

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Júlio Strubing Müller Neto**

**A RELAÇÃO ENTRE DEMOCRACIA, DESCENTRALIZAÇÃO E  
POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL:  
atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa**

**Orientador: Dra. Elizabeth Artmann**

RIO DE JANEIRO – RJ

Outubro 2010

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Júlio Strubing Müller Neto**

**A RELAÇÃO ENTRE DEMOCRACIA, DESCENTRALIZAÇÃO E  
POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL:  
atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa**

Tese de Doutorado apresentada à Escola  
Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,  
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do  
título de Doutor em Saúde Pública

**Orientador: Dra. Elizabeth Artmann**

**BANCA**

**Dra. Elizabeth Artmann**

**Dr. Francisco Javier Uribe Rivera**

**Dra. Cecília Minayo**

**Dra. Sonia Fleury**

**Dr. Ruben Araújo Mattos**

RIO DE JANEIRO – RJ

Outubro 2010

Dedico esta tese ao meu pai, Augusto Frederico Muller (*in memoriam*) e minha mãe, Arminda Thomé Muller, que me deram régua e compasso e foram fonte permanente de afeto, estímulo, exemplo e confiança, nos bons e nos maus momentos, e às minhas filhas Manu, Maucha e Violeta, que embelezam e dão graça à minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão, Fred, companheiro de seis décadas, pelo apoio sempre presente.

À minha ex-companheira, Maria Lúcia, pelo apoio e pelo estímulo.

À minha orientadora, Elizabeth Artmann pela confiança, amizade, orientação acadêmica e apoio nos momentos mais difíceis desta jornada.

Às Prof<sup>a</sup> Cecília Minayo e Sonia Fleury, pela orientação acadêmica em período anterior, pela amizade e, sobretudo, pela confiança que sempre demonstraram no término desta.

Aos que participaram do estudo de caso pela colaboração, informação, argumentos e discursos, paciência, envolvimento e motivação.

À equipe de pesquisadores do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Fátima Ticianel Schrader, Nina Ferreira e Simone Charbel, cuja atividade foi fundamental para o trabalho de campo, e a todos os auxiliares de pesquisa que trabalharam coletivamente para a realização da mesma: Aline, Diógenes, Geny, Ilva, Kika, Márcia, Oliani, Patrícia, Zeza.

Aos trabalhadores de saúde e às equipes das instituições em que tive a satisfação e a honra de trabalhar nos últimos trinta anos: Hospital Adauto Botelho; Centro de Saúde Escola, Faculdade de Medicina e Instituto de Saúde Coletiva da UFMT; Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso; Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

À todos aqueles, vivos e mortos, com quem compartilhei sonhos e lutas em defesa da democracia e da justiça social nas figuras de meus amigos e companheiros Dante Martins de Oliveira e Osmar Gasparini Terra.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, por tudo que me ensinaram.

Aos colegas de doutorado, desta turma e da anterior, pela amizade, companheirismo e pelos ricos debates.

Aos autores com quem compartilhei seus conhecimentos e que tornaram possível esta tese.

Aos membros da banca de qualificação e da banca prévia pelos aportes, críticas, sugestões e, sobretudo, pela generosidade com que trataram o autor e seu esforço.

“Gracias a la vida que me ha dado tanto”

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E MAPAS.....</b>	<b>xii</b>
<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>xiii</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>xvi</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>xvii</b>
<b>ABSTRACTS .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Geral .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Específicos .....</b>	<b>24</b>
<b>3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Análise de uma experiência de deliberação e participação no âmbito local. ....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 Contexto do estudo e escolha dos municípios.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 Desenho do estudo .....</b>	<b>29</b>
<b>3.4 Categorias analíticas e opções metodológicas .....</b>	<b>30</b>
<b>3.4.1 Construção dos discursos pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo .....</b>	<b>30</b>
<b>3.4.2 Construção da matriz analítica para estudo da incorporação das deliberações das conferências às política e gestão municipais por meio da análise documental e entrevista.....</b>	<b>33</b>
<b>3.4.3 Técnicas, instrumentos e procedimentos usados na análise documental.....</b>	<b>42</b>
<b>3.4.4 O pré-teste .....</b>	<b>43</b>
<b>3.4.5 Comitê de Ética .....</b>	<b>43</b>
<b>I. TEORIA DEMOCRÁTICA, REPRESENTAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>1.1 Recuperando os termos do debate .....</b>	<b>44</b>
<b>1.2 Representação versus Participação: termos antitéticos? .....</b>	<b>47</b>

1.3 Representação política é diferente de representação eleitoral .....	51
1.4 Participação, deliberação e representação .....	55
<b>II. TEORIA DO AGIR COMUNICATIVO E DEMOCRACIA.....</b>	<b>65</b>
2.1 Teoria Democrática, deliberação e procedimentalismo social .....	65
2.2 Três modelos de democracia.....	68
2.3 Esfera Pública e Sociedade civil .....	69
2.3.1 O conceito de sociedade civil .....	71
2.4 Soberania Popular e Legitimação .....	74
2.5 Democracia e agir comunicativo .....	76
2.6 O debate em torno à concepção habermasiana .....	80
<b>III. DESCENTRALIZAÇÃO: CENÁRIOS, CONTEXTO E CONCEITOS .....</b>	<b>84</b>
3.1 Centralização, descentralização e Estado de Bem-Estar Social.....	88
3.2 A Importância Explicativa dos Valores.....	92
3.2.1 Eficácia como valor essencial.....	93
3.2.2 Democracia e Participação .....	93
3.2.3 A questão da autonomia .....	94
3.3 Descentralização e municipalização no Brasil .....	96
<b>IV. RACIONALIDADES, DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRACIA NAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS .....</b>	<b>104</b>
4.1 A organização molda os indivíduos à sua imagem e semelhança.....	104
4.2 O dilema das organizações públicas .....	109
4.2.1 Visões correntes sobre as organizações públicas burocráticas.....	111
4.2.2 Finalidade e valores da organização pública .....	113
4.3 Política e gestão na organização pública .....	117
4.4 Organização pública burocrática no Brasil .....	120
4.5 Crítica e superação da racionalidade instrumental nas organizações burocráticas.....	127

<b>4.6 Conhecer agindo e agir conhecendo.....</b>	<b>132</b>
<b>V. DEMOCRACIA E DESCENTRALIZACAO NAS ORGANIZAÇÕES NA VISÃO DE MINTZBERG E MATUS.....</b>	
<b>5.1 Descentralização e democracia nas organizações: a visão de Mintzberg.....</b>	<b>135</b>
5.1.1 Formato organizacional.....	135
5.1.2 Desenhos organizacionais, mecanismos de articulação e decisão.....	136
5.1.3 Centralização, descentralização e democratização nas organizações.....	138
5.1.4 O <i>continuum</i> centralização descentralização.....	141
<b>5.2 Valores democráticos e planejamento nas organizações públicas: a contribuição de Carlos Matus.....</b>	<b>143</b>
5.2.1 Valores sociais que orientam o pensamento de Matus.....	143
5.2.2 Conceitos básicos da teoria e do método de Matus.....	145
5.2.3 Sistema deliberativo de governo.....	152
<b>5.3 A teoria organizacional de Matus.....</b>	<b>154</b>
<b>5.4 A crítica propositiva.....</b>	<b>160</b>
<b>VI. POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL, DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO.....</b>	
<b>6.1 Municipalização das políticas e da gestão da saúde.....</b>	<b>166</b>
<b>6.2 Democratização e participação nas políticas públicas de saúde.....</b>	<b>175</b>
<b>6.3 Uma síntese provisória.....</b>	<b>188</b>
<b>VII. INFLUÊNCIA DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA POLÍTICA E GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM CINCO (5) MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO.....</b>	
<b>7.1 Território Vivo.....</b>	<b>192</b>
7.1.1 Características gerais do estado e dos municípios.....	192
7.1.2 Caracterização do setor saúde no município.....	195
7.1.2.1 Institucionalização do Setor saúde.....	195



7.1.2.2 Condições de saúde: mortalidade e morbidade .....	196
7.1.2.3 Cobertura de serviços .....	200
7.1.2.4 Financiamento e Recursos Humanos.....	200
<b>7.2. Conferências de saúde, políticas deliberativas e gestão municipal de saúde. ....</b>	<b>203</b>
7.2.1 Análise dos resultados da política deliberativa nas conferências municipais de saúde .....	204
7.2.1.1 Publicidade .....	204
7.2.1.2 Pluralidade .....	205
7.2.1.3 Condições para igualdade deliberativa .....	208
7.2.2 Análise de resultados da organização e gestão municipal da saúde com base no triângulo de governo .....	211
7.2.2.1 Governabilidade.....	212
7.2.2.2 Capacidade de Governo.....	213
7.2.2.3 Projeto de Governo .....	215
7.2.3 Análise de resultados do sistema de direção estratégica da gestão municipal de saúde com foco no controle social e com base no Triângulo de Ferro.....	217
7.2.3.1 Agenda do Dirigente.....	218
7.2.3.2 Gerência de Operações .....	218
7.2.3.3 Cobrança e prestação de contas .....	219
<b>7.3. Discursos do Sujeito Coletivo sobre as conferências de saúde e sua influência na política e gestão municipal da saúde.....</b>	<b>222</b>
<b>7.4 Uma síntese triangulada .....</b>	<b>256</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>266</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>279</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>298</b>
<b>Anexo 1: Roteiro para entrevista do DSC .....</b>	<b>298</b>
<b>Anexos 2: Roteiro para entrevista com o coordenador da conferência.....</b>	<b>299</b>

<b>Anexos 3: Roteiro para entrevista com o assessor de planejamento. ....</b>	<b>302</b>
<b>Anexos 4: Roteiro para entrevista com o secretário executivo do conselho.....</b>	<b>309</b>
<b>Anexo 5: Termo de consentimento do CEP da ENSP/FIOCRUZ. ....</b>	<b>311</b>
<b>Anexo 6: Termo de Consentimento do CEP do HUJM/UFMT .....</b>	<b>313</b>
<b>Anexos 7: Protocolo de campo.....</b>	<b>315</b>
<b>Anexo 8: Documentos utilizados na pesquisa. ....</b>	<b>317</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ACs	Ancoragens
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Análise Documental
AIDS	Síndrome de imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMS	Assistência Médico-Sanitária
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Mundial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética na Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DASP	Departamento Administração do Servidor Público
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DATASUS	Departamento de Informação do SUS
EAP	Entrevista com Assessor de Planejamento
ECC	Entrevista com Coordenador da Conferência
E-Ch	Expressões-Chave
ESEC	Entrevista com Secretário-Executivo do Conselho
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FAS	Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GSP	Grupo de Saúde Popular
IAA	Instituto do Alcool e do Açúcar
IAPI	Instituto Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais
IBC	Instituto Brasileiro do Café
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICs	Idéias Centrais
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NDS	Núcleo de Desenvolvimento em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Assistencial
OSC	Organizações da Sociedade Civil
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDRAE	Plano Diretor Reforma do Aparelho de Estado
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa de Saúde da Família
REGEPAR	Rede de Observatórios da Gestão Participativa no SUS
RJU	Regime Jurídico Único
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIAFI	Sistema Informatizado de Administração Financeira
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascimentos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria da Ação Comunicativa
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
WHO	World Health Organization

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E MAPAS

<b>Mapa 1: Mapa Geral de Mato Grosso por Microrregião de Saúde e Municípios Selecionados, 2010. ....</b>	<b>193</b>
--	------------

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1: Matriz de Análise da Política Deliberativa nas Conferências Municipais de Saúde.....</b>	<b>35</b>
<b>Quadro 2: Matriz de Análise da Organização e da Gestão Municipal de Saúde com base no Triângulo de Governo. ....</b>	<b>38</b>
<b>Quadro 3: Matriz para Análise do Sistema de Direção Estratégica da Gestão Municipal de Saúde com base no Triângulo de Ferro. ....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 4: Formas de Representação na Política Contemporânea.....</b>	<b>60</b>
<b>Quadro 5: Tipos de Reformas de governos locais .....</b>	<b>91</b>
<b>Quadro 6: Configurações Estruturais. ....</b>	<b>142</b>
<b>Quadro 7: Regras, acumulações e fluxos nas organizações. ....</b>	<b>157</b>
<b>Quadro 8: Características gerais dos municípios, Mato Grosso e Brasil, 1991, 2000 e 2007. ....</b>	<b>195</b>
<b>Quadro 9: Proporção de população coberta com equipes de saúde da família e leitos SUS em municípios, Mato Grosso e Brasil, 2007. ....</b>	<b>200</b>
<b>Quadro 10: Indicadores do orçamento público em saúde em municípios de Mato Grosso, 2000 e 2007. ....</b>	<b>201</b>
<b>Quadro 11: Recursos humanos em saúde por categoria profissional/1000 hab em município, Mato Grosso e Brasil, dezembro/2007.....</b>	<b>202</b>
<b>Quadro 12: Recursos humanos em saúde por esfera administrativa em cinco municípios de Mato Grosso, dezembro de 2007. ....</b>	<b>203</b>
<b>Quadro 13: Meios de comunicação utilizados na publicidade da realização das conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>204</b>
<b>Quadro 14: Formalização dos atos legais de organização da conferência de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>205</b>
<b>Quadro 15: Publicidade dos resultados da conferência de saúde em municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>205</b>

