do Brasil é repleto de peculiaridades, contextualizamos historicamente a ampliação da participação no processo construção democrática brasileira – última parte do capítulo. Antes, contudo, tratamos de algumas questões elementares para a análise da abertura de novos canais participativos – democratização da relação entre Estado e sociedade, instrumentalização da participação, autonomia e cooptação. Partimos da discussão da vinculação entre participação política e fortalecimento da democracia e da cidadania para pensar a relação da primeira com Estado, sociedade e práticas políticas.

2. A ampliação da participação política

(...) a democracia é o marco propício para abrir espaços de participação política e social, principalmente para os que mais sofrem: os pobres e as minorias étnicas e culturais.

(...) não existiria uma democracia sustentável sem um Estado capaz de promover e garantir o exercício da cidadania. Com Estados fracos e mínimos, só é possível aspirar a conservar democracias eleitorais. A democracia integral de cidadãos e cidadãos requer uma 'estatalidad' que garanta a universalidade dos direitos (PNUD, 2004: 30).

O diagnóstico de crescente desigualdade social em um quadro de considerável solidificação das democracias no âmbito eleitoral torna pungente a necessidade de ampliação

tradicionais sabem como manipular o sufrágio a seu favor, seja pelos vínculos clientelísticos, seja pela coerção e violência. O canal eleitoral só é um canal de participação democrática quando a sociedade se organiza em uma pluralidade de associações, de modo que seus líderes mais representativos não alçados para as afetividades eleitorais e partidárias e encontram igualdades de recursos e de oportunidades na disputa eleitoral (Avelar, 2007, p. 266).

da participação política com intuito de legitimar e fortalecer a democracia e a cidadania. Recente estudo do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de avaliação da situação da democracia na América Latina *não só como regime eleitoral, mas também como uma democracia de cidadãos*, apresenta a *expansão da participação política* como uma das condições necessárias para *democracia integral de cidadãs e cidadãos* (PNUD, 2004: 26)²⁰. Em consulta aos países avaliados²¹, o informe nos dá elementos acerca da percepção da população sobre o tema. Em quase toda a América Latina, a participação política é pensada como uma forma de fortalecimento de instituições democráticas, e o seu aumento é interpretado como um dos indícios mais fortes do processo de democratização²².

O problema dessa vinculação aparentemente simples – amplia-se a participação e a democracia é fortalecida e legitimada, havendo solidificação dos direitos de cidadania –, é que a participação política envolve um intrincado jogo entre Estado e sociedade, perpassado por práticas políticas conflitivas²³, o que faz com que tal conexão não se dê, muitas vezes, automaticamente. Exploramos esse intrincado jogo e as práticas conflitivas por meio do detalhamento das possibilidades de interação entre Estado e de modificação dos limites oligárquicos e da dinâmica de incorporação dos direitos sociais.

²⁰ Democracia integral se refere àquela em que é viabilizada um ‘cidadania integral’, ou seja, aquela na qual o cidadão tem acesso a *direitos cívicos, sociais, econômicos e culturais em perfeita harmonia, e que todos eles formam um conjunto indivisível e articulado*. (PNUD, 2004, p.27)

²¹ Os países da América Latina contemplados pela pesquisa do PNUD foram: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

²² De acordo com o tipo de participação – restrita, ampla e intermediária – há algumas diferenças na forma como sua relação com a democracia é encarada. No que se refere ao sentido amplo, a participação em nível mais elevado apareceu como preferível, e, para a maioria, ela teria aumentado significativamente durante a última década. Em relação à participação estreita, a pesquisa identificou duas tendências. Conforme o informe: *nos países com menor tradição democrática, o voto é visto como um ato que concretiza a participação, pois permite expressar uma posição crítica em relação a velhas estruturas patrimonialistas e, eventualmente, um prêmio ou um castigo aos governantes. Identifica-se o crescimento da participação eleitoral com o progresso da participação. Em compensação, nas democracias de maior continuidade, o fato de votar é visto como algo habitual, que não é considerado no momento de avaliar o nível de participação, pois, para os consultados nesses países, a participação implica formas mais ativas de exercer os direitos cidadãos* (PNUD, 2004, p. 158). Entretanto, mesmo quando a participação eleitoral não é identificada como forma de vigor democrático, as formas intermediárias de participação são valorizadas – *sempre, segundo os consultados, esse fenômeno de maior participação por canais alternativos às estruturas partidárias aparece freqüentemente associado à outra tendência vigorosa, o fortalecimento das instâncias de deliberação e de decisão no âmbito local*. Identificou-se, também, desacordo no que se refere à institucionalização da participação social – *certos países contam com canais institucionais através dos quais as demandas podem ser viabilizadas e negociadas. Para alguns consultados, a resistência a desenvolver mecanismos de participação institucionalizada influi negativamente no desenvolvimento da democracia; outros objetam esses processos por considerá-los particularistas e por gerar consensos contingentes que limitam o pluralismo da democracia*. (PNUD, 2004, p. 158)

²³ Para referência de tais práticas, ver a demarcação de Dagnino, Oliveira e Panfichi (2006) sobre projetos políticos que permeiam o processo de construção democrática e conformam a relação entre Estado e sociedade. Os autores argumentam que a construção democrática é perpassada por uma luta simbólica entre três diferentes projetos políticos – autoritário, democrático-participativo e neoliberal. Cada projeto caracteriza práticas políticas próprias que vão atuar entre um patamar mínimo e um máximo no processo democrático. Ver quadro-síntese com descrição dos projetos conforme o conjunto de variáveis proposto pelos autores no Apêndice I.

Cabe fazer referência, antes, contudo, à maneira como a literatura vem explorando tais questões. A bibliografia que analisa o fenômeno da participação política frente à emergência da sociedade civil, no final da década de 1970 e início da de 1980, ressaltava, em grande medida, o caráter anti-institucional e autonomista dos movimentos sociais. Assim, a análise da organização interna dos movimentos era pautada pelos preceitos de igualdade, autonomia e espontaneidade (Martes, 1990). Esta última era analisada, principalmente, em contraposição ao sistema político institucional, de modo que as relações com o Estado eram invariavelmente postas como antagônicas. Nessa perspectiva, é intensa a tendência de valorização do poder transformador da sociedade que, atuando em oposição ao Estado autoritário, seria capaz de reverter o jogo da exclusão social.

O diálogo entre Estado e sociedade, seria interpretado, assim, automaticamente, como indício de cooptação. É nesse sentido que se estrutura grande parte do debate da época sobre a ampliação da participação política no Brasil, em torno do caráter autônomo das mobilizações sociais insurgentes, interpretando a autonomia como ausência de relação com o Estado e com a institucionalização da participação encarada como cooptação. Foi dessa maneira que se consolidou uma visão dicotômica da relação entre Estado e sociedade.

Neste trabalho, procuramos analisar a relação entre Estado e sociedade sem tomar concepções antagônicas como ponto de partida, desconstruindo a idéia de que a sociedade civil seria homogênea e virtuosa, e o Estado seria igualmente homogêneo, mas maléfico (Dagnino, Oliveira e Panfichi, 2006; Dagnino, 2002). Concebemos tanto o Estado como a sociedade como atores heterogêneos, conforme abordamos na seção a seguir. É importante destacar, contudo, que não há originalidade na crítica a tal visão dicotômica, uma vez que, já na década de 80, o questionamento a tal oposição foi levantado pela literatura que trata do papel da sociedade civil sob a ótica da relação entre Estado e sociedade²⁴.

De todo modo, cabe mencionar que, em meados da década de 80, a interpretação sobre as possibilidades de ampliação da participação política e fortalecimento da democracia segue, basicamente, duas direções. Por um lado, se disseminam pesquisas que enfatizam a incapacidade da participação política, por meio da mobilização autônoma da sociedade, em promover a transformação social almejada (Abers, 1997, p. 02) – ao invés de combater práticas políticas tradicionais e procurar transformar o processo de decisão, as associações civis integrariam redes locais de apoio político-eleitoral. Por outro lado, diante da preocupação com o fato da democratização não haver eliminado as práticas tradicionais,

²⁴ Para exemplo de trabalho nesse sentido, ver Boschi (1987), *A Arte da Associação*.

teóricos vão sublinhar a importância das instituições representativas e analisar a conformação da democracia com base em uma perspectiva primordialmente institucional²⁵ (Avritzer e Costa, 2006; Abers, 1997), deixando de lado questões correlatas à ampliação da participação da sociedade. Tais estudos geralmente adotam uma causalidade simples entre mudanças institucionais – instauração do aparato eleitoral – e o enraizamento de preceitos democráticos, em detrimento de práticas políticas tradicionais, como o clientelismo (Avritzer e Costa, 2006). De acordo com essa perspectiva, as instituições representativas seriam o eixo para que *nem os atores autoritários do passado voltem, nem os da sociedade civil diminuam os limites de tolerância e de ação marcados pelo pacto democrático* (Dagnino, Oliveira e Panfichi, 2006, p. 18).

Desde meados de 1990, é possível identificar uma ampla gama de estudos²⁶ com posições e preocupações teóricas nem sempre coincidentes, mas que tem em comum a preocupação de *repensar as relações entre o Estado e a sociedade como eixo articulador da reflexão sobre a democracia* (Dagnino, Oliveira e Panfichi, 2006, p.13). Procuramos pensar a relação entre a ampliação da participação política e o fortalecimento da democracia nessas bases, considerando que a *sociedade civil e o Estado se constroem historicamente de maneira simultânea, em um jogo de inter-relações complexas que é preciso analisar para entender melhor a natureza do processo de democratização* (p. 38).

2.1. A interação entre Estado e sociedade

A compreensão das possíveis formas de interação entre Estado e sociedade é tratada aqui como um elemento-chave de nossa análise. Consideramos que a interpretação de possíveis formatos dessa interação é condicionada pela maneira como concebemos o Estado e sociedade. É nesse sentido que, para pensar as possibilidades dessa relação, realizamos nesta seção um esforço de delimitar os conceitos de Estado e sociedade. Procuramos, assim,

²⁵ Tal padrão marcou por aproximadamente duas décadas os estudos que analisaram a democratização em países da América Latina. Tais estudos tinham o objetivo de identificar padrões de transição democrática que viabilizassem a realização de estudos comparativos. A idéia era que os conceitos e hipóteses concedessem certo grau de previsibilidade às análises e servissem de ferramentas para a estruturação de democracias. Para identificar esses padrões, tais estudos se fundamentaram em definições procedimentais de democracia, uma vez que procuram medir o grau de democratização com base nos avanços de instalação do aparato democrático formal. Essas análises sobre transição democrática que empreenderam uma *ampla radiografia institucional dos países que se democratizavam* (Avritzer e Costa, 2006, p. 55).

²⁶ Avritzer e Costa (2006) defendem uma nova abordagem da democratização, de natureza sociológica, que priorizaria tecido das relações sociais e da cultura política (p.55). Dagnino, Oliveira e Panfichi (2006) argumentam em prol de novas preocupações teóricas para além daquelas institucionais.

explicar o porquê os dois são continuamente interpretados como pólos contraditórios e procurar pensar a interação entre Estado e sociedade para além da contradição entre ambos.

É possível entender a origem da contraposição entre Estado e sociedade – que vai perpassar as Teorias do Estado – a partir da própria definição de sociedade civil²⁷. Segundo Bobbio (1999), a grande dicotomia entre Estado e sociedade pode ser lida como tendo origem na definição negativa de sociedade civil, ou seja, na definição como não-Estado. De acordo com o autor, seriam três as principais leituras da sociedade-civil como contraposta ao Estado: pré-condição para o Estado, antítese do Estado, e alternativa ao Estado²⁸. Tais concepções, conforme argumenta o autor, se arquetizam a partir da definição de sociedade civil não coincidente com o Estado, o que é realizado pela primeira vez por Hegel²⁹. Para Bobbio, essa contraposição permeia as mais recentes interpretações da relação entre Estado e sociedade.

(...) os dois processos – pois a do Estado que se faz sociedade e da sociedade que se faz Estado – são contraditórios, pois a conclusão do primeiro conduziria ao Estado sem sociedade, isto é, ao Estado totalitário, e a conclusão do segundo à sociedade sem Estado, isto é, à extinção do Estado, o fato é que eles estão longe de se concluir e exatamente por conviverem, não obstante a sua contrariedade, não são suscetíveis de conclusão. Estes dois processos representam bem as duas figuras do cidadão participantes e do cidadão protegido que estão em conflito entre si às vezes na mesma pessoa: do cidadão que através da participação ativa exige mais proteção do Estado e através da exigência de proteção reforça aquele mesmo Estado do qual gostaria de se assenhorar (...) Sob este aspecto, sociedade e Estado atuam como dois momentos necessários, separados, mas contíguos, distintos mas interdependentes, do sistema social em sua complexidade e em sua articulação interna. (p 51-2)

²⁷ No decorrer do trabalho, nos referimos à sociedade civil – delimitada em termos positivos e de heterogeneidade – como sociedade, somente.

²⁸ A primeira concepção influenciada pela doutrina jusnaturalista, na qual o Estado se superpõe a associações que precedem a criação do mesmo e se renovam autonomamente. Em um sentido marxista, pode falar em sociedade civil como infra-estrutura e Estado como superestrutura. Na segunda delas, a sociedade civil é vista como o germe da desagregação, podendo também ter uma interpretação positiva que coincide com lugar onde se manifestam as modificações das relações de dominação. A terceira definição se refere a um ideal de uma sociedade sem Estado, já que esta levaria a dissolução do poder político. (Bobbio, 1999, p. 35)

²⁹ *A digressão histórica mostrou a variedade de significados, inclusive entre si contrastantes, com os quais foi usada a expressão ‘sociedade civil’. Resumindo, o significado predominante foi o de sociedade política ou Estado, usado, porém em diversos contextos conforme a sociedade civil ou política tenha se diferenciado da sociedade doméstica, da sociedade natural, da sociedade religiosa. (...) Uma história completamente diversa começa com Hegel, para o qual pela primeira vez a sociedade civil não compreende mais o Estado na sua globalidade, mas representa apenas um momento do processo de formação do Estado. Tal história prossegue com Marx que, concentrando atenção sobre o sistema de necessidades que constitui o primeiro momento da sociedade civil hegeliana, compreende na esfera da sociedade civil exclusivamente as relações materiais e econômicas e, com uma inversão já completa sobre o significado tradicional, não apenas separa a sociedade civil do Estado como dela faz ao mesmo tempo fundante e antitético. Gramsci, enfim, embora mantendo a distinção entre sociedade civil e Estado, desloca a primeira esfera da base material para a esfera superestrutural e dela faz o lugar de formação do poder ideológico do poder político estritamente entendido e dos processos de legitimação da classe dominante (Bobbio, 1999, p.49)*

Nas palavras do autor, a *estatalização* da sociedade, que ocorre ao mesmo tempo de um processo inverso, não menos significativo, de *socialização do Estado* (p.51) demonstraria o uso corrente da contradição entre sociedade civil e Estado. Cabe aqui a ressalva de que interpretamos a contraposição entre Estado e sociedade, apresentada por Bobbio como uma situação real em última instância, como uma das alternativas de interação entre Estado e sociedade em um dado contexto histórico. Nesse sentido, procuramos não ler a relação entre Estado e sociedade como sendo, *a priori*, contraditória. Nesse sentido, procuramos, nos aproximar de uma definição positiva de sociedade civil, entendendo-a como lugar onde surgem os conflitos econômicos, sociais, ideológicos, religiosos, que as instituições estatais têm o dever de resolver ou mediar (Bobbio, 1999, p. 35-6).

Na mesma linha argumentativa, definimos aqui o Estado como um ente mediador, que não é analisado como expressão perfeita da vontade dos homens – no qual o melhor Estado coincide com um Estado menor –, nem é como um ente completamente autônomo em relação à sociedade civil – mecanismo progressista e humano separado da participação da massa (Bobbio, 1999, p.313-5). Procuramos interpretar o Estado tendo como ponto de partida a discussão realizada no seio das teorias sociológicas do Estado guiadas pela idéia de Estado como sistema social³⁰. Assim, o Estado seria, ao mesmo tempo, produto e modelador das relações de dominação.

Dessa forma, à interação do Estado e da sociedade vista para além da perspectiva de contradição, acrescentamos que ambos são atores heterogêneos cujas fronteiras não estão bem definidas. A sociedade civil é heterogênea, pois representa uma diversificada rede de movimentos sociais e associações que são integrados por uma multiplicidade de atores com características muito diferentes³¹. A noção de heterogeneidade do Estado vai ao encontro da definição de O'Donnell (2004), que o delinea como um conjunto de instituições que se formam em ciclos e períodos distintos, com possibilidade de superposição de estruturas e marco legais. Segundo O'Donnell, o Estado seria formado pelo conjunto do aparato burocrático, do sistema legal e de práticas de construção da identidade. A conexão entre tais

³⁰ Bobbio aponta que tal abordagem sociológica seria realizada tanto por uma perspectiva marxistas, como funcionalista, e que a representação sistêmica do Estado, é compatível com ambas as concepções sociológicas sobre o Estado, que apresentam diferenças de visão acerca da função do Estado na sociedade.

³¹ *A natureza dessas associações é uma contingência histórica, isto é, em cada momento histórico, o padrão associativo é o resultado de tendências de longo prazo que nos remetem: ao modelo de acumulação de capital (atores econômicos e relações de produção); ao tipo de regime político (sistema de partidos, sistema de governo, modelos de intermediação, representação e inclusão); aos padrões culturais dominantes (interação dos discursos políticos legitimadores; tipo imaginário nacional e internacional e internacional construído no processo, tipo e alcance a educação pública e modelo de distribuição de bens culturais); ao marco jurídico que regula especificamente os tipos de associação; e à correlação que existe entre o mapa das classes e grupos sociais existentes e as outras variáveis antes mencionadas* (Dagnino, Oliveira e Panfichi, 2006, p. 32).

elementos seria um fenômeno bastante recente e a forma como se combinam teria impacto nas possibilidades de democratização do Estado³². Aqueles que possuem eficácia no aparato burocrático, efetividade no sistema legal e credibilidade enquanto provedores de bens públicos para ações de construção de identidade, teriam importantes elementos de sustentação para a construção da democracia.

Considerando o Estado e a sociedade como heterogêneos, ponderamos que a fronteira entre eles é porosa e que ambos são configurados por atores de natureza diversa, que continuamente transitam de um para o outro. Para uma análise mais apurada das possibilidades de interação entre Estado e sociedade, cabe fazer referência à tendência recente na literatura de resgate da Teoria do Estado (O'Donnell, 2004; Abers, 1997; Carnoy, 1988) que questiona o fato de a legitimidade dos processos de ampliação da participação, bem como de incorporação de direitos, ser atrelada ao fato de os processos virem *de baixo*, com organização espontânea da sociedade.

Nessa perspectiva, a discussão da teoria dos sistemas que prevaleceu na análise das relações entre Estado e sociedade recentemente – soma a análise das instituições políticas a de sistema social contempla, a nosso ver, somente um lado da interação entre Estado e sociedade. Marcada pela relação demanda-resposta (*input-output*), tal teoria interpreta a sociedade civil como fonte de demandas (*input*) dirigidas ao sistema político (Estado), que tem o dever de responder (*output*). Defendemos que o direcionamento das demandas e respostas não é tão nitidamente definido, uma vez que o Estado pode ser o responsável por dar condições para a sociedade se organizar de maneira a produzir *inputs*.

O Estado pode ter, assim, um papel atuante na viabilização de interações positivas com a sociedade, de modo que uma política estatal inclusiva (d'Ávila, 2000) ou participativa (Abers, 1997, p. 31), possa conduzir a resultados para além da cooptação³³. Dentro dessa perspectiva, concebemos o Estado, como ente que permeia a sociedade e é permeado pela mesma. A permeabilidade do Estado pela sociedade faz com que este possa agir de maneira autônoma sem que se instale o autoritarismo³⁴. Dessa forma abrimos uma porta para que a interação do Estado sobre a sociedade possa ser positiva, não sendo interpretada, *a priori*

³² O aparato burocrático deles diz respeito a organizações complexas, geralmente com competências formalmente estabelecidas para garantir aspectos do interesse geral. O segundo elemento se refere a regras legais que penetram e co-determinam relações sociais. De acordo com o autor, esse dois elementos, o aparato burocrático e o sistema legal, estariam intimamente conectados e levariam a um terceiro elemento, concernente à identidade coletiva que deveria contribuir para superação de conflitos e clivagens sociais (O'Donnell, 2004, p. 13).

³³ A relação de cooptação ficará mais clara a seguir, quando exploraremos o conceito.

³⁴ (...) *no limite, o Estado totalitário, que é o Estado no qual a sociedade civil é inteiramente absorvida pelo Estado, é um Estado sem opinião pública.* (Bobbio, 1999, p. 37)

dentro da chave da contradição. Assim, o fato de o Estado ser responsável pela ampliação da participação ou pela incorporação de direitos não quer dizer que o processo iniciado *por cima* induza, automaticamente, à prática de cooptação estatal.

Em suma, trabalhamos com a idéia de que o Estado pode ser responsável por políticas de incorporação de direitos e por incentivar a ampliação da participação política, fortalecendo a sociedade que, por sua vez, passaria a influenciá-lo positivamente³⁵ (Abers, 1997, p. 30), sem que isso seja traduzido como cooptação. Assim, buscamos examinar o caso dos CGPPS, tendo como referência a idéia de que, mesmo que se tenha um histórico práticas políticas autoritárias e de um sistema de incorporação política com alto grau de discricionariedade, a interação entre Estado e sociedade (Abers e Keck, 2007)³⁶ pode conduzir à coordenação entre os atores e a construção de redes de solidariedade, mesmo que, *a priori*, a relação seja instrumentalizada (Ribeiro, 2003, p. 98).

2.2. *Entre o clientelismo, a autonomia e a cooptação*

As iniciativas de ampliação da participação da sociedade não eliminaram antigas práticas políticas autoritárias. Consideramos que tanto o Estado com a sociedade são passíveis de tais práticas e que estas não inviabilizam a participação. Não tratamos as práticas políticas autoritárias como prerrogativa estatal e argumentamos que, apesar de apresentarem um caráter excludente e restritivo quando surgiram, foram adquirindo contornos instrumentais. Desse modo, tais práticas não são estáticas – se reinventando no tempo – e dizem respeito, no caso brasileiro, a práticas políticas tradicionais – principalmente na forma clientelista – e a práticas de cooptação. O fato de as práticas políticas autoritárias persistirem à ampliação da participação não implica, desse modo, em presunção de quebra da vinculação entre ampliação da participação e fortalecimento da democracia necessariamente.

Para os fins deste trabalho – analisar a autonomia organizacional dos CGPPS com base em uma perspectiva histórico-contextual e legal institucional – nos concentramos nas práticas de cooptação. A referência às práticas políticas tradicionais, mais especificamente ao clientelismo, se deve ao fato de que, explorando a maneira como o fenômeno foi se

³⁵ Ver conceito de *state-society synergy*, Evans, 1996 *apud* Abers, 1997. O conceito sugere que é possível ter um ‘círculo virtuoso’ quando ações estatais promovem o fortalecimento de associações cívicas que tornam a fortalecer os programas estatais. *The idea of ‘state-society synergy’ (...) further empathizes these blurred boundaries [between state and civil society; between private and public], suggesting that state actors can have a positive impact on civic organizing and that contact between state and civil society can potentially lead to changes in state institutions that benefit civic groups.* (Abers, 1997, p. 31)

³⁶ Ver idéia de relações fecundas Lane e Maxfield, 1996 *apud* Abers e Keck, 2007.

modificando ao longo do tempo – inicialmente atrelado à coerção, ganhando contornos mercantis recentemente –, é possível identificar um processo de instrumentalização da participação política. Este fator é um elemento importante para apreender as novas institucionalidades participativas, mas não é elemento central de nossa análise.

Nesse sentido, sobre o clientelismo, basta dizer aqui que o tratamos como fenômeno que se estende ao longo do tempo e espaço³⁷. Tradicionalmente relacionado à idéia de coerção, com a emergência de movimentos sociais, o clientelismo ganha novo formato e passa a ser encarado como uma maneira de se atingir objetivos e trocas políticas (Gay, 1998) – como veremos na seção seguinte deste capítulo, que localiza tais práticas no contexto histórico. Assim, na atualidade o fenômeno teria se modelado como uma questão de escolha de padrões e clientes – como uma estratégia moderna do *patronus*³⁸, mas, também, como mecanismo de obtenção de benefícios para uma população historicamente excluída (d'Ávila, 2000, p.177). É nesse sentido que tais práticas podem conceder um caráter instrumental à participação. Consideramos que essa característica seria maléfica à qualidade da participação se tal formato participativo fosse considerado um fim e não um meio. Ou seja, aventamos a possibilidade de que, a partir de uma participação instrumentalizada, de natureza clientelista, é possível estabelecer novas relações incentivadoras de redes de solidariedade. Nesse sentido, teríamos modificações de limites oligárquicos com base na interação entre práticas políticas consideradas antagonicas.

A compreensão das práticas de cooptação exige um olhar detalhado sobre os conceitos de cooptação e autonomia, que não coincide com aquele sugerido pela, já mencionada,

³⁷ Essa extensão no tempo e no espaço não se traduz na identificação do fenômeno como prática residual a ser superada, ou mesmo como atraso. A idéia é que há reinvenção e acomodação de tais práticas de maneira que elas se adaptam às novas formas do sistema político brasileiro, sem que isso implique, necessariamente em uma perpetuação de um tipo de subdesenvolvimento político. Essa visão foi amplamente difundida na literatura internacional nos trabalhos sobre clientelismo na década de 60 e 70 – *forte tendência em vincular a existência do fenômeno – seus traços e propriedades – a determinadas condições históricas marcadas pelo subdesenvolvimento político*. (Bahia, 1997, p. 113). Essa concepção de clientelismo relacionada ao processo de desenvolvimento é entendida por Piattoni (2001, p.01) como uma abordagem de caráter estrutural, subdividida em *culturalistas* e *desenvolvimentistas*. A primeira concebe o clientelismo como reflexo das relações interpessoais na esfera política, particularmente aquela entre fracos e poderosos, ou seja, como se uma marca estivesse impressa na maneira como os interesses são representados e promovidos na política. A segunda considera o clientelismo como do fenômeno geográfico – o caso da Europa é citado como exemplo uma vez que autores apontam o clientelismo como fenômeno típico dos países latinos e mediterrâneos (Piattoni, 2001).

³⁸ (...) *clientelism and patronage are strategies for the acquisition, maintenance, and aggrandizement of political power, on the part of the patrons, and strategies for protection and promotion of their interests, on the part of clients, and that their development is driven by given sets of incentives and disincentives. As such, their relative diffusion is connected with, yet not determined by, the emergence, transformation, and demise of constellation of institutional an historical circumstances which make these strategies politically more or less viable and socially more or less acceptable. It should not be surprising, then, it find these phenomena in variety of political systems characterized by allegedly rather different (political) cultures and social structures, and to observe their ebb and flow within the same political system in connection with the transformation of set of incentives which make them viable and acceptable* (Piattoni, 2001, p.2)

dicotomia simbólica entre Estado e sociedade. Recentemente, a literatura tem explorado ambos os conceitos fora desse impasse – não tomam como pressuposto as deduções de que somente a sociedade seria passível de autonomia, nem que qualquer relação com o Estado se caracterizaria, invariavelmente, pela cooptação. É nessa fonte de *novos olhares* sobre autonomia e cooptação que bebemos.

A palavra autonomia pode significar: *faculdade de governar a si mesmo; direito ou faculdade de se reger (uma nação por leis próprias); liberdade ou independência moral ou intelectual; propriedade pela qual o homem pretende poder escolher a leis que regem a sua conduta.*³⁹ Consideramos, aqui, autonomia como capacidade de agir com liberdade de escolha (liberdade positiva) e com igualdade (substancial) de chances para proposição. Qualquer ator seria passível de exercer autonomia, mas frente às assimetrias estruturais do sistema, seria muito difícil exercê-la completamente, daí a necessidade de estruturas que minimizem essa assimetria. O conceito abarca, assim, tanto o Estado como a sociedade. Este trabalho trata, especificamente, de uma face da autonomia dos CGPPS – a organizacional –, mas a sua compreensão passa por um esforço de compreensão do contexto que os conselhos estão inseridos, bem como das possibilidades de interação entre os atores passíveis de exercerem autonomia.

De um ponto de vista dos movimentos sociais, Tatagiba e Teixeira (2006) ponderaram que o tema da autonomia re-emerge na agenda diante da intensa articulação que atualmente a sociedade civil estabelece dentro e fora dos canais institucionais, com diversos atores do sistema político. As autoras argumentam que não haveria posição definida entre pares dicotômicos, uma vez que a autonomia não seria pensada como uma característica intrínseca ou roubada da sociedade virtuosa e concedida ao Estado usurpador e, sim, como via de mão dupla (p. 228).

A autonomia é um valor e informa os limites a serem observados na relação entre movimentos e sistema político, que quando não obedecidos podem resultar em instrumentalização, cooptação, etc. Nesse sentido a autonomia não significa ausência de relação, forma como em geral costuma ser abordada, mas nos informa acerca da qualidade dessa relação, a forma como os atores se colocam nela. (...) a autonomia pode existir mesmo em um contexto no qual os movimentos mantenham vínculos constantes e permanentes com outros atores como partidos, sindicatos, governo, vereadores (...) Não há, a priori, nenhum problema no fato dos movimentos se aliarem aos governos, partidos ou vereadores para encaminhar suas lutas, suas demandas. Aliás, os movimentos sempre fizeram isso. O problema está na sensação de que essas relações servem mais ao Estado do que aos próprios movimentos. (Tatagiba e Teixeira, 2006, p. 229)

³⁹ Dicionário Aurélio.

Conforme argumentamos aqui a autonomia pode ser pensada, também, tomando o Estado como referência. Uma ação autônoma do Estado implica na possibilidade de transformação da direção das políticas adotadas de modo que estas não sejam somente o resultado natural de influência de forças externas (Abers, 1997, p. 25). Nesse sentido, a idéia de autonomia do Estado nos permitiria considerá-lo um ator implementador de estratégias que diferem daquelas que validam o *status quo*. Assim, políticas estatais que podem atingir a sociedade positivamente e fazer com que esta se fortaleça para atingir positivamente o Estado, o que nos remete à noção de permeabilidade do mesmo. Daí inferimos que a interação com o Estado não conflui necessariamente em cooptação, o que nos induz a uma releitura do conceito.

A palavra cooptação significa *agregar, associar*, ou ainda, *admitir numa sociedade com dispensa das formalidades de praxe*⁴⁰. Entendemos a cooptação como ação de desmobilização pela agregação, desempenhada pelo ator que tem atributo de incorporar atores a um determinado *espaço*, seja de inclusão ao quadro de direitos, seja a um canal participativo. Cabe, aqui uma diferenciação considerada crucial para nosso argumento. São recorrentes leituras que pressupõem que aqueles atores, que têm o atributo de incorporar, são, *a priori*, mais *poderosos* do que aqueles que são incorporados (Abers e Keck, 2007). Se tivermos como ponto de partida tal pressuposto, a cooptação pode ser perfeitamente definida, conforme observa d'Ávila, como *um instrumento regulatório através do qual o Estado trata de submeter a sua tutela formas autônomas de participação* (2000, p.60). De fato, tal prática seria facilmente identificada em um sistema de incorporação política excludente, como foi o caso do corporativismo estatal brasileiro – questão que examinaremos de maneira mais aprofundada na seção a seguir.

Entretanto, buscamos tratar aqui o Estado não somente do ponto de vista do governado – *ex parte populi* – mas também do governante – *ex parte principis* (Bobbio, 1999). Nessa linha, argumentamos aqui é que a relação entre os atores que incorporam e aqueles que são incorporados não pode pressupor, *a priori*, a preponderância do primeiro sobre o segundo. Não queremos dizer, contudo, que casos de cooptação estatal, de controle da sociedade não ocorram, o que afirmamos é que tal relação não pode ser dada como pressuposto (Abers e Keck, 2007, p.14). Ponderamos, ainda, que a cooptação pode fazer parte do processo de incorporação política, de modo que isso não imprima uma dinâmica unilateral para a relação entre Estado e sociedade.

⁴⁰ Dicionário Aurélio.

A cooptação implica, em tese, uma relação voluntária entre partes, o que coopta e o cooptado, visando benefícios que cada parte considerará suficiente para que a relação se estabeleça. Assim, a mera cooptação não é necessariamente negativa, a não ser aos olhos do observador, que pode diferir das partes acordadas. (...)

*O problema não está na cooptação, mas no **contexto** em que ocorre e na **correlação de forças** entre as partes. Daí se estabelece o grau de discricionariedade no processo de incorporação política. Os limites do que cada um pode auferir dependerá de dessas duas variáveis. (d'Ávila, 2000, p.67-9. Grifo nosso)*

Daí a preocupação deste trabalho em contextualizar historicamente tanto a ampliação da participação política no Brasil, como a institucionalização da participação no caso da saúde, como fazemos na seção a seguir e no próximo capítulo, respectivamente. Acreditamos que, ao localizar historicamente a dinâmica relação entre Estado e sociedade, é possível compreender melhor o estado atual da correlação de forças para pensarmos as possibilidades de os CGPPS contribuírem de fato para ampliação da participação política, possuindo autonomia organizacional.

Consideramos ser fundamental, para explorar a autonomia organizacional dos CGPPS, clarificar a complexa relação entre autonomia, cooptação e a ampliação da participação. Argumentamos que a noção de cooptação – explorada em uma perspectiva histórico-contextual – nos informa sobre o acesso à participação, enquanto a autonomia nos diz sobre a sua qualidade – analisada por meio do mapeamento legal-institucional, que revela a autonomia organizacional dos CGPPS⁴¹. A exploração de tais conceitos não nos permite pressupor graus de envolvimento ou subordinação entre os diferentes atores, mas possibilita a análise sobre a qualidade do acesso à participação – autonomia organizacional.

⁴¹ Cabe algumas observações funcionais sobre os conceitos para a análise posterior. A primeira delas é que, práticas de cooptação podem limitar a inclusão, mas não interferem sobre todas as faces da autonomia do ator. Além disso, como a cooptação diz respeito ao acesso, não podemos identificar características de desigualdade do sistema – mesmo que as questionemos –, como aquelas relacionadas à assimetria de recursos, por exemplo, como práticas de cooptação estatal, apesar delas poderem influir negativamente na autonomia. Outra observação é que, apesar de ser tarefa quase impraticável delimitar o grau de autonomia de determinado ator, o conceito pode nos dar pistas sobre a qualidade da participação.

