



**SOCIEDADE
CRISE E RECONFIGURAÇÕES**

VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

ÁREA TEMÁTICA: ST2 Sociologia da Saúde.

REFLEXÕES SOBRE A DEMOCRACIA (PARTICIPATIVA, DELIBERATIVA E REPRESENTATIVA) NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE.

LUCAS, Charlles da Fonseca

Mestre em Sociologia

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

charlles.lucas@ig.com.br

MOREIRA, Marcelo Rasga

Doutor em Saúde Pública

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

rasga@ensp.fiocruz.br

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa

Mestre em Antropologia

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

fernando.bessa@ensp.fiocruz.br

SUCENA, Luiz Fernando Mazzei

Bacharel em Ciências Sociais

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

luiz.mazzei@ensp.fiocruz.br

Resumo

Nesse trabalho procurar-se-á apresentar os resultados da pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do Sistema Único de Saúde”, executada por pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde (MS) da República Federativa do Brasil, e financiada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP) do referido Ministério. A primeira etapa desta pesquisa, realizada entre dezembro de 2003 e fevereiro de 2004, gerou: a) um inédito cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e Conselhos Estaduais de Saúde (CES), contendo informações necessárias para o estabelecimento de contatos e b) um instrumento de pesquisa (IP) composto por 58 questões (17 abertas e 41 fechadas), que foi aprimorado por meio do diálogo com outras Secretarias do MS, com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com pesquisadores de outras instituições, e aplicado nos Conselhos cadastrados. Já a segunda etapa, iniciada em novembro de 2004, com o envio do IP para 5.559 CMS e 27 CES cadastrados, visou o levantamento de dados e a construção de índices e indicadores que viabilizassem a constituição de um Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil, capaz de fornecer à gestão subsídios para a formulação de ações e programas de aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido pelos Conselhos. Cabe salientar que 4.861 CMS já responderam o IP, e que esses municípios abrigam um contingente de 156.097.434 de pessoas, significando 92% da população brasileira, segundo dados do Censo Demográfico de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por fim, a terceira etapa teve por objetivos no período de 2006 a 2011: a) consolidar e monitorar os índices e indicadores construídos na segunda etapa; b) elaborar indicadores relacionados à participação dos usuários e à prática do controle social e c) montar uma Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa (EVTP) que torne públicos os dados e análises sobre o Perfil, a fim de apoiar o funcionamento e a atuação dos Conselhos mediante a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). Denominada ParticipaNetSUS (<http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>), esta EVTP publiciza, dentre outros, os instrumentos utilizados pela pesquisa e disponibiliza o banco de dados para consultas e cruzamentos.

Abstract

This work will seek to present the results of the study "Monitoring and Management Support Participatory Health System", performed by researchers at the Department of Social Sciences, National School of Public Health Sergio Arouca, Oswaldo Cruz Foundation of the Ministry of Health of the Federative Republic of Brazil, funded by the Department of Strategic Management and Participatory Ministry said. The first stage of this research, conducted between December 2003 and February 2004, generated: a) an unprecedented record of the Municipal Councils of Health and State Health Councils, containing information necessary to establish contacts and b) a survey instrument consisting of 58 questions (17 open and 41 closed), which has been enhanced through dialogue with other Departments of the Ministry of Health, the National Council for Health and researchers at other institutions, and applied in the Councils registered. The second stage began in November 2004 with the submission of the survey instrument for 5559 Municipal Health Councils and 27 registered State Health Councils, aims to survey data and construction of indices and measures that ensure the establishment of a Profile Board of Health of Brazil, capable of providing management support for the formulation of actions and programs that improve the work of the Councils. It should be noted that 4861 Municipal Health Councils have responded to the survey instrument, and that these cities are home to a number of 156,097,434 people, meaning 92% of the population, according to data from Census 2000, conducted by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Finally, the third step aimed to the period from 2006 to 2011: a) consolidate and monitor indices and indicators built in the second step b) to develop indicators related to the participation of users and the practice of social control and c) a mounting Structure Virtual Work and Research to make public the data and analysis on the profile in order to support the operation and performance of Councils through the use of Information Technology and Communication. Called ParticipaNetSUS (<http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>), this Structure makes it public, among others, the instruments used for research and provides the database for queries and intersections.