<b>Quadro 16: Inclusão de temas de interesse dos segmentos sociais para deliberação nas conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>206</b>
<b>Quadro 17: Processo prévio de ampliação da participação nas conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.....</b>	<b>207</b>
<b>Quadro 18: Influência dos atores na proposição dos temas para as conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.....</b>	<b>208</b>
<b>Quadro 19: Ações da gestão municipal para facilitar o acesso igualitário às informações nas conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.....</b>	<b>209</b>
<b>Quadro 20: Apoio governamental para facilitar o acesso igualitário às conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.....</b>	<b>210</b>
<b>Quadro 21a: Grau de autonomia da gestão financeira do SUS em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>212</b>
<b>Quadro 21b: Grau de autonomia da gestão de pessoas do SUS em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>212</b>
<b>Quadro 21c: Grau de autonomia e condição de gestão do SUS em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>213</b>
<b>Quadro 22: Capacidade de planejamento da gestão da saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>214</b>
<b>Quadro 23: Construção de viabilidade pelo gestor municipal no espaço loco-regional em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>215</b>
<b>Quadro 24: Projeto de governo para a saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>215</b>
<b>Quadro 25: Formulação da Programação Anual de Saúde com debate e aprovação no Conselho de Saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.....</b>	<b>216</b>
<b>Quadro 26: Participação dos trabalhadores da saúde no processo de elaboração da Programação Anual de Saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>216</b>
<b>Quadro 27: Valor atribuído às resoluções da conferência pelo gestor em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>218</b>

<b>Quadro 28: Ferramentas utilizadas pela gestão para facilitar o acesso da população no encaminhamento dos problemas em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>219</b>
<b>Quadro 29: Valorização das resoluções da conferência para análise da situação de saúde e programação em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>219</b>
<b>Quadro 30: Prestação de contas pelo gestor da saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>220</b>
<b>Quadro 31: Estrutura organizativa do Conselho Municipal de Saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>220</b>
<b>Quadro 32: Procedimentos deliberativos no Conselho Municipal de Saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>220</b>
<b>Quadro 33: Valor atribuído pelo conselho de saúde às resoluções da conferência em cinco municípios de Mato Grosso, 2007. ....</b>	<b>221</b>
<b>Quadro 34: Perfil dos entrevistados para o Discurso do Sujeito Coletivo. ....</b>	<b>222</b>



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1: Distribuição do número de óbitos e coeficiente de mortalidade (CM) por 10.000 habitantes, segundo grupo de causas na população dos municípios, Mato Grosso e Brasil, 2007. ....</b>	<b>197</b>
<b>Tabela 2: Proporção de internações hospitalares por grupos de causas no SUS na população residente nos municípios, Mato Grosso e Brasil, 2007. ....</b>	<b>199</b>

## RESUMO

O estudo analisa o debate relativo aos conceitos de democratização e descentralização e sua relação no âmbito das políticas e da gestão da saúde no Brasil. Trata-se de uma tese teórica que situa o debate sobre a teoria democrática e a descentralização do Estado no cenário internacional e nacional e apoia-se no referencial teórico da teoria discursiva da democracia e da política deliberativa, desenvolvido a partir da contribuição decisiva de Habermas. Apóia-se também em estudo de caso que procurou avaliar empiricamente conceitos discutidos nos capítulos teóricos por meio de estratégia metodológica que utiliza a triangulação de métodos, ancorada no discurso de sujeito coletivo, método apropriado para entendimento da complexa teia de sentidos atribuídos pelos sujeitos sociais aos temas da saúde. Analisa os conceitos de representação, participação e deliberação, e suas relações, nos marcos da teoria democrática. Discute também a democratização e descentralização no âmbito das organizações, destacando as diferentes racionalidades que orientam as mesmas, e as especificidades da organização pública e seu papel no processo de democratização da relação entre Estado e Sociedade. A análise do debate das políticas de saúde no Brasil destaca a singularidade do processo de centralização e descentralização no país, considerada a especificidade do município, assinala a importância do processo de formulação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a discussão sobre a democratização e sua relação com a descentralização das políticas e da gestão da saúde. Finalmente analisa uma experiência sobre o papel e a influência de conferências municipais de saúde na definição de prioridades para a política e a gestão de saúde em cinco (5) municípios de Mato Grosso. Para a análise da experiência nos apoiamos em Habermas e também na contribuição teórica de Matus sobre o planejamento situacional e a organização pública. As conferências são adotadas como premissa de espaço público em que atores e representantes da sociedade civil e do governo municipal encontram-se em situação de deliberação e, portanto, de estabelecer ações comunicativas e resgatar as pretensões de validade de seus discursos. O estudo das relações entre participação social, representação política e gestão municipal da saúde tem como objetivo avaliar o poder explicativo das teorias e conceitos em uma situação concreta e ainda o modo pelo qual os atores locais se apropriam e compartilham esses conceitos e noções.

Palavras-chave: democracia; descentralização; comunicação e política de saúde; planejamento participativo e gestão pública; participação social e conferências de saúde.

## ABSTRACTS

The study examines the debate concerning the concepts of democratization and decentralization and their relationship within the policies and management of health in Brazil. This is a theoretical thesis that situates the debate on democratic theory and the decentralization of the state in the international and national level and relies on the theoretical framework of discursive theory of democracy and deliberative politics, developed from the decisive contribution of Habermas. Also relies on a case study where we attempted to empirically evaluate the categories and theoretical concepts discussed in chapters by a methodology that uses triangulation methods, rooted in collective discourses, a suitable method for understand the complex web of social meanings attributed by subjects on the health issues. Examines the concepts of representation, participation and deliberation, and their relationship within the framework of democratic theory. It also discusses the democratization and decentralization within organizations, highlighting the different rationalities that guide them, and the specifics of public organization and its role in democratization of the relationship between state and society. The analysis of the health policy debate in Brazil highlights the uniqueness of the process of centralization and decentralization in the country, notes the importance of the formulation and implementation of the Unified Health System (SUS) and the discussion about the democratization and its relation with the decentralization policy and health management. Finally, analyzes the experience of the role and influence of municipal health conferences in setting priorities for health policy and management in five (5) municipalities of Mato Grosso. For the analysis we rely on the experience and also in Habermas's and Matus's theoretical contributions. The conferences are adopted as the premise of public space in which actors and civil society representatives and local government are in a state of resolution and, therefore, to establish communicative actions and redeem the validity claims of his speeches. The study of the relationship between social participation, political representation and municipal health management aim to evaluate the explanatory power of theories and concepts in a concrete situation and also the way in which local stakeholders take ownership and share these concepts and notions.

Keywords: democracy; decentralization; communication and health policy; participative planning and public management; social participation and health conferences.

## 1. INTRODUÇÃO

As questões e problemas que acabam sendo transformados em projetos e teses são aquelas que têm sua origem nas inquietações dos sujeitos. Experiência prévia, preferências, visão de mundo, inserção na realidade social, contexto histórico são aspectos importantes para a escolha do objeto. Nossa preocupação com a temática social e política precede as demais e esteve na base da intensa militância política que realizamos no período da repressão mais sombria, quando pensar era perigoso, e nos forçou a abandonar o país. Nossa inserção no setor saúde também é marcante para a clivagem dos temas objetos de reflexão: trabalhando no cuidado às pessoas ou na coordenação de serviços e unidades locais de saúde, mas também vinculado à universidade e ao trabalho acadêmico, à docência e à pesquisa nas áreas da psiquiatria, inicialmente, e da saúde coletiva, posteriormente. Nossa experiência na gestão municipal e estadual da saúde também foi determinante para os questionamentos levantados nesta tese e nos tem estimulado a buscar permanentemente o diálogo teoria-prática-teoria como meio de encontrar as mediações necessárias entre elas. Nosso tema não poderia ser outro, pois a política e a gestão da saúde têm sido o campo da reflexão e atuação do autor nos últimos 30 (trinta) anos, sobretudo nas esferas descentralizadas de governo, assim como a relação entre governo e sociedade local e as possibilidades da participação social.

As possibilidades e os limites das políticas públicas no âmbito do Estado brasileiro têm sido analisados por diversos autores (ABRANCHES, 1985; ALMEIDA, 1996; ARRETCHE, 2000; ARRETCHE e MARQUES, 2007; CARVALHO J.M., 2009; DRAIBE, 1988, 2005; FALEIROS, 1990; FLEURY, 1994, 2004; GERSCHMAN e VIANA, 2005; HOCHMAN, 2001; RIBEIRO, 2007; SANTOS JUNIOR, 2001; SANTOS W.G., 1979; SOUZA, 2002) entre outros. Estes autores têm enfatizado diferentes aspectos do longo, difícil e complexo processo de construção das políticas sociais e da ação estatal, centralizada ou descentralizada, como as vicissitudes para a ampliação da incorporação e participação da sociedade brasileira no processo. Assinalam a presença de características mais ou menos marcantes dessas políticas e das práticas de intermediação de interesses como o clientelismo, o corporativismo, a burocratização e o populismo, práticas também identificadas nas análises sobre a descentralização e municipalização de políticas e programas sociais.

De acordo com Santos (2002) o debate sobre a democracia, polarizado durante a maior parte do século vinte entre as concepções liberal e marxista, adquiriu novos contornos nas duas últimas décadas do século sob o impacto de profundas transformações, em escala mundial: a crise do Estado de Bem-Estar Social; a crescente internacionalização da economia

e os fenômenos associados à globalização; a expansão de regimes democráticos no sul da Europa, na América Latina e na Europa do Leste. Esses fenômenos mudaram os termos do debate e tornaram as teorias da democracia vigentes à época mais uma vez insuficientes para explicar a complexidade do novo quadro. As teses sobre a democracia como valor universal passam a ser hegemônicas. Entretanto, permanece a questão dos diferentes significados atribuídos à democracia, cuja expressão são as inúmeras qualificações que a acompanham e refletem as distintas concepções do pensamento social: democracia liberal, democracia representativa, democracia direta, democracia popular, democracia de massas, democracia participativa, democracia radical, democracia social, democracia deliberativa, democracia associativa, e outros.

O aparente consenso que se estabeleceu sobre o tema da democratização e sua relação com a descentralização (pelo menos, no campo discursivo), que se reflete na posição dos diferentes partidos políticos e tendências ideológicas, dos agentes públicos e atores sociais, assim como nos estudos acadêmicos, permite afirmar a existência de uma distinta e contraditória apropriação dos conceitos e da relação acima referidos. É interessante observar que o aparente consenso não ocorre apenas no Brasil. Dezenas de países latino-americanos e europeus, com as mais diversas orientações e regimes políticos, adotaram políticas de descentralização do Estado nas últimas três décadas (RIBEIRO, 2007). E mais interessante ainda é que as razões alegadas para justificar os processos de descentralização nesses diferentes países são frequentemente contraditórias e opostas. Portanto não se pode tratar da questão, restringindo-a ao campo das políticas de saúde, sem procurar entender suas razões e suas motivações no contexto da relação Estado e Sociedade. A existência de propostas e projetos descentralizadores no âmbito de organismos internacionais como a OPS/OMS e o Banco Mundial reforçam essa tese (RIBEIRO, 2007).

A proposta de estudo tem como objeto de análise o debate teórico e sua expressão empírica sobre os temas da democracia e da descentralização e sua vinculação no âmbito da relação Estado e Sociedade, das organizações e políticas públicas e, mais especificamente, das políticas e da gestão da saúde no Brasil. As perspectivas da democratização e descentralização das políticas e da gestão da saúde precisam ser analisadas teórica e praticamente nas suas potencialidades, limites e desafios sob novas leituras que possibilitem a superação dos impasses atualmente existentes para o seu desenvolvimento. Nossa intenção é dar uma pequena contribuição neste sentido. Assim, apresentamos no primeiro capítulo uma discussão sobre a teoria democrática e os conceitos a ela associados de representação, participação e deliberação, apoiados em autores como Avritzer, Boaventura Santos, Bobbio, Cohen, Dahl,

Habermas, Manin, Pitkin, Urbinati e outros. No segundo capítulo estudamos os fundamentos da teoria discursiva da democracia, de Habermas, que enfatiza o papel da esfera pública e da sociedade civil nos arranjos democráticos inovadores, ancorada no paradigma comunicativo, definido como uma relação entre sujeitos que se entendem com outros sujeitos sobre o significado de conhecer os objetos e atuar sobre eles por meio de uma interação intersubjetiva. No terceiro capítulo recuperamos e atualizamos o debate histórico sobre a descentralização do Estado e suas possíveis explicações, em sua relação com a democracia, tanto no âmbito internacional, quanto na realidade brasileira, baseados na contribuição de autores como Abrucio, Arretche, Borja, Castells, Dente e Kjellberg, Fleury, Hill, Mello, Sharpe, Ribeiro, Wampler e Avritzer e outros. No quarto capítulo analisamos como os conceitos de racionalização, democratização e descentralização ocupam a agenda do debate sobre as organizações, em especial, a organização pública, e a vinculação desses conceitos às propostas de reforma e transformação da mesma, no plano teórico e prático, enfatizando a discussão sobre o tema existente no país. Neste capítulo foi importante a contribuição de Costa; Denhardt; Habermas; Harmon; Labra; Martins; Motta, PR; Motta, FCP; Rivera; Weber e outros. O quinto capítulo é um aprofundamento do tema analisado no quarto, mas baseado em apenas dois autores, cuja contribuição é considerada por nós como essencial à discussão do tema e aos objetivos da tese, Mintzberg e, sobretudo, Matus. No sexto capítulo fazemos uma revisão crítica e discutimos a relação entre democratização e descentralização das políticas e da gestão da saúde no Brasil, apoiados na extensa e excelente produção acadêmica existente sobre o tema no país, enfatizando os aspectos referentes à participação social e o papel dos conselhos e conferências de saúde. A análise do debate das políticas de saúde no Brasil destaca a singularidade do processo de centralização e descentralização no país, considera os diferentes regimes políticos e a especificidade do município, instituição historicamente consolidada na organização do Estado brasileiro, e o contexto dos arranjos federativos e das relações intergovernamentais. Assinala a importância do processo de reforma da saúde e da implementação do SUS e a discussão sobre temas fundamentais como a seguridade social, a saúde como direito de cidadania, a questão democrática e a participação social como constitutivas de um sistema de proteção social justo e solidário e, tão importante quanto, a necessidade da reorganização do Estado e da ação estatal, de modo a garantir a gestão estratégica, descentralizada e participativa das políticas de saúde. Finalmente no sétimo capítulo apresentamos os resultados de um estudo de caso onde analisamos o papel e a influência da conferência municipal de saúde na política e na gestão da saúde em cinco municípios de Mato Grosso, como mote para pensar as categorias e conceitos do debate

teórico na realidade empírica. Os pressupostos básicos do estudo apoiam-se no referencial da teoria da ação comunicativa e da teoria discursiva da democracia, de Habermas e da teoria do planejamento situacional (PES), de Carlos Matus. No estudo adotamos as conferências municipais de saúde como premissa de espaço público em que atores e representantes da sociedade civil e do governo municipal encontram-se em situação de deliberação e, portanto, em um processo de discussão pública na qual os participantes oferecem propostas e justificações para sustentar decisões coletivas.