3. A construção democrática brasileira e a reinvenção de prática políticas

A democratização, a conquista de bens coletivos e de direitos pela participação, tem como referência principal o Estado de Bem-Estar da Social-democracia européia e é rara na história. Só resulta em democratização quando a participação se materializa em políticas para a efetiva extensão de direitos, se a cada nova classe de direitos alcançados corresponde a efetiva integração de cada membro com igual valor na coletividade política. Quando a social democracia não é possível, o que nos resta fazer? Mais do que nunca a participação política indica o caminho para a democratização, lado a lado com o 'aggiornamento' das instituições rumo a políticas de igualação. (Avelar, 2007, p. 276)

Esta seção apresenta a conformação das práticas políticas autoritárias e democrático-participativas a fim de demonstrar as peculiaridades da organização do Estado brasileiro, tendo como referência o que apontamos como os três principais pontos de inflexão da relação entre Estado e sociedade no Brasil. O primeiro momento de inflexão na relação entre Estado e sociedade seria a estruturação formal de garantias sociais no país em um contexto marcadamente coercitivo e excludente. O segundo ponto teria sido a emergência da mobilização social no cenário político brasileiro, em um contexto de reinvenção e instrumentalização das práticas políticas autoritárias. Acreditamos que hoje estaríamos passando por terceiro momento de inflexão, o de acomodação de novas institucionalidades participativas, possibilitando novas formas de interação entre Estado e sociedade.

3.1. Limites oligárquicos e o processo de incorporação política

Consideramos que a cooptação no Brasil se conformou enquanto uma prática política autoritária devido ao caráter excludente do processo de incorporação política no período de modernização do Estado brasileiro. Entretanto, defendemos que a relação de exclusão entre Estado e sociedade, consolidada nessa época, tem origens antigas que remetem à formação do Estado brasileiro. Daí, tomarmos como ponto de partida a conformação de práticas políticas tradicionais, mais especificamente do clientelismo, para localizar historicamente a conformação das práticas autoritárias.

Em relação às práticas tradicionais, é importante ter como referência a tensão entre o poder central *versus* local, um a constante no intrincado jogo de forças que permeia a organização do Estado. A disputa entre centralismo e localismo gerou arranjos com diferentes graus de dominação dos grandes senhores de terra e do Estado, analisados por distintas chaves pelo pensamento político brasileiro. De um lado, há a ênfase no poder centralizador do Estado frente aos interesses dos senhores, de outro, sobressai a influência dos grandes proprietários

no sistema político⁴². Entretanto, independente das nuances das interpretações, o que se pode extrair de comum é a configuração de práticas clientelistas, relacionadas tanto à dependência socioeconômica de grande parcela da população – agrária – em relação aos senhores de terra, quanto à apropriação do Estado por interesses privados. A confluência entre a dependência da população agrária e a apropriação do Estado por interesses privados deságua no período da Primeira República (1894-1930), conhecido como o governo das oligarquias ou *coronelismo*. *Este sistema político é dominado por uma relação de compromisso entre o poder privado decadente e o poder público fortalecido* (Leal, 1997, p. 276)⁴³.

O clientelismo relacionado à coação, era, portanto, peça-chave do sistema político ainda em fase de organização. Nesse contexto, não havia brechas para inclusão política ou social e a relação entre Estado e sociedade era permeada por mecanismos de coerção. O diagnóstico de desintegração, concernente tanto ao Estado quanto à sociedade, estaria relacionado à fragmentação do Estado federalista e à incapacidade de inclusão por vias liberais⁴⁴. Frente ao cenário de exclusão política e social da Primeira República e de crítica ao liberalismo da Constituição de 1891, insurgiram propostas de resgate da unidade nacional, por meio da construção de uma identidade comum.

⁴² Segunda Carvalho (1996), a discussão acerca da autonomia do Estado frente à influência dos grandes produtores se polariza basicamente em duas tradições principais, uma feudalista – *acentua o poder dos potentados rurais e suas parentelas diante do Estado desde o início da colonização*– e outra patrimonialista – *Brasil seguiu a evolução de Portugal que desde o século XIV se havia livrado dos fracos traços de feudalismo e implantado um capitalismo de Estado de natureza patrimonial*. De acordo com a perspectiva adotada, é possível atribuir um grau diferente de autonomia do Estado em relação aos grandes fazendeiros.

⁴³ Nunes Leal (1997), em trabalho clássico sobre as relações de dominação na política local – *Coronelismo, Enxada e Voto* – explica a rede de troca de favores que se articulou nesse período. As relações se traduziam em alianças entre os coronéis – relação de obediência e dominação sob uma clientela – os governos dos estados, e o presidente. Assinalado pela apropriação do público pelo privado em uma tentativa deste último conservar o conteúdo residual de seu poder⁴⁵, o período marca uma forma peculiar de relações clientelistas. *Coronelismo seria uma forma peculiar de manifestação do poder privado, ou seja, uma adaptação em virtude da qual os resíduos de nosso antigo e exorbitante poder privado têm conseguido coexistir com um regime político de extensa base representativa. (...) é, sobretudo um compromisso, uma troca de proveitos entre o poder público, progressivamente fortalecido, e decadente influência social dos chefes locais, notadamente dos senhores de terras. Não é possível pois compreender o fenômeno sem referência à nossa estrutura agrária, que fornece a base de sustentação das manifestações de poder privado ainda tão visíveis no interior do Brasil. Paradoxalmente, entretanto, esses remanescentes de privatismo são alimentados pelo poder público, e isto se explica justamente em função do regime representativo, com sufrágio amplo, pois o governo não pode prescindir do eleitorado rural, cuja situação de dependência ainda é incontestável. Desse compromisso fundamental, resultam as características secundárias do sistema [coronelista], como sejam, entre outras, o mandonismo, o filhotismo, o falseamento do voto, a desorganização dos serviços públicos locais.* (Leal, 1997, p. 40-41)

⁴⁴ *É fato que o liberalismo não foi capaz de incluir os excluídos nem de se renovar ou de inovar no sentido de sua democratização. A ordem da Primeira República, quando cai, cai com ela o liberalismo político, a Carta de 1891, os pressupostos liberais que desde o Império vinham animando e constituindo mesmo os pressupostos políticos e ideológicos que organizavam nosso Estado-Nação ainda em processo de constituição* (Werneck Vianna, 1989, p. 56)

Tais propostas de fortalecimento do Estado são claras nos trabalhos de Alberto Torres (2002) e Oliveira Vianna (2005). Fortemente influenciado pela desilusão com o advento da República, Torres⁴⁵ caracteriza o Estado brasileiro como possuidor de uma legalidade superficial e dominado por uma completa desordem – *um país que nunca foi organizado e está cada vez menos organizado* (2002, p. 93). Torres apresenta a proposta de instauração da ordem nacional por meio de um Estado forte, interventor, possuidor de inúmeras capacidades para agir⁴⁶. Oliveira Vianna⁴⁷ analisa os elementos estruturantes da vida social e política do Brasil, realizando uma detalhada sociologia do mundo agrário⁴⁸. Assim, chama atenção para a desagregação social no país e questiona as possibilidades de construção de laços de solidariedade social. A partir daí, o autor elabora uma proposta de organização de Estado – aglutinador de transformação social, capaz de imprimir sentimento de unidade nacional a uma sociedade dispersa e fragmentada. Tais idéias serão a base de sustentação do autoritarismo do Estado Novo (1937-45).

A combinação de um Estado forte com uma sociedade dispersa acaba por desaguar em autoritarismo, com a articulação da sociedade que se conformava ao final da Primeira República sendo suprimida. A legislação corporativa dos anos 1930, construída sobre o

⁴⁵ A obra a que nos referimos do autor, *A Organização Nacional*, é publicada em 1914. Entusiasta dos ideais republicanos na juventude, na prática da atividade política, se frustra com as instituições brasileiras e se imbuí da necessidade de transformá-las. O publicista foi deputado da Assembléia Constituinte (1892), deputado federal (1894), ministro da Justiça e Negócios Interiores de Prudente de Morais (1895), presidente do Estado do Rio de Janeiro (1897 -1900), ministro do Supremo Tribunal Federal (1901- 1907). Aposenta-se (da vida pública) em 1909 e passa a se dedicar ao estudo dos problemas políticos e sociais brasileiros.

⁴⁶ *O Estado conserva o direito à vida e ao sangue; impõe restrições consideráveis à liberdade, à segurança, à propriedade: pelo poder tributário; pela ação repressiva, com o direito de definir e decretar penas e delitos; com a lei civil, limitando, ampliando e regulando institutos, definindo as instituições da família e da sucessão, regulando o regime das associações. Concedendo privilégios, favorecendo ou restringindo indústrias, comércios e profissões, provendo à educação, construindo obras públicas, lançando vias públicas e estradas de ferro, ele pode intervir, e realmente intervém, em toda a vida do homem, positiva e diretamente, algumas vezes, mas, em geral, por uma forma reflexa e indireta, nem sempre observável à primeira vista, mas de evidentes e pesadíssimas conseqüências* (Torres, 2002, p. 79-80).

⁴⁷ Trata-se de *Populações Meridionais volume I: Populações do Centro-Sul*, concluído em 1918 e publicado em 1920.

⁴⁸ A sociologia agrária de Vianna é *resultante lógica do regime sesmeiro e do regime servil. Falhasse uma dessas condições, ou a escravidão, ou o latifúndio, e esses agregados surgiriam com outros traços sociais* (Vianna, 2005, p. 127). Essa organização social do mundo agrário caracteriza-se, portanto, pela formação de uma ‘sobra’ da população, uma multidão de homens sem direitos – aqueles que não têm terras nem escravos, não pertencem à grande aristocracia territorial, encaram uma vida precária, uma situação de miséria forçada. *Em nossa economia social, tudo trama, então, e conjura contra a pequena propriedade, o seu desenvolvimento, a sua prosperidade, a sua preponderância. Dela o que até agora existe não tem valor social, nem valor histórico assinalável. São esboços apenas, mal vislumbráveis entre a espessa florescência dos grandes domínios. Ora, só da vitalidade dos pequenos domínios, da multiplicidade deles, da solidariedade deles, resultaria a constituição, entre nós, de uma classe média, forte, abastada, independente, prestigiosa, com capacidade para exercer, defronte da grande propriedade, a ação admirável dos homens saxônios ou dos burgueses da Idade Média. O grande domínio, envolvendo a pequena propriedade num ambiente, desfavorabilíssimo à sua vitalidade e expansão, impede, de todo em todo, que este fato se produza. Daí a justeza daquela afirmação de Luís Couti, ao descrever, em 82, a nossa sociedade: “O Brasil não tem povo!”* (Vianna, 2005, p. 204-5).

ideário de organicidade, unidade e grandeza nacional, acaba sendo utilizada como estratégia desmobilizadora, principalmente após a instalação do Estado Novo. Dessa forma, os movimentos das camadas médias e urbanas da população que começavam a questionar os contornos excludentes da configuração política são desarticulados por práticas de cooptação.

O caráter excludente do sistema político é dissimulado na fórmula corporativa, abrindo-se canais de participação controlados e manipulados pelo Estado. Elimina-se ou rebaixa-se a cota de livre movimentação dos grupos sociais na sociedade civil. Em relação às camadas médias e urbanas, a política se completa com a cooptação operada a partir do recrutamento para as funções públicas que o Estado alarga bem além de suas necessidades. (Werneck Vianna, 1989, p. 135)

A ordem corporativa não funciona, portanto, como via de inclusão, ao contrário – a *estrutura corporativa do Estado, antes destinada a abranger tanto trabalhadores quanto empresários na sua disciplina, termina por converter-se em um Estado autoritário modernizante* (Werneck Vianna apud Souza, 2003, p.149). As demandas sociais são absorvidas pela negociação bipartite entre empresários e funcionários governamentais e pela exclusão dos trabalhadores nos acordos corporativos. Tal cenário de modernização conservadora autoritária⁴⁹, mesmo que tenha servido ao crescimento da indústria, não contribuiu para a democratização, no sentido amplo do termo, uma vez que não proporcionou a inclusão de grande parcela da população.

Imbuído da missão tutelar, o Estado assegurava a cobertura de direitos individuais e utilizava os direitos sociais como instrumento de cooptação. A prática de cooptação se apresenta como um problema na medida em que o grau de discricionariedade no processo de incorporação é alto, ou seja, a inclusão no sistema de garantias sociais ocorria somente em setores considerados estratégicos pelo Estado, ator central no estabelecimento da agenda e na tomada de decisão sobre a incorporação de determinado grupo⁵⁰. Dessa forma, temos uma seqüência histórica de conquista dos direitos de cidadania no Brasil tortuosa, em que os direitos civis e políticos teriam surgido quase simultaneamente, mas quase não alteraram os limites oligárquicos (d'Ávila, 2000, p. 65).

⁴⁹ Para detalhes sobre a modernização conservadora autoritária, ver *Liberalismo e Sindicato no Brasil* de Werneck Vianna (1989).

⁵⁰ (...) *o Estado invade e 'absorve os interesses privados' interferindo nos mais vários rincões da vida social, como 'política econômica, educativa, sanitária, de costumes, tudo envolvendo e controlando'. A captação que opera dos papéis exercidos pelo indivíduo liberal não se reduz à finalidade de deprimir a taxa de conflito social. Ente comunitário sobreposto aos demais, 'numa época em que os fins sociais são preponderantemente econômicos, em que se organiza de maneira científica a produção, e o pragmatismo industrial é levado a limites extremos, assinala-se a função do Estado, antes e acima de tudo, como coordenador dessas múltiplas forças, devendo sofrer, por isso, modificações decisivas'* (Werneck Vianna, 1989, p. 128)

Nesse contexto, as práticas autoritárias perdem a ênfase em mecanismos de coerção – relacionados a práticas clientelistas do Império –, modificados pela inclusão de novos elementos de cooptação no jogo político. Isso não quer dizer que as práticas prevalentes do período anterior tenham sido substituídas. Ocorre que as práticas clientelistas passam de uma fase de imposição e coerção social para uma de sedução material. Assim, as práticas clientelistas se reinventam mesmo diante da tentativa de retirada de instrumentos clientelistas dos estados e municípios com o corporativismo e o aumento da centralização. Configura-se, portanto, o predomínio de relações de exclusão entre Estado e sociedade, na qual as práticas clientelísticas relacionam à apropriação de bens públicos e a trocas assimétricas, e as práticas de cooptação do Estado perpetuam a exclusão social parcela historicamente excluída da população⁵¹.

Quando os procedimentos democráticos são restaurados em 1946⁵², os pilares para sustentar as práticas autoritárias brasileiras já estavam erigidos – Estados forte, com sociedade desmobilizada, em uma relação de exclusão perpassada por práticas clientelísticas e de cooptação. Tal projeto autoritário atinge o patamar máximo, na ditadura militar, iniciado em 1964. O período foi caracterizado pela instauração de um processo decisório tecnocrata e fechado, com as posições de destaque no governo, principalmente aquelas ligadas a ministérios e órgãos estatais considerados economicamente decisivos, ocupadas por burocratas altamente qualificados. Assim, as questões políticas eram tratadas como técnicas. O modelo desenvolvimentista, sustentado pelo milagre econômico – pilar da legitimidade do regime – era marcado pela exclusão econômica e política das camadas populares, apesar da existência eleições formais.

Embutido no discurso desenvolvimentista-tecnocrata do regime, identificava-se um claro repúdio às práticas clientelistas encaradas como resquício das práticas corruptas remanescentes. A idéia de instauração de uma tecnocracia altamente especializada para conduzir o Estado validava o discurso do governo militar que pregava o fim de tais práticas políticas. Entretanto, a prevalência da tecnocracia não extinguiu o clientelismo (Hagopian, 1996, p. 151; Mainwaring, 2003, p. 250)⁵³.

⁵¹ Para história da conformação dessa exclusão, ver Souza (2003), *A Construção Social da Subcidadania*.

⁵² *A estrutura que se forja no Brasil pós-1945, tem como uma de suas marcas mais profundas uma enorme fragilidade organizacional, que se reflete, diretamente, no baixo grau de institucionalização dos partidos, na ausência de orientação programática e ideológica, na excessiva preocupação eleitoral e na pouca representatividade junto às classes ou setores sociais* (d'Ávila, 2000, p. 78).

⁵³ A supressão de liberdade política acabou facilitando a manipulação de recursos públicos – ao controlar a sua distribuição, os militares favoreciam seus aliados e criavam uma rede de incentivos para garantir votos para o partido da situação, o Arena, especialmente nas regiões mais dependentes dos recursos federais. Além disso, o

A estrutura do corporativismo estatal teria contribuído para certa diminuição das práticas de clientelismo na esfera federal entre o período de 1964 e 1979 (Mainwaring, 2003, p. 251) – baixa influência de políticos e partidos nas nomeações de cargos públicos de alto escalão. Paradoxalmente, contudo, as transformações ocorridas nessa época, relacionadas com a preservação da autonomia da burocracia frente às pressões políticas, serviram de alicerce para afirmação e reprodução das práticas clientelistas no período de transição democrática, havendo uma divisão do setor público em duas esferas⁵⁴. Por um lado, consolidou-se uma cultura tecnocrática baseada no corporativismo estatal e, por outro lado, muitos órgãos estatais continuaram a ser orientados pela manutenção das políticas tradicionais.

Percebemos, portanto, que a relação entre Estado e sociedade marcada pela exclusão é balizada pela continuidade de práticas clientelistas como mecanismos de sedução material, práticas de cooptação baseadas no corporativismo estatal⁵⁵ e práticas de coerção por meio do aparato estatal – relacionada à supressão de direitos políticos. Nesse contexto, as medidas de cunho social, não afetam a lógica excludente. Tal padrão de relacionamento entre Estado e sociedade, só começa a ganhar novos contornos em meados da década de 1970, quando o questionamento do regime em relação aos mecanismos repressivos utilizados contra seus opositores e o desmantelamento do modelo econômico que o legitimava incitaram uma onda mobilizações sociais.

3.2. Mobilização social e novos contornos

A emergência de atores da sociedade civil no cenário político brasileiro e a crescente demanda por ampliação da participação política têm conseqüências importantes para natureza da relação entre Estado e sociedade. Na medida em que atores coletivos passam a integrar o jogo político, em um momento de forte oposição ao Estado, encarado como inimigo autoritário, a organização do Estado brasileiro adquire novos contornos.

No período de transição, o quadro era de forte pressão da oposição ao regime, fortalecida pelo sucesso do MDB⁵⁶ nas eleições, principalmente na área urbana; de denúncia

atendimento à clientela passou a ser primordial para a eleição parlamentar, uma vez que, como resultado da castração de seus poderes, os seus interesses por questões propriamente legislativas foram reduzidos.

⁵⁴ Essa divisão ocorreu na esfera federal, no plano municipal e estadual a patronagem e o clientelismo continuaram sendo práticas admissíveis durante todo o período militar (Mainwaring, 2003, p. 250).

⁵⁵ Para relação entre autoritarismo e clientelismo e entre autoritarismo e corporativismo nas relações entre Estado e sociedade, ver Hagopian (1996, p. 268-74).

⁵⁶ O regime militar, por meio do Ato Institucional nº 2, dissolveu todas as formações partidárias, mas como o calendário eleitoral para as eleições legislativas foi conservado, no intuito de manter uma fachada de

de práticas de tortura pela Igreja; de emergência do novo sindicalismo; de desentendimento entre os setores civis favoráveis ao regime; e de agravamento das clivagens internas no interior do Exército. Assim, a despeito da caracterização estratégica do próprio governo militar de que a transição para a democracia seria *lenta, gradual e segura*, o período foi complexo e marcado por incertezas.

Às intensas demonstrações de mobilização social, em especial ao movimento pelas eleições diretas, se contrapunham esforços de estabelecimento de um pacto político e social, por meio da renovação da legislação de exceção e da acomodação das demandas sociais. Assim, diante da heterogeneidade das contradições e disputas de poder dentro da oposição e do cenário econômico desfavorável, o período se caracteriza por concessões políticas e embates nos espaços de participação política abertos pelo processo de transição (Brasil, 2006a, p. 46).

As práticas políticas autoritárias continuaram, portanto, a permear o sistema político brasileiro. O que vai ao encontro da nossa argumentação de que a transição para o regime democrático e a florescência da mobilização social no Brasil, não conduzem à superação de práticas políticas autoritárias. Defendemos que o que há são reinvenções, em contraposição à recorrente interpretação sobre o período de transição de que *as relações Estado-sociedade passam de um paradigma clientelista-repressor, subordinando-a (a sociedade) mediante relações de poder assimétricas, hierárquicas e patrimonialistas, para um paradigma de cidadania* (Brasil, 2006a, p. 36). Durante a transição democrática a disseminação de práticas clientelistas não só teve continuidade como se intensificou⁵⁷ e, no que se refere às práticas de cooptação, a incorporação ao quadro de direitos permaneceu altamente discricionária.

Dessa forma, apesar do caráter contestatório do período e da sua importância na modificação das relações entre Estado e sociedade vigentes até então, o final do regime militar no Brasil foi marcado por uma considerável continuidade, tanto de práticas políticas autoritárias, como de grupos dominantes no poder. O desfecho da ditadura militar, em 1985⁵⁸, foi balizado por um acordo negociado e de conciliação entre segmentos dissidentes da base de

legitimidade democrática, foram, então, criados dois partidos, a Aliança Renovadora Nacional (Arena) e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), situação e 'oposição', respectivamente.

⁵⁷ Nesse período, houve uma forte onda de empreguismo como recurso de obtenção de apoio político. Inclusive, tal estrutura serve aos próprios militares que se aproveitam da transição gradual para colocar aliados na burocracia pública (Mainwaring, 2003, p. 254-5).

⁵⁸ *Em março de 1985, depois da luta pelas eleições diretas, que mobilizaram todo o país com uma frente ampla de todos os opositores ao regime militar, conquistou-se a instauração de um governo civil, eleito de forma indireta em janeiro, tendo como Presidente da República Tancredo Neves e, como Vice-Presidente, José Sarney. Com a morte de Tancredo, em 21 de abril, Sarney assume o posto de Presidente da República. Em 1986, instalou-se uma Assembléia Nacional Constituinte, aproveitando-se os próprios congressistas eleitos.* (Brasil, 2006, p. 44)

sustentação do regime anterior e oposição⁵⁹, de modo que o controle social e político sobre a sociedade fossem mantidos (Brasil, 2005).

O período pós-transição democrática foi marcado pela formalização da democracia representativa, simultaneamente à institucionalização de mecanismos legais que previam a ampliação da participação política. Entretanto, a instauração de práticas democrático-participativas, apesar do entusiasmo quanto ao poder transformador da participação do período anterior, não conduz a mudanças automáticas em direção a conformação de uma sociedade baseada em preceitos de igualdade e autonomia. As reformas liberalizantes – que trouxeram embutidos princípios próprios quanto à participação da sociedade – e a prevalência de práticas autoritárias teriam contribuído para o caráter peculiar em que se deu a ampliação da participação política no Brasil.

No Brasil, com a redemocratização em 1985, observou-se um processo de enfraquecimento do Estado e alteração nos padrões de intervencionismo a partir da implantação das reformas econômicas. Ao mesmo tempo, teve início um movimento descentralizador nas políticas públicas que instaurou uma série de práticas de gestão baseadas na participação social. Embora a disseminação dessas práticas tenha alterado a extensão e a qualidade do associativismo no Brasil, aprofundando uma tendência que já se esboçava com clareza desde os anos de 1980 (Boschi, 1987; Santos, 1985), nem sempre se constituíram na maneira mais eficaz de efetivação da política social (Boschi, 1999). Por outro lado, a consecução da cidadania no sentido da garantia de direitos sociais tornou-se mais remota para vastos contingentes de excluídos, a despeito da expansão do acesso à justiça que se observou a partir do processo de democratização. (Boschi, 2004, p. 2)

Dessa forma, apesar da modificação de padrões da relação entre Estado e sociedade que sugerem novas formas de interação com modificação do caráter excludente do período anterior, não ficam claras as alterações dos limites oligárquicos, nem da lógica de incorporação que essa nova relação traz.

3.3. A institucionalização da participação política ampliada: uma nova forma de interação?

A Constituição de 1988 é balizada por preceitos democráticos, formalizando mecanismos eleitorais, bem como institucionalizando a participação da sociedade. Ou seja, a nova carta constitucional, além de definir o Brasil como uma República, presidencialista,

⁵⁹ O governo José Sarney expressava literalmente esse acordo, o que lhe conferia um talhe conservador, pois, excluídos os ministros militares, foi dividido meio a meio entre figuras originárias das oposições consentidas pelo regime militar e figuras provenientes do PDS, via Frente Liberal, ou da ex-Arena, via Partido Popular (Faleiros, 1986). Um ministro progressista anulava um conservador, tornando necessária a arbitragem pessoal do presidente nos conflitos. Por outro lado, apresenta-se um discurso de consenso, moralização e competência na relação Estado-sociedade. (Brasil, 2006, p. 44)

federativa, com representação proporcional e multipartidarismo⁶⁰, delimita mecanismos de participação direta e indireta da sociedade. A participação direta diz respeito aos plebiscitos, referendos e iniciativas populares, que apesar de estarem explicitamente previstos pela nova carta constitucional, não têm sido muito utilizados. Já o segundo tipo de instrumento, concernente à exigência de participação da sociedade sobre políticas públicas, propiciou a criação ou a re-significação de institucionalidades participativas para tomada de decisão conjunta entre atores estatais e governamentais (Avritzer, 2006, p. 35 apud Avritzer e Anastasia, 2006; Teixeira, 2007, p. 06).

Dessa forma, estruturam-se os Conselhos Gestores de Políticas Públicas (CGPP)⁶¹, cuja concepção vincula-se a demandas absorvidas pela Assembléia Constituinte de integração de serviços locais e de participação da sociedade nos processos de tomada de decisão. Os CGPP coincidem com as áreas nas quais os artigos da Constituição prevêm, de forma genérica, a participação da sociedade nas políticas públicas. A saber: área social, campo de política urbana e meio ambiente (Avritzer, 2007, p. 407). A criação e regulamentação dos conselhos ocorreram por meio de legislação específica ou infraconstitucional.

As áreas pioneiras foram saúde, assistência social, criança e adolescente, com a promulgação nos anos 1990 da Lei Orgânica da Saúde (LOS), da Lei Orgânica da Assistência Social (LOA) e do Estatuto da Criança e do adolescente (ECA), respectivamente⁶². A LOS teria sido precursora da institucionalização da participação da sociedade, ao prever a estruturação de conselhos nos níveis federal, estadual e municipal, modelo que seria seguido, pelas demais áreas (Teixeira, 2008). Tais institucionalidades se disseminaram na década de 1990 e, atualmente, há um número expressivo de espaços participativos dessa natureza consolidados em todas as esferas da federação. Conforme dados do IBGE de 1999, existiam

⁶⁰ Para detalhes sobre as instituições da democracia representativa formal, ver capítulos de *Sistema Político Brasileiro: Uma Introdução* (Avelar e Cintra, 2007).

⁶¹ Consideramos que os CGPP, se diferem dos demais conselhos em funcionamento no país atualmente, conforme distinção proposta em estudo sobre os *Conselhos Municipais e Políticas Sociais* do IBAM, IPEA e Comunidade Solidária (Tatagiba, 2002) Os Conselhos de Programas estariam associados a ações emergenciais e clientela restrita; Conselhos Temáticos seriam aqueles sem vinculação imediata com legislação nacional, que se associam a grandes movimentos e temas gerais; e, aqueles nos quais se enquadram os Conselhos de nossa discussão, os Conselhos de Políticas, ligados a políticas públicas mais estruturadas nacionalmente (Tatagiba, 2002, p. 49-50).

⁶² *Cada uma dessas legislações estabeleceu a participação de uma forma diferente, mas a partir dos anos 90, todas essas formas de participação ficaram conhecidas como conselhos. Podemos definir os conselhos como instituições híbridas nas quais há participação de atores do Executivo e de atores da sociedade civil relacionados com a área temática na qual o conselho atua. O formato institucional dos conselhos, em todas as áreas mencionadas, é definido por legislação local, ainda que os parâmetros para a elaboração dessa legislação sejam dados pela legislação federal. Todos esses conselhos adotam a paridade como princípio, ainda que a forma específica da paridade varie de área temática para área temática. Assim, no caso dos conselhos de saúde, os usuários ocuparam metade da representação, no caso da assistência social e dos conselhos da criança e do adolescente, entidades da sociedade civil ocupam metade das vagas no conselho.* (Avritzer, 2007, p. 411-2)

então cerca de 20 mil conselhos municipais em áreas relacionadas a políticas sociais (Teixeira, 2008).

Cabe ressaltar, dentro daquela perspectiva de ausência de ruptura que, a difusão de novas institucionalidades participativas, bem como o esforço em regulamentá-las com uma roupagem diferente da do período anterior – na qual a relação entre Estado e sociedade é marcada por práticas autoritárias em um sistema de exclusão – não supera as práticas então existentes. Na medida em que movimentos sociais se colocam como atores relevantes na relação entre Estado e sociedade, surgem novas formas de clientelismo⁶³ – meio de atingir objetivos e de realizar trocas políticas⁶⁴. Além disso, apesar das práticas de cooptação não se darem mais com o grau de discricionariedade do período anterior, a ampla gama de garantia de direitos formais não elimina a dinâmica de exclusão, o que imprime certa dissociação entre a conquista da democracia política e a efetivação do acesso a direitos sociais.

Entretanto, o fato dessas práticas se reinventarem no sistema político brasileiro não faz dele marcado por um *modus operandi* impossível de ser modificado. Não queremos dizer que não há conexões possíveis para que a ampliação da participação política leve a novas práticas de fortalecimento da democracia e validação dos direitos sociais conquistados. Nem tampouco afirmamos que os CGPP não possam ser interpretados como expressão da ampliação da participação política. O que afirmamos é esse processo não foi automático, tal como um dia se aventava, e sua análise envolve elementos complexos que passam pela interação entre Estado e sociedade e pela atenção às suas peculiaridades.

Em um primeiro momento, a expansão dessas instâncias participativas gerou grande expectativa, em relação a sua capacidade de conduzir à redução da exclusão social e das desigualdades. Com o passar do tempo as perspectivas de utilização desses canais de participação como instrumentos de participação direta da sociedade foram ganhando novos contornos. Hoje é amplo o debate na literatura contemporânea sobre o papel dessas novas institucionalidades participativas. Os estudos acerca dessas novas formas de interação entre Estado e sociedade geram uma combinação dinâmica e pouco comum de teoria e prática, de

⁶³ (...) a democratização, o aumento da competição política, a aproximação com sistemas políticos poliárquicos, a modernização, a universalização do voto, o aumento da participação e a organização da sociedade civil não contraditam ou excluem formas de clientelismo, mas criam novas possibilidades de arranjos clientelistas. Permitiram a configuração de um cenário onde, dentro de contextos democráticos competitivos, a alteração na correlação de forças promovida pela necessidade de atendimento à reivindicação de seus 'clientes', por parte dos patrunus, leve a possibilidade de pensarmos esses arranjos, a partir de uma perspectiva ex parte populus, ou seja, como instrumento estratégico de política por parte dos clientes, e não apenas ex parte principis. Alterando-se, dessa forma, o tradicional ângulo de análise do fenômeno. (d'Ávila, 2000, p. 186-7)

⁶⁴ Defendemos aqui que as práticas clientelísticas que não inviabilizam certo grau de autonomia e desses movimentos e poderiam ser, até mesmo, um mecanismo de obtenção de benefícios para uma população historicamente excluída. (Gay, 1998)

modo que os CGPP são interpretados sob os mais diversos olhares (Abers e Keck, 2007, p. 02).

A leitura que fazemos é que tais instâncias não devem ser analisadas somente sobre a ótica da afloração da participação da sociedade civil e sim com base no processo de interação entre Estado e sociedade – explorando não somente o contexto histórico, mas também seus mecanismos de funcionamento. Para tanto, consideramos que *grupos dentro do Estado geram seus próprios projetos, procurando parceiros e aliados entre tipos de grupos com projetos parecidos, tanto no Estado como na sociedade* (Abers e Keck, 2007, p. 16) e de que os conselhos *promovem um processo de interação inovadora entre atores com diferentes pontos de vistas e recursos (...), podendo ser espaços vivos para a produção de novas definições e práticas para a solução de problemas* (Abers e Keck, 2007, p. 19).

Exploramos os CGPPS e seu caráter ambíguo – referente à sua conformação enquanto institucionalidade criada pelo Estado que conjuga atores estatais e governamentais –, com base nas referências teóricas e contextuais até aqui apresentadas. Atualmente, inúmeros estudos tratam da ambigüidade dos CGPP explorando, principalmente, a relação de cooptação do Estado. Entretanto, raros são os estudos que tratam dessa ambigüidade partindo de uma perspectiva de que o Estado também pode influenciar positivamente no processo decisório. Acrescentamos que, mesmo que haja, em princípio, relações instrumentais, podem ser construídas interações que levem à coordenação entre os atores. Analisamos aqui a questão da ambigüidade dessas novas institucionalidades participativas, com base no desvelamento de uma das faces de sua autonomia, a organizacional.

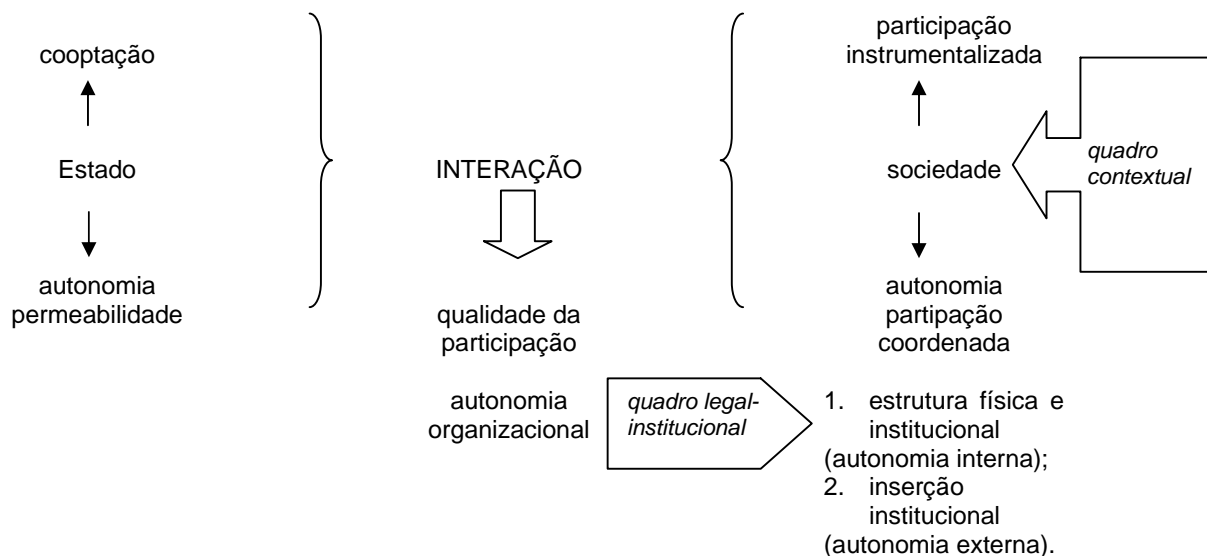
3.3.1. Autonomia organizacional

Tendo como ponto de partida a perspectiva de que a autonomia dos CGPP não é somente resultado da pujança da atuação da sociedade, mas também se conforma como um mecanismo cuja construção o Estado também pode fazer parte, propomos analisar a qualidade da participação institucionalizada pelos CGPPS. Para tanto, realizamos uma análise histórico-contextual, bem como uma legal-institucional.