Palavras-chave: Democracia; Participação; Deliberação; Representação; Controle Social.

Keywords: Democracy; Participation; Deliberation; Representation; Social Control.

1- CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A preocupação em compreender, debater, promover, aperfeiçoar e constantemente construir um Sistema de Saúde verdadeiramente pleno em sua missão de atender com equidade, universalidade e integralidade a população brasileira, tem-se feito notar, nos últimos anos, entre acadêmicos, pesquisadores, sociedade civil organizada e gestores, numa confluência de interesses que propicia o estabelecimento de parcerias em prol do direito à saúde.

Como elementos fundamentais e estratégicos no desenvolvimento desta preocupação e na viabilização do SUS, figuram os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Inseridos no contexto dos Conselhos Gestores de políticas públicas, os Conselhos de Saúde são instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados que possuem como uma de suas principais atribuições – senão a principal –, propiciar a participação da sociedade civil organizada e dos usuários do SUS na discussão institucionalizada do ciclo de políticas de saúde dos Estados e municípios.

No âmbito do Ministério da Saúde (MS), essa proposta foi institucionalizada com a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão Participativa (atual Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP/MS), cujas competências estão voltadas para a “afirmação do direito à saúde como direito de cidadania, para a avaliação propositiva e permanentes dos conselhos de saúde e para a potencialização do controle social do SUS”. (Brasil, 2006).

Com o objetivo de obter subsídios para apoiar o funcionamento dos Conselhos de Saúde, a SEGEP/MS financia, desde 2003, a pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS”, executada por pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e estruturada em três etapas articuladas – as duas primeiras desenvolvidas com o apoio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

2- OBJETIVOS DA PESQUISA

Realizada entre dezembro de 2003 e fevereiro de 2004, a primeira etapa desta pesquisa gerou: a) um inédito cadastro dos CMS e CES, contendo informações necessárias para o estabelecimento de contatos; e b) um instrumento de pesquisa (IP) a ser aplicado nos Conselhos cadastrados, que foi elaborado a partir de demandas da SEGEP/MS e aprimorado em diálogo com outras Secretarias do MS, com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com pesquisadores de outras instituições.

A segunda etapa, iniciada em novembro de 2004, com o envio do IP para 5.559 CMS e 27 CES cadastrados, visou o levantamento de dados e a construção de índices e indicadores que viabilizassem a construção de um Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil, capaz de fornecer à gestão subsídios para a formulação de ações e programas de aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido pelos Conselhos.

A terceira etapa, iniciada no final de 2006, tem por objetivos: a) consolidar e monitorar os índices e indicadores construídos na segunda etapa; b) elaborar indicadores relacionados à participação dos usuários e à prática do controle social e c) construir uma Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa (EVTP) que torne públicos os dados e análises sobre o Perfil, a fim de apoiar o funcionamento e a atuação dos Conselhos mediante a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC).

Denominada ParticipaNetSUS (<http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>), esta EVTP publiciza, dentre outros, os instrumentos utilizados pela pesquisa e disponibiliza o banco de dados para consultas e cruzamentos. Também estão disponíveis análises temáticas elaboradas pela equipe de pesquisa, artigos, textos e *links* que permitem conhecer e analisar a realidade dos Conselhos de Saúde.

A riqueza de todo esse processo de pesquisa inspirou a produção de reflexões cujo intento é contribuir para a efetivação da participação da sociedade no Sistema Único de Saúde (SUS) e para a consolidação dos Conselhos de Saúde como órgãos que conferem efetividade e capacidade deliberativa a esta participação.

Neste sentido, as análises e avaliações elaboradas inserem-se no contexto do aprimoramento da democracia no Brasil e consideram os Conselhos de Saúde (assim como os demais Conselhos Gestores de políticas públicas) como instâncias participativas inovadoras cuja experiência e práticas devem ser incorporadas à agenda da Reforma Política nacional.

O rumo das reflexões indica que a criação de CMS em 5.559 municípios e de CES nas 27 unidades federadas, gerando um contingente de cerca de 72 mil conselheiros titulares (dos quais cerca de 36 mil representam os usuários do SUS), produziu um cenário sociopolítico inédito na história do país e, provavelmente, na das democracias contemporâneas. Este cenário, em particular no que se refere ao contexto municipal, é aquele que, hoje, aponta para as melhores perspectivas de efetiva conjugação de dois dos princípios norteadores do SUS, a participação e a descentralização. Ao mesmo tempo, é o que parece conter os maiores desafios, em especial porque os dados da pesquisa apontam para o fato de que os desafios dos CES caminham por searas diferentes das que têm que ser enfrentadas pelos CMS.