O fio condutor que liga os diferentes capítulos é a abordagem do agir comunicativo e a teoria discursiva da democracia que privilegiam a busca do entendimento por meio da interação intersubjetiva e possível graças ao compartilhamento do mundo da vida comum aos atores que interagem.

Qualquer que seja a vertente de análise do processo de democratização e sua relação com a descentralização das políticas e da gestão da saúde dificilmente são encontradas evidências conclusivas, empíricas ou não, sobre as questões formuladas: a relação dos segmentos e movimentos sociais e dos partidos políticos com o governo e o legislativo municipal permite afirmar a existência da governança democrática e da ampla participação social e cidadã no setor saúde? O processo de planejamento e gestão municipal da saúde favorece a participação social e a incorporação das demandas sociais às políticas de saúde locais? Quais os requisitos necessários ao município para garantir o direito à saúde e o cumprimento dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade na saúde?

A relevância do tema deve-se a sua permanente atualidade: segue sendo um dos eixos centrais do debate sobre as políticas de saúde no Brasil e, mais, trabalhos recentes sobre a implementação dessas políticas têm enfatizado os limites e, até mesmo, sinalizado o possível esgotamento de seu formato atual, sobretudo nas intenções de favorecer políticas equitativas e redistributivas com ampla participação social e cidadã (ARRETCHE e MARQUES, 2007; GERSCHMAN e VIANA, 2005; LOBATO, 2005; MENDES, 2001).

Se as questões formuladas são os problemas a orientar a pesquisa, o pressuposto central do estudo é que a polissemia dos conceitos de democratização e descentralização tem permitido estabelecer um aparente consenso em relação à proposta. Entretanto tal situação determina a existência de uma grande mescla de agendas e concepções “ocultas”, ou pouco explicitadas, em função dos diferentes projetos existentes no setor saúde das diferentes concepções sobre o papel da instância municipal, seja na direção da mudança seja na conservação do *status quo*. Foi necessário estabelecer as identificações e relações entre as diferentes concepções e estabelecer as mediações entre estas distintas dimensões da realidade

e a teoria. Assim, a tese pode contribuir para esclarecer alguns aspectos atuais das políticas de saúde no Brasil, da origem e da apropriação do conceito de democratização e sua relação com a descentralização, assim como das possibilidades e limitações dessas políticas no âmbito da gestão municipal de saúde. O esforço empreendido neste estudo foi no sentido de ampliar a discussão e abri-la para novas possibilidades de entendimento.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar o debate teórico sobre democratização e descentralização e suas relações com as políticas e a gestão de saúde no Brasil.

### **2.2 Específicos**

1. Recuperar e analisar o debate sobre a democracia e a descentralização no cenário nacional e internacional nos seus aspectos conceituais, políticos e ideológicos, no contexto da globalização, da crise e reforma do Estado, das novas relações entre Estado e sociedade.

2. Relacionar o debate existente sobre democracia e descentralização no âmbito da relação entre Estado e sociedade com o mesmo debate no âmbito das organizações públicas e das políticas de saúde no Brasil e o distinto significado que lhe é atribuído por diferentes atores e autores do campo.

3. Analisar o papel do município em seus aspectos político-institucional, da participação, controle social e da governança democrática, na provisão de serviços e ações de saúde.

4. Analisar aspectos da experiência concreta de representação, deliberação e participação social no espaço público da conferência municipal da saúde e sua influência na formulação e implementação da política e do planejamento municipal em saúde.

### 3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A tese — *Democratização e Descentralização das Políticas de Saúde no Brasil: atualização do debate e a influência das conferências municipais de saúde na política e na gestão da saúde* — trata-se de um estudo teórico-conceitual que apoia sua análise em estudo de casos múltiplos.

A revisão bibliográfica permitiu fazer a delimitação do tema, dos diferentes ângulos do problema e dos vários pontos de vista e, assim, estabelecer algumas mediações e conexões provisórias com o objeto do trabalho. Também permitiu identificar diversas categorias, conceitos e noções usadas pelos diferentes autores, assim como alguns dos pressupostos teóricos e razões práticas, etapas fundamentais para a construção do objeto (MINAYO, 1989). De acordo com esta autora “no caminho do vai e vem, entre ideias iniciais e textos e as indagações referentes à realidade empírica (que aparece como premissa), o investigador organiza o percurso teórico da pesquisa”. O objeto será abordado nas diferentes dimensões da realidade social e na sua representação na literatura pelos diversos atores, autores e correntes de pensamentos. Escolhemos Habermas como referência para nosso estudo, autor cujas teorias e conceitos são transversais ao conjunto do estudo.

Não é nova a linha de trabalho que procura analisar a democratização, a descentralização e a questão local em termos de processos, que articulam de maneira diferente, os macroprocessos (em escala nacional e internacional), os microprocessos (em escala local) e suas respectivas fundamentações teóricas. De acordo com Massolo (1988) surgem na América Latina três preocupações e problemáticas de análise centrais a esta linha de trabalho: a dificuldade que se reconhece para identificar e articular as diversas tramas de mediações sociais através dos quais se constroem e agem atores e forças sociais do poder local; a necessidade de captar as modalidades específicas de poder que se verificam territorialmente, suas tendências históricas predominantes e suas transformações tanto em correspondência, como em conflito com as transformações da sociedade e do sistema político global; a relevância do papel do governo municipal enquanto espaço político institucional no qual se expressam a representação, a aliança, o confronto e a disputa de interesses entre forças e organizações sociais que moldam o território político local, dentro do contexto regional e nacional.

O debate sobre a democracia traz os argumentos das principais correntes do pensamento e suas leituras sobre conceitos que fundamentam o debate, como representação, participação e deliberação, incorporando a leitura sobre a experiência brasileira. Ressaltamos

a contribuição de Habermas, desenvolvida mais detalhadamente, a qual adotamos como matriz para nossa análise. A questão da descentralização do Estado é enfocada nas suas diferentes leituras, especialmente em sua relação com a democracia, no contexto europeu e em sua versão nacional, com ênfase no papel do município, da autonomia municipal e da governança democrática. Os dois conceitos também são analisados na perspectiva da teoria organizacional e sua relação com o fenômeno burocrático, sobretudo no âmbito da organização pública, com a contribuição de Mintzberg e Matus além de outros autores que tratam do tema na realidade brasileira. Partimos do pressuposto que o setor saúde é um campo particular da dinâmica social e que é necessário estabelecer as mediações entre ele e as sociedades específicas onde se materializa, assim como às conjunturas e processos históricos pertinentes. Desse modo procuramos compreender a reforma sanitária e a política de saúde, a democratização e a municipalização da saúde no Brasil.

Utilizamos o método analítico lógico comparativo-contrastante (ECO, 1983) para estabelecer a especificidade dos argumentos e dos conceitos mais relevantes para o debate teórico e sua apropriação e conexão com os conceitos no campo das políticas e da gestão da saúde. O procedimento adotado foi realizar a investigação teórica em dimensões superpostas, que, sem se sucederem, espacial e cronologicamente, propiciaram abarcar planos distintos de reflexão e de análise da realidade, convergindo para a compreensão do objeto central do estudo.

A polissemia dos termos e a diversidade de interpretações a respeito dos conceitos de democracia e descentralização introduz um problema adicional que é o de precisar muito bem a que se está referindo, em que contexto e momento histórico, para não incorrer em equívocos teórico-metodológicos graves. Desde logo é necessário esclarecer que a presente reflexão orienta-se pelo fundamento que a democracia e as organizações democráticas apoiam-se no poder comunicativo, ou seja, na possibilidade das pessoas agirem comunicativamente, na acepção habermasiana. Feita a ressalva, é necessário esclarecer outro pressuposto que orienta, o trabalho, qual seja, a existência de uma clara conexão entre o debate sobre a democratização e a descentralização no âmbito mais geral da relação Estado e sociedade, no âmbito das organizações e aquele no interior do setor saúde.

Alguns pressupostos orientam nossa investigação:

- democracia e descentralização são conceitos polissêmicos e permitem diversas interpretações, em decorrência da diversidade social e política dos atores que as defendem e dos discursos heterogêneos que sustentam;

- os dois temas ganham relevância no contexto da crise do Estado de bem-estar social, do modelo liberal de democracia representativa e do socialismo de Estado o que gera novas práticas e teorias explicativas sobre democracia, deliberação, participação social e cidadania;
- não é possível separar o debate sobre o tema no âmbito da relação Estado e Sociedade do mesmo debate no âmbito da organização pública;
- o debate sobre democratização e descentralização no Brasil guarda relação com a mesma discussão no plano internacional, mas o contexto brasileiro o torna singular;
- o debate sobre o tema no âmbito da saúde adquire sentido no contexto da relação Estado e Sociedade, do sistema político e da organização pública brasileira, contexto que permite a compreensão dos conceitos, estratégias, métodos, avanços e limites à democratização e à municipalização da saúde;
- as novas modalidades de participação social e deliberação pública no setor saúde, implementadas no Brasil desde o fim do regime autoritário, têm contribuído para a implementação do SUS e da governança democrática na esfera municipal e para fortalecer a participação da sociedade no seio do Estado brasileiro.

### **3.1 Análise de uma experiência de deliberação e participação no âmbito local.**

O estudo de caso sobre o papel e a influência de conferências municipais de saúde na definição de prioridades para a política e a gestão de saúde em cinco (5) municípios de Mato Grosso (MT) é o mote para pensar as categorias e conceitos do debate teórico na realidade empírica. No estudo as conferências municipais de saúde são adotadas como premissa de espaço público em que atores e representantes da sociedade civil e do governo municipal encontram-se em situação de deliberação e, portanto, de estabelecer ações comunicativas e resgatar as pretensões de validade de seus discursos. A seguir situamos o contexto do estudo e fazemos um relato da elaboração da estratégia metodológica. A experiência adquirida com o tema e o conhecimento prévio da realidade e dos atores locais por parte dos pesquisadores foi determinante para que nosso grupo de pesquisa opta-se por esta linha de investigação, apoiado pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (MS), também interessada no desenvolvimento de novas abordagens metodológicas para o estudo do tema.

O estudo integra a pesquisa coordenada pela Dra. Elizabeth Artmann e por nós, autor desta tese, “Conferências Municipais e Formulação de Políticas de Saúde em cinco

Municípios de Mato Grosso, 2007-2008”, implementada com apoio da equipe de pesquisadores do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde (NDS), do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), que faz parte da linha de pesquisa “Paradigma Comunicativo e Organização” do grupo de pesquisa Planejamento e Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). A pesquisa aborda o tema da participação social, da deliberação pública e da gestão democrática na saúde e procura estabelecer a vinculação entre as categorias teóricas e analíticas desenvolvidas nos capítulos teóricos que compõem a segunda e a terceira dimensões de análise desta tese. As seguintes questões orientam a pesquisa: o processo de organização e deliberação da conferência municipal é democrático e permite a participação social? Qual o significado da conferência municipal de saúde e da participação social para os atores envolvidos? Os atores sociais representados na Conferência conseguem influenciar a elaboração da agenda política municipal de saúde e a respectiva ação das instituições locais ou que atuam localmente (executivo, legislativo, ministério público e conselho de saúde)? O processo de planejamento e gestão do SUS nesses municípios favorece a incorporação das demandas sociais à política de saúde? As principais categorias analíticas utilizadas no estudo foram tomadas emprestadas da Teoria da Ação Comunicativa e da Teoria Discursiva da Democracia, de Habermas; da teoria do planejamento situacional (PES) de Carlos Matus; dos estudos sobre a descentralização e o papel do governo local e da produção acadêmica brasileira sobre a descentralização político-administrativa, democratização da gestão e participação social na área da saúde.