A perspectiva histórico-contextual nos informa sobre os diferentes momentos de interação entre Estado e sociedade na temática que, bem como sobre as implicações da criação e disseminação dos CGPPS para tal interação. Consideramos que a interação entre Estado e sociedade agrega tensões entre cooptação/autonomia e participação instrumentalizada/autonomia, respectivamente, conforme indicamos da Figura 1, e buscamos

explorá-la nesta perspectiva. Tal análise será realizada no capítulo seguinte, quando tratamos do contexto de implantação dos CGPPS, procurando observar as mudanças na correlação de forças na relação entre Estado e sociedade, demonstrando que a criação e a disseminação dos CGPPS estão relacionadas não somente à mobilização da sociedade para ampliação da participação política, mas também às políticas estatais nesse sentido.

Figura 1 – Autonomia do Conselho



No quadro legal-institucional, analisamos a qualidade da participação por meio da análise da autonomia organizacional dos CGPPS. Para tanto, como é possível observar na Figura 1, além da estrutura física e de funcionamento, que incidem diretamente sobre as *condições* para a autonomia dos CGPPS – autonomia interna –, avaliamos também, em caráter exploratório, o cumprimento seu caráter deliberativo que nos informa sobre as possibilidades de *ações* autônomas junto à burocracia de Estado – autonomia externa. Tal tarefa será empreendida no terceiro e último capítulo, no qual procuramos identificar os pontos delicados e os avanços no formato legal-institucional que os CGPPS. Argumentamos que a despeito das dificuldades e da necessidade de ajustes institucionais, a rede de que se formou seria um exemplo de como é possível que a interação entre Estado e sociedade conflua positivamente.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES E IMPLANTAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Este capítulo se propõe a analisar o contexto em que os CGPPS foram implantados e como se deu a interação entre Estado e sociedade nesse processo. Procuramos esclarecer a transição de um sistema de saúde bifurcado e excludente, com carência de espaços participativos, para um sistema único – mas de caráter descentralizador – de descentralização, de caráter universalizante, que contempla a participação da sociedade em sua conformação. Apontamos que essa passagem foi repleta de peculiaridades e idiosincrasias, de modo que, apesar dos importantes avanços em relação à ampliação da participação, não houve ruptura com relação a antigas práticas políticas que acentuavam o caráter excludente do sistema.

A novidade é que, com a conformação da democracia e a intensificação das ações da sociedade civil organizada, tem-se uma nova dinâmica da relação entre Estado e sociedade. A mobilização da sociedade em torno de um objetivo de reforma do sistema de saúde teria tido um papel fundamental na universalização do acesso à saúde, bem como na institucionalização da participação da sociedade. Argumentamos, contudo, que tal processo não está relacionado somente à atuação da sociedade, mas também à sua interação com o Estado. Nesse quadro, apesar da desigualdade de recursos – estrutural –, a relação entre os que incorporam e aqueles que são incorporados não se pode ser traduzida automaticamente como cooptação, o que nos leva a pensar sobre uma nova forma de interação entre Estado e sociedade.

Argumentamos que a disseminação dos CGPPS, enquanto novos espaços participativos, ocorre na perspectiva dessa interação, que institucionaliza uma nova dinâmica de relação entre Estado e sociedade, passível de conformar redes de solidariedade na qual haja igualdade de proposição para liberdade de ação. Os antecedentes e o percurso de instalação dos CGPPS são analisados com vistas a identificar as tensões que permeiam sua conformação enquanto instâncias participativas autônomas, uma vez a existência dessas novas institucionalidades não é sinônimo de participação de qualidade.

1. Sistema de saúde bifurcado e excludente

A conformação do sistema de saúde no Brasil foi amplamente marcado pelo quadro de sociedade desmobilizada e Estado altamente cooptador, de modo que nem a sociedade nem o Estado eram passíveis de exercer a autonomia. Ou seja, a sociedade, marcadamente desigual e desarticulada, não tinha liberdade de proposição, nem igualdade no acesso a direitos, muito menos à participação na tomada de decisão. Já o Estado, apesar de passar da desagregação à unidade, não apresenta a permeabilidade que lhe confere autonomia sem desaguar no autoritarismo.

No contexto de liberalismo oligárquico (Avritzer et al, 2005, p. 07), no qual a relação entre Estado e sociedade era marcada pelo diagnóstico de população dispersa e doente e ações estatais de saúde fragmentadas, o movimento sanitário brasileiro da Primeira República, iniciado em 1916 e ampliado em 1918, defendia o crescimento do papel do Estado no campo da saúde pública por meio de ações centralizadas e tecnicamente independentes⁶⁵. O movimento teria tido um papel crucial na conformação do sistema de saúde brasileiro⁶⁶, uma vez que inaugura a concepção de que o Estado deve ser responsável por zelar pela saúde da população rural e urbana, colocando-a como uma questão central no debate político nacional e deixando um legado importante para a estruturação do sistema brasileiro de saúde das décadas seguintes (Labra, 1985; Lima e Hochman; 1996; Hochman, 1998)⁶⁷.

⁶⁵ Entre idas e vindas, o movimento obteve conquistas importantes, como a criação, em 1919, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que contava com atribuições e mecanismos de financiamento federal amplos. Em 1918, foi apresentada ao Congresso, proposta de criação de um Ministério da Saúde Pública. Entretanto, o projeto foi negado com o argumento de era inconstitucional, uma vez que a reorganização da saúde pública federal feriria a autonomia dos estados e municípios garantida pela Constituição de 1891. A incapacidade da estrutura vigente de resolver problemas de saúde pública, ficou evidente meses depois, quando a epidemia de gripe espanhola atingiu o Brasil. Nesse contexto, explicitou-se o caráter de urgência da reavaliação da competência da União nesta área (Lima e Hochman, 1996; Hochman, 1998)

⁶⁶ Lima e Hochman (1996) argumentam que os sanitaristas trouxeram dois elementos importantes no debate social brasileiro: *a idéia da doença como característica central do povo e a qualificação do isolamento do sertanejo, indicado por Euclides da Cunha, como um estado de abandono da população do interior pelos governos*. Seus articuladores eram críticos ao federalismo que reforçava a divisão do país *entre pequenos tiranos locais, sem escrúpulos e indiferentes aos interesses da população* (Penna apud 1923 Hochman, 1998, p. 122, 157, 158).

⁶⁷ Cabe mencionar, contudo, que não é unânime na literatura a idéia de que os preceitos do movimento sanitário continuaram a delimitar a conformação do sistema de saúde brasileiro. Alguns autores interpretam que os princípios do movimento sanitário teriam perdido força no decorrer dos anos 1930, devido à burocratização do Estado aliada à contestação do operariado urbano, e esvaziado *a ideologia de redenção dos sertões* (Castro Santos, 1985 apud Fonseca, 2005, p. 19). As transformações ocorridas no Estado Novo teriam implicado, dessa maneira, em uma valorização da medicina previdenciária em detrimento da saúde pública – objeto de luta dos sanitaristas. De acordo com tal análise, as ações públicas de saúde sanitaristas, que estavam sendo conduzidas no interior do país, teriam sofrido uma retração significativa. Compartilhamos aqui, a linha de análise que vai ao encontro dos trabalhos de Lima e Hochman sobre o movimento sanitário e consubstancia a tese de Fonseca que trata a política de saúde no governo Vargas como receptiva às práticas sanitárias. (Fonseca, 2005, p. 19).

Reconhecer a saúde como direito universal e procurar assegurá-lo implicavam, portanto, a presença do Estado em todo país, o que traria à tona a discussão sobre a relação entre o governo federal e os estados na delimitação das funções de cada esfera político-administrativa no desempenho das atividades nesse campo. Para enfrentá-la seria necessário definir o papel do governo central nas disputas político-partidárias que envolviam os interesses regionais e considerar a atuação e o prestígio das oligarquias locais em cada região. Com efeito, durante as décadas de 1910-20 a gradativa penetração do poder público no território nacional através de ações de saúde ocorreu mediante acordos e convênios que demandavam a concordância e iniciativa dos governos locais, receosos da perda de sua autonomia. Assim a relação entre governo central e poder local, no que diz respeito às ações de saúde, estabeleceu-se com base em interesses mútuos das partes envolvidas. (Fonseca, 2005, p. 45-6)

A modificação da dinâmica da relação entre Estado e sociedade no governo Vargas, com a centralização política e regulamentação dos direitos sociais, tem implicações diretas na conformação do sistema de saúde. Antes do Estado Novo, no período de 1930 a 1934, há reorganização do Estado, com criação de instituições ligadas tanto ao trabalho, como à saúde. Entre 1935 e 1937, há redefinição nos princípios das políticas estatais – medidas de caráter corporativo – já direcionadas para integrar o Estado autoritário que se configurava (Costa, Picaluga, e Ribeiro, 1977, p. 20).

No pós-1930 (...) a implementação de medidas de ‘welfare state’ na esfera da saúde pública exigia que o executivo federal tivesse condições de viabilizar uma política nacional capaz de enfrentar a diversidade de interesses locais. Além de não se agruparem em um bloco hegemônico, estes interesses apresentavam diversidades entre si, tornando complexa e vulnerável a ambição de nacionalizar os serviços de saúde.

Na esfera trabalhista, a prestação de serviços de assistência médica orientava-se por um modelo fragmentado por categorias profissionais e mais restrito no que se refere aos serviços oferecidos. A saúde pública, por sua vez, além das atribuições mais complexas e abrangentes, tinha o objetivo de consolidar e coordenar um serviço em escala nacional. Será obviamente a partir de 1937, com o Estado Novo, que tal propósito ganha condições mais favoráveis de ser implementado com sucesso, ao serem demarcadas as principais características da política de saúde: normatização, centralização e nacionalização. (Fonseca, 2005, p. 46)

Estruturam-se, assim, dois padrões de inclusão social no campo da saúde – o de assistência médica previdenciária, no qual o direito é assegurado pela legislação trabalhista em uma lógica corporativa, e o de saúde pública, relacionado às práticas sanitárias. Essa distinção – institucionalizada pelos ministérios da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC)⁶⁸ – em um momento fundador de políticas sociais, teria

⁶⁸ A estrutura organizacional do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) buscava garantir a presença do Estado nas regiões interioranas – (...) a vasta população urbana e rural que se encontrava à margem do mundo do trabalho formalizado (...) constituirá a clientela para a qual seriam destinadas as políticas sociais de saúde

marcado fortemente a configuração do sistema de saúde no Brasil (Fonseca, 2005, p. 47). A literatura, que trata do tema, reconhece amplamente essa bifurcação⁶⁹.

Para além da fragmentação das políticas, o sistema bifurcado apresenta problemas tanto no que se refere à inclusão social, ao acesso a direitos, quanto no que concerne à participação da sociedade nas políticas de saúde. De um lado, em relação à saúde pública, o Estado não identifica os serviços prestados como um direito, e as ações empreendidas seriam resultado da atuação estatal unilateral. Por outro lado, no que se refere à assistência previdenciária, haveria uma relação entre Estado, trabalhador e empregador, na qual o primeiro concedia o direito como instrumento de cooptação de setores estratégicos, de modo que o acesso à cobertura de saúde era reservado aos cidadãos empregados no mercado formal de trabalho.

(...) o governo Vargas adota para a saúde exatamente a mesma estratégia que ele adotou para outros direitos sociais. Eles são concedidos por legislação a todos os trabalhadores, mas a legislação não é implantada automaticamente. Pelo contrário, a legislação implantada é sempre mais restrita do que a letra da lei e o que vigora é a segmentação de fato do acesso, com aqueles trabalhadores que participam do mercado formal de trabalho tendo acesso à saúde e aqueles que não participam, carecendo de qualquer tipo de cobertura. (...) [tem-se, assim] um modelo inadequado de acesso à cidadania, que identifica falsamente a condição de cidadão à condição de trabalhador. (Avritzer et al, 2005, p. 09)

O sistema bifurcado de atenção à saúde arquitetava-se, desse modo, não a partir da concepção de direito social e, sim, da de concessão de um benefício como dádiva, o que abre espaço para a utilização de políticas sociais como instrumento de práticas não somente de cooptação, mas também, clientelistas. Assim, (...) *desvinculados esses serviços da noção de direito, imprimiu-se ao seu usufruto uma idéia muito difusa de inclusão social, apesar de sua dimensão não restritiva e do reconhecimento implícito do Estado como responsável pela sua execução* (Fonseca, 2005, p. 47).

Na configuração bipartite do campo da saúde, há, portanto, a formalização do reconhecimento da obrigação do Estado na prestação de serviços de saúde com a criação de órgãos públicos em diversas partes do país, mas não há aproximação das demandas da sociedade, nem redução da exclusão social. Apesar da instalação de instâncias deliberativas

implementadas no MESP (Fonseca, 2005, p. 29). O Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) era responsável por intermediar a negociação bipartite para consecução dos direitos sociais – garantia de benefícios aos trabalhadores era atrelada ao controle do Estado sobre o movimento sindical que atendia aos interesses industriais.

⁶⁹ Hochman (1998) faz separação entre assistência média e saúde pública, Draibe (1985 apud Fonseca, 2005, p.33) distingue entre saúde pública e medicina previdenciária, e Escorel (1999 apud Fonseca, 2005, p.33) delimita o campo da saúde em pública e coletiva.

que até chegaram a integrar o debate sobre as campanhas de saúde públicas – o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são criados em 1937 –, tais estruturas tiveram papel bastante apático nas décadas seguintes⁷⁰, adquirindo durante o regime militar estrutura extremamente centralizada (Gonzáles, 2000, p.150, 192). É nesse sentido que, apesar de estar presente na *retórica governamental para a legitimação do Estado*, a participação da sociedade não apresenta nenhum papel relevante na conformação e na modificação do modelo assistencial nem sanitário (Carvalho, 1995 apud Brasil, 2006).

Nessas bases, se institui uma relação entre Estado e sociedade – permeada tanto por práticas de cooptação quanto clientelistas – caracterizada por relações de exclusão, que marcam a estruturação do sistema de saúde brasileiro, nas décadas seguintes. Com instauração do regime militar⁷¹, o sistema de saúde não muda os alicerces anteriores de sustentação, muito pelo contrário, o modelo bifurcado se consolida e segue fragmentado com incorporação social desigual. Na assistência à saúde, continuam prevalecendo interesses econômico-corporativos do empresariado, e nas ações sanitárias, a idéia de tutela e de benefício/dádiva prevalece.

Nos anos 70 se consolida a dicotomia entre duas redes de atendimento desarticuladas: a médico-sanitária, voltada para prevenção e a médico-assistencial, responsável pelo atendimento clínico (Bodstein, 1993). Este modelo foi institucionalizado pela lei que criou o Sistema Nacional de Saúde (6229/75), separando as competências entre o Ministério da Saúde e o recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), de 1974. Em 1976, cria-se o PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, realizado no Nordeste, que é uma tentativa de coordenar as ações nos dois setores (Cohn et alli, 1991). (Gonzáles, 2000, p.151)

A despeito das tentativas de coordenação, o sistema permanecia restritivo. Nessa época, as ações na área da saúde, como a expansão da cobertura da assistência médica, tinham um caráter muito mais de garantir a legitimidade do governo – ação repressiva mediante funcionamento de aparato representativo exigia medidas *apaziguadoras* –, do que de

⁷⁰ Apesar de criada em 1937, a I Conferência Nacional de Saúde (CNS) só se realiza em 1942 (Gonzáles, 2000, p. 192). No regime democrático, em 1963, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era a municipalização. Em 1967, é realizada, em pleno regime militar, a IV CNS, burocrática, freqüentada somente por dirigentes de órgãos de saúde, a conferência não teve repercussão. A V CNS, já com a estruturação do movimento pela Reforma Sanitária, promoveu uma abertura maior, chegando a discutir a relação saúde-previdência (Brasil, 2006a, p. 55, 57).

⁷¹ Nota-se aqui um salto da era Vargas para instauração do regime militar. O corte atende a limites de interesse de demarcação de práticas autoritárias. Assim, cabe uma breve incursão ao modelo desenvolvimentista associado de JK – que implicou em continuidades no sistema de saúde, que era então tratada como questão condicionada ao desenvolvimento econômico. Assim, o sistema de saúde, ainda fragmentado, estruturava-se mediante uma centralização técnico-burocrática, com tentativa de articulação de campanhas rotinizadas (Costa, Picaluga, e Ribeiro, 1977). Nesse sentido, mantém-se a divisão entre a responsabilidade por campanhas públicas – atribuídas ao Ministério da Saúde, criado em 1953 – e assistência médica – responsabilidade do sistema previdenciário de então (Gonzáles, 2000, p.150-1).

assegurar a inclusão de fato. Quando nos anos 1960, os institutos de previdência foram centralizados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com convênios entre empresas, a previdência foi estendida para categorias rurais, o que estendeu a cobertura médico-assistencial. Entretanto, o aumento da cobertura não gerou melhoria de acesso à saúde. Na verdade, nos grandes centros, houve uma piora significativa durante o regime militar (Avritzer et al, 2005, p. 10). Nesse contexto segregador, a população excluída passa a pressionar e demandar a ampliação da participação da sociedade na área da saúde⁷².

2. A demanda por ampliação da participação na saúde

A mobilização social insurge em meados dos anos 1970, como importante elemento no cenário político brasileiro. No contexto de crise de legitimidade política e econômica do regime militar e de crescente contestação popular, tem-se um processo de demanda por expansão da cobertura dos direitos sociais e por ampliação da participação da sociedade. No âmbito da saúde, conforme defendemos aqui, paradoxalmente, a sociedade que luta contra o Estado autoritário, ao demandar ampliação dos direitos e acesso à participação, confere maior permeabilidade à estrutura estatal o que, acaba contribuindo, no contexto de abertura política, para maior que o Estado tenha maior autonomia, no sentido de que esse possa ser palco de políticas propositivas que modifiquem o *status quo*. Dentro dessa perspectiva, chamamos atenção para o fato de que, para compreender o sistema de saúde que se afigura, bem como as novas instâncias participativas criadas, mais importante do que o inegável papel da mobilização social, foi o processo de interação com o Estado e sociedade.

As principais evidências do redirecionamento das ações de saúde no âmbito do Estado foram a formulação, pelos Ministérios da Saúde e da Previdência, do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde, 1980) – plano nacional alternativo de saúde, baseado em recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷³ –, e a implementação das

⁷² A expansão da cobertura sem o aumento do provimento de serviços, baseado centralmente na compra de serviços de instituições privadas, provocou a queda de qualidade e dificuldades financeiras para a administração deste sistema. Também gerou uma demanda por parte da população, incluída formalmente, ou em busca de inclusão, o que foi uma das bases para os movimentos de reivindicação que ocorreram principalmente nos anos 80. (González, 2000, p.151-2)

⁷³ Os documentos internacionais de referência dos novos conceitos e propostas para a saúde são A *Carta de Punta del Leste*, firmada em 1961, e a *Declaração de Alma-Ata*, que, em 1978. (Lima, 2002, p. 26 in Finkelman, 2002) Esta última orientou a ação de agências multilaterais como a OMS e a OPAS nos anos 70 e 80, com o lema *Saúde para Todos no Ano 2000, expresso na estratégia da expansão dos cuidados primários à saúde, responsabilidade dos Estados nacionais e vinculação das realizações das metas de saúde ao desenvolvimento*

Ações de Saúde e Saneamento (AIS), após a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) (Brasil, 2006a, p. 21, 39). Em tais ações estatais já constavam os princípios base do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) e, após a Constituinte, do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

Na esfera da sociedade civil, entre os pontos que indicam a alteração nas relações de poder e contribuíram para o reordenamento do sistema de saúde, destacam-se os seguintes: o surgimento de movimentos sociais urbanos de reivindicação ao acesso aos serviços de saúde, a criação de instituições que direcionam o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), de 1979; e o deslocamento na concepção de participação da sociedade (Brasil, 2006a, p. 39).

2.1. A mobilização da sociedade e vias de participação

Em relação aos movimentos sociais que influíram no processo de formulação das políticas de saúde durante o período de transição democrática, Bahia e Vianna (2006, p. 26) apontam quatro eixos principais da contestação da sociedade⁷⁴ ao sistema de saúde vigente: o movimento popular em saúde (MOPS), o movimento médico, o conhecimento baseado na medicina comunitária e os debates em torno de um pensamento crítico sobre saúde. Tais eixos integraram o movimento pela Reforma Sanitária.

Os MOPS dizem respeito a todas as formas associativas de moradores de bairros e favelas que se mobilizam em torno das reivindicações por melhores condições de saúde⁷⁵, estando relacionado às experiências das Comunidades de Base da Igreja. Já o movimento médico remete à contestação de mudanças na inserção profissional – perda de autonomia com a ampliação da intervenção estatal e o empresariamento da prática médica. Apesar de tanto o MOPS quanto o movimento médico apresentarem predominantemente uma orientação de

social bem como à redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvido (Bahia e Vianna, 2006, p. 25).

⁷⁴ Em entrevista que consta em pesquisa do Ministério da Saúde, Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão), indica quatro linhas do movimento sanitário que coincidem em três pontos em relação às indicadas por Bahia e Vianna. Quais sejam, p. acadêmica, gestão de serviços e movimentos comunitários. A quarta linha indicada não coincidente com as das autoras citadas é a relacionada aos atores comprometidos com a vida política (principalmente ao PCB). Para detalhes, ver Brasil, 2006.

⁷⁵ Para mais informações sobre esse tipo de movimento, ver movimentos sociais urbanos de movimento chamado de movimentos sociais urbanos citados por Avritzer et al (2005, p. 11-2). Ver também processo de institucionalização dos movimentos de reivindicação urbana de São Paulo (Martes, 1990).

esquerda, a procedência e as motivações de ambos não são coincidentes (Bahia e Vianna, 2006, p. 27).

A medicina comunitária diz respeito à *busca de racionalidade para os serviços de saúde enfatizando-se noções outras como regionalização e hierarquização de serviços, participação comunitária*. Ou seja, pensava-se a melhoria das ações de saúde por meio de *projetos de demonstração (momento focal) e de programas de extensão de cobertura (momento ampliado) novos aportes conceituais, metodológicos e operativos surgiram a partir das disciplinas de planejamento e administração tais como análises de custo-benefício e custo-efetividade, programação, planejamento participativo, sistema de informação, etc* (Paim, 1986 apud Paim, 1997, p. 17).

Tendo como objetivos centrais a universalização e a equidade no atendimento (González, 2000, p. 152), o Cebes e a Abrasco seriam exemplos do chamado pensamento crítico sobre saúde. Este diz respeito não somente ao resgate do debate em torno do objeto da saúde, mas também a disputas teóricas e político-institucionais. Entre as principais questões debatidas estava a transformação da idéia de participação da sociedade. Com a politização da saúde, haveria o deslocamento da reivindicação por direitos sociais – por políticas públicas – para demandas de acesso ao poder. É nessas bases que a noção de participação na tomada de decisão se configura.

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular, mas como forma de garantir o redimensionamento das políticas e práticas para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde. (Carvalho, 1995, p. 23)

Tal concepção de participação vai ao encontro daquela propalada por organismos internacionais⁷⁶, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁷⁷. Os defensores dessa idéia no Brasil passam a integrar um movimento em prol da ampliação da participação da sociedade na área da saúde. Tendo esta concepção de participação como lema, estrutura-se o movimento pela Reforma Sanitária⁷⁸, entendido como um conjunto organizado de pessoas e

⁷⁶ As recomendações internacionais sobre participação popular vinculada à extensão de cobertura à populações forma legitimadas no Brasil em 1975, durante a V Conferência Nacional de Saúde (Lima, 2002, p. 26 in Finkelman, 2002).

⁷⁷ Para detalhes sobre a relação entre o Brasil e OPAS – mais antigo organismo de cooperação na área de saúde e uma das primeiras instituições de cooperação internacional – marcada pelo crescente intercâmbio entre especialistas e gestores de saúde, e pela construção de uma agenda comum, ver *O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões* (Lima in Finkelman, 2002)

⁷⁸ *Nesse cenário, no qual novos espaços acadêmicos, políticos, sociais e institucionais foram ocupados por profissionais e estudantes da área da saúde e técnicos comprometidos com uma reflexão crítica sobre condições*

grupos partidários articulados ao redor de um projeto (Escorel, 1998 apud Bahia e Vianna, 2006). A linha tática desse movimento seria a ocupação dos espaços institucionais, bem como a formulação e implementação de ações de saúde em contraponto à crise previdenciária do Estado (Brasil, 2006a, p. 41). Nessa perspectiva, a institucionalização da participação da sociedade na gestão do sistema de saúde assume caráter estratégico no processo de reforma da saúde.

Entretanto, cabe diferenciar, a leitura *a posteriori* que se faz do movimento – frente às opções teóricas-políticas já estabelecidas – das preocupações e dilemas que se encontravam no âmago de sua conformação. Não havia unanimidade sobre a institucionalização da participação entre os movimentos articuladores da Reforma Sanitária. No contexto de contestação do Estado autoritário, questionava-se a possibilidade de que a participação da sociedade pudesse se inserir no – e atuar em conformidade com – o aparato estatal⁷⁹. Conforme apontamos no capítulo anterior, nessa época, a institucionalização, muitas vezes interpretada como cooptação estatal, era posta em oposição à autonomia da sociedade. É nesse sentido que no interior do movimento se instituiu um intenso debate entre as orientações institucionalista⁸⁰ e movimentista⁸¹, o que se colou como um dilema no movimento.

A luta pela ampliação da participação na saúde envolveu, assim, elementos dissonantes e, até mesmo, contraditórios (Paim, 1997, p. 16), apesar das tentativas de

de saúde e o modelo de atenção à saúde o movimento sanitário constituiu-se como 'ator coletivo', como uma 'nova força política' (Escorel, 1998 apud Bahia e Vianna, 2006, p. 26).

⁷⁹ *A proposta de democracia com a qual se trabalhava nos anos 70 tinha um forte conteúdo anárquico e contracultural, na medida em que se rebelava contra todo processo de normalização e institucionalização do poder, vistos como rede de macro e micropoderes que, por meio de um conjunto de práticas sociais, subordinavam a energia criadora e potencialmente revolucionária a uma ordem que reproduzia, desde sua macroestrutura até aos comportamentos e símbolos, a engrenagem da dominação. A democracia era vista como comportando um elemento social que se traduzia na proposta de desalienação da população e sua conseqüente organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social. (Fleury, 1997, p. 27)*

⁸⁰ *A perspectiva democrática "institucionalista", predominante a partir dos anos 80, recorreu ao conceito estratégico de desenvolvimento da consciência sanitária como forma de articulação de diferentes níveis, possibilitados pela concomitância do corpo biológico com o corpo socialmente investido; o corpo produtivo. A articulação se daria entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, portanto, portador de um conjunto de direitos e deveres diante do Estado, e, sua inserção na luta entre dominados e dominadores, aos quais remetem tanto as carências vitais quanto a negação dos direitos sociais. Em outros termos, assumindo o caráter dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social em direção à construção de uma nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu ressignificar politicamente a noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador. (Fleury, 1997, p. 27-8)*

⁸¹ *Uma perspectiva política de orientação mais 'movimentista' se associa ao próprio surgimento e crescimento do Partido dos Trabalhadores e das Comunidades Eclesiais de Base, orientada por uma perspectiva de mobilização da comunidade e socialização política, vivendo, no entanto, a contradição crescente entre tomar o Estado como alvo de suas críticas e de suas demandas, ao mesmo tempo em que pretendia que sua luta pelo poder se circunscrevesse ao âmbito societário. Não por acaso, esta contradição se desenvolve, algumas décadas depois, com a forte presença dos governos municipais do Partido dos Trabalhadores sendo os principais implementadores das reformas institucionais democratizadoras, tanto na saúde como em outras áreas da gestão pública (Fleury, 1997, p. 27).*

harmonização⁸². O fato é que, apesar das divergências sobre a institucionalização da participação terem levado a divisões nos MOPS (Bahia e Vianna, 2006), a reforma que se empreendeu orientou-se, em grande medida, em direção à institucionalização da participação da sociedade, obtendo relativo sucesso nas conquistas, seja de acesso a direitos, seja de ampliação da participação.

O dilema reformista, enfrentado como tensão permanente durante todo o processo da Reforma Sanitária, estava dado a partir da interpelação cidadã e da luta pelo direito à saúde, o que implicava necessariamente tomar o Estado – em seu aparato jurídico e administrativo – como locus privilegiado das práticas reformadoras. Para isto, o que se requeria era a ampliação de alianças e a construção de um novo consenso e de uma nova institucionalidade, enquanto a transformação social das práticas sanitárias e a construção de sujeitos políticos e suas estratégias de enfrentamento do conflito provocava tensões, fragmentações e dissensos. (Fleury, 1997, p. 28)

Nesse sentido, originário de diversas vertentes e com divergências internas, o movimento pela Reforma Sanitária consegue encampar um projeto comum, marcado pela *forte conotação de democracia participativa, resistência contra o arbítrio e luta pela redemocratização* (Brasil, 2006a, p. 59). A realização de tal projeto passaria pela negociação da ampliação da participação, encarada como acesso à decisão com o – e no interior do – Estado. Temos, portanto, diante das possibilidades de ações reformadoras se realizarem *no* Estado e não em oposição a ele, um cenário no qual as noções de autonomia, como ausência de relação com Estado, e de espontaneidade dos movimentos sociais são postas em xeque na condução das ações pela ampliação dos espaços de participação para interação entre Estado e sociedade na saúde.

2.2. Estado permeável à sociedade

As propostas de construção de um sistema de saúde único e universal são edificadas, portanto, por meio de uma intensa negociação que envolveu ampla interação da sociedade com o Estado. É possível identificar a defesa por ampliação da participação na inteligência técnica que integra o Estado, principalmente no Ministério da Saúde⁸³. O redirecionamento das ações de saúde no âmbito do Estado teve como marco o Prev-Saúde, apresentado pelos Ministérios da Saúde e da Previdência. Elaborada com base nas discussões da VII Conferência Nacional de Saúde de 1980, a proposta, inédita quanto à temática da

⁸² Ver tentativa do CEBES de harmonizar as duas concepções em Fleury (1997, p.26).

⁸³ Para exemplos do corpo técnico governamental que integrava linhas do movimento sanitário, ver entrevistas com *atores/personagens históricos relevantes do movimento sanitário, sujeitos institucionais que participaram, direta ou indiretamente, do processo da Reforma Sanitária Brasileira* (Brasil, 2006)

participação, incorporava as teses da descentralização, hierarquização e regionalização. Entretanto, logo após a sua apresentação, o governo recuou e elaborou uma segunda versão do programa que retornava ao patamar anterior quanto à questão participativa e o plano não teve prosseguimento (Brasil, 2006a, p. 39; González, 2000, p. 153).

Com a extinção do Prev-Saúde, é criado em 1981, o Conasp que passa a fazer valer as Ações Integradas de Saúde (AIS), criadas em 1976 pelo já citado PAISS. Em 1983, as AIS passam a ser executadas e tem-se início o processo de municipalização da saúde. As ações, expressas por convênios trilaterais, entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Secretarias Estaduais de Saúde. Com a transferência de recursos do governo federal para outras instâncias, as ações eram implementadas pelas secretarias ou com o repasse destas aos municípios. A organização e execução das AIS se deu por meio da criação de colegiados gestores nas instâncias municipais, estaduais, locais e regionais, chamadas de Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS (estaduais), CIMS (municipais), CLIS (locais) e CRIS (regionais). As comissões eram compostas por representantes dos órgãos conveniados, executores e de organizações locais, como universidades e associações de moradores (Cohn, 1989, Pêgo, 1993 apud Gonzáles, 2000, p. 154; Brasil, 2006a, p. 42). Tais ações inauguraram a institucionalização da participação da sociedade na saúde⁸⁴.

É nesse sentido que se pode identificar a luta pela ampliação da participação da sociedade na área de saúde com a ocupação de espaços institucionais. Tal ocupação se deu no sentido de procurar diminuir o caráter excludente das ações de saúde, por meio do aproveitamento de brechas do sistema bifurcado de então e da atuação de atores estatais comprometidos com o movimento de reforma sanitária. Conforme relato do Ministro da Saúde do segundo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, José Gomes Temporão⁸⁵.

O governo, na prática, faz uma intervenção branca no Ministério da Previdência que, na época, era a grande instituição responsável pelas políticas de saúde. O Ministério da Saúde era um ministério frágil, responsável praticamente apenas pelos programas nacionais, como os da Tuberculose, Saúde Mental e Endemias. E, então, cria-se o Conasp, que era

⁸⁴ Embora essa experiência, de acordo com Carvalho (1995), emergisse da lógica racionalizadora da gestão do Estado, foi se tornando permeável aos princípios e ações democratizantes do movimento sanitário, através de seus agentes técnicos localizados na direção da previdência, convertendo-se em um marco inaugural da institucionalização da participação. As comissões se multiplicaram no país, num ritmo bastante rápido, abrindo espaço a novos sujeitos políticos, embora seu desenvolvimento institucional tenha sido diferenciado de acordo com a correlação de forças políticas entre os sujeitos participantes nos respectivos locais de funcionamento. (Brasil, 2006a, p. 43)

⁸⁵ Médico, Sanitarista, Doutor em Medicina Social, Temporão foi presidente do Cebes (1981-1984); e Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer (2004-2005), além de Pesquisador Titular da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Quando entrevistado em 19/08/2005, era Secretário de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. (Brasil, 2006a, p. 14)

o conselho de reorganização e reestruturação da assistência médica da previdência social, (...)