Propondo-se a contribuir para a compreensão e superação destes desafios e situando os Conselhos no processo de construção de uma ‘rede de controle social e gestão participativa’ dotada de instrumentos legais e de maior poder de articulação e vocalização junto ao Executivo, objetiva-se oferecer evidências que possam apoiar e/ou aprimorar a democratização nos Conselhos de Saúde do Brasil, elencando, realçando e refletindo sobre seus limites e possibilidades.

Neste sentido, o desenvolvimento desta pesquisa torna-se relevante e amplia o conhecimento das Ciências Sociais, porque busca articular questões que são imprescindíveis para a discursividade racional e argumentativa dessa área de conhecimento, dentre elas, democracia (participativa, deliberativa e representativa), participação (política e social), representação/legitimidade, políticas públicas, ciclo de políticas, e controle social.

3- PROBLEMATIZAÇÃO DO TEMA

3.1- CONSELHOS DE SAÚDE: ASPECTOS GERAIS

Os 4.861 CMS que compõem o universo da presente pesquisa encontram-se em municípios que abrigam um contingente de 156.097.434 de pessoas, significando 92% da população brasileira, segundo dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2007).

Levando-se em conta os 4.501 CMS que responderam adequadamente à pergunta sobre o número de conselheiros que os compõe, foram identificados 60.828 conselheiros municipais de saúde titulares. Por seu turno, os 27 CES contam com 720 conselheiros titulares. É possível estimar que, considerando 5.559 CMS e 27 CES, existam no país mais de 72 mil conselheiros titulares.

O tamanho dos CES no Brasil (número total de conselheiros titulares) varia entre dez e 52 membros, com predomínio de Conselhos (22) compostos por 20 ou mais membros titulares. Os CES de grande porte (constituídos por 40 participantes ou mais) são três: Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com 52 membros titulares cada, e Goiás, com 40. O tamanho dos Conselhos Estaduais não está, portanto, vinculado ao tamanho da população: Goiás, por exemplo, possui um CES maior que os do Rio de Janeiro e de São Paulo.

Quase a metade dos Conselhos Estaduais (13) é de médio porte, ou seja, têm entre 21 e 39 conselheiros titulares (Acre, Rondônia, Alagoas, Bahia, Ceará, Pernambuco, Piauí, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina), enquanto 11 são de pequeno porte, ou seja, têm entre 10 e 20 membros (Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Tocantins, Maranhão, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe, Distrito Federal e Espírito Santo). Embora não se verifique um padrão regional dos CES, observa-se que na região Norte há mais CES de pequeno porte, ao passo que, nas regiões Sudeste e Sul, encontram-se maior número de CES de médio e grande porte.

A estratificação dos CMS segundo o porte populacional dos municípios em que se localizam demonstra que 72,7% estão em cidades com até 20 mil habitantes, distribuídos da seguinte forma: 1.210 (24,9%) em cidades

com população de até 5 mil habitantes; 1.123 (23,1%) em cidades entre 5 e 10 mil habitantes; e 1.199 (24,7%) em cidades cuja população varia entre 10 e 20 mil habitantes.

Para assegurar a participação e exercer o controle social de maneira efetiva, eficaz e eficiente, os Conselhos de Saúde precisam atingir, manter e expandir um nível satisfatório de democratização em um contexto em que “uma das principais fontes das dificuldades governativas encontra-se justamente no híbrido institucional que associa uma morfologia poliárquica, excessivamente legisladora e regulatória, a um hobbsonianismo social pré-participatório e estatofóbico”.(Santos, 1993).

Sem pretender esgotar o debate acerca deste complexo conceito, a democratização dessas instâncias colegiadas é aqui compreendida como sendo a promoção e usufruto de condições que busquem gerar, incentivar, ratificar e resguardar a participação da população e a equidade na representatividade exercida pelos conselheiros, entidades e segmentos, além de procurar evitar o estabelecimento e a perpetuação de hierarquizações, privilégios e encapsulamentos de poder nas presidências, nas secretarias executivas e nas mesas diretoras dos Conselhos de Saúde.