O objetivo foi analisar o papel e a influência da Conferência Municipal de Saúde na formulação e implementação das políticas e na gestão municipal de saúde e os discursos dos atores locais sobre o fato. Os objetivos específicos foram:

- Analisar os discursos dos atores locais sobre a influência da Conferência na formulação da política de saúde;
- Analisar os discursos dos atores locais sobre a representatividade da Conferência Municipal de Saúde e de seus delegados;
- Caracterizar a influência da conferência municipal de saúde na agenda do dirigente de saúde e na formulação e implementação da política e do planejamento municipal;
- Identificar e descrever as medidas adotadas no processo de gestão e planejamento municipal da saúde para o cumprimento das resoluções da Conferência;

- Identificar as medidas adotadas pelo Ministério Público (MP), Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Poder Legislativo Municipal para incorporar as resoluções da Conferência em sua agenda e para o acompanhamento das providências adotadas pelo poder administrativo local da saúde com a mesma finalidade.

### **3.2 Contexto do estudo e escolha dos municípios**

A pesquisa foi realizada nos municípios de Cuiabá, Várzea Grande, Sinop, Diamantino e Cáceres, cujo principal critério de inclusão foi terem participado em dois estudos anteriores: em 2004/5, no estudo do Projeto Multicêntrico “Rede de Observatórios da Gestão Participativa no SUS” coordenado nacionalmente pela Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e na região centro-oeste pelo NDS/ISC/UFMT; e, em 2006, na pesquisa “Incorporação das Demandas Populares às Políticas de Saúde em Municípios de MT”, desenvolvida pelo Grupo de Saúde Popular (GSP) em parceria com o NDS/ISC/UFMT e outras instituições governamentais e não-governamentais (MÜLLER NETO; SCHRADER; PEREIRA; NASCIMENTO; TAVARES; MOTTA, 2006). A experiência da análise destes casos facilitou o desenvolvimento teórico de nosso objeto de tese na medida em que as questões formuladas à realidade orientaram nossa busca e compreensão das categorias e conceitos e escolha dos autores e teorias. Por outro lado, as categorias e os conceitos determinaram o modelo de análise e a construção das categorias analíticas utilizadas no estudo.

### **3.3 Desenho do estudo**

Caracteriza-se como um estudo de casos, que utiliza técnicas de análise documental e entrevistas. O projeto prevê a devolutiva dos resultados a todos os participantes e interessados. A fase exploratória da pesquisa descreveu o processo de organização e realização das conferências municipais, etapas da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, e seus desdobramentos nos municípios, por meio de debates e troca de impressões realizadas entre os membros do grupo de pesquisa que haviam participado de algumas delas. Ainda nesta fase foram analisados estudos de caso de municípios, produzidos em pesquisas anteriores. De modo concomitante procedeu-se à revisão da bibliografia disponível e da legislação referente ao tema que foi realizada em reuniões semanais através de leitura e debate do material levantado. Elaboramos um plano de trabalho que contemplou a discussão teórico-metodológica e a construção do protocolo da pesquisa. Este processo

coletivo de construção envolveu a organização de seminários com a participação de pesquisadores convidados. O seminário com a Dra. Soraya Cortes foi importante nesta fase inicial e contribuiu para precisar melhor as questões que orientaram o estudo. Os três seminários com a Dra. Elizabeth Artmann contribuíram, em diferentes momentos, para as escolhas teóricas e a delimitação do objeto, para a análise crítica do piloto e para a análise dos resultados e da apresentação. A maior clareza sobre a questão que constituiu nosso problema central da pesquisa, a relação entre as características deliberativas da conferência municipal de saúde e a forma como os atores e instituições percebem e atuam em relação a elas, propiciou nossas escolhas teóricas e metodológicas. A opção pela teoria da ação comunicativa e da política democrática deliberativa, de Habermas, e pelo enfoque de Matus, foi decorrência do entendimento do alcance explicativo das mesmas para o enfrentamento de nossas questões. As escolhas teóricas orientam a escolha dos métodos, dos instrumentos, da própria coleta de dados e a análise dos resultados, na medida em que a teoria serve como modelo com o qual se comparam os resultados empíricos do estudo (CAMPBELL, 1986; MINAYO, 1992; YIN, 2005). Nossa pretensão na pesquisa foi, sobretudo, desenvolver uma metodologia adequada às escolhas teóricas realizadas e a possibilidade de generalização dos resultados alcançados por nosso estudo depende muito da capacidade de generalização analítica, diferente da generalização estatística (YIN, 2005).

Feita a escolha teórica da pesquisa, optou-se pela combinação de duas abordagens metodológicas, simultâneas e complementares. Estas duas opções estratégicas implicaram a triangulação de métodos na análise e coleta de dados (LINCOLN e DENZIN, 2006; MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005). Também elaboramos um protocolo de campo como orientação geral para todos os pesquisadores e que serviu de modelo para treinamento da equipe (**anexo 7**).

### **3.4 Categorias analíticas e opções metodológicas**

#### **3.4.1 Construção dos discursos pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo**

Na primeira opção estratégica teórico-metodológica, trabalhamos a perspectiva de analisar a situação da deliberação nas conferências municipais de saúde e o contexto em que ocorrem. A pesquisa analisou o discurso de atores sociais que participaram direta ou indiretamente das conferências municipais de saúde em 2007 e seus desdobramentos. Esta abordagem está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências no

mundo social, ou seja, quais os sentidos que as pessoas lhes dão (POPE e MAYS, 2005). É importante destacar que a coleta de dados ou opiniões por amostra não tem relevância em termos quantitativos para este caso e a escolha foi em função da posição, da representatividade e importância para a experiência analisada. O critério para a escolha dos entrevistados foi o de ter participado de alguma forma no processo municipal de realização da conferência de saúde ou exercer função diretamente relacionada com o objeto da pesquisa, no período em estudo, anos de 2007 a 2008, com exceção do promotor, que foi o do momento de realização da pesquisa, devido a rotatividade dos membros da carreira, que não é local, mas estadual. A intenção era entrevistar trinta e cinco atores (35), sete (7) em cada município, entre eles: o secretário municipal de saúde e o coordenador ou responsável da área de planejamento da gestão municipal da saúde; dois conselheiros de saúde, sendo um usuário e um trabalhador de saúde; dois representantes do legislativo municipal, sendo um o presidente da Câmara e outro, preferencialmente, membro da comissão de saúde; o promotor responsável pela promotoria de justiça em defesa da cidadania. Conseguimos entrevistar trinta (30) pessoas. Não foram entrevistados: no município de Cáceres, o gestor; em Cuiabá, um vereador; em Sinop, o promotor; em Várzea Grande, dois vereadores. Ressalta-se que os dados pessoais dos atores, como nome, documento de identidade e endereço, são preservados na divulgação dos resultados do estudo conforme previsto na Resolução do CNS n. 196/96.

Os depoimentos foram coletados por meio de entrevistas orientadas por roteiros semi-estruturados (anexo 1). Neste roteiro evitamos perguntas que pudessem gerar respostas dicotômicas ou que exigissem conhecimento especializado dos respondentes (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005 p. 116). Das dez questões do roteiro, as cinco primeiras foram respondidas pelo conjunto de atores, com exceção dos representantes do ministério público que responderam apenas à primeira. As quatro questões seguintes (sexta, sétima, oitava e nona) foram específicas para um determinado conjunto de atores: gestores, conselheiros, vereadores e promotores. A última, aberta, foi respondida por todos os entrevistados. O roteiro de perguntas teve como referências os conceitos desenvolvidos por Habermas e outros autores discutidos nos capítulos 1 e 2 desta tese: esfera pública e sua influência objetiva e subjetiva; poder comunicativo e político dos participantes; modalidades de representação política; deliberação livre e pública; igualdade de condições para a participação.

As entrevistas foram realizadas por três pesquisadores, agendadas previamente, em salas reservadas a esse fim, e gravadas com a autorização dos entrevistados. Antes da entrevista foram dadas explicações sobre o objetivo do estudo, foi feita a leitura e assinado o termo de consentimento. Todas as entrevistas foram transcritas e revisadas pelos



entrevistadores, sob supervisão do pesquisador principal. Foram realizadas no período de outubro de 2009 a fevereiro de 2010. As entrevistas foram analisadas pelo método do discurso do sujeito coletivo (DSC) (LEFEVRE e LEFEVRE, 2005). Os depoimentos individuais, que têm ideias centrais semelhantes, são também compostos de conteúdos discursivos e ideativos semelhantes que, por isso, podem ser abstraídos e na escala coletiva configuram um sujeito coletivo de discurso. O método baseia-se no pressuposto de que o pensamento de uma coletividade é o conjunto de representações ou estoque de discursos gerados nas práticas discursivas presentes em determinado contexto histórico-social, ao qual as pessoas recorrem para expressar seus pensamentos sobre os temas em debate na sociedade. Ou seja, o DSC busca descrever ou expressar opiniões sobre um tema presente numa formação sociocultural. Os sentidos dos depoimentos são agrupados, esses grupos são identificados e os DSCs recebem um nome descritivo que indica uma direção, um campo semântico para o sentido dos depoimentos (LEFEVRE e LEFEVRE, 2005).

Para identificar os discursos coletivos usamos três figuras metodológicas:

- a. expressões-chave (E-Ch): trechos que descrevem conteúdo, transcritos de forma literal, que representam os argumentos discursivos e constituem a matéria-prima para a elaboração dos discursos do sujeito coletivo;
- b. ideias centrais (ICs): descrevem sentido e traduzem o essencial do conteúdo discursivo explicitado por meio da identificação das ideias centrais de cada depoimento;
- c. discurso do sujeito coletivo (DSC): reunião das expressões-chave presentes nos depoimentos, que têm ideias centrais de sentido semelhante ou complementar, e constitui a principal figura metodológica que procura tornar mais clara uma forma de pensar sobre um fato, uma norma ou conduta humana. Faz parte do imaginário de um grupo de pessoas ou atores sociais e, em uma leitura habermasiana, permite o resgate de fragmentos do mundo da vida compartilhado por estes atores. Para a elaboração dos DSC é necessária a categorização de um conjunto de ideias centrais semelhantes e, portanto, também de expressões-chaves semelhantes na medida em que é expresso de acordo com a fala das pessoas, na primeira pessoa do singular.

A figura metodológica da ancoragem que, na definição dos autores, são os pressupostos, teorias, conceitos ou ideologias nos quais se baseiam todo discurso e que pode se expressar por marcas linguísticas claras ou estar subjacente às práticas cotidianas, foi utilizada por nós na análise dos DSC e não em sua identificação e elaboração. Para auxiliar no

trabalho de pesquisa utilizamos um software denominado QualiQuantisoft, desenvolvido especialmente para processar o DSC, que possui quatro componentes: cadastros, análises, ferramentas e relatórios. Os quadros disponíveis no componente análise permitem a identificação da pesquisa, das perguntas, do entrevistado e de suas respostas com o registro das expressões-chave, ideias centrais e ancoragens, se houver, bem como a categorização das respostas e a produção dos discursos do sujeito coletivo. A ferramenta ainda permite a importação e exportação dos dados e resultados da pesquisa e os relatórios, a organização e impressão dos mesmos.

### **3.4.2 Construção da matriz analítica para estudo da incorporação das deliberações das conferências às política e gestão municipais por meio da análise documental e entrevista**

Esta estratégia centrou-se no estudo da organização e gestão municipal de saúde e das instituições de controle social do setor, ou a ele relacionadas, com intuito de compreender o processo de tomada de decisão e averiguar a ocorrência, ou sua possibilidade, de incorporação das deliberações das conferências às políticas municipais de saúde. Nesta opção a caracterização da estrutura e do processo decisório das instituições envolvidas foi abordada por meio da análise documental complementada por entrevistas com roteiros semi-estruturados com representantes das instituições estudadas. Foram elaborados roteiros específicos para o coordenador da etapa municipal da XIII Conferência Nacional de Saúde (ECC); o coordenador ou responsável da área de planejamento da gestão municipal da saúde (EAP); o secretário executivo do conselho de saúde (ESEC). Estes roteiros foram respondidos por meio de entrevista feita pelos pesquisadores durante o trabalho de campo (**anexos 2, 3 e 4**) e incorporados ao banco de dados da pesquisa.

O nosso *corpus* documental é constituído por registros oficiais produzidos nas instituições estudadas: relação dos projetos e das leis municipais fornecidos pelas câmaras; regimentos, pautas, atas e resoluções do CMS; relatório da conferência municipal de saúde; programação anual de saúde ou documento equivalente e relatórios de gestão, todos referentes ao período de 2007 e 2008. Os demais documentos coletados tiveram como critério de periodicidade a sua vigência: Plano Plurianual de Governo da Prefeitura; Plano Municipal de Saúde; Lei que criou o Fundo Municipal de Saúde e de alterações havidas; Lei Orgânica do Município; Lei de criação do CMS e de alterações havidas (**anexo 8**).