É interessante resgatar que o conselho era um espaço que articulava e recrutava o empresariado, os sindicatos e a previdência. O Eleutério⁸⁶, então na secretaria técnica, passa a ter uma influência muito grande, tentando colocar nossas idéias dentro do conjunto de políticas propostas pelo Conasp, que era muito amplo, desde o novo modelo de pagamento do setor privado até o embrião do Programa das Ações Integradas de Saúde, que nada mais era do que um modelo de financiamento dos hospitais universitários de ensino médico, que (...) pretendia garantir recursos da previdência social para o setor público.

Naquela época, a previdência social financiava praticamente só o setor privado. E, para fortalecer o setor público, o Programa de Ações Integradas de Saúde era uma entre dezenas de outras iniciativas do Conasp. Depois, o Conasp, mais ou menos em 1983, começa a pôr em prática essas mudanças e, aí, o Eleutério vai ocupar o departamento de planejamento do Inamps.

Nós abrimos uma rubrica no orçamento do Inamps para financiar as ações integradas e isso deu uma briga muito grande, tanto que os previdenciários tradicionais diziam que nós estávamos tirando o dinheiro dos trabalhadores para financiar o setor público. Ali, havia por trás toda a discussão da universalização, da necessidade de incorporar o cuidado de saúde às pessoas que não estavam formalmente vinculadas ao mercado de trabalho, pois o Inamps financiava quem tinha carteira de trabalho assinada, quem não tinha estava fora. Bom, então essa transformação de programa para estratégia incluiu também o redesenho da descentralização, co-participação financeira entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal, apoio a modalidades ambulatoriais de atendimento – a questão da atenção primária, simplificação dos cuidados – e participação social. (Temporão apud Brasil, 2006, p. 69-71)

No âmbito da interação entre Estado e sociedade, com a segunda se apropriando de espaços do primeiro para modificação do sistema bifurcado excludente, é apresentada no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, em 1979, pela primeira vez, proposta de criação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006a, p. 40; Fleury, 1997, p. 29). Assim, a mobilização em torno dos princípios da Reforma Sanitária, entre os quais estava a demanda por ampliação da participação da sociedade na saúde, ganhou diretrizes que influíram na configuração do SUDS⁸⁷ e, posteriormente, do SUS, já em um contexto democrático.

⁸⁶ Eleutério Rodriguez Neto foi grande articulador na criação e consolidação do SUS. Foi um dos criadores do CEBES, sendo presidente da entidade entre 1980-1981 e 1991-1993 e vice-presidente na gestão 199-1996. Em 1986, passou a integrar seu Conselho Consultivo. Foi vice-presidente da Abrasco, gestão 1986-1987. Em 1985, foi indicado como Secretário Geral do Ministério da Saúde quando participou da organização da VIII CNS e representou o país no Conselho Executivo da OMS. (MS, 2007)

⁸⁷ O Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987, no íterim entre a transição democrática e a entrada em vigor da Constituição de 1988, dava seqüência à tendência descentralizadora para a gestão das políticas públicas de saúde. *O SUDS reafirmava, mais uma vez, o princípio da participação, tornada obrigatória nas comissões interinstitucionais, com a recomendação de que fossem criados conselhos de saúde, cuja composição e atribuição, no entanto, não eram estipuladas* (Brasil, 2006, p. 51). Ao mesmo tempo em que era negociado o texto da nova carta, o SUDS era criado, com base no princípio da universalização do atendimento, ou seja, de acesso aos serviços não atrelado ao sistema previdenciário. Tal sistema, não tem ainda uma

A criação do SUS e o estabelecimento de um marco legal para a participação da sociedade na área da saúde pela Constituição de 1988 foram precedidas de propostas de reorganização da saúde, amplamente discutidas por atores da sociedade e do Estado. Os atores comprometidos com a reforma sanitária trabalharam para que os princípios por eles defendidos fossem incorporados pela Assembléia Constituinte (1987-1988)⁸⁸. A agenda básica de negociação da Constituinte foi construída durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A VIII CNS foi um marco na democratização da saúde brasileira, fazendo com que as diversas linhas do movimento pela reforma sanitária – MOPS, academia, movimento médico⁸⁹ – convergissem em torno do objetivo de instaurar a democracia do país e construir um sistema de saúde mais inclusivo (Avritzer, 2005, p. 16)⁹⁰.

Dessa forma, tem-se a formalização de um sistema de saúde centralizado e universal, em detrimento do antigo modelo bifurcado e excludente do período pós-transição democrática, marcado pela novidade, não somente na emersão de atores da sociedade, mas pela interação entre Estado e sociedade. Nesse sentido, é possível identificar a mobilização de atores de natureza diversa em torno das políticas de saúde, o que nos induz a pensar na porosidade da fronteira entre Estado e sociedade nesse novo momento de institucionalização da participação na saúde.

incorporação totalmente universal, pois prevê a possibilidade de desconto, por partes das empresas, das despesas médicas de funcionários. Entretanto, pode-se observar que princípios de inclusão e participação da sociedade que vão ser a base para o SUS, já estão presentes no SUDS (Gonzáles, 2000, p. 160).

⁸⁸ Nesse contexto, merece menção a emenda popular da saúde contou com mais de 60 mil assinaturas (Gonzáles, 2000, p. 160).

⁸⁹ Em entrevista, Sarah Escorel relata a respeito do encontro do movimento popular com o movimento pela Reforma Sanitária, descrevendo que raramente ocorria a interação entre eles: *O que eu chamo de 'fantasma da classe ausente' é que o movimento sanitário sempre falou pelas classes populares, e elas não estavam presentes. Temos que lembrar a época em que a ditadura militar restringia a mobilização dos movimentos sociais, ainda muito frágeis. (...) O Cebras participava de algumas manifestações desses movimentos.* (Brasil, 2006, p. 64)

⁹⁰ A realização da conferência teria sido negociada entre o Ministério da Saúde (MS) e o da Previdência e Assistência Social (MPAS), uma vez que estes apresentavam impasse quanto ao aprofundamento da Reforma Sanitária (Brasil, 2006, p. 46). Entre os impasses entre os dois Ministérios, merece destaque aquele referente à passagem do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) para o Ministério da Saúde. Como o MPAS não queria perder o Instituto e todos os seus recursos para o Ministério da Saúde, surgiu a proposta de trazer o Ministério da Saúde para dentro do MPAS, criando um Ministério de Bem-Estar, dentro do princípio da seguridade social. (Gonzáles, 2000, p. 161) *A proposta remetida à Constituinte serviu de base para os textos discutidos na Subcomissão. Entretanto, na tramitação na Comissão da Ordem Social a proposta foi alterada, sendo construída a proposta do conceito de seguridade social, incluindo saúde, assistência social e previdência. Esta proposta, que contrariava o Movimento da Reforma Sanitária, aparentemente vinha das discussões do Ministério da Previdência (Fleury, 1995) e sua influência junto ao relator da comissão, Almir Gabriel (Rodrigues Neto, 1997). Os lobbies do setor privado mobilizaram-se tardiamente, vencendo a maior parte das teses do Movimento da Reforma Sanitária (Pereira, 1996).* (Gonzáles, 2000, p. 161)

3. A institucionalização da participação na saúde

A Assembléia Nacional Constituinte incorpora as principais diretrizes do movimento pela Reforma Sanitária ao texto constitucional, criando o SUS e prevendo a participação da sociedade na deliberação de políticas públicas na área. Nesse quadro, a saúde integra, junto com a assistência social e previdenciária, o aparato institucional da seguridade social. Tal arranjo não estaria entre as diretrizes do movimento da Reforma Sanitária, mas está dentro do parâmetro de universalização de serviços públicos para atendimento às necessidades básicas da população. As propostas do movimento de Reforma Sanitária encampadas pela Constituinte foram: (i) reorganização do Ministério da Saúde como órgão coordenador do setor saúde, (ii) deslocamento do centro das decisões sobre recursos financeiros federais para as unidades federativas, (iii) democratização da gestão da saúde mediante instalação de conselhos deliberativos nos níveis federal, estadual e regional, delimitação e ampliação dos recursos destinados à área da saúde (Brasil, 2006a, p. 155).

Art. 194 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

(...)

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

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

(...)

III - participação da comunidade.

(Constituição Federal, 1988)

O direito à saúde, garantido por meio de um sistema universal e unificado, rompe com vínculos entre contribuições e benefícios e, portanto, coloca fim ao modelo bifurcado excludente até então predominante. Além disso, a participação da sociedade, prevista em lei, abre espaço para a criação de institucionalidades participativas deliberativas descentralizadas, que atuariam na gestão de políticas públicas. Ou seja, tem-se, a partir de então, o amparo legal do qual resultam os CGPPS.

Há, assim, uma dupla mudança na perspectiva de inclusão social no sistema de saúde: na ampliação do acesso aos serviços e na disseminação de instâncias que garantiriam a sociedade o compartilhamento do processo decisório de políticas públicas com o Estado. Tais

avanços no plano legal não corresponderam, contudo, a ações imediatas, seja na implantação do SUS, seja no processo de institucionalização da participação da sociedade. A nova configuração da saúde não é capaz de, em um primeiro momento, garantir a implementação dos SUS, nem de promover a estruturação de instâncias participativas que contribuíssem para interação profícua entre Estado e sociedade.

Logo após a aprovação da Constituição de 1988 o consenso em torno da prioridade do tema saúde e sua inserção em um sistema de social de corte universalista foi desfeito. Os ventos da denominada 'reforma da reforma da Previdência Social' repôs as velhas (mas com roupagens renovadas) propostas de capitalização da previdência e focalização das políticas sociais. As conseqüências para dessa 'virada' nas concepções oficiais sobre o sistema de proteção social afetaram profundamente a velocidade, profundidade e extensão das mudanças no sistema de saúde. (Bahia e Vianna, 2006, p. 37-8)

A orientação que governo assume no momento em que deveriam ser implantadas as medidas para a efetivação do SUS – *ao viés autoritário somou-se o viés neoliberal, com a redução dos gastos em saúde* (Brasil, 2006a, p. 112) – acaba sendo um problema tanto para a conformação das políticas sociais, quanto para a estruturação de canais de participação da sociedade. A aprovação da Constituição de 1998, de caráter claramente democratizante, com descentralização das políticas sociais e ampliação dos direitos sociais com fortalecimento da responsabilidade social do Estado, se encontra com um movimento internacional mais amplo neoliberalizante do início da década de 1990 que prima pela redução do Estado e de seu papel social. As propostas de conformação do Estado brasileiro da nova carta constitucional tinham, portanto, uma visão de seu papel muito diferente do projeto que se difunde internacionalmente (Raichelis, 2003, p. 41-2) e é absorvido pelo então governo.

Esse encontro é caracterizado por o que Dagnino (2004) chama de *confluência perversa*, que diz respeito justamente ao encontro da ampliação da participação e da universalização dos direitos sociais com práticas de mercado do projeto neoliberal, que se apropriariam de práticas participativas. Nesse contexto, os conceitos de participação, cidadania, sociedade civil, Estado (Dagnino, Oliveira e Panfichi, 2006; Dagnino, 2004; ver Quadro 1 no Apêndice A) e descentralização (Raichelis, 2003), adquirem um significado distinto dependendo dos atores que os incorporam. Entre as diversas conseqüências que esse fenômeno teve para a estruturação do sistema de saúde, apontamos duas principais.

Em primeiro lugar, o choque entre princípios universalistas previstos na Constituição – que exigem comprometimento de recursos públicos para que os direitos sejam transplantados para políticas sociais efetivas de inclusão – com as medidas neoliberais restritivas de corte de

gasto influenciam fortemente a implantação do SUS. A questão da estabilidade do financiamento dos SUS, conforme procuramos demonstrar a seguir, permeia toda a sua construção nesses 20 anos de existência. Em segundo lugar, como consequência dessas dificuldades, são claros os impasses na aplicação das diretrizes constitucionais para abertura de canais participativos e no processo de instauração de medidas que estimulassem a sua disseminação.

3.1. As dificuldades de implantação do SUS

A Constituição de 1988 oferece, portanto, a base institucional para busca pela universalização do atendimento, com descentralização da execução e da formulação de políticas públicas. Entretanto, os princípios das políticas sociais implementadas, no início da década de 1990, não eram compatíveis com o caráter universalizante da nova carta. A lógica da descentralização acabou desaguando em seletividade e focalização das políticas públicas, em detrimento da universalização. Dessa forma, durante o governo Collor, em nível local, não havia autonomia financeira e capacidade de gestão de políticas de saúde, sendo os atrasos nas transferências de recursos para os estados e municípios recorrentes, com claro benefício ao setor privado conveniado (Brasil, 2006a; Brasil 2006b; Gonzáles, 2000).

Arregimenta-se, portanto, um Estado ‘mínimo’, no qual políticas sociais são destinadas apenas a grupos localizados, o que não é compatível com a busca pela universalização do atendimento. Tal quadro deixa espaço para reinvenção de práticas clientelistas com a instrumentalização dos escassos programas remanescentes frente à drástica redução dos gastos sociais. No início da década de 1990, segundo dados do Ministério da Saúde, após atingir o nível máximo do período de US\$ 11 bilhões em 1989, os gastos públicos federais em saúde caem para US\$ 6,60 bilhões em 1992, conforme Tabela 1 abaixo. A queda acumulada em dois anos somou cerca de 30% e levou os gastos federais da saúde aos níveis mais baixos desde 1985. Durante o governo Sarney, a média anual por habitante era de US\$ 63,46, passando de US\$ 54,70 no governo Collor, subindo para US\$ 55,75 no governo Itamar (Brasil, 2006a, p. 112).

Tabela 1 – Gasto Total em saúde (1985-92) em U\$

Anos	U\$ milhões
1985	6.952,30
1986	7.443,00
1987	10.769,30
1988	10.148,80
1989	11.455,40
1990	9.564,00
1991	7.940,90
1992	6.640,00

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2006 b)

O debate sobre a crise de financiamento da saúde deságua na criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), destinado a dar suporte financeiro ao setor. Após intenso debate legislativo, é reeditado, em 1996, como Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) (Ipea, 2006, p.50). No governo Fernando Henrique Cardoso, a discussão sobre o SUS se concentrou na aprovação da CPMF como forma de garantia de recursos para maior estabilidade do financiamento setorial (Ipea, 2006; Gonzáles, 2000). Apesar da nova fonte de receitas, garantida pela prorrogação da contribuição, a parcela do orçamento público destinada à saúde não aumentou, conforme Tabela 2, devido a uma realocação de fontes de recursos antes reservadas à área.

Tabela 2 – Gasto total com saúde (1995-2005) em R\$

Anos	R\$ milhões	% PIB
1995	28,7	1,79
1996	25,2	1,53
1997	29	1,67
1998	27,7	1,58
1999	30,5	1,69
2000	31,8	1,7
2001	33	1,71
2002	33,9	1,68
2003	32,2	1,58
2004	35,4	1,62
2005	35,9	1,59

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2006)

Em 1998, quando é novamente prorrogada, a contribuição deixa de ser exclusiva da saúde (Ipea, 2006, p.50). Em 2000, é aprovada PEC 86, que prevê a vinculação constitucional de recursos para a saúde. Tal proposta é transformada na Emenda Constitucional n° 29 (EC 29)⁹¹. Com a vinculação, há um progressivo aumento de gastos com a saúde, conforme

⁹¹ A Emenda Constitucional 29 estabeleceu a vinculação de recursos orçamentários da União, estados e municípios, para despesas com saúde. Para a União, a EC 29 determina que, para o ano 2000, o montante mínimo aplicado em ações de saúde deveria ser o valor executado em 1999, acrescido de 5%. Nos anos

demonstra a Tabela 2. Entretanto, esperava-se que o impacto da EC 29 fosse mais intenso sobre as contas estaduais (Ipea, 2006). Assim, apesar da importância de sua aprovação para a estabilidade dos gastos na saúde e, portanto, para a implementação do SUS⁹², a aplicação das regras da emenda apresentam problemas que exigem a sua regulamentação. Os dois principais pontos que devem ser regulamentados e têm sido objeto de luta de atores comprometidos com a implantação do SUS são (i) o comprometimento de uma porcentagem mínima de recursos federais com saúde; e (ii) a definição de ações e serviços de saúde (Abrasco, 2006; CNS, 2006).

(...) o CNS defende a vinculação de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento da área, mantendo os 12% já previstos para os estados e 15% para os municípios. Orienta também que a definição de despesas em saúde siga as diretrizes estabelecidas na Resolução CNS nº 322/2003, entre elas: vigilância em saúde, inclusive epidemiológica e sanitária; a capacitação de pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS); a produção, aquisição e distribuição de medicamentos, sangue e derivados e outros; a gestão do sistema público de saúde; as obras na rede física do SUS e a remuneração de pessoal ativo em exercício no setor. (CNS, 2006)

Em dezembro de 2007, após demorada tramitação no Congresso, com acirrado embate entre governo e oposição, a CPMF foi extinta (Opsa, 2007). Em meio a demandas por aumento nos gastos com saúde e pela regulamentação da EC 29, a perda da fonte de receitas coloca a questão do financiamento do setor frente a um novo desafio⁹³. Nesse sentido, apesar das expectativas em relação à prioridade que seria dada à agenda social com a eleição de Lula, o compromisso de universalização da saúde segue caminhos tortuosos, com a estabilidade do

seguintes, entre 2001 e 2004, o aumento das despesas está vinculado à variação nominal do PIB. Para os estados e municípios, os percentuais mínimos de vinculação de sua receita de impostos deverão chegar a 12% e 15% em 2004, respectivamente, estipulando-se para o ano 2000 um percentual mínimo de aplicação de 7% como ponto de partida. Percebe-se, portanto, que a EC 29 teve duas grandes motivações: i) garantir recursos estáveis para a saúde, diante das crônicas oscilações no volume dos gastos públicos; e ii) fazer com que as esferas subnacionais aumentassem sua participação no financiamento do SUS. (IPEA, 2006)

⁹² Conforme nota divulgada por instituições comprometidas com a implantação do SUS: *(...) o nosso sistema público e universal (SUS) somente sobrevive porque foram definidos recursos constitucionalmente vinculados para seu financiamento em nível das três esferas de governo – após 7 (sete) anos de discussão no Legislativo por meio da Proposta de Emenda Constitucional 169 e outras, finalmente transformadas na Emenda Constitucional-29. Não fosse isso, estaria o nosso sistema de saúde sem a possibilidade de planejar os seus gastos, vulnerável a crises, com conseqüências para a preservação da saúde e da vida de muitos milhões de brasileiros. (Abrasco, 2006, p. 1)*

⁹³ Diante desse quadro que o CNS estabeleceu como tema da Semana da Saúde (02 a 07 de abril de 2008), que culmina com o Dia Mundial da Saúde (7 de abril), a luta pela regulamentação da EC 29: *devido a não prorrogação da CPMF, um novo cenário se formou. Há, agora, a necessidade de que a proposta de regulamentação da EC 29 seja novamente apreciada pelo Congresso Nacional. O Conselho Nacional de Saúde e as entidades do setor retomaram o diálogo com os parlamentares para recolocar a questão da vinculação dos recursos para a saúde novamente na ordem do dia. (CNS, 2006)*

financiamento do SUS seguindo como um dos principais problemas para sua efetiva estruturação⁹⁴.

A breve incursão na questão do aporte orçamentário governamental à saúde se deve ao fato de que os problemas de implantação do SUS relacionam-se, principalmente, à restrição de gastos – *o baixo financiamento do SUS é hoje o fator que mais impossibilita os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade, em consonância com as necessidades e direitos da população usuária. Os reflexos dessa situação provocam a sub-remuneração e precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais e dos estabelecimentos prestadores de serviços, a ausência de investimento em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde, colocando em risco a viabilidade da gestão* (Abrasco, 2006). Consideramos imprescindível ter esse quadro em mente ao analisar a implantação dos CGPPS, uma vez que a questão do financiamento aparece como elemento que tange a discussão sobre sua autonomia.

3.2. A disseminação dos CGPPS

Com conturbado o seu processo de instalação, o sistema de saúde assume, gradualmente, um papel de política de Estado⁹⁵. Apesar de medidas governamentais contrárias à sua implantação e das dificuldades de estabilidade de financiamento, podemos dizer que o SUS apresenta grandes avanços⁹⁶. Entre as conquistas de destaque estaria a disseminação de canais de participação compartilhados, entre Estado e sociedade civil, para a deliberação sobre políticas públicas de saúde, os CGPPS.

Diante do intrincado processo de estruturação do SUS, a disseminação dos CGPPS não foi imediata. Após a regulamentação das novas institucionalidades participativas, que ocorreu por meio de legislação infraconstitucional, as medidas de implementação foram graduais. A Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90, foi responsável por instituir os princípios do SUS,

⁹⁴ Recente estudo do Ipea (2006) demonstra que o valor dos recursos destinados à saúde, para devida estruturação do SUS, teria que dobrar.

⁹⁵ Em 1992, durante o governo Itamar, em meio à crise de financiamento do setor, algumas diretrizes do SUS começam a ser implantadas. (...) *aliados do movimento que ocupam lugares em instâncias decisivas do Estado, configurando-se, na área da saúde, uma correlação de forças favoráveis que possibilitam um trânsito do movimento no interior do poder do Estado, mas não eliminam as contradições inerentes ao pacto federativo* (Brasil, 2006, p. 150). A partir de então (...) *a dinâmica de consolidação do SUS seguiu um 'caminho de Estado' e não de governo, pois já se havia tornado uma política institucional da República, independente do governo, embora, assim mesmo, pudesse correr riscos de redução ou extinção na correlação de forças com os segmentos defensores da ótica capitalista e neoliberal.* (Brasil, 2006, p. 165)

⁹⁶ A estrutura atual do SUS faz do Brasil o segundo do mundo em número de transplantes. Além disso, o país é reconhecido internacionalmente pelo atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. (MS, 2008)

deliberando sobre a *promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes* (Brasil, 2003). Entretanto, tal lei teve o artigo que dispunha sobre participação da sociedade, que tratava dos conselhos e das conferências de saúde, vetado pelo presidente Collor, junto com outros importantes dispositivos de regulamentação do setor⁹⁷. Cabe mencionar, que devido ao veto, a lei que regula o CSN⁹⁸, não o concebe, uma vez que a sua criação ainda remonta ao decreto de 1938⁹⁹ (González, 2000, p. 158). De todo modo, é nessa época que o CNS assume um papel preponderante na estruturação do SUS.

O veto levou à mobilização em torno da regulamentação da ampliação da participação da sociedade na saúde, que resultou na realização de uma plenária das entidades do setor. Como decorrência das ações de pressão, um novo projeto de lei contemplou os artigos vetados. Assim, a lei 8.142/90 é promulgada em seguida pelo Congresso, deliberando sobre *a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde* (Brasil, 2003). A 8.142/90 delimitou os contornos da participação da sociedade na saúde, sendo o marco de sua institucionalização, ao deliberar sobre as conferências e determinar que cada esfera de governo – União, estados e municípios – deve contar com um conselho de saúde, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, conforme consta no Artigo 1º:

1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuário, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

⁹⁷ Para outros artigos vetados na ocasião, ver Brasil, 2006a, p. 117.

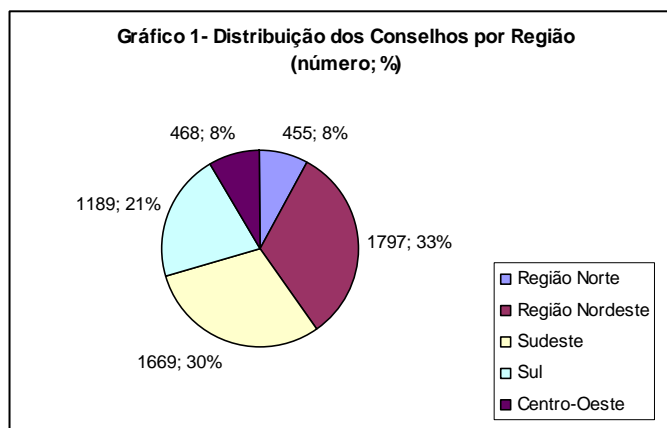
⁹⁸ Instituído pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, que reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, o CNS debatia apenas questões internas. Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação, o CNS foi regulamentado pelo Decreto 34.347/54, com a função de assistir ao ministro de Estado em programas de proteção à saúde (Bahia e Vianna, 2006)

⁹⁹ A Lei 8.080/90 teve vetado o dispositivo sobre o CNS, mas não a referência à sua competência, que permaneceu nos artigos 12, 26, 36 e 37. Desse modo, considerou-se a continuidade do Conselho existente. (González, 2000, p. 194)

5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. (Brasil, 2003)

Desse modo, são instituídos os CGPPS enquanto instâncias colegiadas de natureza deliberativa com composição plural e paritária entre Estado e sociedade. A natureza deliberativa dos CGPPS diz respeito à capacidade de responder como instituição máxima de decisão. É importante ressaltar, contudo, que não há consenso sobre a delimitação do papel deliberativo dos CGPPS e essa demarcação está no âmago da discussão sobre a sua autonomia organizacional. Relacionada à competência para determinar sobre a formulação, controle, fiscalização, supervisão e avaliação das políticas públicas, inclusive, nos assuntos referentes à definição e aplicação do orçamento, o poder de deliberação por vezes é interpretado como capacidade de oposição ao Estado. Discutiremos tal questão mais detalhadamente no mapeamento legal-institucional dos CGPPS, realizado no próximo capítulo.

A composição dos conselhos é plural quando permite a participação de pessoas de qualquer gênero, crença religiosa, etnia, filiação partidária, convicção filosófica, no intuito de incluir as diferenças na elaboração, supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação das políticas públicas. A paridade – que, nos CGPP em geral, se refere à composição em igual número de conselheiros representantes do Estado e da sociedade – no caso da saúde, é de 50% usuários do sistema de saúde, 25% de representantes governamentais e 25% de profissionais da área (Brasil, 2003). A organização e normas de funcionamento são definidas em regimento próprio, aprovados pelos conselhos, geralmente criados por lei específica, conforme discutiremos detalhadamente no próximo capítulo.



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Com tais características, os CGPPS se disseminam pelo país durante a década de 90 e, atualmente, se distribuem por todo território brasileiro, estando presentes na totalidade dos

municípios e estados do país (Teixeira, 2008). Como demonstramos no Gráfico 1, de acordo com dados do Cadastro Nacional do Conselho Nacional de Saúde, são 5.578 conselhos municipais e estaduais distribuídos pelas cinco regiões do Brasil (CNCS, 2008), que se afiguram como cerne da mais extensa rede temática participativa institucionalizada do país. A rede é conformada, ainda, por conferências, plenárias e encontros realizados periodicamente.

Entretanto, apesar da vigorosa estrutura participativa que se arquitetou no campo da saúde, a real contribuição dessas institucionalidades para a democratização da relação entre Estado e sociedade não é clara. É nesse sentido que discutimos a seguir – tendo como ponto de partida a perspectiva histórico-contextual explorada até aqui – a autonomia organizacional dos CGPPS de um ponto de vista legal-institucional. Ou seja, exploramos as características estruturais/organizacionais dessas instâncias que se difundiram por todo o país, para indicar as questões que contribuem para uma interação entre Estado e Sociedade positiva e aquelas que bloqueiam ou limitam a sua inserção de forma autônoma.

Observamos que a disseminação dos CGPPS foi fortemente influenciada pela política estatal de descentralização de recursos. A lei 8142/90 estabelece que os municípios, estados e o Distrito Federal devem, entre outras medidas¹⁰⁰, contar com um CGPPS de composição paritária para ter direito a administrar autonomamente os recursos de repasse automático¹⁰¹. Caso as determinações estipuladas não sejam cumpridas, os recursos, que poderiam ser repassados automaticamente para os municípios e estados, seriam administrados, pelos estados, e pela União, respectivamente.

As medidas para implementação da descentralização, regularizando o repasse de recursos, ocorreram por meio das chamadas Normas Operacionais Básicas (NOBs)¹⁰²,

¹⁰⁰ Ver artigo 4º da lei.

¹⁰¹ Os critérios para repasse automático aos estados e municípios são estipulados pela lei 8080/90, dizendo que a metade deve ser repassada de acordo com o número de habitantes. (Brasil, 2003; Ceap 2007) Mas a regulamentação sobre tema contempla ainda as Nobs, substituídas pelo Pacto pela Saúde – como veremos adiante – e decretos (ver Decreto n.1.232, de 1994, que regulamenta o repasse fundo a fundo)

¹⁰² A NOB 91 estabelecia regras para a transferência automática e direta de recursos de custeio do SUS para os municípios, exigindo para tanto, a criação de conselhos, fundos municipais de saúde e a apresentação de plano municipal de saúde aprovado pelo conselho, além da programação do orçamento e a apresentação do relatório de gestão local. A norma estabelecia ainda que, para o repasse, os municípios tivessem contrapartida de recursos mínimos de 10% do orçamento e elaborassem o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (Brasil, 2006, 118; González, 2000). A NOB 93, estruturada com base no documento *Municipalização: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*, substituiu a NOB 91, estabelecendo normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Tal norma define tipos de gestão incipiente, parcial e simplificada e o atestado de existência de um conselho municipal de saúde com comprovação semestral de seu funcionamento, com as atas de suas reuniões. (Brasil, 2006; Brasil 2003; Barros, Piola e Vianna, 1996). A NOB 93 foi substituída pela NOB 96 que determina estabelecidas duas condições de gestão: avançada e plena do sistema estadual e, para os municípios, plena da atenção básica e plena do sistema municipal. São estabelecidas condições para que os entes federativos atinjam a gestão avançada. Em 2001, a Noas-SUS 01/01 reedita os critérios de municipalização.

instrumento ministerial de regulamentação das normas constitucionais e das leis infraconstitucionais. A última delas, a NOB 96, foi substituída¹⁰³ pelo *Pacto pela Saúde*, medida aprovada em 2006, que define ações para operacionalização dos princípios constitucionais do SUS. Subdividida em Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS¹⁰⁴ (Brasil, 2006d; Brasil, 2005), o plano valida a posição dos conselhos de gestor dos fundos e ressalta a importância da participação da sociedade como pilar estruturante da arquitetura do SUS.

As medidas que dispõem sobre a descentralização em geral, e, mais especificamente, sobre as condições de repasse direto de verba aos municípios, fazem dos CGPPS, portanto, um mecanismo obrigatório da organização do SUS para distribuição de recursos. Ao mesmo tempo, ressaltam a importância de tais instâncias enquanto espaços participativos de consolidação da cidadania. É nesse contexto que a *obrigatoriedade* de instituir os conselhos para o repasse de verbas incita visões controversas sobre tema, que tornam explícita a discussão sobre o papel dos CGPPS e seu caráter ambíguo.

(...) a lei [8142/90] estabeleceu pré-requisitos para que as esferas recipientes pudessem habilitar-se aos repasses regulares e automáticos. As exigências federais, por um lado, afrontam a autonomia subnacional. É o caso da obrigatoriedade da criação de comissão para elaborar planos de carreira, cargos e salários a serem implantados em dois anos (art. 4, IV). Por outro, criam instrumentos meramente formais de controle de eficácia duvidosa, para dizer o mínimo. (Barros, Piola e Vianna, 1996, p. 37. Grifo nosso.)

A existência de conselhos e seu funcionamento é o requisito, junto com os critérios de distribuição do financiamento, para que o município possa participar da alocação de verbas. Por este meio é que se pode verificar o poder dos conselhos de impor novas práticas que vão de encontro ao clientelismo, ao nepotismo e aos arranjos da troca de favores e apoios entre os governantes. É uma mudança radical que atinge as formas patrimonialistas de se gerir a coisa pública. (Brasil, 2006, p.129. Grifo nosso.)

¹⁰³ A substituição está prevista para ocorrer gradualmente, conforme a adesão dos municípios ao termo de compromisso – *uma espécie de contrato que os gestores assinam, constando todas as suas responsabilidades no tocante às ações e serviços de saúde* (Ceap, 2007)

¹⁰⁴ O Pacto pela Saúde definida como um conjunto de reformas institucionais que *redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social* (MS, 2008). O *Pacto pela Vida* diz respeito a um conjunto de compromissos sanitários a serem assumidos pelos governos federal, estaduais e municipais. O *Pacto em Defesa do SUS* se refere a ações concretas e articuladas entre as três instâncias federativas, com vistas a reforçar o caráter de política de Estado do SUS, mais do que como política de governos, por meio da defesa dos princípios dessa política pública inscritos na Constituição Federal. Tem como pontos centrais a disseminação da idéia de que a saúde é um direito de cidadania e o esclarecimento sobre o seu financiamento. Já o *Pacto de Gestão do SUS* delega responsabilidades de cada ente federado do SUS, buscando diminuir competências concorrentes e estabelecendo diretrizes em aspectos como descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, extinguindo as medidas da NOB 96 e da Noas SUS 01/02, substituídas pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. (Brasil, 2005; Brasil, 2006d. Grifo nosso)

É preciso dar relevo ao fato de que disposições do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde impulsionaram a criação de tais instâncias na medida em que para a transferência de recursos financeiros a estados e municípios é indispensável que a correspondente secretaria de saúde conte com um Conselho de Saúde (CS). Recentemente foram adicionados requisitos que tornam imperativa a existência do CS, como a obrigação de este examinar e aprovar o Plano de Saúde, o Orçamento e outros instrumentos de gestão. Tais incentivos normativos, junto com a politização da questão saúde mediante a realização periódica de conferências de saúde em todo o país, têm permitido colocar a implementação do SUS em permanente questionamento e vigilância, formando-se uma massa crítica de apoio que tem assegurado, em boa parte, o aperfeiçoamento do sistema e crescente participação cidadã, assentando as bases, embora ainda muito frágeis, para o almejado controle social dos usuários sobre as decisões e os atos das autoridades setoriais. Como resultado, atualmente há no país milhares de pessoas envolvidas nos CS. O porte de cada um varia segundo o tamanho da população local, mas a regulamentação prevê, para todos eles, a mesma composição paritária: metade dos assentos corresponde a representantes da autoridade setorial, dos profissionais, dos prestadores públicos e privados e dos trabalhadores da saúde; a outra metade deve compreender representantes dos usuários dos serviços do SUS. (Labra, 2002, p. 541. Grifo nosso.)

Argumentamos que tais visões controversas nos informam sobre as possibilidades e limites de atuação dos CGPPS enquanto canais de participação híbridos. Por um lado, é claro o risco de tais instâncias, dada à obrigatoriedade da conformação, se estruturarem como mecanismos de legitimação da política governamental. Por outro lado, a disseminação dessas novas institucionalidades conforma uma rede participativa no âmbito da estruturação do SUS que propicia a articulação entre atores diversificados, que não interagiriam não fossem os espaços formalmente estabelecidos. Essas questões remetem à discussão sobre a possibilidade de cooptação dos CGPPS pelo Estado e sobre a autonomia de ambos os frente às relações no sistema político¹⁰⁵. Exploraremos essas questões a seguir no intuito de iluminar o debate sobre o caráter ambíguo dos CGPPS que se relaciona aos dilemas de seu processo de criação.