3.2- PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Participação é uma categoria complexa e de múltiplos significados. No contexto dos CMS, há pelo menos dois aspectos inter-relacionados sob os quais devem ser analisadas: a participação dos usuários do SUS nos Conselhos e a participação dos Conselhos nas políticas de saúde de seu município.

A participação dos usuários nos CMS foi institucionalizada pela lei federal 8142/90 (Brasil, 1990), que a definiu como paritária em relação ao conjunto de representantes dos gestores, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviço. Como, por esta mesma lei, os CMS são órgãos do poder executivo municipal não-submetidos a hierarquias político-administrativas, e cuja atuação é voltada para a participação nas políticas de saúde de seu município, possuem o potencial democrático de propiciar aos usuários do SUS a participação nas políticas de saúde de seu município.

A compreensão desta ‘dupla participação’ e, por conseguinte, sua plena efetivação, não é consensual e tem exigido de gestores, conselheiros, acadêmicos e sociedade civil, análises mais detidas que apontem para a superação de desafios que se referem à representatividade e à legitimidade dos conselheiros, sobretudo os do segmento dos usuários do SUS.

Em primeira instância, isto ocorre porque, no âmbito dos CMS, a definição de ‘usuário do SUS’ não é desprovida de controvérsias. Como, no Brasil, saúde é um direito constitucional e o acesso ao SUS, universal e gratuito, ‘usuários do SUS’, a priori, são todos os cidadãos brasileiros. Porém, como a participação nos CMS não é individual, mas por meio de entidades/associações, estes cidadãos têm que se organizar para poderem ter assento no Conselho. Neste ponto, opera-se, nos CMS, uma clivagem na sociedade civil, pois as entidades organizadas de trabalhadores de saúde e de prestadores de serviço são excluídas do universo dos usuários, compondo, cada uma, um segmento com vagas próprias nos Conselhos.

Feita esta clivagem, e na ausência de normatização unificadora, cada CMS pode definir as entidades de usuários que nele terão assento e com quantos conselheiros cada uma contará. Há Conselhos que definem quais determinadas entidades dele participarão; outros, que recortam a sociedade organizada por critérios adequados ao movimento social local e estabelecem que as entidades que fazem parte destes recortes terão direito a um determinado número de conselheiros. Ao procederem assim, contribuem para acirrar a complexidade do cenário, introduzindo a necessidade de se definir como serão escolhidos estes conselheiros: se por eleição das entidades (e aí, desponta a necessidade de se definir o representante da entidade), por eleição de candidatos, por indicação. Há Conselhos que procedem de todas as maneiras acima descritas, e outros que criam normas ainda mais peculiares.

Na prática, esta multiplicidade de possibilidades tem favorecido às entidades mais organizadas, que, por terem mais capital social, recursos e quadros funcionais, conseguem vocalizar melhor suas demandas. Por conseguinte, conforme alguns estudos têm ressaltado (Fuks et al, 2004; Labra, 2005), estas entidades tendem

a ter mais acesso aos CMS e a ocuparem um maior número de vagas de conselheiros. Tal quadro pode induzir a atuação dos Conselhos, privilegiando o debate das políticas que mais interessam a tais entidades, o que geraria distorções na capacidade delas representarem o conjunto de usuários do SUS e, conseqüentemente, na legitimidade de suas ações.

Portanto, em seu nível mais básico e operacional, a ‘dupla participação’ aqui trabalhada começa a ser construída na composição e no próprio funcionamento dos Conselhos. Este, via de regra, concretiza-se pela realização das reuniões ordinárias, momento plenário e discursivo em que as políticas de saúde são debatidas, ampliando-se à medida que outras formas de atuação, como reuniões extraordinárias, comissões e grupos de trabalho, são constituídas.

Se o funcionamento dos CMS é patamar inicial, as condições deste funcionamento são fundamentais para a qualificação da ‘dupla participação’. Por isto, regras definidas, estrutura física, equipamentos, apoio técnico e administrativo, orçamento próprio e autônomo, dentre outros, são elementos-chave para o bom funcionamento dos CMS. Não são, entretanto, os únicos, havendo a necessidade de se incorporar elementos que, por exemplo, refiram-se à efetividade, eficiência e eficácia da participação.