Procuramos estabelecer a conexão entre os conceitos e categorias mais gerais, analíticas, às operacionais ou empíricas (MINAYO, 1992), bem como definir seus indicadores

e os critérios para sua avaliação. Elaboramos três matrizes, respectivamente, para análise da política deliberativa, para a organização e gestão municipal de saúde baseada no triângulo de governo e para análise do sistema de direção estratégica da gestão municipal de saúde com base no triângulo de ferro, os dois últimos emprestados do enfoque de Matus (1996; 1997) para a compreensão do planejamento e da gestão em organizações públicas. As categorias da política deliberativa basearam-se nas propostas desenvolvidas por Habermas (2003), Manin (2007), Benhabid (2007) e Fung (2004).

A matriz analítica de componentes da política deliberativa inclui as categorias publicidade, pluralidade e condições para igualdade deliberativa que são traduzidas por meio de categorias operacionais construídas em função do objeto da pesquisa, sem pretensão de esgotar as possibilidades teóricas dos conceitos adotados. As fontes estão codificadas como AD (análise documental), ECC (entrevista com coordenador da conferência), EAP (entrevista com assessor de planejamento), ESEC (entrevista com secretário executivo do conselho).

**Quadro 1:** Matriz de Análise da Política Deliberativa nas Conferências Municipais de Saúde.

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Categoria Operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fonte</b>	<b>Crítérios para Avaliação</b>
<b>Publicidade</b>	Publicidade da realização	Meios de divulgação: Impressos (folder +cartaz) Rádio TV Internet (email e site) Faixas Outros	7.1.4.16 – ECC	Alto: 6 Médio: 4-5 Baixo: 1 a 3 Inexistente: 0
	Publicidade dos atos legais constitutivos (formalização)	Ato de Convocação da Conferência Constituição da comissão organizadora Aprovação do regimento da Conferência no Conselho Municipal de Saúde	7.1.4.17 – AD 7.1.4.18 – AD 7.1.4.20 – AD	Alto: 3 Médio: 2 Baixo: 1 Inexistente: 0
	Publicidade dos resultados	Ato legal de homologação do relatório da Conferência Publicização do relatório	7.2.2 – AD 7.2.1 – ECC	Alto: 2 Baixo: 1 Inexistente: 0
<b>Pluralidade</b>	Deliberação coletiva do interesse dos segmentos sociais	As demandas aprovadas na conferência refletem os problemas de saúde da população: moradores de bairro, mulheres, pessoa com deficiência, etc	7.2.3 – ECC	Classificar por ordem decrescente (%) e descritivo
	Processo prévio de ampliação da participação	Realiza pré-conferências Realiza fóruns por segmentos Escolhem delegados na pré-conferência	7.1.4.7 – ECC 7.1.4.9 – ECC 7.1.4.8 – ECC	Máximo: 3 Médio: 2 Baixo: 1 Inexistente: 0
	Composição da representação	Paridade entre os segmentos eleitos	7.1.4.11 – ECC Triangular com DSC	Adequado a norma do SUS
	Pluralidade de atores na proposição do temário	Temas propostos por: Delegados e ou Membros do CMS Secretário Municipal da Saúde Conselho nacional de saúde 13 Conferência Nacional de Saúde	7.1.4.3 – ECC 7.1.4.4 – ECC 7.1.4.2 – ECC	Valorizar se houve temas propostos por delegados e atores locais Descritivo
<b>Condições para Igualdade deliberativa</b>	Ações para facilitar o acesso igualitário à informação	Realizou prestação de contas da gestão durante a Conferência Informação aos delegados na Conferência sobre a situação das doenças no município Informação aos delegados na Conferência sobre a situação das causas de mortes	AD Relatório da Conferência 7.2.5 – AD, ECC e EAP 7.2.4 – AD, ECC e EAP	Descritivo

	Apoio do governo para facilitar acesso Igualitário ao fórum deliberativo	Logística Disponibilidade de Pessoal Recursos Financeiros Articulação e mobilização Comunicação/Divulgação	7.1.4.6 – ECC	Alto:5 Médio: 4-3 Baixo: 2-1 Inexistente: 0
	Procedimento mínimo para deliberação livre e pública	Deliberação e aprovação do regimento da conferência em plenária	7.1.4.21 – AD e ECC	Descritivo (existência ou não)

Para publicidade elaboramos as seguintes categorias operacionais: publicidade da realização da conferência; publicidade dos resultados; publicidade dos atos legais constitutivos (formalização). Para pluralidade da representação elaboramos as seguintes categorias: deliberação coletiva do interesse dos segmentos sociais; processo de ampliação e autorização da participação; composição social da representação, como avaliação indireta do acesso à participação; pluralidade de atores na proposição do temário. As condições para a igualdade deliberativa foram investigadas pelas seguintes categorias: ações para facilitar o acesso igualitário à informação; ação do governo para facilitar o acesso igualitário ao fórum deliberativo; condições mínimas para a deliberação livre e pública. Os indicadores e os critérios para avaliação destas categorias da política deliberativa estão detalhados no quadro da matriz analítica. A tradução empírica das categorias pluralidade e condições para a igualdade deliberativa apresentou dificuldades tanto na construção dos indicadores operacionais que pudessem dar conta da mesma, quanto em relação à extensão dos conceitos, pois, como “traduzir” precisamente as características e exigências para a igualdade deliberativa? Optamos por correr o risco, mas sem desconhecer os limites do recorte feito.

As categorias analíticas emprestadas do enfoque do planejamento situacional e da gestão pública, de Matus (1996; 1997), discutidas no capítulo quinto desta tese, são: governabilidade, projeto e capacidade de governo, que compõe o triângulo de governo; agenda do dirigente, sistema de gerência por operações e cobrança e prestação de contas, que compõe o chamado triângulo de ferro; seleção de problemas e análise de situação. Elaboramos matrizes analíticas para organização e gestão municipal de saúde baseada no triângulo de governo e para análise do sistema de direção estratégica da gestão municipal de saúde com base no triângulo de ferro, acompanhadas pela elaboração das categorias operacionais, dos indicadores e dos critérios usados para avaliá-los. Estas categorias foram avaliadas especialmente por meio da análise documental e das entrevistas com roteiros semi-estruturados realizadas com os responsáveis pelo planejamento e o secretário executivo do conselho municipal de saúde, à época. A matriz para o triângulo de governo é apresentada a seguir.

**Quadro 2:** Matriz de Análise da Organização e da Gestão Municipal de Saúde com base no Triângulo de Governo.

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Categoria Operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fonte</b>	<b>Crítérios para Avaliação</b>
<b>Governabilidade</b>	Autonomia gestão financeira	Controla fundo municipal de saúde Ordena despesa	3.2.2 – EAP 3.2.1 – EAP	Autonomia: 2 Autonomia restrita: 1 Sem autonomia: 0
	Condição de gestão	Controla recursos transferidos pelo MS da atenção básica – habilitação à NOB/96 gestão da atenção básica Controla todos os recursos transferidos pelo MS – Gestão Plena a NOB/96 ou NOAS/02	3.1.1 – AD 3.1.2 – AD	Autonomia total - GPS Autonomia parcial - GPAB
	Autonomia gestão de pessoas	Autonomia para nomear e exonerar Autonomia para realocar RH transferir Autonomia para gerencial a folha de pagamento	3.4.4 – EAP 3.4.5 – EAP 3.4.3 – EAP	Autonomia: 3 Autonomia Restrita: 2 e 1 Sem autonomia: 0
<b>Capacidade de governo</b>	Recursos financeiros	Proporção de gasto de recursos próprios aplicados em saúde conforme EC29/2000	3.3.4 – AD	Suficiência conforme a norma (abaixo ou acima de 15%)
	Perfil da força de trabalho	Total de médicos/1000 habitantes Total de enfermeiros/1000 habitante Total de auxiliar de enfermagem/1000	Território Vivo MS/DATASUS/CNES	Suficiência conforme a média de MT e Brasil (em relação à padrões aceitos)
	Capacidade de planejamento	Disponibilidade de: Pessoal capacitado e em número suficiente Equipamentos e ferramentas de informática Capacitação da equipe Equipamentos e ferramentas de comunicação	4.8 – EAP 4.11 – EAP 4.10 – EAP 4.12 – EAP	Suficiente: 4 Parcial: pelo menos 3 Insuficiente: menos de 3 (em relação à disponibilidade)
	Construção de viabilidade pelo gestor municipal no espaço loco-regional	Instituições demandadas para lidar com problemas que não são da competência da SMS	3.8 – EAP	Proativo setorial (Conselho Municipal da Saúde, CIB, Cosems) Proativo extrasetorial (Câmara de Vereadores, Ministério Público, outros) Conformado - Inexistência de iniciativa
<b>Projeto de Governo</b>	Prioridades do prefeito no setor saúde	Prioridades do prefeito da saúde referente ao plano de governo 2005-2008 foram implementadas	4.1 – EAP	Implementa prioridades, se faz mesmo parcial
	Plano de saúde 2005-2008	Formula o plano Aprova no Conselho	4.2 – AD 4.2.1 – AD	Plano elaborado e aprovado

	Coerência do Plano de Saúde com PPA	Incorporação de diretrizes para a saúde ao plano de governo plurianual (PPA)	4.3 – AD	Incorporação Total das diretrizes para a saúde no PPA Incorporação Parcial das diretrizes para a saúde no PPA
	Programação anual	Elabora a programação anual	4.4 – AD e EAP	Elabora Programação Não Elabora Programação
	Deliberação da Programação Anual no conselho municipal de saúde	Aprova no CMS Quantidade de reuniões Existência de debate	4.5 – AD 4.5.2 – AD 4.5.3 – AD	Aprovação Número de reuniões Existência de debates
	Participação dos trabalhadores da saúde no processo de programação anual da saúde.	Articulação com outras áreas técnicas	4.6.1 – EAP	Forte Médio Fraco
		Profissionais das unidades de saúde	4.6.2 – EAP	Forte Médio Fraco
		Plenárias com profissionais de saúde	4.6.3 – EAP	Forte Médio Fraco



Em relação à governabilidade definimos como categorias operacionais condição de gestão (habilitação) e a autonomia para a gestão financeira e de pessoas do órgão municipal de saúde. O projeto de governo foi contemplado por meio das prioridades do prefeito para a saúde; da existência do plano de saúde 2005-8; da coerência deste com o plano plurianual do governo municipal; da programação anual da saúde; da participação do controle social e dos trabalhadores no processo de elaboração da mesma. A capacidade de governo foi avaliada considerando a suficiência de recursos financeiros; disponibilidade de pessoal; capacidade para planejamento; capacidade para construção de viabilidade, categorias que permitiram a elaboração de indicadores detalhados na matriz. Aqui também é preciso fazer as mesmas ressalvas feitas anteriormente, ou seja, as categorias foram construídas em função do objeto da pesquisa, sem pretensão de esgotar as possibilidades de sentidos dos conceitos adotados. Por exemplo, não se afirma a existência de capacidade de governo *in totum* apenas com as categorias operacionais selecionadas para nosso estudo, mas se procurou delimitar o que seria a capacidade de governo para dar conta de estabelecer o diálogo com os atores participantes da conferência e suas expectativas de discussão e encaminhamento dos problemas assinalados. Do mesmo modo, procuramos averiguar se a gestão municipal da saúde tem governabilidade sobre a maior parte dos recursos necessários para enfrentar aqueles problemas que mais diretamente afetam a população do local e que são deliberados na conferência. Na discussão sobre o enfoque de Matus enfatizamos a estreita relação e correspondência entre as duas figuras, do triângulo de governo e de ferro, enquanto metáforas da política e da gestão governamental, mas preferimos abordá-las separadamente para facilitar o entendimento dos fenômenos no plano empírico. Apresentamos na sequência as categorias do triângulo de ferro.