O processo de conformação de canais que institucionalizam a participação da sociedade *dentro* do Estado foi marcado, como observamos no decorrer do capítulo, pela interação entre Estado e sociedade. Apesar do sucesso no que se refere à absorção pela legislação de preceitos que formalizam uma participação política mais ampla, estendendo o acesso a tomada de decisão, tal processo teve tensões no que se refere à relação com o Estado que, de alguma maneira, foram trazidas para dentro dessas novas institucionalidades

¹⁰⁵ Não defendemos aqui que a disseminação dos conselhos ocorra em substituição à participação da sociedade civil de maneira mais ampla, daqueles chamados ‘movimentos sociais autônomos, o que argumentamos é que se tratam de importantes canais de interlocução que não podem ser desprezados

participativas¹⁰⁶. Tendo esse quadro como referência, exploraremos a autonomia organizacional dos CGPPS, por meio de um mapeamento legal-institucional dos CGPPS a fim de apontar limites e avanços.

¹⁰⁶ *O dilema dos movimentos sindicais e populares entre manter uma posição de 'costas para o Estado' e interagir com este, que atravessou as décadas de 70 e 80 e aflora no período de constituição dos conselhos, quando alguns movimentos, ao serem chamados, negam-se a ter uma participação institucionalizada (Correia, 2000 apud Bahia e Vianna, 2006).* O dilema em relação ao posicionamento frente ao Estado acaba desaguando no debate atual entre luta institucional e ação mobilizatória, que resultado do questionamento do grande empenho conferido à atuação da sociedade organizada nessas institucionalidades participativas frente a uma avaliação negativa dos resultados obtidos com a participação institucional (Tatagiba, 2002, p. 99). Nesse contexto, muitas vezes as novas institucionalidades participativas são interpretadas como limitadas em relação aos chamados movimentos sociais autônomos. Consideramos que ambos são importantes na construção democrática brasileira. Entretanto, pontuamos que conselhos também são passíveis de autonomia.

CAPÍTULO III

A AUTONOMIA ORGANIZACIONAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Neste capítulo exploramos as possibilidades dos CGPPS possuírem autonomia organizacional, ou seja, de conformarem relações autônomas na sua estrutura – autonomia interna – e se inserirem autonomamente dentro da burocracia de Estado – autonomia externa. Mapeamos a conformação legal-institucional dos CGPPS, com vistas a apontar os mecanismos organizacionais que corroboram para que sejam instâncias autônomas de tomada de decisão – com participação do Estado e da sociedade –, bem como a identificar os pontos que são passíveis de práticas de cooptação e imprimem dificuldade de coordenação entre Estado e sociedade.

Em um primeiro momento, exploramos os pontos da Resolução 333/03 do CNS que regulamentam o funcionamento e a organização dos CGPPS, identificando aqueles referentes à estruturação de sua autonomia organizacional. Dessa forma, apontamos os instrumentos legais que estruturam os CGPPS enquanto instâncias deliberativas cuja organização prima pelo nivelamento das assimetrias estruturais do sistema político – conferindo certa igualdade de condições para a interação entre Estado e sociedade –, bem como aqueles que deixam brecha para a hierarquização dessa relação. Partimos do pressuposto que, conforme os instrumentos legais que nivelam as assimetrias do sistema são cumpridos, são maiores as chances de que na interação entre Estado e sociedade, ambos se insiram autonomamente na instância de decisão e conformem uma participação de qualidade. Nesse caso, a possibilidade dos CGPPS possuírem autonomia externa, ou seja, de agirem autonomamente na burocracia de Estado também seria maior.

Na segunda parte do capítulo, contrapomos os elementos do quadro legal ao mapeamento institucional dos CGPPS – realizado com dados do CNCS –, com vistas a explorar a autonomia organizacional de tais institucionalidades participativas por meio de dois eixos: (i) funcional e (ii) inserção institucional. O primeiro eixo, *funcional*, que trata da organização dos CGPPS, nos informa sobre as configurações internas de sua autonomia. Ou

seja, verificamos como os instrumentos que nivelariam as assimetrias do sistema estariam sendo utilizados no amoldamento dos CGPPS.

No intuito de facilitar a análise, dividimos o eixo funcional em dois pontos de observação: estrutura física e estrutura institucional. O primeiro diz respeito aos recursos materiais que devem garantir a funcionalidade operacional dos CGPPS e será explorado por meio do acesso aos meios de comunicação, sede própria e infra-estrutura administrativa. Já o segundo ponto, estrutura institucional – núcleo demonstrativo deste capítulo – se refere a mecanismos institucionais que conformariam os CGPPS enquanto canais participativos democratizantes. Exploramos aqui os seguintes elementos: instrumentos de criação; periodicidade das reuniões; segmento da presidência; existência de mesa diretora e de comissões internas.

O segundo eixo, a partir do qual analisamos a autonomia organizacional dos conselhos, *inserção institucional* – avaliado aqui em caráter exploratório –, diz respeito à natureza deliberativa dos CGPPS. Exploramos os principais itens da pauta dos CGPPS em contraponto a suas competências, no intuito de identificar os indícios de como tais instâncias participativas se inserem na burocracia de Estado – autonomia externa.

Cabem aqui algumas notas sobre o tratamento dos dados do Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde (CNCS) para mapeamento legal-institucional. Utilizamos, primordialmente, as informações de 2007 disponibilizadas pelo CNCS pelo site <http://formsus.datasus.gov.br/cns/>, mas recorreremos também, como instrumento de comparação, em casos específicos, aos números de 2005/6 – http://www.conselho.saude.gov.br/web_cadastro/index.html. Os resultados da análise dos dados são postos na seguinte ordem: primeiro apresentamos a média nacional – referência para a leitura dos resultados por estado, agrupados aqui por região –, e depois discutimos os resultados, apontado os pontos críticos.

1. Ambigüidade: participação dentro do Estado

Nesses quase vinte anos de existência dos CGPPS, muito tem se discutido sobre o lugar que tais institucionalidades ocupam no sistema político e sobre a questão de se integram ou não a estrutura administrativa do Estado (Tatagiba, 2002). Em 2003, a Resolução 333 do CNS, que regulamentou e – nos termos do texto – reorganizou os CGPPS, esclareceu em parte essa questão ao defini-los *como órgão colegiado deliberativo e permanente do Sistema*

Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (...). Entretanto, o fato de localizarmos os conselhos gestores como integrantes do aparato estatal não resolve a questão do lugar que estes ocupam frente às instâncias administrativas da burocracia de Estado, o que contribui para que ainda seja intrincada a tarefa de compreender seus alcances e limites.

Defendemos que o caráter obrigatório dos CGPPS e o fato de se localizarem dentro o aparato estatal não imprimem automaticamente um *status* de cooptação, mas geram relações delicadas. Conforme estudos de caso vêm demonstrando, é possível identificar uma tendência de o Estado, enquanto aquele responsável por incorporar, resistir em partilhar poder de decisão (Tatagiba, 2002, p. 79). De acordo com entrevista de um conselheiro ao Jornal do CSN: *em muitos municípios, os conselhos de saúde servem para garantir o ‘poder’ do prefeito. Perdemos um espaço muito importante para construção da cidadania. É preciso educar a população.* (médico Josiano Macedo do MST, CNS, 2007).

Dessa forma, apesar do risco de tais instâncias se estruturarem como meros instrumentos de legitimação da política governamental – alvo de cooptação estatal –, pontuamos que o fato do Estado ter papel importante de indutor da política participativa, não fecha os espaços para ações autônomas. Isso porque, como interpretamos que, quando permeável à sociedade, o Estado pode conduzir a interações positivas entre Estado e sociedade, a estruturação de uma instituição participativa criada por ele, passível de autonomia.

Em um país extenso e diversificado como o Brasil, (...) é possível encontrar realidades distintas: conselhos que têm uma participação ativa nas políticas de saúde e conselhos que existem apenas formalmente para atender aos critérios legais estabelecidos. “O cumprimento das tarefas dos conselhos é irregular: funciona melhor onde a sociedade civil é organizada de forma autônoma ou onde existem administrações públicas que priorizam esses espaços de participação” (CNS, 2007. Entrevista de Maria Aparecida Godoi, da CNTSS/CUT ao Jornal CNS)

Os CGPPS, enquanto instâncias que institucionalizam um formato de interação entre Estado e sociedade, seriam capazes de gerar participação de qualidade. Entretanto, esse processo não é simples e as relações geradas por essas institucionalidades ambíguas são complexas. Como Estado e sociedade integram os CGPPS, com pluralidade de representantes e diversidade de interesses, a instância é originalmente permeada por contradições internas (Santos, 2000, p.18).

(...) trata-se efetivamente de órgãos públicos de natureza 'sui generis': são criados por lei, regidos por um regulamento que é aprovado por seu plenário mas referendado pelo executivo, têm caráter obrigatório para todo o país, como condição para repasse de recursos. O que lhes dá especificidade é talvez sua composição. Embora definida em lei, ela é constituída geralmente numa conferência ou fórum em que estão representados a sociedade civil e o governo (Teixeira, 2000, p. 103).

(...) falamos em fortalecimento da sociedade civil e os Conselhos foram pensados e estão sendo experimentados como um dos mecanismos favorecedores desse processo. No entanto, foram pensados sem substituir as funções e responsabilidades estatais na implementação das políticas sociais. Este entendimento não é consensual. (Raichelis, 2003, p. 42)

Dada a ambigüidade das novas instâncias e as dificuldades em se delimitar o seu papel, apontamos a necessidade de que os instrumentos legais primem pelo nivelamento das assimetrias estruturais do sistema político e confirmam certa igualdade de condições para a interação entre Estado e sociedade. Nesse sentido, acreditamos que, uma vez que mecanismos dessa natureza são previstos em seu marco legal e absorvidos institucionalmente, seria possível uma correlação de forças entre Estado e sociedade em bases mais igualitárias, em que os CGPPS concebessem relações internas com certo grau de autonomia e se inserissem de maneira autônoma na burocracia do Estado, fazendo jus a seu caráter deliberativo. É nesse sentido que procuramos discutir mais detalhadamente a estrutura institucional dos CGPPS contraposta ao marco legal.

Para tanto, recorreremos tanto à legislação que regulamenta tais questões como ao apanhado de problemas indicados pela literatura. Nessas bases, exploramos diretrizes sobre os elementos estruturais/organizacionais e sobre competências dos CGPPS definidas pela, já mencionada, Resolução 333/03. No que se refere à estrutura e organização dos buscamos apontar as características que contribuiriam para relações autônomas no interior dos CGPPS e aquelas que dificultariam. No que tange as competências dos CGPPS, procuramos ter claro o âmbito de atuação das institucionalidades participativas e, assim, pensar o que seria uma inserção autônoma dos CGPPS na burocracia de Estado.

1.1. Instrumentos de organização interna

A Resolução 333/03 do CNS indica que os governos devem garantir *a autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa*. Dessa forma, temos uma institucionalidade participativa que integra a estrutura do Estado – Executivo – e cuja autonomia organizacional está vinculada ao suporte

governamental. A resolução indica que a autonomia deve ser garantida por meio de estruturação interna do conselho, que deve evitar procedimentos que criem hierarquia de poder entre conselheiros ou permitam medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A Legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária. (CNS, 2008. Resolução 333/03. Terceira Diretriz)

Para os fins deste trabalho, agrupamos os instrumentos em composição e funcionamento para verificar aqueles que foram criados para garantir uma relação de interação profícua entre Estado e sociedade – e, portanto, uma participação de qualidade, com autonomia de ambos – e aqueles que incorreriam em risco para o exercício da autonomia organizacional dos CGPPS.

1.1.1. Composição

O número de conselheiros, a ser definido pela lei de criação do conselho, deve representar governo e sociedade – usuários organizados em entidades de natureza diversa – de maneira equilibrada. Para tanto, estabeleceu-se critérios de paridade – da qual já tratamos brevemente no capítulo anterior. A paridade, prevista na Resolução 333/03, mantém o determinado na resolução anterior do CNS, em consonância com as recomendações da X e XI Conferências Nacionais de Saúde. Dessa forma, a distribuição das vagas de representantes dos CGPPS deve respeitar a seguinte proporção: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Temos, portanto, uma composição paritária que prioriza a participação da sociedade em relação ao Estado, uma vez que a representação dos usuários é igual à soma da participação de representantes de governo e trabalhadores. Reconhecemos que, como apontam recentes estudos, *a igualdade numérica não é suficiente para garantir o equilíbrio do processo decisório* (Tatagiba, 2002, p. 57). Entretanto, apesar deste mecanismo, não propiciar, por si só, a garantia de que a correlação de forças no interior do CGPPS não suprima a autonomia dos atores em questão, consideramos que seu o cumprimento seria uma

importante condição preliminar para que a disputa entre interesses divergentes se dê com igualdade de condições para ação. Apontamos que essa *vantagem* da representação dos usuários seria um mecanismo que minimizaria a assimetria de recursos entre representantes de governo da sociedade civil. Entretanto, como veremos a seguir, essa vantagem é enfraquecida com a previsão legal de homologação de decisões do CGPPS pelo Executivo.

Ainda conforme a mesma disposição, os representantes devem ser indicados por escrito, pelos seus respectivos segmentos, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes. O mandato – não pode coincidir com o mandato do governo estadual, municipal, do Distrito Federal ou do governo federal – deve ser definido no Regimento Interno. A sugestão é de que a duração seja de dois anos, podendo, os conselheiros ser reconduzidos a critério das respectivas representações. Prevê-se, ainda, que no caso de os possíveis representantes ocuparem cargo de confiança ou de chefia, seja levantada a possibilidade de impedimento da representação do segmento, uma vez que há probabilidade de que haja interferência na autonomia representativa do conselheiro. Além disso, fica decidido que, devido à independência entre os poderes, não cabe a participação do Legislativo ou do Judiciário (CNS, 2008. Resolução 333/03).

De acordo com a Resolução 333/03, os CGPPS devem contar com representantes dos seguintes seguimentos: associações de portadores de patologias; associações de portadores de deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares organizados; movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas; trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe; comunidade científica; entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais; entidades dos prestadores de serviço de saúde; de Governo (CNS, 2008. Resolução 333/03).

Há um esforço para a padronização dos regimentos internos dos CGPPS no que se refere à proporcionalidade das representações. A Resolução 333/03, junto com o Decreto 43, seriam exemplos de tentativas nesse sentido (Labra, 2006, p. 212), delimitando que os segmentos que compõem o conselho são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do SUS. O critério da representação deve levar em conta, para além do princípio da paridade, as especificidades locais, baseando-se *na abrangência e na complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de*

Saúde (CNS, 2008. Resolução 333/03). Há uma ampla discussão na literatura sobre essa questão de representação e representatividade, que ressalta a dificuldade de sintonia entre conselho e sociedade (Raichelis, 2003) e entre entidades e conselheiros (Santos, 2000, p.20).

(...) os usuários de serviços e consumidores em geral têm grande dificuldade para se agrupar porque seus interesses são difusos, de modo que encontram nas associações de vizinhança o canal mais próximo para veicular demandas. Não assim sucede com os portadores de patologias ou deficiências, por exemplo, cujos interesses são categóricos por definição e tendem a contar com organizações bastante coesas. Por tudo isso, é muito difícil definir 'quem' e 'de que forma' poderá, de lege, ser eleito conselheiro. Este fato, por certo, traz infinidade de conseqüências para a almejada representatividade. (Labra, 2006, p. 213)

Entre os problemas recorrentemente apontados pela literatura, está o fato de que, na prática, na maior parte das vezes, os usuários não são representados diretamente, mas por meio de entidade prestadoras de serviço que se auto-intitulam seus representantes. Muito se debate em torno dessa questão. Para os fins de nosso trabalho, é necessário esclarecer que a dificuldade em estabelecer mecanismos de representação, que garantam autonomia organizacional para os CGPPS, se deve a duas questões principais. A primeira delas se refere ao fato de que a escolha de representantes que devem integrar os CGPPS pelas entidades envolve mecanismos externos à dinâmica de funcionamento das instâncias deliberativas. A segunda questão é concernente ao fato de que os representantes não apresentam papéis estáticos junto às institucionalidades participativas – problemas do modelo de representação por entidades. (Abers e Keck, 2007, p. 19)

É nesse sentido que defendemos, como apontam Abers e Keck, que os conselhos são espaços frutíferos para novas interações, apesar de não se apresentarem como espaços adequados para representação no sentido *que geralmente os participantes esperam*¹⁰⁷, ou nas palavras das autoras, para *novas definições e práticas para a resolução de problemas* (Abers e Keck, 2007, p. 19). Por isso, não exploramos diretamente esse mecanismo no mapeamento dos CGPPS, uma vez que consideramos que o fato do modelo de representação dos CGPPS não garantir, muitas vezes, acesso à parcela da população historicamente excluída – expectativa premente quando concebidos –, não impede que tais instâncias apresentem autonomia organizacional na tomada de decisão com relações internas marcadas pela coordenação. Coordenação esta que não implica na ausência da diversidade de interesses e de conflitos.

¹⁰⁷ As autoras apontam esse sentido de representação como aquele definido por Pitkin. (Abers e Keck, 2007, p. 19)

Identificamos, portanto, que entre os principais problemas no que se refere à composição em relação ao impedimento para a autonomia dos CGPPS estaria o não cumprimento da composição paritária. Como aponta Labra (2006), muitas vezes, o princípio da paridade não é seguido e os critérios para escolha de representantes não são bem conhecidos, o que faz com que nem o critério numérico seja respeitado.

Com frequência, a composição do CS não segue o princípio da paridade e os critérios de escolha do representante são mal conhecidos. Ocorrem casos em que um mesmo conselheiro representa segmentos com interesses opostos (por exemplo, usuários e prestadores) ou é um político em cargo eletivo (em geral, vereador). O conselheiro é indicado pelo prefeito ou o gestor ou por entidades alheias ao CS (Ordem dos Advogados do Brasil, clubes de serviço como Rotary e Lions etc.) ou por agremiações desconhecidas da comunidade. Os prestadores privados praticamente não participam porque resolvem seus pleitos diretamente com o gestor ou seus funcionários e, quando presentes, coíbem a livre expressão dos demais conselheiros, em particular os do segmento dos usuários. (Labra, 2006, p. 212)

Defendemos, dessa forma, que o cumprimento do critério de paridade de distribuição das vagas de representantes dos CGPPS, estimularia a interação entre Estado e sociedade, com contato entre atores plurais com diversidade de interesses, com estímulo a bases igualitárias de proposição. No mapeamento institucional que realizamos a seguir, exploramos a questão da composição com base na discussão sobre a adequação à Resolução 333/03, uma vez que o não cumprimento do princípio da paridade aparece entre as principais questões indicadas como motivo da não adaptação à legislação.

1.1.2. Mecanismos de funcionamento

Além de determinações que tratam da composição dos CGPPS, a Resolução 333/03 aponta mecanismos de funcionamento para que os conselhos possuam autonomia. Nesse sentido, identificamos os elementos que dispõem sobre questões que influem na autonomia organizacional interna dos CGPPS, ao prever meios de reduzir as assimetrias presentes na interação entre Estado e sociedade, ou ao contribuir para a reprodução de relações assimétricas. Destacamos aqui, os seguintes instrumentos:

- O CGPPS deve ser criado por lei;
- A reunião de Plenário deve ser, ao menos, mensal e aberta ao público;
- As decisões devem se dar com quorum mínimo da metade mais um;
- A Secretaria Executiva deve ser subordinada ao plenário e delimitada por ele;
- A mesa diretora ou coordenação geral deve ser constituída(o) com um presidente ou coordenador eleito em plenário;

- As comissões internas, temporárias ou permanentes, podem ser criadas em votação em Plenário para auxiliar exercício das atribuições;
- As alterações na organização dos conselhos devem ser votadas em reunião plenária e homologadas pelo executivo (gestor do nível correspondente);
- O orçamento gerenciado pelo próprio conselho;
- Os atos deliberativos assumem forma de resoluções, recomendações e monções, sendo que as primeiras devem ser homologadas pelo Executivo;
- A cada três meses, o CGPPS deve, no âmbito do suporte que destina a estrutura descentralizada e participativa do SUS, aprovar prestação de contas, andamento da agenda pactuada, relatório de gestão, montante e forma de aplicação de recursos, auditoria e oferta de serviços.

A criação por meio de lei já integrava a resolução anterior do CNS sobre o funcionamento dos CGPPS. Ressaltamos que a criação por meio de lei – em detrimento da utilização de atos normativos como portarias e decretos – pode significar maior autonomia organizacional ao CGPPS, visto que sua concepção fica a cargo do Legislativo. Com isso, ficaria reduzida a possibilidade de que o Executivo, para evitar a partilha de atribuições com o CGPPS e impedir as medidas de fiscalização, moldasse a estrutura – organização, funcionamento e composição – dos CGPPS conforme sua conveniência (Bahia e Vianna, 2006).

A valorização do plenário seria outro mecanismo que funcionaria para garantir a autonomia organizacional interna dos CGPPS. Isso porque, partindo do ideal de composição paritária, com o plenário sendo um ambiente propício para a coordenação entre diversos atores, as decisões se dariam com certa igualdade de condições entre participantes, precedidas de debates com interesses diversos, sem hierarquização e com liberdade de ação.

Nesse sentido, para conformar o funcionamento com liberdade de ação e igualdade de condições dos atores envolvidos, fica estabelecido que o plenário deve se reunir ao menos uma vez ao mês e possui a atribuição de: instituir uma mesa diretora para o CGPPS, alterar organização dos CGPPS (com homologação do Executivo), e criar comissões internas para dinamizar os trabalhos dos CGPPS e fazer cumprir as suas competências. A eleição do presidente da mesa diretora em plenário é apontada aqui como uma importante conquista entre os mecanismos garantidores de autonomia organizacional dos CGPPS. Outro ponto favorável na estrutura organizativa dos conselhos, no que se refere à validação de sua autonomia organizacional, diz respeito é o auto-gerenciamento orçamentário.

Entre as questões delicadas nos mecanismo de funcionamento dos CGPPS apontamos a necessidade de homologação das resoluções – principal ato deliberativo do CGPPS – pelo Executivo, uma vez que isso prejudicaria a organização paritária. Isso porque, apesar de os usuários se constituírem enquanto maioria na composição do CGPPS, a decisão final caberia ao Executivo. Argumentamos que tal fato gera uma assimetria no funcionamento dos CGPPS, não condizente com sua proposta para participação e interação entre Estado e sociedade.

Outro ponto delicado que vai ao encontro tanto da questão já discutida anteriormente sobre a obrigatoriedade de estruturação dos conselhos quanto ao aspecto deliberativo que discutiremos a seguir, é a existência de mecanismos de funcionamento que dêem suporte ao funcionamento do SUS. Essas questões devem obrigatoriamente passar pela aprovação do conselho – conforme consta na resolução e exposto acima – passando a fazer parte da agenda automaticamente. Tal ponto teria um aspecto positivo de colocar sobre crivo da sociedade questões extremamente importantes como a política de saúde adotada pelo município e destinação orçamentária. Entretanto, o lado delicado é que, sem conhecimento aprofundado sobre a estrutura do SUS¹⁰⁸, muitas vezes, os conselheiros não tem como contribuir positivamente para a discussão e o que foi pré-determinado pelo governo acaba sendo aprovado.

1.2. *Competências e caráter deliberativo*

Como discutimos brevemente no capítulo anterior, não há consenso sobre a delimitação do papel deliberativo dos CGPPS e essa demarcação está no âmago da discussão sobre as possibilidades das instâncias se inserirem autonomamente na burocracia de Estado – autonomia externa. Os estudos que tratam dos CGPP geralmente destacam o caráter deliberativo como a grande novidade político-institucional das instâncias (Raichelis, 2003, p.

¹⁰⁸ Sobre a questão dos conhecimentos técnicos exigidos para o desempenho da função de conselheiro e o risco de *elitização* dos conselheiros, cabe fazer referência à passagem de Labra, (2005): *o fato de os CS terem como atribuição atuar na formulação de políticas e no controle da execução significa que os conselheiros não-governamentais devem adquirir conhecimentos sobre assuntos relativos à gestão do SUS. Nesta linha, o CNS tem recomendado a necessidade de os conselheiros ficarem a par de matérias como Planejamento, Orçamento, Programação, Normatização, Direção e Gerência, Operacionalização, Execução, Controle e Avaliação (MS/CNS, 2002). Todavia, a complexidade dessas matérias, praticamente impossíveis de dominar na sua totalidade e de ser discutidas em apenas uma sessão mensal, apresenta dificuldades de compreensão até para gestores e técnicos experimentados. Frente a isso, é racional que a experiência adquirida se torne um requisito crucial para a mesma pessoa ser reconduzida ao cargo, de forma que acaba se profissionalizando como conselheiro. E como para tanto deve ter um nível de educação e de renda superior à média da comunidade, os representantes dos usuários terminam se constituindo em uma elite profissional reforçada por certos privilégios de status como indicação sistemática como delegado a conferências e outras representações, acesso direto a políticos, facilidades para receber atenção nos serviços de saúde e/ou encaminhar parentes ou conhecidos, etc. (Labra, 2005, p. 215)*

43). Isso porque, de fato, é uma grande conquista de ampliação de espaços de acesso ao poder – dos quais participam representantes do Estado e da sociedade – tais institucionalidades se conformarem como espaços de deliberação sobre questões referentes à formulação, ao controle, à fiscalização, à supervisão e à avaliação políticas públicas, inclusive nos assuntos referentes à definição e à aplicação do orçamento. Muitas vezes, a natureza deliberativa dos CGPPS é examinada como um avanço em relação à natureza consultiva¹⁰⁹ (Tatagiba, 2002).

Com vistas a identificar indícios do cumprimento ou não do caráter deliberativo dos CGPPS, analisamos aqui as competências reunidas na Resolução 333/03, previamente delimitadas nas leis federais e em indicações advindas das CNS. Para tanto, classificamos as 24 competências previstas na resolução em (i) formuladoras e reguladoras; (ii) fiscalizadoras e de controle, (iii) implementadoras e (iv) de auto-organização – divisão análoga à realizada por Gonzáles (2000) em seu estudo comparativo sobre os Conselhos Nacionais¹¹⁰ (Ver quadro 2, Apêndice E, Agenda e caráter deliberativo). As competências formuladoras/reguladoras são apontadas aqui como as que conferem caráter deliberativo aos CGPPS. Chamamos a atenção para o fato de que elas dizem respeito à implementação de uma agenda positiva e para a necessidade de que os CGPPS exerçam amplamente essas competências para que possuam autonomia externa, ou seja, se insiram de maneira autônoma na burocracia estatal.

Nesse sentido, cabe mencionar o perigo de essas instituições se concentrarem em funções de controle e fiscalização. Apesar de estas serem importantes, advertimos que o exercício do caráter deliberativo, com a prerrogativa de formular políticas públicas, exige que a agenda dos CGPPS não se atenha à fiscalização e contemple discussão sobre o conteúdo e as estratégias das políticas públicas de saúde (Raichelis, 2003, p. 44; Santos, 2000, p. 17).

Percebemos que grande parte das competências são formuladoras/reguladoras o que iria ao encontro do fortalecimento do caráter deliberativo. Nesse sentido, poderíamos dizer que no âmbito legal, haveria base para que os CGPPS atuassem com autonomia nas relações com outros órgãos estatais responsáveis pelas políticas públicas de saúde em cada ente federativo, com os quais compartilha certas competências – Ministério da Saúde e Secretárias de Saúde.

Apesar de tais competências estarem previstas em lei, na prática, muitas vezes, não são respeitadas e o caráter deliberativo acaba sendo pouco cumprido (Raichelis, 2003, p. 42; Santos, 2000). Na última parte deste capítulo, verificamos as questões que ocupam lugar de

¹⁰⁹ A caracterização das instâncias como consultiva significa que o Estado, para decidir sobre o direcionamento das políticas públicas, deve consultar o CGPP sobre o tema em questão.

¹¹⁰ Gonzáles divide as competências em decisórias, monitorias, executivas e de autogestão (2000, p. 134).

destaque nas agendas dos CGPPS, em contraposição às competências legais, a fim de examinar possibilidades de inserção autônomas na burocracia de Estado. Antes, contudo, tendo como ponto de partida os mecanismos de funcionamento legais explorados anteriormente, realizamos uma análise institucional para avaliação da autonomia organizacional interna dos CGPPS.

2. Mapeamento institucional dos CGPPS

No intuito de facilitar a análise, dividimos o eixo funcional em dois pontos de observação: estrutura física e estrutura institucional. O primeiro ponto diz respeito aos recursos materiais que devem garantir a funcionalidade operacional dos CGPPS e será explorado por meio de três itens, acesso aos meios de comunicação, sede própria e infraestrutura da Secretaria Executiva. Já o segundo ponto, estrutura institucional, no qual se centra a nossa análise, se refere aos mecanismos organizacionais que conformariam os CGPPS enquanto canais participativos democratizantes. Os pontos explorados aqui são: instrumento de criação; periodicidade das reuniões; presidência; existência de mesa diretora e de comissões internas.

2.1. A situação da estrutura física

Conforme já esclarecemos, seria função do Estado fornecer mecanismos que garantam autonomia organizacional interna dos CGPPS, ou seja, a estrutura de funcionamento dos CGPPS. Assim, o que, muitas vezes, é interpretado como indício de cooptação dos conselhos pelo Estado – fornecimento do aparato organizacional necessário para o funcionamento do conselho –, aqui interpretamos como cumprimento da obrigação legal.

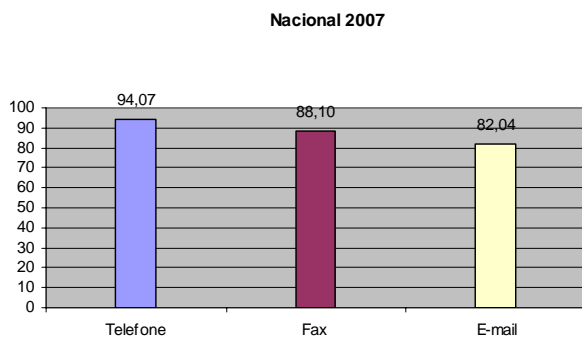
2.1.1. Meios de comunicação

Apontamos o acesso aos meios de comunicação como elemento mais importante da estrutura física dos CGPPS. Isso porque, sem que os conselheiros tenham acesso aos meios de comunicação, o cumprimento das funções do CGPPS é dificultado. Além disso, sem acesso aos meios de comunicação não há como tornar transparente a forma como a instância se organiza e as decisões tomadas no âmbito de funcionamento interno por meio da publicidade das decisões, nem como ter acesso a informações em relação à política nacional de saúde, diretrizes de organização do conselho e aspectos de dotação orçamentária.

Dos 5.578 cadastrados, 94% apresentam acesso a telefone, 88% têm acesso a fax e 82% a e-mail, conforme é possível visualizar no gráfico 2 abaixo. Entretanto, os CGPPS que possuem acesso aos meios de comunicação não estão distribuídos de maneira uniforme pelo país. Como é possível observar nos gráficos 4 e 5, referentes ao acesso aos meios de comunicação das regiões Nordeste e Norte, respectivamente, vários estados apresentam um percentual abaixo da média nacional, principalmente com relação a fax e e-mail. Os piores resultados são dos CGPPS da região Norte, na qual Amapá, Amazonas, Pará e Roraima apresentam, respectivamente, apenas 44%, 62%, 60% e 50% dos conselhos cadastrados com acesso a e-mail.

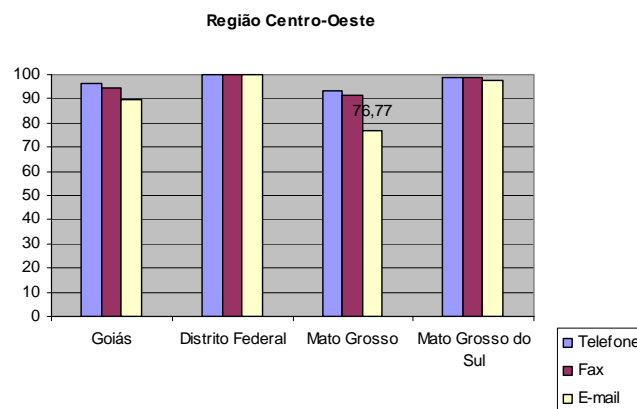
Em outras regiões, somente no Mato Grosso, na região Centro-Oeste (gráfico 3), e em Minas Gerais, na região Sudeste (gráfico 6), os CGPPS apresentam um nível de acesso muito abaixo da média nacional. No primeiro somente 76% dos CGPPS têm acesso a e-mail, enquanto no segundo 88% dos conselhos possuem acesso a telefone, contra a média nacional de 82% e 94%, respectivamente¹¹¹.

Gráfico 2 – Acesso aos meios de comunicação (%)



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

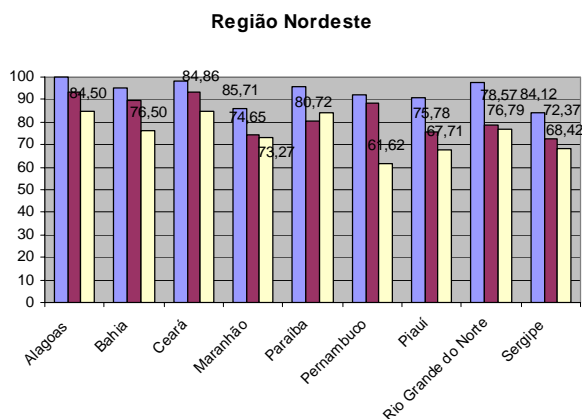
Gráfico 3 – Acesso aos meios de comunicação (%)



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

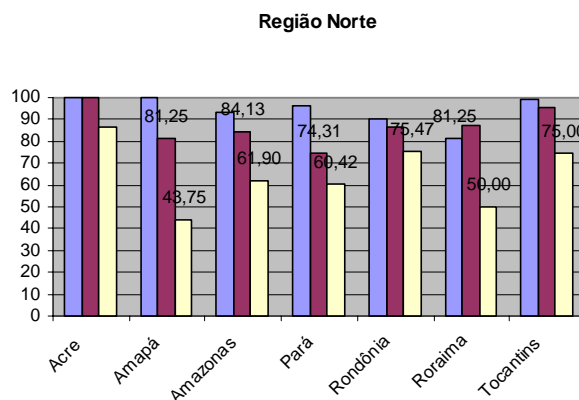
¹¹¹ Para % completa de acesso aos meios de comunicação de todos os estados, ver Apêndice C, Tabela 2.