Buscando contribuir com a análise da ‘dupla participação’, por meio da apresentação de dados inéditos sobre o seu desenvolvimento no cotidiano dos Conselhos de Saúde, a pesquisa também tem como objetivos: caracterizar a participação dos usuários do SUS nos CMS de municípios brasileiros, identificando e analisando o conjunto de suas entidades representativas; mapear as possibilidades que os usuários têm de participar da gestão do CMS; e apresentar indicadores que ilustrem como tem sido a participação destes Conselhos nas políticas de saúde de seu município.

3.3- PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA POLÍTICA DE SAÚDE DE SEUS MUNICÍPIOS

No escopo desta investigação, o principal elemento a ser considerado na análise da participação dos CMS na política de saúde é o do estágio em que uma determinada política de saúde é introduzida no debate dos CMS, visto que há diferenças substanciais entre a participação da elaboração de uma política e a simples aprovação de uma política totalmente delineada pelo poder público.

Para analisar esta diferença, utiliza-se a concepção do ‘ciclo de políticas’, uma práxis que orienta seu foco para a compreensão do processo político das políticas públicas, destacando sua natureza controversa e complexa, sendo concebidas não mais como atribuição exclusiva do poder executivo, mas como fruto de intensas disputas de interesses travadas pelos atores (do poder público, da sociedade e do mercado) que, direta ou indiretamente, pelos mais diversos motivos, têm interesse no problema.

A proposta principal consiste em trabalhar as políticas públicas por meio de um ciclo e, mais amiúde, das etapas que compõem este ciclo – ‘formação da agenda política’, ‘formulação’, ‘implantação/implementação’, ‘execução’, ‘monitoramento’, ‘avaliação’, ‘controle’, ‘fiscalização’ (Ball, 1993; Barros & Melo, 2000; Mainardes, 2006).

Uma participação adequada dos CMS, portanto, seria aquela em que pudessem participar das políticas já em suas etapas de formação e formulação, o que lhes daria maior possibilidade de participar das etapas seguintes, em especial do controle e da fiscalização. Escorel e Moreira (no prelo), associando a possibilidade da sociedade intervir nas políticas públicas à abordagem do ciclo de políticas, definem, apoiados pelas análises de Bordenave (1983) e Gohn (2003), esta possibilidade como ‘Participação Social’.

Desta maneira, a ‘participação social’ teria como principal indicador o grau de intervenção sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS), instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, que se refere a um período de governo (portanto, plurianual) e constitui um documento formal da política de saúde do município. Contém as diretrizes, prioridades, objetivos, estimativa de metas a serem atingidas, estimativa de recursos e de gastos, estratégias de ação e compromissos de governo para o setor, com a participação dos segmentos sociais representados no CMS.

A análise deste indicador para o conjunto de CMS brasileiros demonstra que cerca de 58% deles enfrentam problemas, uma vez que, em 12% dos municípios não há PMS e que, em 46% deles, o CMS apenas aprovou um plano elaborado pelo poder executivo municipal. Por outro lado, a maneira considerada mais participativa, ou seja, a definição, pelo CMS em conjunto com o executivo municipal das diretrizes do PMS, ocorreu em apenas 30% dos Conselhos nacionais.

O desempenho destes indicadores muda consideravelmente quando se enfoca os CMS dos municípios com mais de cem mil habitantes, nos quais apenas 6% não têm PMS e 35% elaboraram diretrizes. Ao contrário, ou seja, sem muitas mudanças significativas, 45% aprovaram o PMS elaborado pela Prefeitura.

Enfrentar tais desafios passa, sem dúvidas, pela ação dos próprios usuários do SUS, que precisam buscar os mecanismos de articulação, pressão e mesmo sanção, que lhes garantam autonomia e participação. Há uma série de instituições públicas com as quais os CMS podem se articular para obter este fim: Ministério Público (MP), Tribunais de Conta (TC), Controladoria Geral da União (CGU) etc.

As referidas instituições podem ser encaradas pelos CMS como atores-chave fundamentais para o apoio de sua atuação, buscando construir uma atuação conjunta e em rede, sobretudo porque muitos deles, embora de maneira desarticulada e pontual, já possuem mecanismos que propiciam esta articulação, como pode ser visto no portal ParticipaNet- SUS – Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde na seção ‘Construa o Controle Social em Rede’. (ParticipaNetSUS,2007).