**Quadro 3: Matriz para Análise do Sistema de Direção Estratégica da Gestão Municipal de Saúde com base no Triângulo de Ferro.**

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Categoria Operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fonte</b>	<b>Crítérios para Avaliação</b>
<b>Agenda do dirigente</b>	Valor atribuído às resoluções da conferência pelo gestor	Utilização do relatório pelo gestor da saúde: Delibera com equipe Delibera com conselho de saúde Referência do relatório da Conferência para definição de prioridades	5.1 – EAP 5.2 – EAP 5.3 – EAP	Máximo: 3 Alto: 2 Baixo: 1 Nenhum: 0 (se utilizou relatório)
<b>Gerência de Operações</b>	Valor atribuído à seleção de problemas cotidianos da população	Utilização das ferramentas: Ouvidoria (geral ou da saúde) Disque-denúncia Coleta de opinião usuários Consulta pública Plenárias	3.6.5 – EAP	Máximo: 5 Alto: 3 ou 4 Baixo: 1 ou 2 Nenhum: 0
	Valor atribuído às resoluções da conferência	Utilização do relatório da conferência para análise da situação de saúde por parte da gerência	5.5 – EAP	Alto: 1 Nenhum: 0
	Valor atribuído à análise da situação de saúde	Realiza análise	5.4 – EAP	Realiza Não Realiza
<b>Cobrança e prestação de contas</b>	Prestação de contas do gestor	Presta conta da programação da saúde Instituições que receberam a prestação de contas (abrange CMS, Legislativo e MP) Controla correlação entre as metas programadas e realizadas	5.9 – EAP 5.9.1 – EAP 5.10.6 – AD	Suficiente: 3 Insuficiente: menos de 3
	Condições para deliberação autônoma do conselho municipal de saúde	Regimento interno Faz parte da estrutura formal da SMS (organograma) Orçamento próprio Infra-estrutura Secretaria executiva	6.1.3 – AD 6.1.4 – AD 6.1.5 – ESEC 6.1.6 – ESEC 6.1.7 – ESEC	Suficiente: 5 Parcial: 4 Insuficiente: 3 ou menos
	Procedimentos deliberativos do conselho municipal de saúde	Reuniões públicas Reuniões regulares Membros definem agenda (pauta) Presidente eleito Formaliza deliberações através de Resoluções	6.1.10 – ESEC 6.1.11 – AD 6.1.13 – ESEC 6.1.16 – ESEC 6.1.18 – ESEC	Suficiente: 5 Parcial: 4 Insuficiente: 3 ou menos
	Valor atribuído pelo conselho municipal de saúde às resoluções da conferência (análise da ata do conselho)	Delibera sobre o tema Aprova resoluções sobre o tema Dá publicidade às deliberações Monitora o cumprimento das deliberações Cobra o cumprimento das deliberações	6.3.1 – AD	Máximo: 5 Alto: 3 ou 4 Baixo: 1 ou 2 Nenhum: 0

Em relação à agenda do dirigente o valor atribuído às resoluções da conferência de saúde foi definido como única categoria operacional. Para a gerência por operações consideramos o valor atribuído: às resoluções da conferência; à seleção de problemas cotidianos da população; à análise da situação de saúde para definição de prioridades. Procuramos assinalar a importância da institucionalização do processo deliberativo em relação à cobrança e prestação de contas e elaboramos as seguintes categorias operativas: prestação de contas do gestor; condições para deliberação autônoma do CMS, órgão de cobrança e controle social na saúde; procedimentos deliberativos do conselho e o valor atribuído pelo conselho às resoluções da conferência. Não incluímos nas matrizes a institucionalização da organização municipal da saúde, sua estruturação e regras básicas, que foi avaliada por meio de duas categorias operacionais: legislação básica, que contemplou a existência da lei orgânica da saúde, do código sanitário e do plano de cargos, carreiras e salários; e estrutura organizacional, que considerou o organograma e a departamentalização (planejamento, recursos humanos, fundo de saúde). A estrutura organizacional poderia também ser analisada na categoria de capacidade de governo, mas preferimos considerá-la como componente das regras básicas da instituição, em decorrência da necessidade de norma legal para sua efetivação.

### **3.4.3 Técnicas, instrumentos e procedimentos usados na análise documental**

Os documentos coletados nos municípios foram organizados e tratados com base na técnica de análise documental, técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações, seja revelando aspectos novos de um tema ou problema. (LUDKE e ANDRÉ, 1986). Ainda sobre esse assunto, Cellard (2008, p. 295) afirma “[...] graças ao documento pode-se operar um corte longitudinal que favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, etc., bem como o de sua gênese até os nossos dias” e complementa “[...] muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente”. Efetivamente, esta é situação que enfrentamos, pois os documentos foram nossa fonte de dados mais estáveis e detalhados sobre determinados temas. Por exemplo, nosso acesso às deliberações do conselho de saúde, ou às decisões e medidas adotadas na gestão municipal, foram atas e relatórios sobre eventos, e nestes casos, os documentos trouxeram novas evidências sobre nosso objeto. Evidentemente estas fontes também são portadoras de vieses, pois os registros foram feitas por pessoas que

também “interpretam” os eventos. No caso das atas dos conselhos de saúde procuramos a evidência da sua aprovação pelo plenário como meio de aumentar a confiabilidade.

A análise documental empreendida tomou como referência as categorias analíticas e operacionais constantes da matriz, procurando situá-la na estrutura teórica adotada pela pesquisa. No caso dos documentos que narravam eventos, como as atas do conselho, procedemos por meio do método da interpretação textual, temática (FLICK, 2004), tendo como unidade de registro o tema da conferência de saúde, tanto na fase preparatória – temário, regimento, definição de delegados, operacionalização –, como na fase de efetivação das deliberações – procedimentos adotados, encaminhamentos, deliberações sobre o conteúdo da conferência. Importante salientar que a preocupação da análise não foi apenas quantificar a ocorrência do tema, mas, sobretudo, explorar o contexto em que ocorria e o sentido das deliberações (BARDIN, 1999, p. 129-33). Para registro criamos um protocolo simplificado de análise aplicado a cada ata que continha a descrição do conteúdo temático, os termos da deliberação e os encaminhamentos porventura existentes.

#### **3.4.4 O pré-teste**

Foi realizado um pré-teste do estudo de caso no município de Campo Verde escolhido por não constar na amostra de municípios pesquisados, pela proximidade com a capital e por ter sido campo de estudo do NDS/ISC/UFMT em trabalho anterior o que facilitou o contato dos pesquisadores com os entrevistados. Foram entrevistados pessoas com o mesmo perfil e nas mesmas condições previstas para o campo. O pré-teste foi muito importante para analisar a forma de avaliação de algumas categorias de análise, os instrumentos da pesquisa, que sofreram alterações, e, sobretudo, para treinamento dos pesquisadores na difícil arte da relação com o entrevistado. A análise dos resultados do pré-teste foi aproveitada para a elaboração do protocolo de trabalho de campo com vistas a uniformizar procedimentos e para o primeiro esboço do modelo do relatório do estudo de caso.

#### **3.4.5 Comitê de Ética**

A pesquisa foi aprovada nos Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFMT e da ENSP/FIOCRUZ (**anexos 5 e 6**).

## **CAPÍTULO I. TEORIA DEMOCRÁTICA, REPRESENTAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO**

O presente capítulo apresenta uma muito breve revisão histórica do debate sobre as teorias democráticas e as principais correntes de pensamento que o fundamentam. São analisados alguns conceitos considerados relevantes para o nosso propósito como representação e autorização, deliberação, participação social e papel da sociedade civil, além dos próprios fundamentos do conceito de democracia. Aqui não será discutido o problema da gestão e organização estatal e sua relação com as políticas públicas, tema tratado no tópico que discute a questão da descentralização e sua relação com a teoria democrática.

### **1.1 Recuperando os termos do debate**

O debate a respeito da democracia que toma corpo no século XIX e adentra o século XX dá-se entre duas concepções do mundo e da sociedade: a liberal e a marxista. Para os defensores clássicos da doutrina liberal, apoiados em Locke, a democracia seria a transferência dos direitos do cidadão para o Estado que teria atribuições de legislar e fazer cumprir a lei, mas condicionada à garantia da vida, da liberdade e da propriedade. Nesse modelo, o direito de votar e ser votado seria restrito aos proprietários, do sexo masculino, e a exclusão das classes populares do processo decisório e da escolha dos governantes seria uma decorrência natural. Essa seria, na definição de Macpherson (1979), a democracia protetora.

O enfoque marxista, apoiado na concepção da autodeterminação do mundo do trabalho como condição para o exercício da soberania popular-autogoverno de produtores livre e cooperantes, entendia a política como ação direta das classes revolucionárias, ou de seus representantes (dependendo da corrente de pensamento), sindicatos e partidos. Na corrente hegemônica desse enfoque, a leninista, a ação parlamentar era vista apenas como um meio de acumular forças para a revolução e a conquista e exercício do poder estatal, sob a forma da ditadura do proletariado, vista como etapa necessária para o autogoverno. As eleições para a escolha de governantes também eram interpretadas como uma farsa destinada a enganar o proletariado e manter a dominação da burguesia e do latifúndio (CARNOY, 1979).

Ambas as visões mostraram-se restritivas e insuficientes para explicar as transformações ocorridas no transcurso do século XX, sobretudo depois de 1945, tanto nos países sob a influência do capitalismo internacional como naqueles do denominado campo socialista. O debate entre essas duas concepções antagônicas durante o período da chamada

“guerra fria” – disputa pela hegemonia mundial entre os dois campos formados após a segunda guerra mundial – adquiriu novos contornos: de um lado a proposta liberal, que se tornou hegemônica, “adotou restrições à participação social e a soberania ampliada, subsumidas pelo consenso do procedimento eleitoral para formação de governos” (SANTOS, 2002, p. 40). Do outro lado, a defesa das denominadas democracias populares, que enfatizavam mais a orientação das políticas distributivas e igualitárias e menos as liberdades individuais e os procedimentos e regras para a escolha de governantes. Ainda de acordo com Santos (2002) um outro debate teve lugar na segunda metade do século, iniciado por Barrington Moore (1983), e atribuía a existência de poucos países sob regimes democráticos aos diferentes papéis do Estado na modernização capitalista, afirmando uma relação inversa entre influência do latifúndio e democracia.

Nas duas últimas décadas do século XX houve grandes transformações, em escala mundial: a crise do Estado de Bem-Estar Social; a globalização da economia; a redemocratização de inúmeros países na América Latina, da Espanha, Portugal e Grécia e a transformação dos regimes do Leste da Europa. Estes processos políticos recolocaram os termos do debate sobre a democracia e as teses sobre a democracia como valor universal passam a ser hegemônicas. Entretanto permanece a questão: como definir a democracia?

No campo liberal, a polarização dá-se entre o elitismo e o pluralismo em torno a algumas questões não resolvidas, nessa tradição de pensamento: a participação e mobilização popular versus o abstencionismo; a representação dos interesses das minorias; eleições como único meio de autorização; instrumentos para o controle do governo por parte da sociedade. Outro aspecto também importante refere-se à crise de representação política no Estado democrático que se realiza de forma quase que exclusiva através dos partidos políticos (Santos, 2002).

As críticas de autores filiados a essas correntes do pensamento liberal, preocupados com o formalismo do modelo democrático-liberal, são contundentes, mas suas propostas continuam genéricas e insuficientes, frente às questões em jogo. Dahl (1989 p. 68), ao responder a pergunta, “quais as condições necessárias e suficientes para maximizar a democracia no mundo real?”, questiona a definição clássica de democracia e estabelece um modelo para classificá-la apoiado em oito critérios. Entre eles relaciona a existência de competição política, o ser aberto à contestação pública, o exercício do controle social e ampla participação política da população, criando o conceito de poliarquia, ou democracia poliárquica, modelo ideal, para definir aqueles sistemas que se aproximam desses critérios. Bobbio (1986, p. 18) também fala das promessas não cumpridas da democracia e a define

como “um conjunto de regras fundamentais que estabelecem quem está autorizado a tomar decisões coletivas vinculantes e com quais procedimentos”. Enfatiza, portanto, os aspectos procedimentais. Para ele, a democracia se apoia na representação política, em contraposição à representação de interesses, sempre particularista.

Ainda de acordo com Santos (2002) no campo do socialismo democrático e da socialdemocracia o debate volta-se para a questão da participação dos atores sociais, da importância da sociedade civil, da soberania popular, da persistência da desigualdade social no âmbito da democracia e da sempre difícil relação entre Estado, mercado e sociedade civil. Para essa perspectiva teórica, o crescimento desmesurado do aparelho de Estado e sua burocracia; a centralização do processo de decisão política com a consequente exclusão da maioria da população; a internacionalização da economia e a globalização; a conformação da sociedade de consumo e seus padrões de comportamento; a expansão da ideologia neoliberal, entre outros aspectos, estão relacionados à apatia, ao abstencionismo e ao sentimento de não-representação que caracterizam a crise do modelo hegemônico de democracia, nos países capitalistas avançados. Przeworsky (1995, p. 127-43), critica quatro premissas do que denomina teorias econômicas da democracia: a de que as preferências individuais são fixas; a de que os políticos competem por apoio político; a de que os indivíduos são diretamente representados no processo político; a de que, uma vez eleitos, os governos são agentes perfeitos de suas bases eleitorais. Em relação às preferências e a representação de interesses, o autor é enfático ao afirmar que as preferências individuais são influenciadas por grupos de pressão econômicos e políticos e que muitas decisões importantes, em países considerados como democracias, passam ao largo da política eleitoral. Esse autor também critica a tese que desconsidera as limitações da soberania popular originárias da influência da propriedade privada nas políticas estatais, a exemplo de Bobbio que, segundo ele, em *O Futuro da Democracia*, propõe a participação democrática como verdadeira panaceia. Em suas palavras, “[...] mesmo uma democracia processualmente perfeita pode ser insuficiente para liquidar a pobreza e a opressão em face das ameaças originárias da propriedade privada” (BOBBIO, 1986, p. 133).

Santos (2002, p. 44) sintetiza a crítica à teoria liberal hegemônica ao afirmar que o debate no século XX ficou limitado a duas ideias equivocadas e relacionadas: da negação da necessidade da ação coletiva na construção da democracia e a supervalorização do papel dos mecanismos da representação, que dispensariam os mecanismos societários de participação.

## 1.2 Representação versus Participação: termos antitéticos?

O envolvimento da sociedade civil nas políticas sociais aumentou nos últimos anos e trouxe uma nova questão, o debate sobre as novas formas de representação exigidas por essa participação e pelas instituições referentes a ela. Essas novas modalidades são diferentes da representação legislativa: não há exigência da autorização, não há monopólio da representação, nem igualdade do voto. Portanto, difere muito do modelo de representação política tradicional o que torna necessário recuperar a discussão sobre o conceito de representação e sua relação com o de participação social no contexto da teoria democrática. De acordo com Santos (2002, p. 49-50) a crítica que se faz ao instituto da representação é relacioná-lo exclusivamente à questão das escalas (tamanho da população e território), quando se sabe que ela envolve pelo menos três dimensões: a da autorização, a da identidade, e a da prestação de contas (no sentido político, *accountability*). A representação via autorização facilita o exercício da democracia em escala ampliada, mas dificulta a prestação de contas e a representação das múltiplas identidades.