Gráfico 4 – Acesso aos meios de comunicação (%)



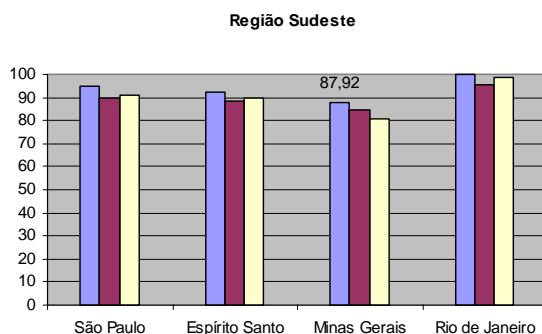
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 5 – Acesso aos meios de comunicação (%)



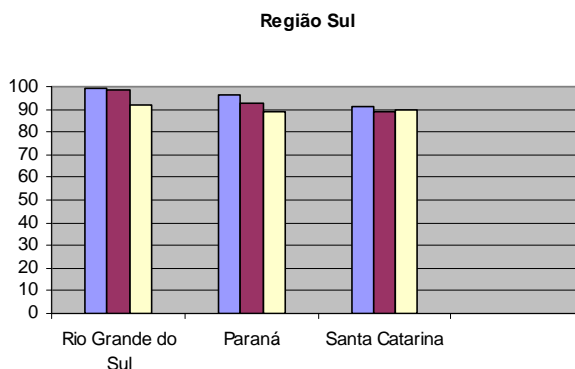
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 6 – Acesso aos meios de comunicação (%)



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 7 – Acesso aos meios de comunicação (%)



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

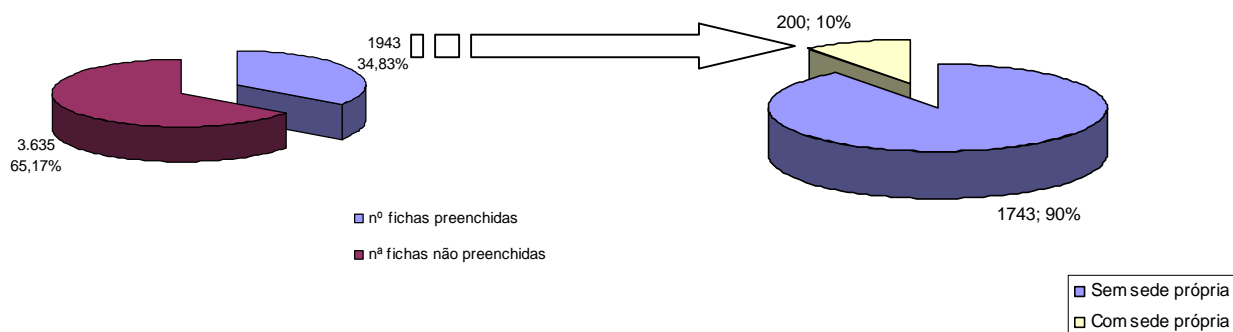
A despeito das dificuldades identificadas, concentradas principalmente nas regiões Norte e Nordeste, esses números indicam que grande parte dos CGGPS possui acesso aos meios de comunicação. Tal fato demonstra que a maioria dos CGGPS tem instrumentos necessários para integrar a rede de participação da saúde, o que seria um elemento positivo na configuração da autonomia organizacional interna dos CGGPS.

2.1.2. Sede própria

A análise da estrutura física dos CGGPS por meio da verificação se estes apresentam ou não sede própria apresenta problemas, uma vez que grande parte dos conselhos (65%) não respondeu a essa questão, conforme podemos verificar no gráfico 8. Entretanto, optamos por incluir esse item em nossa análise, uma vez que consideramos que o baixo índice de CGGPS

com sede própria (10% dos 35% que responderam) nos informa sobre as dificuldades que tais institucionalidades enfrentam para estabelecer estruturas organizacionais físicas fixas que garantam estabilidade ao seu funcionamento.

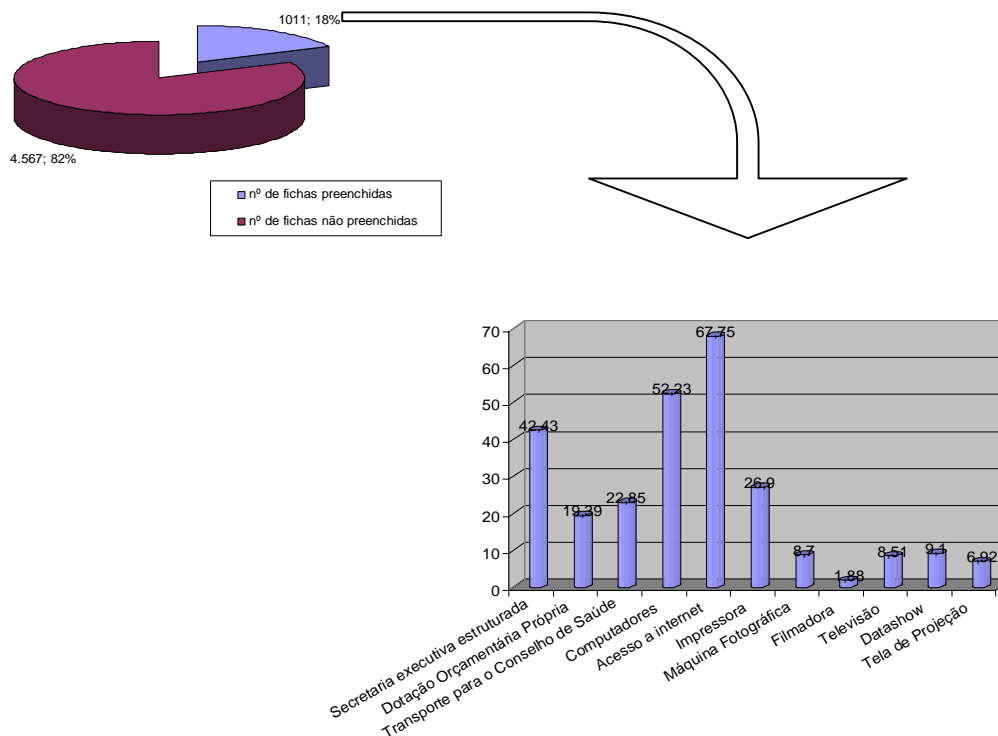
Gráfico 8 – Sede própria



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Conforme chamamos a atenção no início desta seção, o governo é apontado pela Resolução 333/03 como o responsável por garantir a autonomia organizacional do CGPPS no sentido de conferir à nova institucionalidade participativa dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa. Apontamos que isso passaria pela garantia dos aspectos mencionados até aqui, como acesso aos meios de comunicação e garantia de uma local de funcionamento. Entretanto, conforme podemos observar no gráfico abaixo, os CGPPS apresentam vários problemas com relação à infra-estrutura administrativa. Como demonstra o gráfico 9, dos 5.578 cadastrados, apenas 18% (1.001) responderam às questões sobre infra-estrutura administrativa. Destes 18%, somente 42% revelaram ter uma secretaria executiva estruturada e apenas 19% disseram ter dotação orçamentária própria. A boa notícia, novamente, fica por conta do acesso aos meios de comunicação, uma vez que 67,75% revelaram ter acesso à internet.

Gráfico 9 – Infra-estrutura administrativa (%)



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Sobre a situação da estrutura física dos CGPPS no país, podemos afirmar que os resultados dos dados analisados apontam que houve grandes avanços com relação à disseminação das instâncias e dos meios de comunicação. Os problemas identificados quanto à estrutura física e administrativa evidenciam, contudo, que os CGPPS podem apresentar problemas para possuírem uma autonomia organizacional interna. Aqui já é possível apontar elementos da hipótese sobre desinformação que posta posteriormente. Quais sejam: quando se trata de questões mais detalhadas sobre a estrutura de funcionamento dos CGPPS, o número de conselho que respondem às perguntas cai consideravelmente.

2.2. O panorama da estrutura institucional

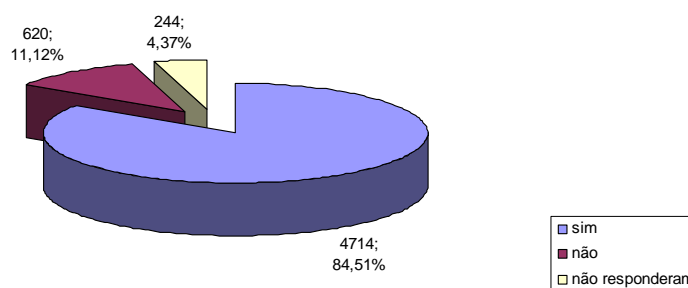
Nesta parte do capítulo reside o cerne de nossa análise sobre os CGPPS. Aqui exploramos se estão vigentes os mecanismos estruturantes das novas institucionalidades participativas – que deveriam auxiliar em sua autonomia interna – e apontamos as regiões em que, provavelmente, os CGPPS se organizariam de forma mais autônoma, bem como aquelas que demonstram uma situação mais delicada. Os elementos de análise explorados são:

instrumento de criação; periodicidade das reuniões; representante que ocupa o cargo da presidência; existência de mesa diretora e comissões.

Antes, contudo, de explorarmos aspectos da estrutura institucional, cabe apresentarmos como os CGPPS se declaram em relação à adequação à Resolução 333/03. Abordamos tais resultados, porque apesar de muitos CGPPS se declararem adequados ao dispositivo legal, não cumprem os requisitos para tanto. Consideramos que a verificação desse descompasso pode nos fornecer indícios sobre o conhecimento dos conselhos sobre os dispositivos legais.

Em 2007, quando o CNCS tiveram a totalidade dos CGPPS existentes no país cadastrados, 84% desses conselhos se declararam adequados à resolução, enquanto 11% admitiram não estarem estruturados de acordo com a norma, e 4,37% não responderam, como podemos observar no gráfico 10. Considerando somente aqueles que se pronunciaram a respeito (5.534), a porcentagem de conselhos adequados, sobe para 88,38%. Esse valor não sofreu alteração significativa em relação aos conselhos cadastrados em 2005-6, quando 89% dos conselhos que responderam à questão declararam estar adequados à Resolução 333/03.

Gráfico 10 – Adequação à Resolução 333/03 (%)



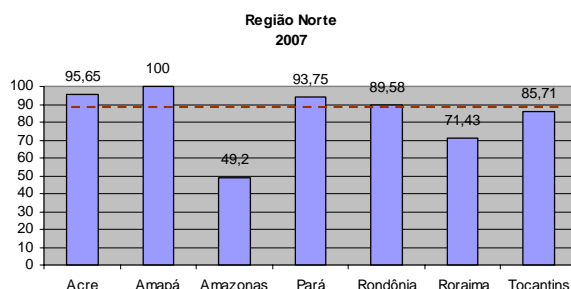
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Os CGPPS que afirmaram não cumprir a diretriz alegam, basicamente, os seguintes motivos: estar em fase de adequação, não conhecer a resolução, não apresentar paridade dos segmentos e a haver inexistência de dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa. Um ponto que apareceu como justificativa para os problemas de paridade e merece ser mencionado é o fato de o posto de conselheiro ser ocupado por membros do Legislativo (CNS, 2005-6; CNS 2007).

Passados cinco anos desde a entrada em vigência da resolução que se tornou o principal instrumento legal de regulamentação de funcionamento dos CGPPS, impressiona os conselhos alegarem o desconhecimento da medida. Argumentamos que tal desconhecimento, somado ao fato de que, muitas vezes, aqueles que se declaram adequados à norma não cumprem requisitos para tanto (como comprovaremos a seguir), seria indício de falta de informação sobre instrumentos legais de criação e estruturação dos CGPPS – o que vai consubstanciar a hipótese de que grande parte dos problemas organizacionais dos CGPPS se relacionam a falta de informação sobre a estrutura e o papel das novas instâncias participativas.

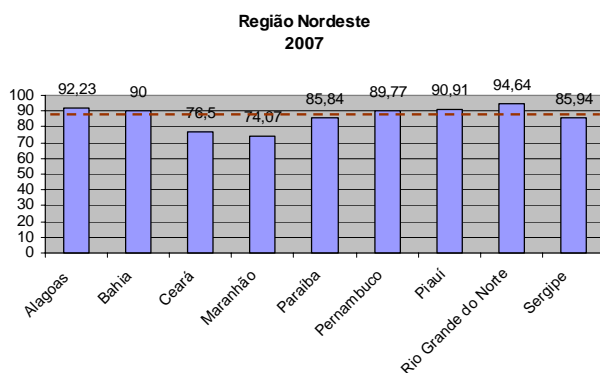
Ao examinarmos os estados da federação agrupados por região, verificamos que os CGPPS da região Norte foram os que mais declaram não cumprir a resolução. Os estados cujos CGPPS apresentam uma situação crítica em relação à média nacional (88%) são: Amazonas, Roraima, Ceará, Maranhão, Espírito Santo e Rio de Janeiro. Conforme podemos verificar nos gráficos abaixo (11 a 15), nesses estados menos de 80% dos CGPPS informam estarem adequados à resolução.

Gráfico 11 – Adequação à Resolução 333/03 (%)

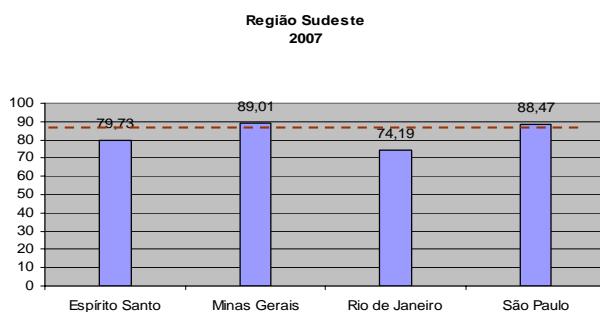


Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

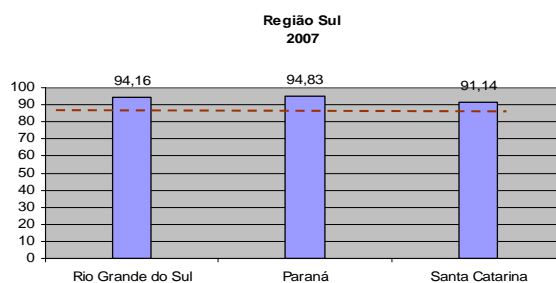
Gráfico 12 – Adequação à Resolução 333/03 (%)



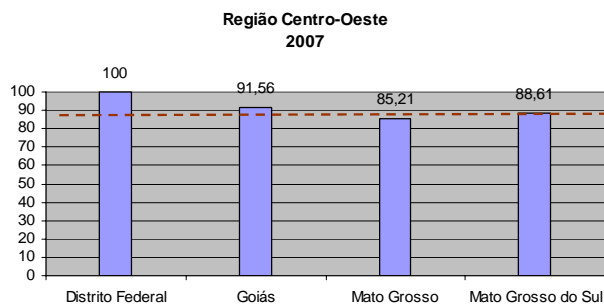
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 13 – Adequação à Resolução 333/03 (%)

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 14– Adequação à Resolução 333/03 (%)

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 15 – Adequação à Resolução 333/03 (%)

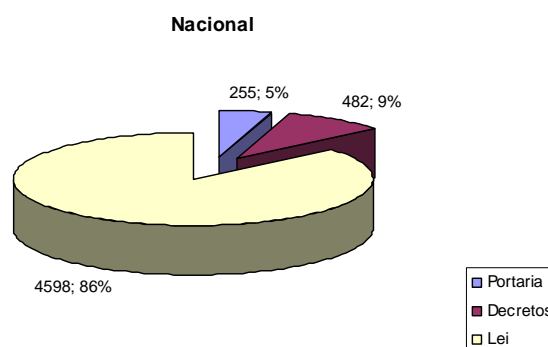
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Esses números isolados nos revelam pouco sobre a maneira como os CGPPS realmente estão se estruturando. Ou seja, não informam sobre o possível fortalecimento da autonomia organizacional das instâncias participativas por meio de mecanismos estruturais que contribuiriam para tanto. Isso porque, pela declaração dos CGPPS, não é possível presumir se estes estão cumprindo a diretriz. Apontamos, assim, a necessidade de cruzar as informações e verificar se os estados que se declaram com maiores problemas de adequação à Resolução 333/03 realmente coincidem com aqueles que apresentam maiores problemas organizacionais. Ao analisarmos itens sobre a estrutura institucional, separadamente, espera-se ter mais clareza sobre os a maneira como os CGPPS se organizam internamente.

2.2.1. Instrumento de criação

Como já discutimos anteriormente, a criação dos CGPPS por lei, votada pelo legislativo, seria um fator importante na conformação da autonomia organizacional dessas institucionalidades participativas. Dos 5.335¹¹² que informaram o instrumento de criação, 86% apontaram terem sido estruturados por meio de lei, 9% por meio de decretos e 5% através de portaria. Esta última é considerada o instrumento mais vulnerável, uma vez que pode ser concebido pelos órgãos com os quais os CGPPS repartem atribuições.

Gráfico 16 – Instrumento de criação (nº, %)

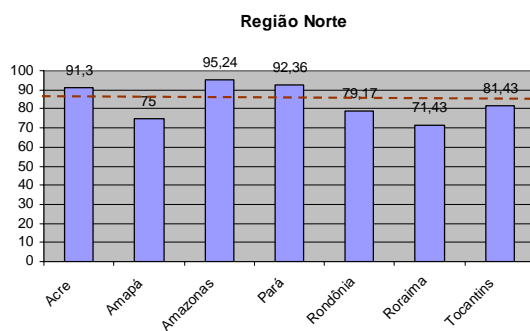


Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

No que se refere à análise dos resultados dos estados agrupados por região, é possível perceber maior vulnerabilidade nos CGPPS da região Norte. Cumprindo o padrão de analisar os resultados tendo como referência a média nacional (86%), apontamos como os estados mais problemáticos Amapá, Rondônia, Roraima, com apenas 75%, 79%, 71% dos CGPPS criados por meio de lei. Afora a região Norte, apresentam resultados inferiores a 80% Bahia e Goiás. Cabe destacar que muitos conselhos, ao responderem o cadastro, argumentaram estar em processo de mudança de instrumento de criação, tendo leis com esta finalidade em tramitação no Legislativo (CNS, 2005-6; CNS 2007).

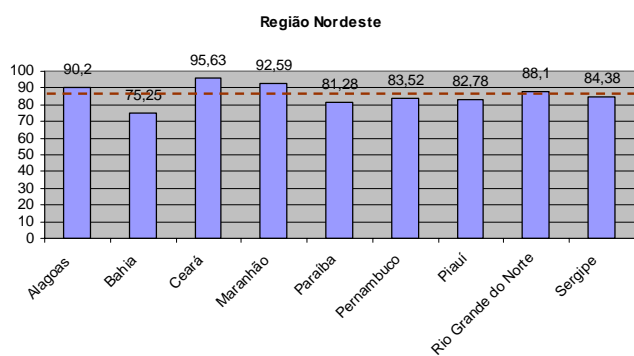
¹¹² Como uma amostra considerável – 96% dos conselhos cadastrados (5.335) – respondeu sobre tal questão, não consideramos aqui necessária a ressalva sobre a parcela das fichas respondidas e das não respondidas. Para números brutos ver Apêndice D, Estrutura Institucional, Tabela 6.

Gráfico 17 – Instrumento de criação (%)



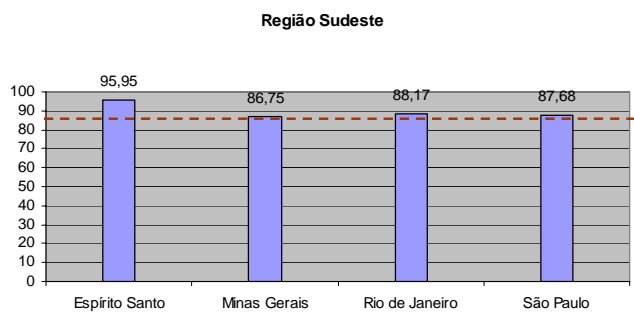
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 18 – Instrumento de criação (%)



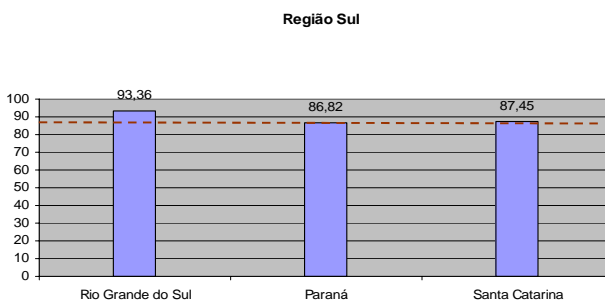
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 19 – Instrumento de criação (%)

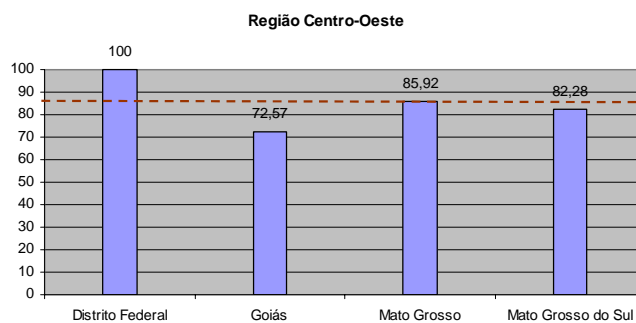


Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 20 – Instrumento de criação (%)



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 21 – Instrumento de criação (%)

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

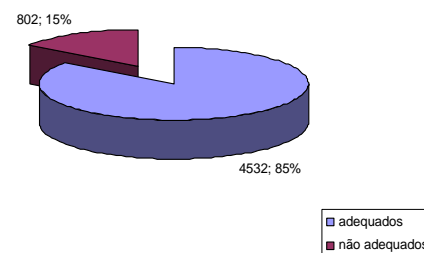
Ao analisar os dados sobre os instrumentos de criação, fica claro o descompasso com as informações fornecidas pelos CGPPS sobre a sua adequação à Resolução 333/03. É possível perceber em mais da metade dos estados uma porcentagem maior de conselhos que alegam estar de acordo com a resolução do que daqueles que alegam terem sido criados por lei. Ora, se a resolução estabelece que os conselhos devem ser criados por lei, para se declarem adequados à medida, deveriam, portanto, ter sido criados pelo instrumento recomendado.

Apontamos aqui os estados com uma diferença crítica, ou seja, maior de 10 pontos percentuais. No Amapá, 100% dos CGPPS informam estarem adequados à resolução, enquanto somente 75% foram criados por lei. A mesma incongruência ocorre nos estados da Bahia (90%, 75%); Paraná (94%, 86%) e Goiás (91%, 72%). Indicamos que tal descompasso nos informaria, no mínimo, sobre a desinformação dos CGPPS desses estados acerca da sua estrutura de funcionamento, e generalizando, até mesmo, sobre a confusão do papel dessas institucionalidades participativas.

2.2.2. Periodicidade das reuniões

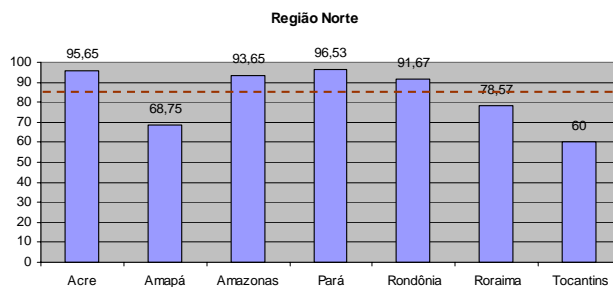
A Resolução 333/03 estabelece, conforme apontamos acima, que o plenário do CGPPS deve se reunir, no mínimo, uma vez ao mês. Consideramos que, dada a quantidade e complexidade de atribuições conferidas aos conselhos, não seria possível que os CGPPS conseguissem exercer seu papel deliberativo se reunindo menos de uma vez ao mês. Dos 5.334¹¹³ conselhos que responderam a tal questão, 85% estariam adequados, com reuniões, pelo menos, mensais, conforme demonstram os gráficos abaixo.

¹¹³ Como uma amostra considerável – 96% dos conselhos cadastrados (5.334/5578) – respondeu sobre tal questão, não consideramos aqui necessária a ressalva sobre a parcela das fichas respondidas e das não respondidas. Para números brutos ver Apêndice D, Estrutura Institucional, Tabela 7.

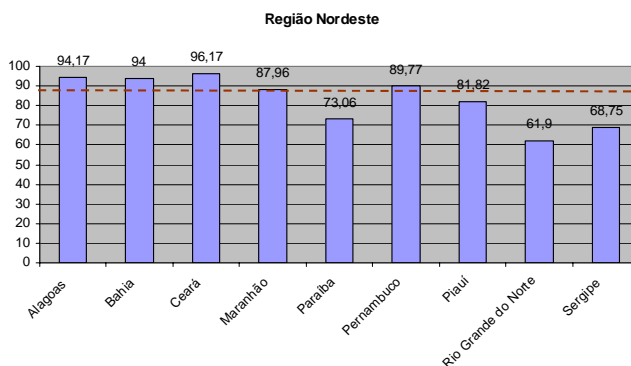
Gráfico 22 – Periodicidade das reuniões (%)**CGPPS adequados à Resolução** (reuniões ao menos mensais)

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

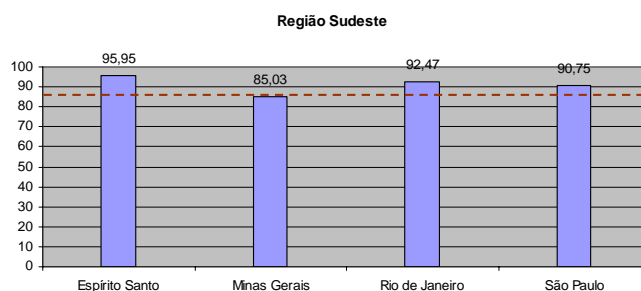
De acordo com os gráficos que seguem abaixo, mais uma vez a região Norte (gráfico 23) está entre as regiões que apresentam índices menores em relação à média nacional (85%), com Amapá, Roraima e Tocantins com apenas 69%, 78% e 60% dos CGPPS adequados à resolução, no que se refere à periodicidade das reuniões. Na região Nordeste (gráfico 24), apresentam problemas de periodicidade das reuniões os estados do Paraíba, do Rio Grande do Norte e do Sergipe, com apenas 73%, 62% e 70% dos CGPPS, realizando, ao menos reuniões mensais. Os estados do Paraná e de Santa Catarina (gráfico 26) também apresentam uma média baixa em relação ao cumprimento de reuniões periódicas – 73% e 71%.

Gráfico 23 – CGPPS adequados à Resolução conforme periodicidade da reunião

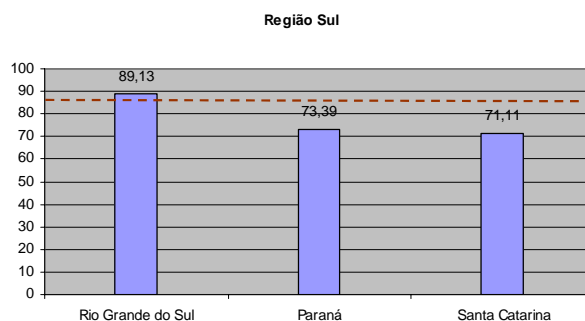
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 24 – CGPPS adequados à Resolução conforme periodicidade da reunião

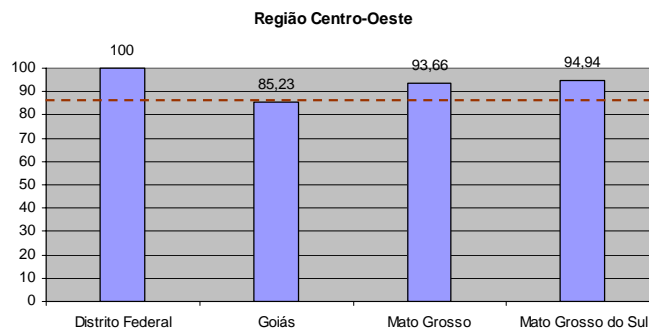
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 25 – CGPPS adequados à Resolução conforme periodicidade da reunião

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 26 – CGPPS adequados à Resolução conforme periodicidade da reunião

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 27 – CGPPS adequados à Resolução conforme periodicidade da reunião

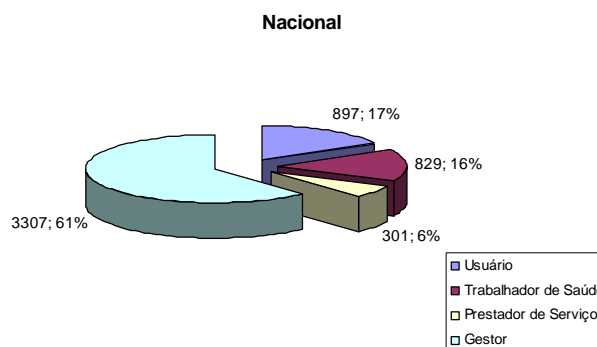
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Os números sobre a periodicidade das reuniões validam o descompasso, já mencionado na análise dos instrumentos de criação, entre a declaração dos CGPPS de adequação à Resolução 333/03 e o cumprimento de seus instrumentos. A incongruência se repete nos casos dos CGPPS do Amapá (100%, 69%), e do Paraná (94%, 73%). Apresentam, ainda, grande incoerência entre haverem informado adequação e não cumprirem a periodicidade mínima de realização de reuniões – mais de 10 pontos percentuais – os CGPPS dos seguintes estados: Tocantins (85%, 60%), Paraíba (86% e 73%), Rio Grande do Norte (95%, 62%), Sergipe (86% e 70%) e Santa Catarina (90% e 71%).

2.2.3. Presidência

A Resolução 333/03, conforme explicitado, determina que, compostos por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, os CGPPS devem ter seu presidente eleito entre tais membros em reunião plenária. Consideramos que a rotatividade de segmentos que ocupam a presidência seria essencial para a preservação da autonomia organizacional do CGPPS. Entretanto, conforme verificamos no levantamento do CNCS, dos 5334 CGPPS¹¹⁴ que informaram sobre o segmento que ocupa a presidência, 61% têm o cargo ocupado por um gestor, ou seja, por um representante governamental.

Gráfico 28 – Presidências dos CGPPS por segmentos



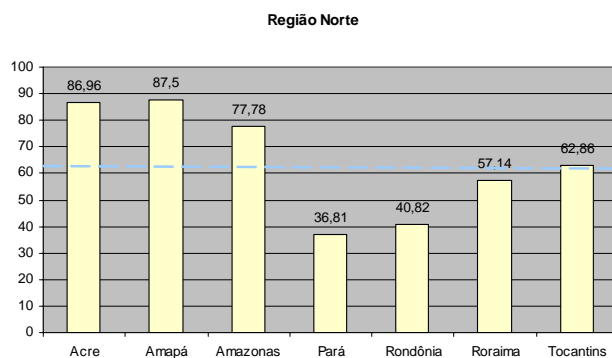
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

No que se refere ao resultado dos estados agrupados por região, destacamos que muitos se apresentam com a média de CGPPS acima da nacional. Atribuímos esse fato a estados com grande número de municípios apresentarem outros segmentos na presidência, o que contribuiria para que a média fosse mais baixa do que a da maioria dos estados. Cabe lembrar aqui, ao contrário da lógica utilizada até agora – estados que estariam abaixo da média nacional apresentariam resultados preocupantes –, neste item os resultados abaixo da média nacional são considerados positivos. Ou seja, a baixa porcentagem de presidências ocupadas por gestores seria um indício positivo, pois demonstraria que as presidências dos CGPPS estariam sendo ocupadas por outros segmentos que não somente o governamental.

¹¹⁴ Como uma amostra considerável – 96% dos conselhos cadastrados (5.334/5578) – respondeu sobre tal questão, não consideramos aqui necessária a ressalva sobre a parcela das fichas respondidas e das não respondidas. Para números brutos ver Apêndice D, Estrutura Institucional, Tabela 7.

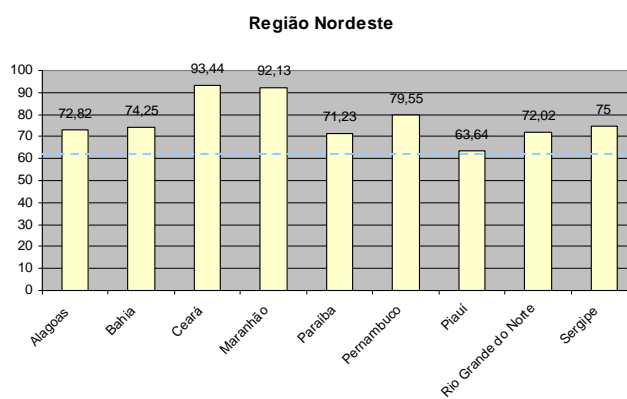
Dessa forma, os piores resultados seriam da região Nordeste, seguido da Norte, conforme podemos verificar nos gráficos 29 e 30.

Gráfico 29 – Gestores na Presidência (%)



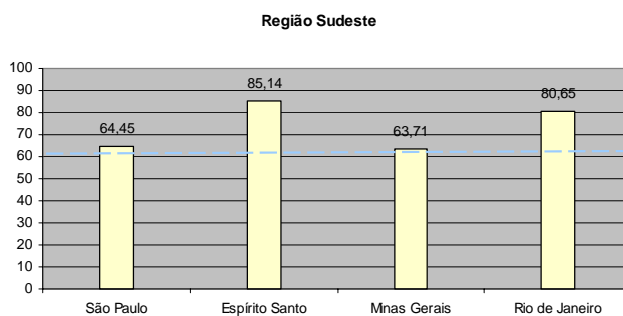
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 30 – Gestores na Presidência (%)

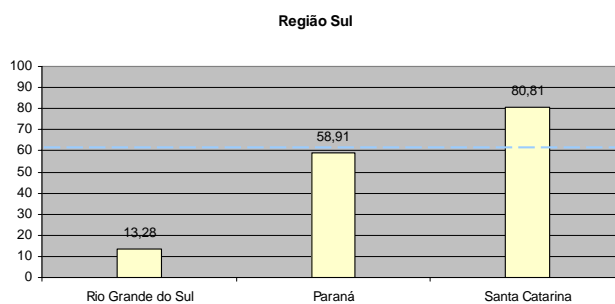


Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

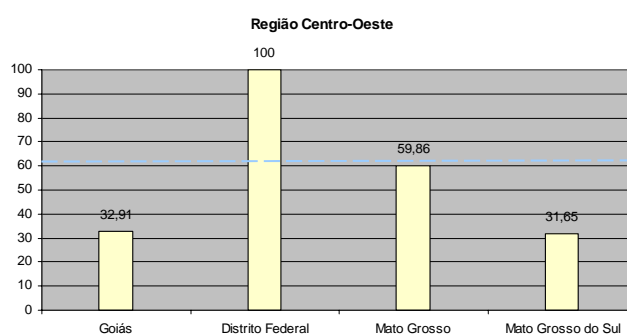
Gráfico 31 – Gestores na Presidência (%)



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 32 – Gestores na Presidência (%)

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 33 – Gestores na Presidência (%)

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Cabe mencionar aqui que houve pouca variação em comparação os resultados dos conselhos cadastrados em 2005-6, quando a média nacional dos conselhos presididos por gestores era de 62% (CNS, 2005-6). Com relação a 2004, a mudança foi significativa, uma vez que pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde revelou que na época 90% do CGPPS eram presididos pelo secretário de saúde.