A articulação também pode começar pelas próprias entidades que representam os usuários, pois a aparente diversidade encontra muitos pontos de convergência, em especial quando se enfocam as entidades agrupadas nas três principais ‘grandes categorias’ que contam com mais da metade das entidades e congregam sindicatos e associações cuja atuação cotidiana é muito próxima. Além disso, o fato de as grandes centrais sindicais participarem dos CMS é uma oportunidade concreta para se estabelecer um ponto de articulação entre os sindicatos e seus filiados, em busca de diretrizes comuns de atuação.

Esta e outras articulações devem ter como pedra de toque a questão da informação: uma das funções primordiais dos CMS é tornar a sociedade mais e melhor informada sobre o que acontece no âmbito das políticas de saúde: dados epidemiológicos, funcionamento dos serviços de saúde, andamento das ações públicas, divulgação de resultados de licitações, dos preços cobrados por seus vencedores... Uma quantidade muito importante de informações que, se bem divulgadas (o que pode ser feito com baixo custo), têm o potencial de tornar a população mais interessada em participar.

Contudo, cabe também ao poder público tratar de maneira diferente os CMS, contribuindo para uma nova configuração da relação Estado/Sociedade. Cabe ao poder executivo ser mais transparente, prover as condições de funcionamento dos CMS, garantir que estes sejam autônomos e compreender que as políticas, para serem realmente públicas, devem contar com a participação da sociedade e, portanto, dos CMS, em todas as suas etapas, ou seja, devem ser permeadas pela participação social.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste processo, pretende-se explicitar as categorias, as correntes teóricas e as escolas de pensamento constituintes desta pesquisa. Por antinomia, será preciso indicar as propostas das quais se afasta, com elas debatendo e sinalizando as motivações e discordâncias.

Viabiliza-se, assim, a construção da base cognitivista do modelo explicativo/analítico da realidade a ser estudada que, no que concerne a presente investigação, deve ser capaz de articular temas como democracia (sobretudo participativa, deliberativa e representativa); participação política e social, representação/legitimidade, políticas públicas, ciclo de políticas, Conselhos de Saúde, e controle social.

Consequentemente, pretende-se contemplar a teoria democrática contemporânea, ou seja, a literatura que trata da democracia participativa (Pateman, 1970; Mansbridge, 1983; Barber, 2004), da democracia

deliberativa (Habermas, 1988; Bohman, 1996; Gutmann, 2004), e da democracia representativa e das novas teorias da representação política (Manin, 1995; Urbinati, 2006).

Sendo assim, é preciso, a partir deste contexto reflexivo, continuar mapeando os limites, as possibilidades e os desafios que devem ser enfrentados pelos CMS para se consolidarem como instâncias públicas que promovem e aprofundam a democracia participativa e representativa no Brasil, levando em consideração: as condições adequadas de funcionamento dos CMS; a participação dos CMS em todas as etapas do ciclo de políticas de saúde de seu município e a efetividade e a eficácia do controle social exercido pelos CMS.

Cabe ressaltar que o mapeamento de tais desafios continuará sendo realizado por meio de fontes primárias e secundárias, sabendo que a pesquisa em fontes secundárias envolve documentos, livros, artigos, normativas e ‘Relatórios Finais’ das Conferências Nacionais de Saúde realizadas após a criação do SUS, enquanto as fontes primárias são os próprios CMS, cujas informações estão sendo levantadas no contexto da Pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS”.

A etapa da coleta de dados desta pesquisa continua alicerçada em dois pilares. A primeira é uma investigação de proposta censitária, na qual os 5.559 CMS do País receberam um instrumento composto por 58 questões (17 abertas e 41 fechadas), que deveria ser respondido por seu presidente ou conselheiro por ele indicado.

Este instrumento objetiva coletar dados sobre a organização dos CMS, sua presidência, sua composição, capacitação dos conselheiros, dotação orçamentária, características das reuniões, cumprimento das deliberações, articulação com o MP, temas debatidos e polêmicos, participação da população, estrutura física e equipamentos de informática e comunicação.