A literatura sobre o termo representação é extensa e abrange vários campos do conhecimento: jurídico, político, sociológico, filosófico. É um conceito chave da história política moderna, tanto em suas implicações teóricas quanto práticas. Houve grande mudanças no significado da representação ao longo da história, como ensina Pitkin (2006, p. 17), e recuperar a história do conceito de representação “[...] exigiria detalhados relatos paralelos de história verbal e social, política e cultural”. Em decorrência das dificuldades do conceito alguns sugerem desmembrá-lo: seleção de lideranças; delegação de soberania popular; de legitimação; de controle político; de participação indireta (COTTA, 1992, p. 1101).

No campo da teoria política a origem do conceito de representação remonta à necessidade de legitimar o Estado absolutista, tarefa a que se propôs Hobbes (1991) com sua visão do pacto original, em que autorização e delegação de poder eram elementos essenciais para vincular os indivíduos ao poder constituído. Segundo Lima Júnior (1997, p. 37):

A concepção hobbesiana de representação, de veio contratualista, supõe que o soberano transforme a multidão em um corpo único por ele governado. O pacto social institui a autoridade; parte dele é a representação que, moralmente, fundamentaria o exercício do poder pelo governante-representante, que age livremente.

A noção de representar Hobbes trouxe da Grécia antiga, do teatro grego, onde um ator representa outra pessoa (autor) e a questão hobbesiana era provar que a transferência da



autoria era ato legítimo: “[...] a pessoa natural age por si mesma e a pessoa fictícia ou artificial age em nome de outrem: eis aí a distinção original entre representante e representado” (LIMA JR., 1997, p. 37). A contribuição de Hobbes (1991) à constituição do Estado moderno é inegável, mas a solução dada por ele ao problema da representação é, contemporaneamente, muito problemática, pois implica a completa alienação da soberania popular a favor do poder estatal. E aí reside exatamente a origem da dificuldade da teoria da representação, ou melhor, das teorias, sobretudo quando se as vincula às teorias democráticas. Nesse sentido Lima Jr., apesar da polissemia do termo, afirma a importância de recuperar o sentido permanente de “re-presentar”, fazer presente por meio de um intermediário alguém que está ausente. Miguel (2003, p. 130-132), apoiado em Pitkin (1967), autora de uma tipologia das concepções da representação política, enfatiza duas leituras, a representação descritiva e a visão formalista. A primeira, também denominada representação em espelho, sustenta que o corpo de representantes deve formar um microcosmo da sociedade representada, reproduzindo suas principais características. A segunda enfatiza a relação entre representante e representado baseada na autorização dada pelos cidadãos para alguns agirem em seu lugar e na prestação de contas que o representante deve fazer de seus atos. Esta segunda leitura tem sido objeto de críticas por restringir a presença de grupos em desvantagem social, mas há uma aceitação bastante ampla de que a autorização e a *accountability* são instrumentos importantes para a legitimação. Tanto no campo das ciências políticas quanto no senso comum, de acordo com Miguel (2007), prevalece a noção de que o voto é o elemento de autorização, de escolha de representantes, e de realização da *accountability*, quando os representados expressam sua visão sobre o desempenho dos representantes. Entretanto na eleição, episódio fundador, o processo de formação da opinião e da vontade tem papel secundário. Também a definição da agenda, dos assuntos tematizados, condiciona as dimensões da escolha eleitoral, independente da autonomia dos eleitores, o que implica que em sua constituição possam participar diferentes grupos sociais para garantia do processo democrático.

Desde o século dezoito, teóricos da democracia representativa, como Paine e Condorcet, segundo Urbinati (2006, p. 193), entendiam a representação como “deliberação e voto, autorização formal e influência informal, que envolvia tanto representantes quanto cidadãos. Em vez de um esquema de delegação da soberania, eles viam a representação como um processo político que conecta sociedade e instituições”. A mesma autora assegura ser possível diferentes teorias da representação e que a mesma está associada à história e à prática da democratização por meio da conexão cronológica e funcional entre três fenômenos políticos: a adoção do método eleitoral para se designar os legisladores (não esquecer que o

parlamento surge historicamente antes da eleição); a transformação dos eleitos, de delegados em representantes; e a emergência das alianças partidárias ou ideológicas entre os cidadãos (URBINATI, 2006, p. 195).

Entre as diferentes leituras contemporâneas do conceito de representação política a de Norberto Bobbio (1986) é uma das mais difundidas. Ele diz ser necessário diferenciar democracia representativa de estado parlamentar que seria uma aplicação particular, e relevante, do princípio da representação, até porque, afirma, não existe nenhuma democracia representativa em que o princípio da representação esteja apenas no parlamento, sendo estendido a todos os espaços onde se tomam deliberações coletivas, como legislativos e governos subnacionais (BOBBIO, 1986, p. 44).

Há dois temas, em sua visão, que polarizam os debates e geram diferentes propostas políticas: os poderes do representante e o conteúdo da representação, ou seja, como A representa B e que coisa representa. No primeiro caso, pode representar como delegado ou fiduciário. Se delegado, é simplesmente um porta-voz, um embaixador, e seu mandato é limitado e revogável *ad nutum*. Se fiduciário, o representante tem o poder de agir com certa liberdade em nome e por conta dos representados, ou seja, não existe um mandato imperativo. No segundo caso, pode representar os interesses gerais da coletividade – políticos – ou os particulares, de uma categoria profissional, por exemplo. Há uma relação entre o delegado e a representação de interesses particulares ou corporativos e entre o representante fiduciário e a representação dos interesses gerais.

Assim, para o autor, o que caracteriza uma democracia representativa é que o representante seja um fiduciário e não um delegado e que represente os interesses gerais, políticos, e não os particulares. Portanto seu mandato não é revogável e não é responsável perante seus eleitores porque deve defender os interesses gerais da sociedade e não desta ou daquela categoria social. Os representantes dos interesses gerais acabaram por constituir-se em nova categoria, a dos políticos de profissão, definidos pelo autor, citando Weber, como “[...] aqueles que não vivem apenas para a política, mas vivem da política” e alega ainda que “[...] nas sociedades industriais, complexas, é impossível a democracia direta por meio da participação de todos os cidadãos em todas as decisões referentes a eles” (BOBBIO, 1986, p. 41).

A interpretação do autor, que pode ser classificada como modelo eleitoral de democracia, de acordo com classificação de Urbinati (2006), insere-se no campo liberal e, se resolve alguns problemas, dá origem a outros: é duvidoso se a categoria dos políticos representa realmente os interesses gerais; a inexistência de controle da atividade de

representação; a diminuição da representatividade, ou seja, da resposta aos representados, todos eles favorecendo a deslegitimação do modelo proposto.

Bobbio tem ciência dos problemas e assevera que as críticas à democracia representativa abrangem a representação enquanto relação fiduciária, feita em nome de um vínculo mais estreito entre representantes e representados (análogo aos vínculos do direito privado), e a representação dos interesses gerais. A primeira crítica é apoiada na perspectiva marxista da democracia direta e sustenta que o representante pode ser privado do mandato a qualquer instante, por decisão da maioria dos eleitores. A segunda crítica, de que a representação dos interesses, ou funcional, seria mais democrática que a representação territorial apoia-se nas visões neocorporativas influentes em alguns países europeus. O autor incorpora as propostas, em termos, subordinando-as à sua definição geral: aceita mandato imperativo – que para ele não é democracia direta, mas sim um híbrido – e a representação funcional apenas nos espaços sociais e institucionais que lhe competem: local de trabalho, associações culturais, defesa do consumidor, entre outros. Para exemplificar diz que quando a representação ocorre no espaço do bairro, onde os interesses em questão são os dos cidadãos e não desta ou daquela categoria, os representantes devem ser cidadãos com visões globalizantes dos problemas, de acordo com o movimento político ao qual pertençam.

Assegura ainda haver expansão do processo de democratização, que se estende da esfera política, onde o indivíduo é cidadão, para a esfera das relações sociais, onde é considerado pelo seu *status quo* ou papel: operário, empresário, estudante, usuário, consumidor. E, em sua concepção, a democracia nos Estados modernos só pode ser pluralista para assim resolver o problema da democracia representativa: “a formação de pequenas oligarquias que são os comitês dirigentes dos partidos apenas pode ser corrigido pela existência de uma pluralidade de oligarquias em concorrência entre si” (BOBBIO, 1986, p. 61).

Desse modo, em nosso ponto de vista, a perspectiva de Bobbio sobre a democracia está ancorada na teoria das elites e do pluralismo e sua visão da representação não supera a idéia de autorização por meio eleitoral, mesmo aceitando o mandato imperativo e a representação funcional, apoiada na crença da separação entre Estado e Sociedade, entre o político e o social, restringindo, portanto, as possibilidades transformadoras decorrentes da participação da sociedade civil.

### **1.3 Representação política é diferente de representação eleitoral**

Leitura atual e criativa sobre a representação é feita por Urbinati (2006, p. 191-228) para quem o conceito precisa ser repensado para dar conta do importante papel de representantes por parte dos atores não-governamentais na implementação de políticas públicas, na medida em que “falam por”, “agem pelo” conjunto de cidadãos. Ela investiga as condições que tornam a representação democrática uma forma de participação política e controle social dos cidadãos e argumenta que a democracia representativa é uma forma de governo original e que não é idêntica à democracia eleitoral.

Para a autora, a ideia do governo representativo como fato singular produziu duas escolas distintas de pensamento: um modelo eleitoral de democracia e um modelo representativo. O modelo eleitoral articulou o elitismo nas instituições políticas o único local tanto da deliberação bem como do voto e legitimação popular, por meio da votação nas eleições, e fundamenta a representação no princípio da divisão do trabalho e no domínio da competência, por meio de especialistas da política. O modelo representativo, democrático, propõe-se a evitar que o Estado fosse único poder legitimador e que o consentimento popular ficasse restrito a um ato de autorização. Nessa perspectiva, a representação inclui o direito de participar em algum nível da produção das leis e não se restringe apenas a um método de transferência da soberania popular a políticos profissionais. Identifica a origem desses modelos nas diferentes teorias da representação: jurídica, institucional e política, que pressupõem interpretações específicas dos conceitos de soberania política, Estado e Sociedade. Estes três modelos também originam definições próprias de democracia, respectivamente, direta, eleitoral e representativa, mas, em sua opinião, somente esta última definição faz da representação uma instituição acorde com uma sociedade democrática. As teorias jurídica e institucional estão muito próximas uma da outra, pois ambas se apoiam em uma analogia entre Estado e pessoa e em uma concepção voluntarista da soberania.

A teoria jurídica trata a representação como um contrato privado de concessão - autorização para realizar uma ação por pessoa interposta- e interpreta a relação entre representante e representado em uma perspectiva individualista e não-política. “A delegação (instruções vinculativas) e a alienação (incumbência ilimitada) são os dois pólos extremos desse modelo, a primeira simbolizada por Rousseau e a última por Hobbes” (URBINATI, 2006, p. 197). Com Hobbes (1991) esta abordagem evoluiu para uma tecnologia de formatação de instituições e sua fundamentação tornou-se a coluna vertebral do governo representativo liberal e, mais tarde, da democracia eleitoral, já nos moldes do modelo

institucional. Ela é baseada em um dualismo bem definido entre Estado e Sociedade; faz da representação uma instituição centrada rigorosamente no Estado, cuja relação com a sociedade é deixada ao juízo do representante (tutor); e restringe a participação popular a um mínimo procedimental.

Em uma interpretação completamente diferente, Rousseau (1979) diz que o indivíduo é livre para exercer sua própria soberania e se a delega a outrem, transforma-se em escravo. Do ponto de vista da autora essa concepção de perda da soberania tem sua explicação no fato de Rousseau apoiar-se na teoria jurídica, contratual e privada, da alienação de direitos, e não na interpretação política da representação. De acordo com Avritzer este é o problema do modelo roussauniano que “[...] não consegue evoluir de um modelo privado para um público e se prende a uma forma elementar de não-delegação da soberania”. E, continua, “[...] todas as formas de participação, até mesmo as mais diretas possíveis, implicam em delegação de soberania, e a questão é justamente pensar quais são as suas formas políticas” (AVRITZER, 2007, p. 453).

A teoria política da representação rompe com os dois modelos anteriores, na visão de Urbinati, pois concebe a representação de modo dinâmico, sem exclusividade do Estado e seus agentes, e refere-se a um processo político estruturado nos termos da circularidade entre as instituições e a sociedade, não limitada à deliberação e decisão parlamentar, e exige um *continuum* no processo de tomada de decisão que relaciona a sociedade civil aos corpos de representantes. Esta perspectiva tem na “soberania popular, entendida como um princípio regulador ‘como se’ guiando a ação e o juízo político dos cidadãos, o motor central para a democratização da representação” (URBINATI, 2006, p. 192).