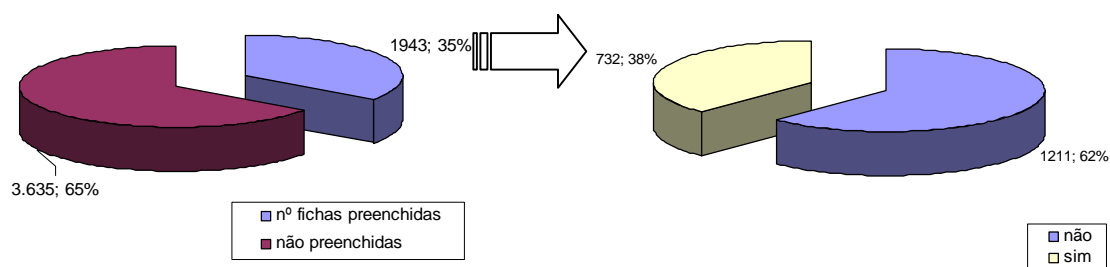
2.2.4. Mesa diretora e Comissões

Os últimos instrumentos da estrutura institucional analisados aqui dizem respeito à estruturação de uma mesa diretora e de comissões. Quanto à mesa diretora ou coordenação geral, esta deve ser eleita em plenário, inclusive o seu presidente ou coordenador, entre os conselheiros do CGPPS, distribuídos conforme sua lei de criação determinar. No que se referem às comissões, estas podem ser internas de caráter temporário ou permanente – exclusivas de conselheiros – ou intersetoriais para ações transitórias – podem contar com integrantes não conselheiros.

A criação de ambos para o pleno exercício das atribuições do CGPPS é recomendada pela Resolução 333/03. Consideramos que tais mecanismos dariam sustentação administrativa para que os CGPPS fizessem jus às competências a eles atribuídas e exercer seu caráter

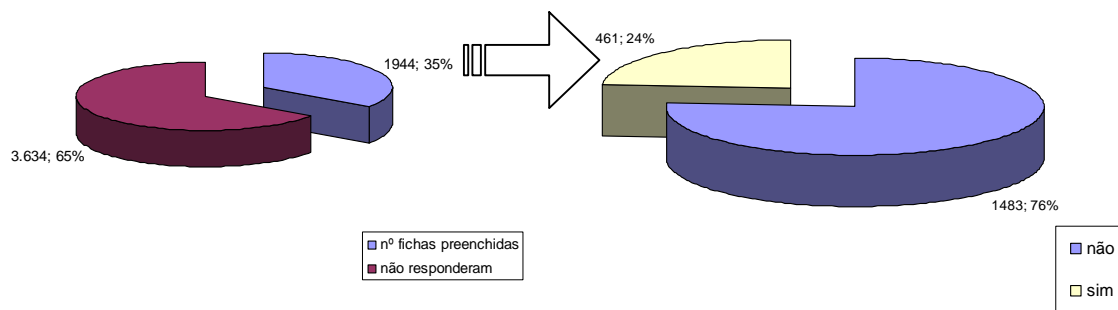
deliberativo. Entretanto, a avaliação de ambos aqui é dificultada pelo fato de que somente 35% dos conselhos cadastrados informaram sobre a existência ou não desses mecanismos institucionais. De todo modo, é possível observar que entre os poucos CGPPS que informam sobre a existência ou não dessas estruturas, apenas 38% revelam possuir mesa diretora e 24% apontam contar com comissões. Em ambos os casos, os CGPPS da região Nordeste apresentam os piores resultados (ver Apêndice D, estrutura institucional, gráficos 6 a 15).

Gráfico 34 – Mesa diretora



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráfico 35 – Comissões



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Tais números consubstanciam a hipótese de que essa desestruturação dos CGPPS se deva à falta de informação entre os próprios conselheiros sobre a regulamentação organizacional dos conselhos e as possibilidades de conformação que poderiam garantir aos conselhos uma estrutura de funcionamento que assegurasse sua operacionalidade e, portanto, fornecesse sustentação para sua autonomia organizacional interna. Acreditamos que as recorrentes lacunas de informação sobre os mecanismos institucionais, tal como observamos ao longo da análise, se devem à falta de clareza no que se refere às regras de funcionamento.

Caso analisássemos os CGPPS de uma perspectiva da espontaneidade dos movimentos sociais e ressaltássemos a necessidade de as práticas participacionistas virem *de baixo* para terem sucesso, seria fácil concluirmos que tais problemas se devem ao fato de que os CGPPS foram instituídos pelo Estado. Entretanto, conforme o argumento construído ao longo do trabalho, apontamos que é possível a partir do aperfeiçoamento desses espaços, que passa pelo aprimoramento dos mecanismos organizacionais, incentivar práticas participativas que contribuam para uma interação profícua entre Estado e sociedade com os CGPPS, munidos de autonomia organizacional interna.

3. Agenda frente ao caráter deliberativo

Além da estrutura física e do funcionamento, que incidem diretamente sobre as *condições* para a autonomia organizacional dos CGPPS, analisamos também o cumprimento seu caráter deliberativo, que nos informa sobre as possibilidades de *ações* autônomas junto à burocracia de Estado – autonomia organizacional externa. Cabe ressaltar, contudo, que nesta seção realizamos uma análise exploratória¹¹⁵, no sentido de não mergulharmos nas especificidades das agendas de cada estado, o que seria necessário para uma análise aprofundada sobre o tema¹¹⁶.

Dessa forma, ao analisarmos somente a dimensão nacional – média nacional –, apontamos apenas as possibilidades de autonomia externa. Além da análise aqui ser limitada por sua abrangência – não contempla as agendas estaduais individualmente –, é restringida também pelo universo dos CGPPS que informaram sobre os temas recorrentes nas reuniões do plenário. Assim, dos 5.578 que cadastrados no CNCS, apenas 1.943 (35%) responderam as questões sobre a definição da agenda.

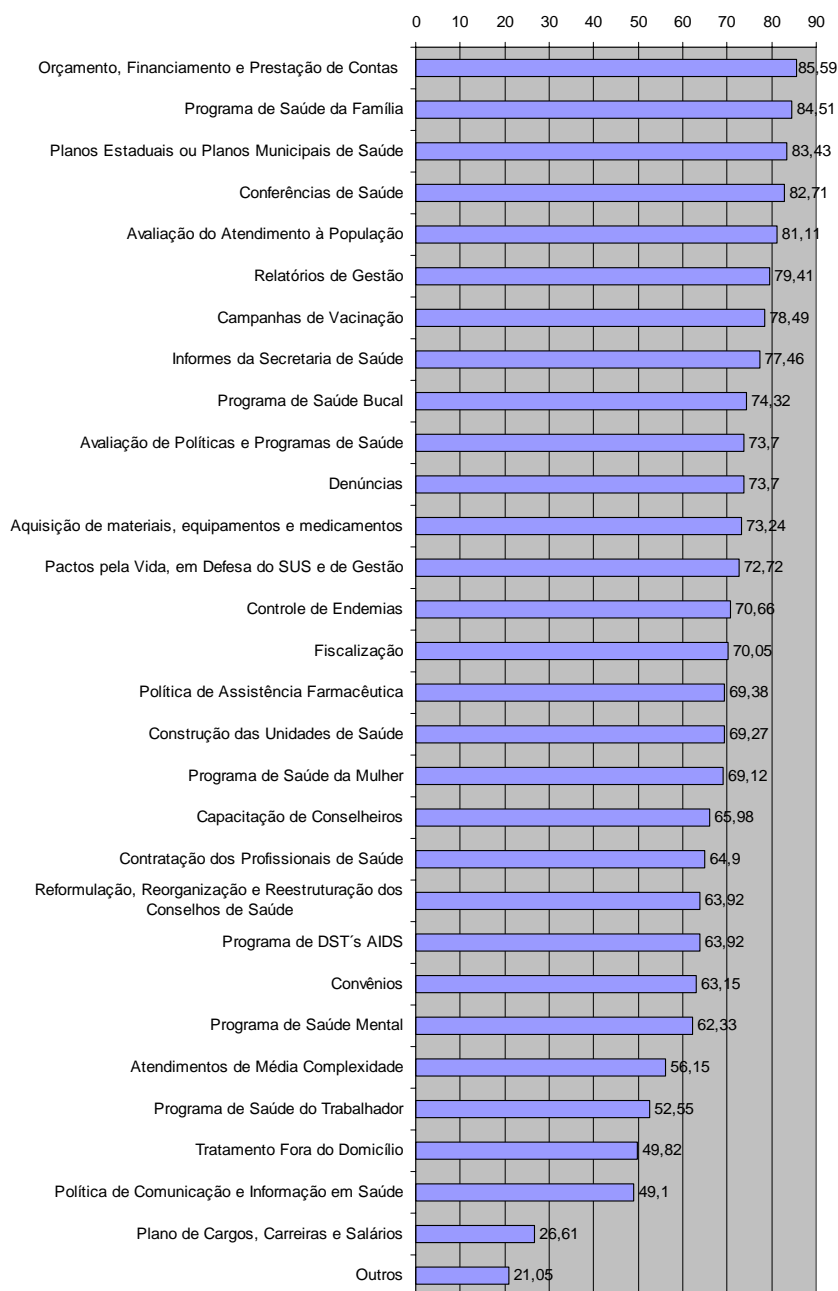
O gráfico 36 revela os temas mais indicados pelos CGPPS como integrantes de sua agenda, bem como demonstra aqueles aos quais é atribuída menor importância. Dividimos os temas apontados pelo CGPPS em quatro categoriais de análise, conforme o nível de porcentagem dos CGPPS que atribuíram importância àquela temática: (i) assuntos indicados por mais de 80% dos CGPPS; (ii) assuntos citados por mais de 70% dos CGPPS; (iii) temas lembrados por mais de 60% dos CGPPS e (iv) aqueles mencionados por menos de 60%. Para

¹¹⁵ Temos consciência de que a análise agenda versus caráter deliberativo para informar sobre inserção institucional autônoma é incompleta, uma vez que as deliberações, para ganharem força de atos do Estado, necessitam de interlocução entre os segmentos que compõem o conselho (Santos, 2000, p. 18).

¹¹⁶ Apontamos a necessidade de uma análise detalhada sobre a prioridade das agendas por região e por estado a fim de se detectar as regiões que necessitam de maior cuidado e para a solidificação da rede de participação da saúde.

análise desse quadro-geral, resgatamos a classificação sobre as competências do item 2.1. Apontamos os tipos dos temas abordados em relação à competência, conforme classificação a seguir do quadro 1.

Gráfico 36 – Agenda



Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Com a classificação dos temas constantes mais indicados pelos CGPPS como constante em suas agendas (gráfico 36) no quadro 1 abaixo, verificamos a predominância de

medidas implementadoras, ou seja, daquelas nas quais os CGPPS são responsáveis por sua execução. Tal fato seria compreensível, uma vez que a grande maioria dos conselhos cadastrados (5.556, o que corresponde ao total de 5.578 menos os 27 conselhos estaduais) são conselhos municipais. Logo seria de esperar grande quantidade de medidas implementadoras, de execução em sua pauta.

Quadro 1 – Classificação agenda conforme caráter deliberativo

Divisão por categoria	Classificação
1	
Orçamento, Financiamento e Prestação de Contas	fiscalizadoras
Programa de Saúde da Família	implementadoras
Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde	formuladoras
Conferências de Saúde	implementadoras
Avaliação do Atendimento à População	fiscalizadoras
2	
Relatórios de Gestão	fiscalizadoras
Campanhas de Vacinação	implementadoras
Informes da Secretaria de Saúde	fiscalizadoras
Programa de Saúde Bucal	implementadoras; formuladoras
Avaliação de Políticas e Programas de Saúde	fiscalizadoras
Denúncias	fiscalizadoras
Aquisição de materiais, equipamentos e medicamentos	implementadoras
Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão	auto-organizadoras
Controle de Endemias	implementadoras
Fiscalização	fiscalizadoras
3	
Política de Assistência Farmacêutica	implementadoras
Construção das Unidades de Saúde	implementadoras
Programa de Saúde da Mulher	implementadoras; formuladoras
Capacitação de Conselheiros	implementadoras
Contratação dos Profissionais de Saúde	implementadoras
Reformulação, Reorganização e Reestruturação dos Conselhos de Saúde	auto-organizadoras
Programa de DST's AIDS	implementadoras; formuladoras
Convênios	implementadoras
Programa de Saúde Mental	implementadoras; formuladoras
4	
Atendimentos de Média Complexidade	implementadoras
Programa de Saúde do Trabalhador	implementadoras; formuladoras
Tratamento Fora do Domicílio	implementadoras
Política de Comunicação e Informação em Saúde	implementadoras; formuladoras
Plano de Cargos, Carreiras e Salários	fiscalizadoras
Outros	

Fonte: classificação da autora de dados do CNCS

Entretanto, o que preocupa é o fato de, entre os assuntos mais lembrados pelos CGPPS, como observamos no quadro 1, constarem poucas medidas formuladoras/reguladoras – nas categorias um e dois constam somente duas medidas dessa natureza e, dos 29 temas abordados, apenas sete são dessa natureza. Cabe mencionar ainda, que entre os temas mais lembrados, as medidas fiscalizadoras também tiveram destaque na classificação que empreendemos.

Percebemos, portanto, que o caráter deliberativo – resultado e indício de uma inserção mais autônoma frente à burocracia de estado – ainda não é plenamente exercido e pode ser aprimorado. Nesse sentido, conforme resultados preliminares dessa avaliação de caráter exploratório, há indícios de comprometimento da autonomia organizacional externa dos CGPPS, uma vez que as medidas formuladoras e reguladoras não teriam o destaque na agenda dos CGPPS que corroboraria o exercício do caráter deliberativo .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação da participação em ações do domínio público possibilita uma transformação das convicções dos cidadãos sobre seu papel político, assim como a capacidade de resposta das instituições às suas necessidades concretas. Ela torna real o compromisso retórico com a participação, e reforça uma noção mais ativa e dinâmica de representação. Ao constituir seus representantes como cidadãos desejosos de participar em questões públicas, os participantes em novas arenas deliberativas como os conselhos gestores podem transformar suas próprias práticas e contribuir para uma polis mais democrática. (Abers e Keck, 2007, p. 19-20)

O desvelamento da autonomia organizacional dos CGPPS imprimiu a tal trabalho um caráter duplamente desafiador. Por um lado, apresentam-se dificuldades em edificar bases teóricas condizentes com a realidade e, ao mesmo tempo, capazes de projetar preceitos de um mundo que queremos. Por outro lado, impõe-se o desafio de consubstanciar na perspectiva histórico-contextual um mapeamento legal-institucional que, a nosso ver, sem tal esforço analítico, pouco nos informaria sobre a nova relação entre Estado e sociedade que se configura.

Na elaboração teórica, procuramos estabelecer as bases para analisar a autonomia organizacional. Nesse sentido, ao delimitar o conceito de autonomia, tendo como referência preceitos de igualdade substantiva e de liberdade positiva, o subvertemos em relação à forma como é usualmente utilizado na análise de sistemas políticos contemporâneos – definido em bases de poder e influência ou limitado à capacidade de ação da sociedade civil. Com isso, procuramos analisar a autonomia dos CGPPS sem confinar a análise aos preceitos fundadores do quadro de naturalização da desigualdade a qual as democracias contemporâneas estão sujeitas.

Nessa perspectiva, mergulhamos na análise da autonomia organizacional dos CGPPS por meio de aspectos histórico-contextuais e legal-institucionais. A análise do quadro histórico-contextual foi imprescindível para nos livrar de uma abordagem fatalista, ao propiciar a interpretação de práticas políticas tradicionais desvinculadas da idéia de uma cultura política, *a priori*, usurpadora, pré-determinada de fracasso. Dessa forma, mesmo em face dos problemas revelados pelo mapeamento legal-institucional dos CGPPS no exercício da autonomia organizacional interna – regulamentação e arquitetura institucional – e externa –

cumprimento do caráter deliberativo –, podemos verificar indícios de construção de uma interação positiva entre Estado e sociedade.

A análise dos elementos histórico-contextuais da criação dos conselhos nos possibilitou uma visão sobre a relação entre Estado e sociedade que ultrapassa conclusões apressadas sobre as relações de poder entre ambos. Procuramos decifrar esse contexto no decorrer do trabalho em toda a sua complexidade, de modo que evitamos interpretá-lo de maneira linear, como se o passado imprimissem uma marca às relações entre Estado e sociedade da qual nunca sairíamos.

Ao retomarmos o contexto de criação do SUS, percebemos relações complexas que não condizem com a leitura da superação de um modelo por outro. Nesse sentido, criado em um contexto de contestação das relações de exclusão, com questionamento da incorporação social desigual do modelo bifurcado consolidado – permeado tanto por práticas de cooptação quanto clientelistas –, o SUS não é somente um símbolo da atuação da sociedade frente ao Estado e do rompimento e superação de antigas práticas. Muito mais do que isso, a criação do SUS, que de fato foi fortemente fundamentada pela transformação da idéia de participação da sociedade – com a politização da saúde e deslocamento da reivindicação por direitos sociais para demandas de acesso ao poder –, é marcado pela forte atuação de atores da sociedade no Estado. Essa interação comprova a nossa caracterização da fronteira entre Estado e sociedade como porosa e valida a idéia de heterogeneidade tanto dos atores estatais com os societais.

Nesse contexto, avaliamos o surgimento dos CGPPS – diante de dificuldades de estabilidade orçamentária do SUS – como um fenômeno que deve ser medido levando em consideração a complexa relação entre Estado e sociedade. Ao fazê-lo, identificamos ambigüidade nessas instâncias, o que reflete na natureza das notas conclusivas deste trabalho, nas quais chegamos a um duplo diagnóstico. De um lado, temos uma hipótese sobre o déficit de informação como ponto fundamental para explicar deficiências organizacionais dos CGPPS, e de outro lado, apontamos a institucionalização de um novo formato de interação gera ganhos, senão para a democratização da relação entre Estado e sociedade, para a modificação de limites oligárquicos.

Como já mencionado, ao avaliarmos as questões que contribuem para uma interação positiva entre Estado e sociedade e aquelas que bloqueiam ou limitam a sua inserção de forma autônoma, verificamos problemas na estrutura organizacional e deliberativa. Nesse sentido, aspectos legal-institucionais estariam deixando brechas para a hierarquização da relação entre Estado e sociedade na organização dos CGPPS, o que prejudicaria o exercício de sua autonomia organizacional. Isso porque, os instrumentos que confeririam nivelamento das

assimetrias estruturais do sistema político, garantindo certa igualdade de condições para a interação entre Estado e sociedade ou não cumprem seu papel ou não estão bem estruturados.

Em relação à regulamentação dos CGPPS, destacamos a necessidade de homologação da decisão do conselho pelo Executivo como diretriz problemática na redução das assimetrias estruturais. Sobre a situação da estrutura física dos CGPPS no país, podemos afirmar que, de uma maneira geral, os resultados dos dados analisados apontam que houve grandes avanços com relação à disseminação das instâncias e dos meios de comunicação. Entretanto, os CGPPS apresentam dificuldades quanto à estrutura física e aos mecanismos institucionais, o que revela certo comprometimento do exercício da autonomia organizacional interna. No que concerne aos aspectos deliberativos, encontramos indícios de fraco exercício do caráter deliberativo, uma vez que as medidas formuladoras e reguladoras não estariam entre as principais na agenda dos CGPPS.

Como os diagnósticos são muito diferentes conforme a região do país, a nossa capacidade de generalização é limitada. Entretanto, a questão dos indícios sobre a falta de informação dos conselhos acerca da maneira como devem se estruturar tangenciou todo o mapeamento legal-institucional, merecendo destaque notas finais. Diante desse quadro, levantamos a hipótese da falta de informação no que se refere à estrutura física e administrativa dos CGPPS, que poderia ser extensiva ao seu papel. O caso emblemático indicativo de desinformação mais foi o Amapá. Embora 100% dos CGPPS se declararam estruturados conforme a Resolução 333/03, a avaliação de seus mecanismos institucionais não se confirmaram esse número. Apesar de a situação dos CGPPS no país não poder ser avaliada por este caso extremo, é importante apontar os pontos críticos no mapeamento legal-institucional, de modo a prever ações corretoras e fortalecer mecanismos atualmente falhos, a fim de possibilitar, assim, maior autonomia organizacional dos CGPPS.

Conforme argumentamos no decorrer do trabalho, caso analisássemos os CGPPS de uma perspectiva da espontaneidade dos movimentos sociais e ressaltássemos a necessidade de as práticas participacionistas virem *de baixo* para terem sucesso, seria fácil concluirmos que tais problemas que encontramos na autonomia organizacional do CGPPS se devem ao fato de que estes foram instituídos pelo Estado. Entretanto, como vemos na possibilidade de o Estado ter papel atuante no fortalecimento legal e institucional dos CGPPS, uma maneira de incentivar práticas participativas e, inclusive, fortalecer sua autonomia, imprimimos uma perspectiva positiva ao diagnóstico de problemas na autonomia organizacional das novas instâncias.

A despeito de práticas políticas autoritárias – clientelistas e de cooptação – continuarem a fazer parte do universo, no qual os CGPPS se inserem, a nova interação entre Estado e sociedade que se configura institucionaliza um Estado permeável à sociedade, no qual tais práticas vão ganhando novos contornos e, até mesmo, sendo limitadas. Como argumentamos no início do trabalho, um Estado com essas características não deságua em autoritarismo. Desse modo, apesar de não conseguirmos medir claramente os avanços que tais instâncias participativas imprimem ao fortalecimento da democracia, conseguimos inferir que os CGPPS modificam os limites oligárquicos, ao conferir permeabilidade ao Estado – articulação entre atores diversificados, que não interagiriam não fossem os espaços formalmente estabelecidos. É nesse sentido, na tarefa diária de construção de um *modus operandi* orgânico, os CGPPS são instrumentos de aperfeiçoamento da democracia e da participação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERS, R. (No prelo), “Arranjos Participativos Locais”. *Projeto de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico*.

ABERS, R e KECK, M. (2007), *Representando a diversidade? Estado e associações civis nos conselhos gestores*. Apresentado no II Seminário Nacional do Núcleo de Pesquisa em Ciências Sociais: Movimentos sociais, participação e democracia. Florianópolis: UFSC, 25-27 abril.

_____ (2006), *Mobilizing the State: The erratic partner in Brazil's Participatory Water Policy*. Apresentado no Annual Meeting of the American Political Science Association. Philadelphia, 31 agosto - 03 setembro.

ABERS, R. (1998), “From clientelism to cooperation: Local government, participatory policy, and civic organizing in Porto Alegre, Brazil”. *Politics and Society*. v. 26, n.04, pp. 511-537.

_____ (1997), *Inventing Local Democracy: Neighborhood Organizing and Participatory Policy-making in Porto Alegre, Brazil*. Los Angeles: University of California.

ABRASCO. (2006), *Gasto de Saúde no Brasil: é muito ou pouco?* Esclarecimento público: Abong, Abes, Abrasco, Cebes e Conassem. 11 de julho. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712142141.pdf>. Acesso em 15/02/2008.

AVELAR, L. e DIAS, F. (2000), “Lentas Mudanças: o Voto e a Política Tradicional”. *Lua Nova*, n. 49.

AVELAR, L. (2007), “Participação Política”. In: Avelar, L.; Cintra, A. C. (Org.). *Sistema Político Brasileiro: Uma Introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer.

AVRITZER, L. e COSTA, S. (2006), “Teoria Crítica, Democracia e Esfera Pública: concepções e usos na América Latina”. In: Domingues, J.M. e Maneiro, M. (orgs). *América Latina hoje*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

AVRITZER, L. (2006), “Reforma Política e Participação no Brasil”. In: Avritzer, L.; Anastasia, F. (orgs) *Reforma política no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG, PNUD.

_____ (2007), “Sociedade Civil e Participação no Brasil Democrático”. In: Melo, C.; Saéz, M. *A Democracia Brasileira: balanços e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

AVRITZER, L. et al. (2005), “Reinventando mecanismos de inclusão e controle social nos conselhos de saúde”. Relatório de pesquisa apresentado a FAPEMIG como resultado do projeto. Belo horizonte: UFMG. Disponível em <http://www.democraciaparticipativa.org/files/reinventandomecanismos.pdf> Acesso em 25/10/2007.

BAHIA, L. H. (1997), *Raízes e Fundamentos de uma Teoria de Troca Política Assimétrica/ Clientelísticas*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IUPERG.

BAHIA, L. e VIANNA, M. L. (2006), *I Relatório Parcial do Projeto Gestão Participativa em Saúde, p. estudo e sistematização da produção acadêmica e das experiências de conselhos de saúde e conferências de saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ, Laboratório de Economia Política da Saúde. Agosto. Mimeo.

BARBOSA, A. M. L. (2000), Os portadores de deficiência no Conselho de Saúde. *Conselhos Gestores de políticas públicas*. São Paulo: Pólis, Volume 37, nº 11, p. 49-52,

BARROS, M.E.; PIOLA, S.F.; VIANNA S.M. (1996), *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. Texto para Discussão. n.401. Brasília: IPEA. Fevereiro. Disponível em http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/1996/td_0401.pdf. Acesso em 03/02/2008.

BOBBIO, N. (1999), *Estado, Governo, Sociedade: Para uma teoria geral da política*. Trad. Marco Aurélio Nogueira, 7ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. (1998), *Dicionário de Política*. Brasília: Editora UnB, v. 1 e 2.

BOBBIO, N. (1986), *O Futuro da Democracia: Uma defesa das Regras do Jogo*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.

BOSCHI, R. (2004), *Instituições Políticas, Reformas Estruturais e Cidadania: Dilemas da Democracia no Brasil*. Disponível em http://observatorio.iuperj.br/pdfs/4_artigos_TextodoRenatoBoschi.pdf. Acesso em 13/08/2007.

_____ (1987), *A Arte da Associação*. Rio de Janeiro: Vértice.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2007), *Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 82 p. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/>. Acesso em 14/08/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (2006a), *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 300 p. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf. Acesso em 04/09/2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (2006b), *Painel de Indicadores do SUS*. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2006c), *Painel de Indicadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 68 p. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. (2006d), *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde. 76 p. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume1.pdf>. Acesso em 13/03/2008.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conasem. (2005), O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde. 344 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_sus_screen.pdf. Acesso em 02/02/2007.
- BRASIL Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003). *Legislação do SUS*. Brasília: CONASS. Disponível em http://www.conass.org.br/pdfs/legislacao_sus.pdf. Acesso em: 08/09/2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003), *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS. Disponível em <http://www.conass.org.br/pdfs/gestao.pdf>. Acesso em 03/09/2007.
- CAMPOS, F. (2001), *Estado Nacional: sua estrutura, seu conteúdo ideológico*. Brasília: Senado Federal.
- CARNOY, M. (1988), *Estado e Teoria Política*. 2ª ed. Campinas: Papirus.
- CARVALHO, J. M. (1997), “Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: uma discussão conceitual”. *Dados*, v. 40, n. 2. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52581997000200003&script=sci_arttext. Acesso em 22/05/2005.
- CARVALHO, A.I. (1997), “Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado”. In: Fleury, S. (org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial.
- CEAP. (2007), Centro de Educação e Assessoramento Popular. “Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?” Passo Fundo: IFIBE, 2007. 48p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_possibilidade_realidade.pdf Acesso em 17/03/2008.
- CNCS. (2007), *Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde*. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/cnsc/>. Acesso em 06/03/2008.
- CNCS. (2006), *Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde*. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_cadastro/index.html. Acesso em 23/08/2007 e 11/10/2008.
- CNS. (2008), *Site do Conselho Nacional de Saúde*. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/>.
- CNS. (2007), *Jornal do Conselho Nacional de Saúde*. Ano 3. Outubro, novembro e dezembro. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/>.
- COSTA, N. R., PICALUGA, I. F., RIBEIRO, A. C. T. (1977), *Campanhas Sanitárias e sua institucionalização – um estudo histórico da saúde pública no Brasil*. Folheto. Rio de Janeiro: IUPERJ.
- COSTA, N. R. (1988), “Transição e movimentos sociais contribuição ao debate da reforma sanitária”. *Caderno de Saúde Pública*. v. 4, n.2. Disponível em <http://>

[//www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 03/02/2008.

DAGNINO, E.; OLIVEIRA, A.; PANFICHI, A. (orgs.) (2006), *A Disputa pela Construção Democrática na América Latina*. São Paulo: Editora Paz e Terra.

DAGNINO, E. (2004), “¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?” In, p. Daniel Mato (coord.), *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 95-110. Disponível em <http://www.globalcult.org.ve/pub/Rocky/Libro2/Dagnino.pdf>. Acesso em 04/07/2006

_____. (2002), “Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades”. In: DAGNINO, Evelina (org.). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. Campinas: Paz e Terra.

FLEURY, S. (1997), “A Questão Democrática na Saúde”. In: Fleury, S.(org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial

FUCKS, M.; PERSSIONOTO, R. e RIBEIRO, E. A. (2003), Cultura política e desigualdade: o caso dos Conselhos municipais de Curitiba. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 21, p.125-145, nov.

DAHL, R. (2005) *Poliarquia*. São Paulo: Edusp.

D’AVILA FILHO, P. M. (2000), *Democracia, clientelismo e cidadania. A Experiência do Orçamento Participativo no Modelo de Gestão Pública da Cidade de Porto Alegre*. Tese de doutorado Rio de Janeiro: IUPERJ.

OPAS (2002) Finkelman, J., (org) *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

FONSECA, C. (2005), *Local e Nacional: Dualidades da Institucionalização da Saúde pública no Brasil (1930-45)*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IUPERG.

GAY, R. (1999), *Rethinking Clientelism: Demands, Discourses and Practices in Contemporary Brazil*. Connecticut College.

GONZÁLEZ, R.S. (2000), *Democracia e conselhos de controle de políticas públicas: uma análise comparativa*. Tese de Doutorado: UFRGS.

GRAHAM, R. (1990), *Patronage and Politics in Nineteenth-Century Brazil*. Stanford: Stanford University Press

HAGOPIAN, F. (1996), *Traditional Politics and Regime Change in Brazil*. Cambridge: Cambridge University Press.

HAGOPIAN, F., MAINWARING, S. (eds.). (2005), *The Third Wave of Democratization in Latin America. Advances and Setbacks*. New York: Cambridge University Press.

HOCHMAN, G. (1998) “Logo ali, no final da avenida: *Os sertões* redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República”. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. V (suplemento), 217-235 julho. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701998000400012&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 03/02/2008.

HOLANDA, S. B. (1995), *Raízes do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras. 220 p.

IBGE (1999), Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/default.shtm>. Acesso em 24/07/2006.

IPEA. Diretoria de Estudos Sociais. (2006), *Políticas Sociais Acompanhamento e Análise*. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/082/08201012.jsp>? Acesso em 03/08/2007.

LABRA, M. E. (2006), “Conselhos de Saúde. Visões macro e micro”. *Revista de Ciências Sociais*, v.6, n.1, jan-jun, pp. 199-221. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/civitas/article/view/29> Acesso em 28/08/2007.

LABRA, M., FIGUEIREDO, J. (2002), Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos Conselhos de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.7. n. 3.

LABRA, M. E. (1985), “O movimento sanitarista nos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em Saúde Pública no Brasil”. *Caderno de Saúde Pública*, v. 1, n. 4, pp. 483-484. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03/02/2008.

LEAL, Victor Nunes. (1997), *Coronelismo, Enxada e Voto*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

LESSA, R. (2001); “Aventuras do Barão de Munchausen: notas sobre a tradição presidencialista brasileira”. *Tipos de presidencialismo y modos de gobierno en América Latina*. Disponível em [http, p.//168.96.200.17/ar/libros/lanzaro/lessa.pdf](http://p.//168.96.200.17/ar/libros/lanzaro/lessa.pdf). Acesso em 27/07/2005.

LIMA, N. T., HOCHMAN, (1996). “Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República”. In: Maio, M. C., Santos, R. V. (Orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil. Disponível em <http://www4.prossiga.br/chagas/eng/sobrech/sec/eh-592.PDF>. Acesso em 02/02/2008.

MAINWARING, S. (2003), “Patronagem, Clientelismo e Patrimonialismo”. *Sistemas Partidários em novas democracias: o caso do Brasil*. Trad. Vera Pereira. Rio de Janeiro: FGV, pp. 223-70.

MARTES, A. C. (1990), A institucionalização dos movimentos de reivindicação urbana – As secretarias de Saúde e a Participação Popular (1979-1989). Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP.

- MIGUEL, L. F. (2002), “A Democracia Domesticada: Bases do Pensamento Democrático Contemporâneo”. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 03, pp. 483-511.
- MS. (2008). *Site do Ministério da Saúde*. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>.
- O’DONNELL, G. (2004), *Notas sobre La Democracia en America Latina*. Buenos Aires: Alfaguara.
- _____ (2001), “Reflections on contemporary South America democracies”. *Journal of Latin American Studies*, n. 33. pp. 599-609.
- _____ (1988), *A Democracia no Brasil; Dilemas e Perspectivas*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda.
- _____ (1999), “Illusions about Consolidation”. In: Diamond, L. e Plattner, M. F. (eds.), *The Global Divergence of Democracy*. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
- OPSA. (2007), *Banco de Eventos Observatório Político Sul-Americano*. Disponível em <http://observatorio.iuperj.br/banco.php>.
- OPAS, (1998) A saúde no Brasil. Disponível em <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos>. Acesso em 03/08/2007.
- PAIM, In: Fleury, S. (org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial.
- PATEMAN, C. (1992). *Participação e Teoria Democrática*. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- PESSOTO, U. C., NASCIMENTO, P. R., HEIMANN, L. S. (2001), “A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde”. *Cad. Saúde Pública*. v.17, n.1, pp.89-97.
- PIATONNI, S. (2001), *Clientelism, Interests, and Democratic Representation. The European experience in historical and comparative perspective*. Cambridge: Cambridge University Press. 231 p.
- PNUD. (2004), *A Democracia na América Latina. Rumo a uma democracia de cidadã e cidadãos*. Trad. Mônica Hirts. Santana do Parnaíba.
- PUTNAM, R. D. (1996), *Comunidade e Democracia; a experiência da Itália moderna*. Trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Editora Getúlio Vargas, 260p.
- QUEIROZ, M. I. P. (1956), *O Mandonismo Local na Vida Política Brasileira*. São Paulo: Anhembi.
- RAICHELIS, R. (2000), “Sistematização: Os Conselhos de Gestão no contexto internacional”. *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. São Paulo: Polis. v. 37, n. 11, pp. 41-47.