Até o segundo semestre de 2011, já haviam respondido a este instrumento 4.861 CMS, e a previsão é a de que, até o final do primeiro semestre de 2012, todos os CMS devem ter respondido ao instrumento, com a óbvia exceção ética daqueles que se negarem a fazê-lo.

No contexto da pesquisa citada, os dados levantados estão sendo trabalhados para produzir o ‘Perfil dos CMS do Brasil’, que além de produzir um inédito ‘estado da arte’, permitirá a construção de outros índices e indicadores que viabilizem não apenas a análise, mas que também gerem evidências e subsídios para que o poder público e os Conselhos implementem ações e políticas que apoiem o funcionamento pleno dos Conselhos.

O segundo pilar investigativo da pesquisa supracitada, também está em andamento, e constitui-se em uma pesquisa amostral, que têm como variáveis estratificadoras o porte populacional, a localização e o desempenho dos CMS nos índices criados a partir da análise do Perfil.

Neste sentido, também já vem se realizando trabalho de campo nos CMS selecionados, aplicando as técnicas de observação participante e entrevista semi-estruturada a fim de levantar informações sobre a participação dos conselheiros no cotidiano do CMS; as relações de representatividade entre os conselheiros e as entidades que representam, bem como os conselheiros e a sociedade; e a efetivação do controle social.

Sem perder do horizonte os fatores político-institucionais e socioeconômicos, com suas respectivas naturezas conjuntural e estrutural, a proposta é trabalhar os desafios mapeados como variáveis e, para cada um, identificar limites e possibilidades dos CMS em superá-los. Pretende-se que esta análise seja direcionada para aspectos macro, que dizem respeito a uma perspectiva mais teórica e generalista, e para aspectos micro, que se referem à aplicação dos aspectos-macro à realidade dos CMS.

5- BIBLIOGRAFIA

Ball, S. J. (1993). What is policy? texts, trajectories and toolboxes. *Discourse*, London, v. 13, n. 2.

Barber, B. (2004). *Strong Democracy*. Participatory Politics for a New Age. Berkeley: University of California Press.

- Barros, P. L. S. & Melo, M. A. B. (2000). *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Campinas: NEPP/UNICAMP. Recuperado em 01 de Novembro, 2007, de <http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Caderno48.pdf>
- Bohman, J. (1996). *Public Deliberation. Pluralism, Complexity, and Democracy*. Cambridge: MIT Press.
- Bordenave, J. E. D. (1983). *O que é participação?* São Paulo: Brasiliense. (Coleção primeiros passos, 95).
- Brasil (1990). Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe 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 e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Recuperado em 05 de Julho, 2007, de <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social do Sistema Único de Saúde*, Brasília, DF. Recuperado em 05 de Julho, 2007, de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf
- Escorel, S. & Moreira, M. R. (no prelo). Participação Social. In L. Giovanella et al. (Org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Fuks, M., Perissinoto, R. & Souza, N. R. (Org.) (2004). *Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná*. Curitiba: UFPR.
- Gohn, M. G. (2003). *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. São Paulo: Cortez. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 84).
- Gutmann, A. (2004). *Why Deliberative Democracy?* Princeton: Princeton University Press.
- Habermas, J. (1988). *Between Facts and Norms*. Contributions for a Discourse Theory of Law and Democracy. Cambridge: MIT Press.
- IBGE (2007). *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro, IBGE. Recuperado em 05 de Julho, 2007, de <http://www.ibge.gov.br/censo>
- Labra, M. E. (2005). Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In N. Lima, S. Gerschaman, F. Edler & J. Suárez (Org.), *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Mainardes, J. (2006). Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educ. Soc*, Campinas, v. 27, n. 94. Recuperado em 01 de Novembro, 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302006000100003&lng=pt&nrm=iso
- Manin, B. (1995). *Principes du Gouvernement Représentatif*. Paris: Calmann-Levy.
- Mansbridge, J. (1983). *Beyond Adversary Democracy*. Chicago: University of Chicago Press.
- ParticipaNetSUS (2007). Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa desenvolvida pela Equipe DCS/ENSP/FIOCRUZ no âmbito da Pesquisa Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS. Brasília, DF. Recuperado em 05 de Julho, 2007, de <http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>
- Pateman, C. (1970). *Participation and Democratic Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Santos, W. G. (1993). *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Urbinati, N. (2006). *Representative Democracy: Principles and Genealogy*. Chicago: Chicago University Press.