RIBEIRO, J. M. (1997), “Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Cad. Saúde Pública*, v.13, n.1, pp.81-92.

RIBEIRO, D. M. F (2003), “O Regime da Infância e o Estatuto da Criança e do Adolescente”. *Pesquisa de Iniciação Científica, Probic*. Belo Horizonte: Puc Minas

SANTOS, N. R. (2000), Implantação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Brasil. *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. São Paulo: Polis, n. 37, p. 15-21.

SANTOS JÚNIOR, O. ; RIBEIRO, L. C. e AZEVEDO, S. (2004), (orgs). *Governança Democrática e Poder Local: experiência dos Conselhos Municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, FASE, 288p.

SCHUMPETER, Joseph. (1950), *Capitalism, Socialism and Democracy*. Nova York: University Library. 3ed.

SELLTIZ, C. et al. (1974), *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. São Paulo: USP, 687p.

SOUZA, J. (2003), *A Construção Social da Subcidadania*. Belo Horizonte, Ed. UFMG.

TATAGIBA, T . (2002), “Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil”. In: DAGNINO, E. (org.). *Sociedade e Espaço Civil no Brasil*. São Paulo: Editora Paz e Terra, pp. 47-104.

_____. “A institucionalização da participação: os Conselhos municipais de Políticas Públicas na Cidade de São Paulo” (2005), In : AVRITZER, L. (org.). *A participação em São Paulo*. São Paulo : UNESP. pp. 01-35. Disponível em www.democraciaparticipativa.org.br. Acesso em 06/03/2006.

TATAGIBA, L. e TEIXEIRA, A.C. (2006), “Participação e democracia. Velhos e Novos desafios”. *Revista Civitas*. Porto Alegre. v. 6, p. 223-240, 2006

TEIXEIRA, A.C. (2008), “Até onde vai a participação cidadã?” *Le Monde Diplomatique Brasil*. Ano 2, n. 7. Fevereiro.

TEIXEIRA, A. C., (Org.) (2005), “Os sentidos da democracia e da participação”. São Paulo: Instituto, *Pólis*, n. 47, 128 pp.

TEIXEIRA, E. C. (2000), “Conselhos de Política Públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa?” In: CARVALHO, M. C.; TEIXEIRA, Ana Claudia C (orgs.). *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. São Paulo: Pólis, p. 99-119.

TORRES, A. (2002), *A Organização Nacional*. Versão para eBook eBooksBrasil.com. Fonte Digital. Digitalização da 3a. edição. Disponível em www.eBooksBrasil.org.

VIANA, F. J. O. (2005), *Populações Meridionais do Brasil*. Brasília: Senado Federal. Edições do Senado Federal, v. 27.

VIANNA, M. L. T. W. (2006), *Participação em saúde: do que estamos falando?* Rio de Janeiro: UFRJ, Laboratório de Economia Política da Saúde (LEPS).

WERNECK VIANNA, L. (1989), *Liberalismo e Sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

_____, L. (1996), “Caminhos e Descaminhos da Revolução Passiva à Brasileira”. *Dados*, v. 39, n. 3. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300004&lng=en&nrm=iso

APÊNDICES

APÊNDICE A

Quadro 1 – Projetos Políticos

	Projeto autoritário	Projeto democrático-participativo	Projeto neoliberal
Relação entre Estado e sociedade civil	Não há separação entre Estado e sociedade; Verticalismo, clientelismo, repressão ou cooptação são misturados de diversas maneiras.	Possibilidade de co-gestão; Compartilhamento do poder decisório do Estado em relação às questões relativas ao interesse público.	Avaliação das características do Estado (inadequadas); Transferência de responsabilidades sociais para a sociedade civil.
Participação	Consultas formais (<i>espetáculos legitimadores, sem substância</i>).	Instrumento da construção de igualdade; Papel central para a democratização.	Instrumental; Concentrada na gestão e implementação da política, em nome da solidariedade; Não envolve processo decisório sobre as políticas.
Cidadania	Anulada pela concessão seletiva de direitos sociais (aclamação e apoio política ao regime).	Revisão concepção clássica, de modo à assegurar direitos coletivos.	Diluição do núcleo de concepção de cidadania (4 dimensões ¹¹⁷).
Sociedade civil	Grupo de beneficiários, clientes e peticionários.	Terreno constitutivo da política, responsável pelo controle social.	Concebida de forma seletiva e excludente ; Setores capazes de assumir com eficiência a execução de políticas públicas.
Política	Campo exclusivo do Estado.	Noção política ampliada.	Contra a ampliação da política empreendida pelos esforços democratizantes.

Fonte: Dagnino, Oliveira e Panfichi (2006, p. 45-60)

¹¹⁷ Ver Dagnino, 2004, p. 57

APÊNDICE B

Tabela 1 – Conselhos cadastrados no CNCS 2007

	nº cadastrados
Nacional	5.578
Região Norte	
Acre	23
Amapá	16
Amazonas	63
Rondônia	53
Roraima	16
Pará	144
Tocantins	140
Região Nordeste	
Alagoas	103
Bahia	417
Ceará	185
Maranhão	217
Paraíba	223
Pernambuco	185
Piauí	223
Rio Grande do Norte	168
Sergipe	76
Sudeste	
São Paulo	645
Minas Gerais	852
Rio de Janeiro	93
Espírito Santo	79
Sul	
Rio Grande do Sul	496
Paraná	399
Santa Catarina	294
Centro-Oeste	
Goiás	246
Distrito Federal	1
Mato Grosso	142
Mato Grosso do Sul	79

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

APÊNDICE C
Estrutura física

Tabela 2 – Acesso aos meios de comunicação (%)

	Telefone	Fax	E-mail
Nacional	94,07	88,10	82,04
Região Norte			
Acre	100,00	100,00	86,70
Amapá	100,00	81,25	43,75
Amazonas	93,65	84,13	61,90
Pará	96,53	74,31	60,42
Rondônia	90,57	86,79	75,47
Roraima	81,25	87,50	50,00
Tocantins	99,29	95,71	75,00
Região Nordeste			
Alagoas	100,00	93,20	84,50
Bahia	94,96	89,45	76,50
Ceará	98,38	93,51	84,86
Maranhão	85,71	74,65	73,27
Paraíba	95,52	80,72	83,86
Pernambuco	91,89	88,11	61,62
Piauí	91,03	75,78	67,71
Rio Grande do Norte	97,62	78,57	76,79
Sergipe	84,12	72,37	68,42
Sudeste			
São Paulo	94,73	89,77	91,01
Espírito Santo	92,41	88,61	89,87
Minas Gerais	87,92	84,88	80,66
Rio de Janeiro	100,00	95,70	98,92
Sul			
Rio Grande do Sul	99,60	98,59	91,55
Paraná	96,49	92,98	89,22
Santa Catarina	91,50	88,78	89,80
Centro-Oeste			
Goiás	96,34	94,72	89,43
Distrito Federal	100,00	100,00	100,00
Mato Grosso	93,30	91,55	76,77
Mato Grosso do Sul	98,73	98,73	97,47

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Tabela 3 – Sede própria

	sim	nº fichas preenchidas	% fichas preenchidas	% de conselhos com sedes próprias (*)
Nacional	200	1943	34,83%	10,29%
Região Norte				
Acre	2	12	52,17%	16,67%
Amapá	0	4	25,00%	0,00%
Amazonas	4	58	92,06%	6,90%
Pará	11	39	73,58%	28,21%
Rondônia	4	17	106,25%	23,53%
Roraima	5	11	7,64%	45,45%
Tocantins	1	35	25,00%	2,86%
Região Nordeste				
Alagoas	8	40	38,83%	20,00%
Bahia	7	53	12,71%	13,21%
Ceará	9	56	30,27%	16,07%
Maranhão	10	216	99,54%	4,63%
Paraíba	2	64	28,70%	3,13%
Pernambuco	8	54	29,19%	14,81%
Piauí	5	60	26,91%	8,33%
Rio Grande do Norte	10	40	23,81%	25,00%
Sergipe	2	25	32,89%	8,00%
Sudeste				
São Paulo	30	372	57,67%	8,06%
Espírito Santo	7	30	3,52%	23,33%
Minas Gerais	15	100	107,53%	15,00%
Rio de Janeiro	5	21	26,58%	23,81%
Sul				
Rio Grande do Sul	97	155	31,25%	62,58%
Paraná	15	170	42,61%	8,82%
Santa Catarina	4	121	41,16%	3,31%
Centro-Oeste				
Goiás	12	150	60,98%	8,00%
Distrito Federal	0	1	100,00%	0,00%
Mato Grosso	4	17	11,97%	23,53%
Mato Grosso do Sul	5	29	36,71%	17,24%

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

(*) % entre as fichas preenchidas

Tabela 4 – Infra-estrutura administrativa

	nº de conselhos	% (*)
Secretaria executiva estruturada	429	42,43%
Dotação Orçamentária Própria	196	19,39%
Transporte para o Conselho de Saúde	231	22,85%
Computadores	528	52,23%
Acesso a internet	685	67,75%
Impressora	272	26,90%
Máquina Fotográfica	88	8,70%
Filmadora	19	1,88%
Televisão	86	8,51%
Datashow	92	9,10%
Tela de Projeção	70	6,92%

(*) em relação ao nº de fichas preenchidas 1011 (18% do total de CGPPS cadastrados)

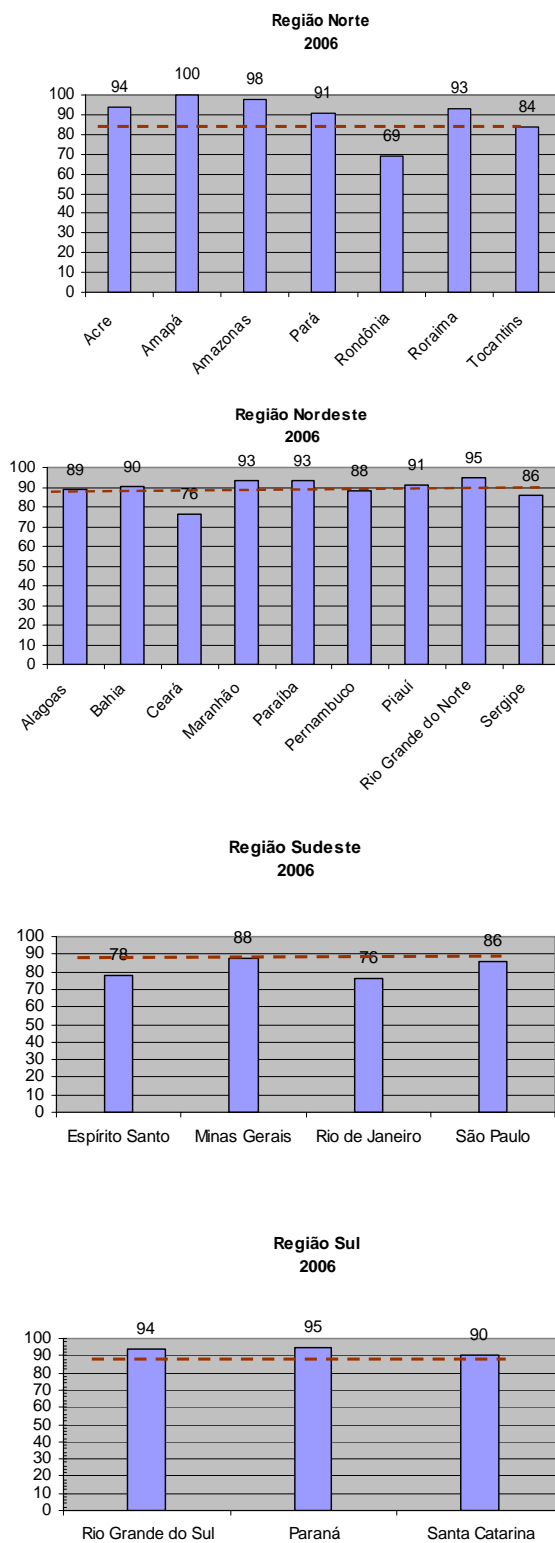
APÊNDICE D
Estrutura institucional

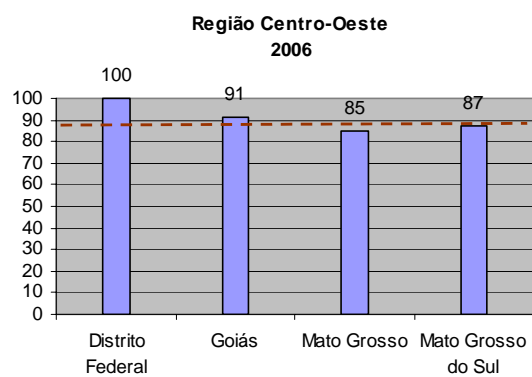
Tabela 5 – Adequação à Resolução 333/03

	sim	não	não responderam	responderam	% adequação*
Nacional	4714	620	244	5334	88,38%
Região Norte					
Acre	22	1	0	23	95,65%
Amapá	16	0	0	16	100,00%
Amazonas	31	32	0	63	49,21%
Pará	135	9	0	144	93,75%
Rondônia	43	5	5	48	89,58%
Roraima	10	4	2	14	71,43%
Tocantins	120	20	0	140	85,71%
Região Nordeste					
Alagoas	95	8	0	103	92,23%
Bahia	360	40	17	400	90,00%
Ceará	140	43	2	183	76,50%
Maranhão	160	56	1	216	74,07%
Paraíba	188	31	4	219	85,84%
Pernambuco	158	18	9	176	89,77%
Piauí	190	19	14	209	90,91%
Rio Grande do Norte	159	9	0	168	94,64%
Sergipe	55	9	12	64	85,94%
Sudeste					
São Paulo	545	71	29	616	88,47%
Espírito Santo	59	15	5	74	79,73%
Minas Gerais	672	83	98	755	89,01%
Rio de Janeiro	69	24	0	93	74,19%
Sul					
Rio Grande do Sul	468	29	0	497	94,16%
Paraná	367	20	12	387	94,83%
Santa Catarina	247	24	23	271	91,14%
Centro-Oeste					
Goiás	217	20	9	237	91,56%
Distrito Federal	1	0	0	1	100,00%
Mato Grosso	121	21	0	142	85,21%
Mato Grosso do Sul	70	9	0	79	88,61%

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráficos 1 a 5 – Adequação à Resolução 333/03 por região (% 2006)





Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2006

Tabela 6 – Instrumento de criação

	Portaria	Decretos	Lei	Total*	ñ responderam	% em 2007 (*)	% em 2006 (*)
Nacional	255	482	4598	5335	242	86,19%	85,5
Região Norte							
Acre	1	1	21	23	0	91,30%	87,6
Amapá	0	4	12	16	0	75,00%	68,7
Amazonas	0	3	60	63	0	95,24%	90,8
Pará	0	11	133	144	0	92,36%	93
Rondônia	3	7	38	48	5	79,17%	74,5
Roraima	3	1	10	14	2	71,43%	69,3
Tocantins	5	21	114	140	0	81,43%	79,3
Região Nordeste							
Alagoas	8	2	92	102	1	90,20%	87,4
Bahia	16	83	301	400	17	75,25%	75,2
Ceará	5	3	175	183	2	95,63%	95
Maranhão	10	6	200	216	1	92,59%	86,5
Paraíba	19	22	178	219	4	81,28%	86,5
Pernambuco	20	9	147	176	9	83,52%	83
Piauí	12	24	173	209	14	82,78%	83,3
Rio Grande do Norte	19	1	148	168	0	88,10%	87
Sergipe	2	8	54	64	12	84,38%	91
Sudeste							
Espírito Santo	0	3	71	74	5	95,95%	91,7
Minas Gerais	46	54	655	755	98	86,75%	87
Rio de Janeiro	4	7	82	93	0	88,17%	88,1
São Paulo	38	38	541	617	28	87,68%	87,4
Sul							
Rio Grande do Sul	18	15	464	497	0	93,36%	93,1
Paraná	10	41	336	387	12	86,82%	85,6
Santa Catarina	6	28	237	271	23	87,45%	87,7
Centro-Oeste							
Distrito Federal	0	1	0	1	0	0,00%	
Goiás	7	58	172	237	9	72,57%	70,7
Mato Grosso	4	16	122	142	0	85,92%	85,9
Mato Grosso do Sul	2	12	65	79	0	82,28%	81

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007/2006

(*) % dos conselhos criados por lei em relação aos questionários respondidos

Tabela 7 – Periodicidade das Reuniões

	semanal	quinzenal	mensal	TOTAL	bimestral	trimestral	semestral	outros	TOTAL	TOTAL GERAL	% adequados*
Nacional	16	54	4462	4532	511	214	29	48	802	5334	84,96%
Região Norte											
Acre	0	0	22	22	1	0	0	0	1	23	95,65%
Amapá	0	1	10	11	3	2	0	0	5	16	68,75%
Amazonas	0	0	59	59	1	3	0	0	4	63	93,65%
Pará	0	1	138	139	5	0	0	0	5	144	96,53%
Rondônia	0	0	44	44	1	1	0	2	4	48	91,67%
Roraima	0	0	11	11	0	2	1	0	3	14	78,57%
Tocantins	0	1	83	84	36	13	5	2	56	140	60,00%
Região Nordeste											
Alagoas	2	0	95	97	3	2	0	1	6	103	94,17%
Bahia	0	2	374	376	17	5	2	0	24	400	94,00%
Ceará	0	0	176	176	5	1	1	0	7	183	96,17%
Maranhão	3	1	186	190	13	5	2	6	26	216	87,96%
Paraíba	0	0	160	160	36	14	2	7	59	219	73,06%
Pernambuco	3	1	154	158	12	3	2	1	18	176	89,77%
Piauí	0	3	168	171	25	9	2	2	38	209	81,82%
Rio Grande do Norte	0	0	104	104	50	9	1	4	64	168	61,90%
Sergipe	0	0	44	44	12	6	0	2	20	64	68,75%
Sudeste											
Espírito Santo	0	0	71	71	3	0	0	0	3	74	95,95%
Minas Gerais	1	9	632	642	62	37	7	7	113	755	85,03%
Rio de Janeiro	0	2	84	86	5	1	0	1	7	93	92,47%
São Paulo	0	5	554	559	36	19	1	1	57	616	90,75%
Sul											
Rio Grande do Sul	4	19	420	443	37	12	0	5	54	497	89,13%
Paraná	1	1	282	284	69	33	0	1	103	387	73,39%
Santa Catarina	1	3	188	192	53	25	0	0	78	270	71,11%
Centro-Oeste											
Distrito Federal	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	100,00%
Goiás	1	4	197	202	21	11	2	1	35	237	85,23%
Mato Grosso	0	0	133	133	3	1	1	4	9	142	93,66%
Mato Grosso do Sul	0	1	74	75	3	1	0	0	4	79	94,94%

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2006

* porcentagem leva em consideração fichas respondidas e não total de conselhos, no total nacional forma 5334 respondidas contra 244 não respondidas.

Tabela 8 – Presidência

	Usuário	Trabalhador de Saúde	Prestador de Serviço	Gestor	Total	não responderam	% de gestores
Nacional	897	829	301	3307	5334	244	62,00%
Região Norte							
Acre	3	0	0	20	23	0	86,96%
Amapá	1	1	0	14	16	0	87,50%
Amazonas	6	8	0	49	63	0	77,78%
Pará	52	25	14	53	144	0	36,81%
Rondônia	12	15	2	20	49	5	40,82%
Roraima	3	2	1	8	14	2	57,14%
Tocantins	12	32	8	88	140	0	62,86%
Região Nordeste							
Alagoas	8	18	2	75	103	0	72,82%
Bahia	33	42	28	297	400	17	74,25%
Ceará	4	6	2	171	183	2	93,44%
Maranhão	6	10	1	199	216	1	92,13%
Paraíba	12	35	16	156	219	4	71,23%
Pernambuco	9	19	8	140	176	9	79,55%
Piauí	10	46	20	133	209	14	63,64%
Rio Grande do Norte	13	32	2	121	168	0	72,02%
Sergipe	4	10	2	48	64	12	75,00%
Sudeste							
São Paulo	86	101	32	397	616	29	64,45%
Espírito Santo	8	2	2	63	74	5	85,14%
Minas Gerais	116	128	30	481	755	98	63,71%
Rio de Janeiro	11	6	1	75	93	0	80,65%
Sul							
Rio Grande do Sul	268	104	59	66	497	0	13,28%
Paraná	82	61	16	228	387	12	58,91%
Santa Catarina	22	21	9	219	271	23	80,81%
Centro-Oeste							
Goiás	70	55	34	78	237	9	32,91%
Distrito Federal	0	0	0	1	1	0	100,00%
Mato Grosso	24	29	4	85	142	0	59,86%
Mato Grosso do Sul	23	24	7	25	79	0	31,65%

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

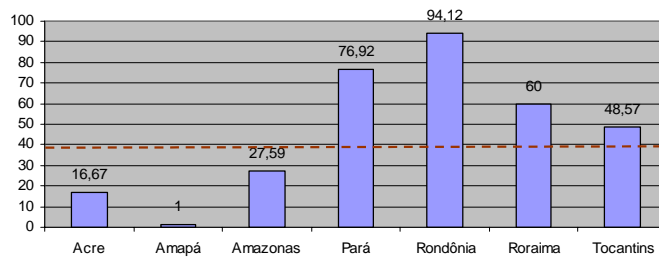
Tabela 9 – Mesa Diretora

	sim	nº fichas preenchidas	não preenchidas	% de conselhos com mesas diretoras entre as fichas preenchidas	Total
Nacional	732	1943	3.635	37,67%	5.578
Região Norte					
Acre	2	12	11	16,67%	23
Amapá	0	4	12	0,00%	16
Amazonas	16	58	5	27,59%	63
Pará	30	39	105	76,92%	53
Rondônia	16	17	36	94,12%	16
Roraima	3	5	11	60,00%	144
Tocantins	17	35	105	48,57%	140
Região Nordeste					
Alagoas	20	40		50,00%	103
Bahia	16	44	357	36,36%	417
Ceará	20	56	129	35,71%	185
Maranhão	54	216	1	25,00%	217
Paraíba	15	64	159	23,44%	223
Pernambuco	13	54	131	24,07%	185
Piauí	18	60	163	30,00%	223
Rio Grande do Norte	8	40	128	20,00%	168
Sergipe	10	25	51	40,00%	76
Sudeste					
São Paulo	93	372	273	25,00%	645
Espírito Santo	13	30	49	43,33%	852
Minas Gerais	52	100	753	52,00%	93
Rio de Janeiro	10	21	72	47,62%	79
Sul					
Rio Grande do Sul	109	155	342	70,32%	496
Paraná	73	170	229	42,94%	399
Santa Catarina	30	121	173	24,79%	294
Centro-Oeste					
Goiás	79	150	96	52,67%	246
Distrito Federal	0	1	0	0,00%	1
Mato Grosso	5	17	125	29,41%	142
Mato Grosso do Sul	8	29	50	27,59%	79

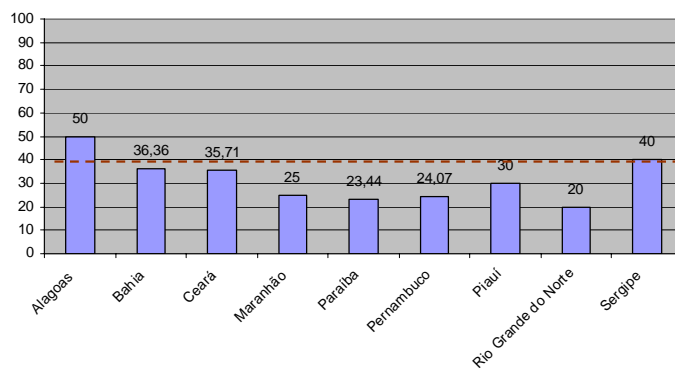
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráficos 6 a 10 – Mesa Diretora

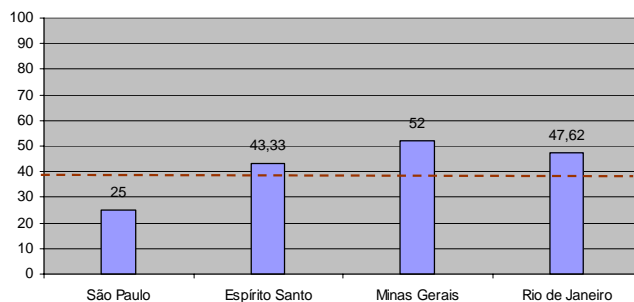
Região Norte



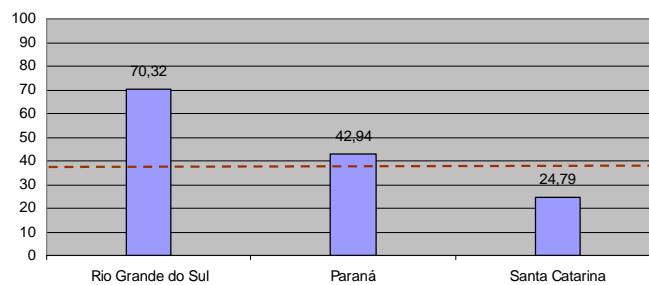
Região Nordeste

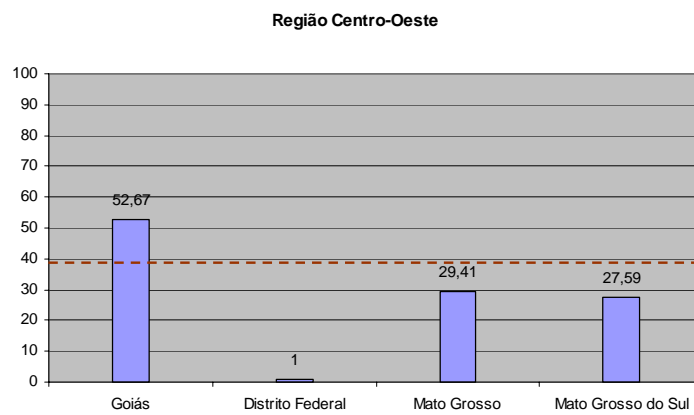


Região Sudeste



Região Sul





Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

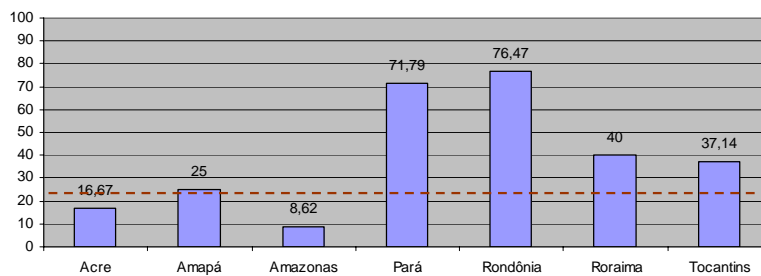
Tabela 10 – Comissões no Conselho

	sim	nº fichas preenchidas	não responderam	% de conselhos com comissões (*)
Nacional	461	1944	3.634	23,71%
Região Norte				
Acre	2	12	11	16,67%
Amapá	1	4	12	25,00%
Amazonas	5	58	5	8,62%
Pará	28	39	105	71,79%
Rondônia	13	17	36	76,47%
Roraima	2	5	11	40,00%
Tocantins	13	35	105	37,14%
Região Nordeste				
Alagoas	11	40	63	27,50%
Bahia	12	60	357	20,00%
Ceará	13	56	129	23,21%
Maranhão	13	216	1	6,02%
Paraíba	7	64	159	10,94%
Pernambuco	14	54	131	25,93%
Piauí	7	60	163	11,67%
Rio Grande do Norte	9	40	128	22,50%
Sergipe	4	25	51	16,00%
Sudeste				
São Paulo	92	373	272	24,66%
Espírito Santo	13	30	49	43,33%
Minas Gerais	36	136	716	26,47%
Rio de Janeiro	13	21	72	61,90%
Sul				
Rio Grande do Sul	48	155	342	30,97%
Paraná	42	170	229	24,71%
Santa Catarina	20	121	173	16,53%
Centro-Oeste				
Goiás	30	150	96	20,00%
Distrito Federal	1	1	0	100,00%
Mato Grosso	3	17	125	17,65%
Mato Grosso do Sul	15	29	50	51,72%

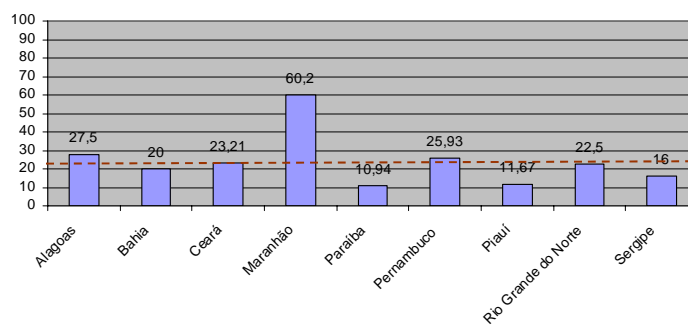
Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

Gráficos 11 a 15 – Comissões

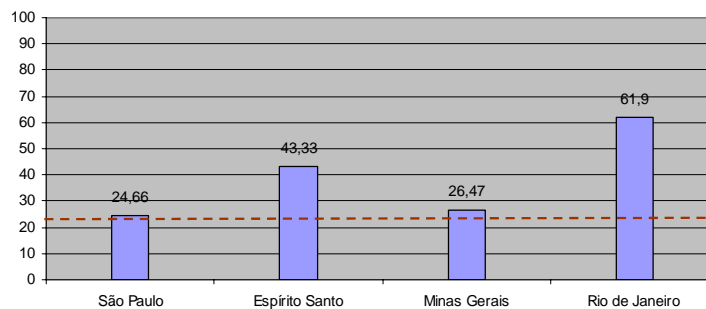
Região Norte



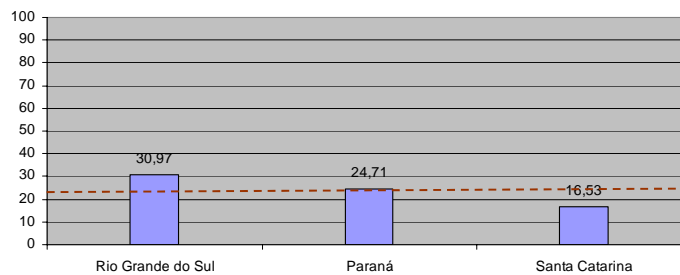
Região Nordeste

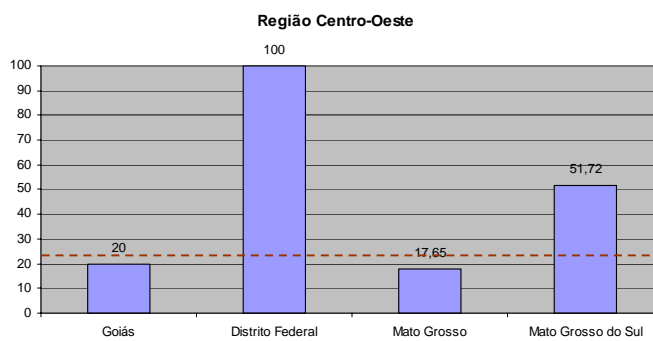


Região Sudeste



Região Sul





Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007

APÊNDICE E

Agenda e Caráter deliberativo

Quadro 2 – Classificação das competências dos CGPPS

I) Formuladoras/reguladoras

1. Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;
2. Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
3. Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde;
4. Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;
5. Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade;
6. Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;
7. Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal, e Municipais;
8. Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei nº 8.080/90);
9. Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;
10. Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

II) Fiscalizadoras

11. Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União
12. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.
13. Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

III) Implementadoras

14. Mobilização e articulação, contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.
15. Operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde
16. Proceder à revisão periódica dos planos de saúde
17. Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.
18. Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.
19. Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde, pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS.
20. Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.
21. Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

22. Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.
 23. Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

IV) Auto-organização

24. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

Fonte: CNS, 2008. Resolução 333/03. Terceira Diretriz

Tabela 11 - Temas das reuniões

Nacional

	nº de conselhos	% em relação aos 1943 conselhos que responderam
Planos Estaduais ou Planos Municipais de Saúde	1621	83,43%
Orçamento, Financiamento e Prestação de Contas	1663	85,59%
Relatórios de Gestão	1543	79,41%
Conferências de Saúde	1607	82,71%
Capacitação de Conselheiros	1282	65,98%
Reformulação, Reorganização e Reestruturação dos Conselhos de Saúde	1242	63,92%
Convênios	1227	63,15%
Avaliação de Políticas e Programas de Saúde	1432	73,70%
Avaliação do Atendimento à População	1576	81,11%
Contratação dos Profissionais de Saúde	1261	64,90%
Construção das Unidades de Saúde	1346	69,27%
Política de Comunicação e Informação em Saúde	954	49,10%
Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão	1413	72,72%
Programa de Saúde da Mulher	1343	69,12%
Programa de Saúde Mental	1211	62,33%
Programa de Saúde Bucal	1444	74,32%
Programa de DST's AIDS	1242	63,92%
Programa de Saúde do Trabalhador	1021	52,55%
Programa de Saúde da Família	1642	84,51%
Política de Assistência Farmacêutica	1348	69,38%
Aquisição de materiais, equipamentos e medicamentos	1423	73,24%
Plano de Cargos, Carreiras e Salários	517	26,61%
Atendimentos de Média Complexidade	1091	56,15%
Denúncias	1432	73,70%
Fiscalização	1361	70,05%
Tratamento Fora do Domicílio	968	49,82%
Campanhas de Vacinação	1525	78,49%
Controle de Endemias	1373	70,66%
Informes da Secretaria de Saúde	1505	77,46%
Outros	409	21,05%

Fonte: Dados do CNCS/CNS, 2007