A gradual consolidação do modelo político de representação durante o século vinte, com a adoção do sufrágio universal, reflete a transformação democrática tanto do Estado quanto da sociedade e o crescimento do mundo complexo da opinião pública e da vida associativa, que dão ao juízo político um peso que ele nunca antes teve, sobretudo a partir dos anos 1980, após a redemocratização de países da Europa Mediterrânea e do Leste e da América Latina. A teoria política da representação sustenta que um governo é legítimo se decorre de eleições livres e regulares e se estabelece uma corrente comunicativa permanente entre a sociedade política e a civil. As múltiplas fontes de informação e as variadas formas de comunicação e influência que os cidadãos ativam através da mídia, movimentos sociais e partidos políticos dão o tom da representação em uma sociedade democrática, ao tornar o social político. O conceito e a prática de *advocacy* (em nossa opinião, o termo defesa, usado

na tradução, não significa o mesmo que *advocacy*) assume novos contornos e importância crescente nesse contexto.

Ainda que as eleições sejam um método de controle formalmente limitado e não constituam a única dimensão da representação, elas são um momento importante no processo de constituição do julgamento político. Esta é a razão pela qual elas se tornaram sinônimo de democracia e a exigência de instituições representativas sinônimo da reivindicação popular por soberania, assevera Urbinati, para quem, quando se traduz ideias em votos, não se deve esquecer que eles representam opiniões, escolha de políticas e projetos, mais que preferências individuais. Enfatizar apenas a escolha de pessoas é um erro teórico, em sua visão, e argumenta que um voto a favor de um candidato reflete uma opinião política de longo prazo, a simpatia ou adesão a uma plataforma política, o que faz da democracia representativa um regime de tempo, diferentemente dos votos sobre questões isoladas, que se observa nas experiências de democracia direta. Em suas palavras:

O voto direto não cria um processo de opiniões e não permite que elas se baseiem em uma continuidade histórica, pois faz de cada voto um evento absoluto e, da política, uma série única e discreta de decisões (soberania pontuada). Mas quando a política é programada de acordo com os termos eleitorais e as políticas incorporadas pelos candidatos, *as opiniões compõem uma narrativa que vincula os eleitores através do tempo e do espaço* [grifo nosso] e faz das causas ideológicas uma representação de toda a sociedade e de seus problemas (URBINATI, 2006, p. 211).

O vínculo de afinidade entre os eleitos e os cidadãos eleitores é um dos componentes essenciais da representação política. A continuidade para além do período eleitoral é a norma que se espera que os representantes sigam, de maneira que seus adeptos possam julgá-los sempre, não somente ao final de seus mandatos eleitorais. Como eles aceitaram submeter suas ideias e ações ao juízo da população, quando se candidataram, não cabe a eles sozinhos avaliarem a correção das posições que tomaram baseados em seu próprio juízo. Por isso, afirma, o mandato é político e não apenas eleitoral. E mais, há um quadro de despotismo indireto quando as pessoas não são mais verdadeiramente representadas ou quando percebem seus representantes afastados delas. Essa situação deve ser enfrentada e corrigida, pois o povo, soberano, conserva um poder negativo que lhe permite investigar, julgar, influenciar e reprovar seus legisladores. Esse poder manifesta-se:

[...] tanto por canais diretos de participação autorizada (eleições antecipadas, referendums, e ainda o recall, se sensatamente regulado, de modo que não seja imediato e, acima de tudo, rejeite o mandato imperativo ou orientações diretivas) quanto por meio dos tipos indiretos ou informais de participação

influyente (fórum e movimentos sociais, associações civis, mídia, manifestações) (URBINATI, 2006, p. 208-9).

A autora enfatiza a importância dos partidos e do partidarismo na política democrática e diz que a crise do sistema partidário, ao deixar de gerar identificações ideológicas, propicia o surgimento de atitudes antidemocráticas: influência de seitas religiosas e de empresários da mídia; seleção de candidatos como competidores isolados, sem partido ou filiação à grupo político; a democracia de auditório, entre outras. Em sua avaliação os partidos políticos são associações comunais e servem de referência a possibilitar aos cidadãos e representantes se reconhecerem uns aos outros (e aos demais) e formarem alianças. O partido político traduz as particularidades em uma linguagem que é geral e pretende representar o interesse universal. Nenhum partido diz representar apenas os interesses daqueles que a ele pertencem ou o apoiam e conclui:

[...] a representação é a instituição que possibilita à sociedade civil identificar-se politicamente e influenciar a direção política do país. Sua natureza ambivalente – social e política, particular e geral – determina sua ligação inevitável com a participação. A representação política transforma e expande a política na medida em que não apenas permite que o social seja traduzido no político; ela também promove a formação de grupos e identidades políticas (URBINATI, 2006, p. 218).

A análise de Urbinati traz contribuições significativas para o entendimento moderno do conceito de representação: reafirma a importância da eleição e do voto sem torná-los exclusivos no processo de autorização; ressalta o papel da opinião pública, da sociedade civil e do juízo político; inverte o argumento hobbesiano, pois agora o compromisso não é mais dos representados, que devem aceitar todas as ações do representante por terem delegado sua soberania, mas sim dos representantes que aceitaram submeter suas ideias e ações ao juízo popular; defende o controle pós-eleitoral e o monitoramento do mandato, até mesmo sua revogação, uma espécie de autorização permanente por meio dos mecanismos institucionalizados ou dos informais, da sociedade civil; reafirma a importância do papel dos partidos políticos; propõe nova classificação das teorias da representação e nova interpretação dos conceitos de vínculo de afinidade, mandato político (em lugar do apenas eleitoral), “*advocacy*” e representatividade política, como componentes da representação democrática.

Entretanto, a autora não consegue evidenciar a consistência e o formato institucional – se houver- da representação das diferentes modalidades de participação da sociedade civil, os tipos indiretos ou informais de participação. Finalmente, parece-nos que a perspectiva da autora sobre o significado do voto, apesar da criativa metáfora das opiniões que compõe uma

narrativa através do tempo, é demasiado otimista, idealizada, a exigir uma república de cidadãos virtuosos com plena consciência de todas as implicações do seu ato de votar e que estabelecem fortes vínculos entre eleitores e representantes.

#### **1.4 Participação, deliberação e representação**

A partir da década de 1990 ganham audiência novas teses que enfatizam o papel da deliberação pública na formação da opinião e da vontade política. Estas teses apoiam-se na teoria social e política desenvolvida por Habermas, que será vista com mais detalhes no próximo capítulo, mas se diferenciam em alguns aspectos desta. Nas novas leituras da teoria democrática a deliberação é um processo de discussão pública no qual os participantes oferecem propostas e justificações para sustentar decisões políticas, coletivas. Habitualmente é conceituada como a tomada de decisões por meio do debate entre cidadãos livres e iguais, diálogo entre diferentes sujeitos em busca de consenso ou do acordo possível, tendo como condição de legitimidade o direito de todos os interessados poderem participar (acesso). De acordo com Manin (2007, p. 31) “[...] uma decisão legítima não representa a vontade de todos, mas resulta da deliberação de todos.” Desse modo, a legitimidade das decisões seria o processo de discussão e debate que as fundamentam. O resultado é legítimo se a decisão é definida no encerramento do processo deliberativo no qual cada um estava apto a tomar parte, escolher entre diversas soluções e permanecer livre para aprovar ou recusar as conclusões desenvolvidas a partir do argumento. A decisão resulta de um processo no qual o ponto de vista da minoria também foi considerado e, embora a decisão não contemple todos os pontos de vista, é resultado de uma confrontação entre eles que considerou os argumentos de todos (MANIN, 2007, p. 40). Segundo este autor, a deliberação tem uma dimensão coletiva e individual e requer não apenas pontos de vistas múltiplos, mas conflitantes, pois tal tipo de conflito é a essência da política. Além disso, na deliberação não se trata tão somente conhecer os diferentes pontos de vista dos atores, mas estes também tentam persuadir um ao outro por meio da argumentação, enquanto processo discursivo e racional. A argumentação consiste numa confrontação de normas e valores opostos, nem certos, nem errados, mas que podem ser mais ou menos justificados, por meio da amplitude e intensidade de sua aprovação por um público. Acrescenta ainda que, dadas as regras procedimentais apropriadas para a deliberação, o melhor argumento é apenas aquele que gera maior apoio e não aquele capaz de convencer todos os participantes. Como é impossível que todos deliberem sobre qualquer tema, Manin propõe que necessariamente deve-se articular deliberação e representação na qual os



representantes defendam os interesses gerais e dos seus segmentos. Em caso de dúvida, a escolha pode ser por meio do voto que seria uma decorrência da deliberação. No voto o processo de formação da vontade é concluído (MANIN, 2007). Durante a deliberação coletiva a informação que no começo estava incompleta torna-se mais consistente, mesmo que incompleta, pois a complexidade da vida social impossibilita aos indivíduos dispor de toda informação necessária. A decisão política é por natureza uma escolha sob a incerteza. Em decorrência, para o autor, a deliberação também é um processo educativo, pois amplia os pontos de vista dos cidadãos para além da perspectiva do seu interesse privado, e propaga esclarecimento. Na deliberação, o povo educa-se a si mesmo. Como dissemos, há leituras diferentes sobre a deliberação e a teoria deliberativa. Cohen (2007, p. 115-44), por exemplo, diferentemente de Manin, minimiza a persuasão como elemento constitutivo do processo deliberativo e afirma que a teoria deliberativa coloca o raciocínio público (ou razão pública) como base da justificação política e não apenas o debate público. Critica o que denomina concepção epistêmica do voto, que o pressupõe como expressão de crença sobre a resposta correta a uma questão política ao invés de preferências sobre qual política implementar. Para este autor o procedimento ideal da deliberação política é aquela em que os participantes: consideram-se mutuamente como iguais; defendem ou criticam propostas e instituições, considerando as razões distintas dos demais, supondo que são razoáveis; estão dispostos a cooperar de acordo com os resultados dessas discussões, considerando esses resultados como obrigatórios (COHEN, 2007, p. 123). Como as razões aceitáveis e sua importância variam conforme as concepções e projetos dos sujeitos, o autor afirma que nem mesmo um procedimento deliberativo ideal produzirá um consenso. Mas, acrescenta, mesmo se há divergência e a decisão é tomada pela regra da maioria, os participantes podem recorrer a razões de peso como base para a escolha coletiva e, apesar de discordarem sobre o resultado correto, o apoio da maioria baseado nestes argumentos legitima a decisão.

Dryzec (2004, p. 41-62), outro defensor da teoria deliberativa, fala do problema da escala, pois nem todos podem deliberar. Diverge da solução dada por Rawls (1993 apud Dryzec, 2004, p. 43) para o problema, de que basta reduzir o número de temas a serem deliberados, tendo como modelo a suprema corte de justiça. Também tem sido apresentada como solução a redução do número de pessoas a deliberar por sorteio de amostra representativa da população, o que poderia fornecer uma simulação da decisão de todos, tais como as enquetes deliberativas, pesquisa de opinião deliberativa, grupos focais, júris de cidadãos, minipúblicos, entre outros, desde que deliberem sobre temas específicos. Para o autor o problema é que estes procedimentos não captam o caráter diferenciado do intercâmbio

político e, principalmente, porque as decisões precisam ser justificadas para aqueles que não participaram do processo. Também não endossa o ponto de vista de Habermas que propõe a deliberação na esfera pública e no legislativo, sistema político mais sistema jurídico, pelo fato de considerar as eleições como o principal canal de influência da esfera pública sobre o Estado. Dryzec defende a democracia deliberativa como competição de discursos, partindo do suposto que todo discurso tem uma concepção de mundo, relacionado a valores, ideologias. O autor define opinião pública como o resultado provisório da competição de discursos na esfera pública conforme transmitido ao Estado e assevera que a maior ressonância de decisões coletivas junto à opinião pública significa maior legitimidade discursiva e alguns discursos sairão perdendo na competição por influência, a exemplo da competição dos discursos ambientalista, feminista, e outros. Em sua proposta o número de participantes é indeterminado. Finalmente assegura que as redes são muito importantes do ponto de vista da competição democrática de discursos na esfera pública na medida em que participam diferentes pessoas que trabalham com os princípios da igualdade, transparência, respeito e reciprocidade, base da política deliberativa. Afirma ainda que nenhuma decisão é capaz de responder as demandas de todos os discursos concorrentes, pois o consenso não é possível nem desejável na realidade, e defende acordos razoáveis que possam garantir a concordância dos interessados. A câmara de discursos, uns em oposição aos outros, coexistindo ao lado das formas de representação dos indivíduos e cujos membros não seriam eleitos porque, se o fossem, passariam a representar indivíduos, de Dryzec, é criticada por Avritzer (2007 p.454) por afirmar a diferenciação entre a representação de interesses de pessoas e a de discursos com o objetivo de separar a dimensão discursiva da dimensão eleitoral. De acordo com este autor, a proposta de Dryzec rompe com a idéia habermasiana da esfera pública informal, de feição não-institucional, e critica os seguintes pontos: é difícil separar a representação das idéias daquela de indivíduos; não se representam apenas discursos, mas também valores e interesses; supõe que a sociedade civil se limita à *advocacy* (o autor traduz por advocacia), de idéias quando, na verdade, o associativismo defende interesses, valores e projetos específicos de políticas públicas (o conceito de *advocacy* é insuficiente para entender o campo da representação não-eleitoral); a maior parte das vezes em que a sociedade civil está exercendo funções de representações, ela está apoiada em organismos deliberativos, e divide prerrogativas com o poder executivo (AVRITZER, 2007, p. 454-5). Portanto, para este autor, uma câmara discursiva não resolve o problema.

A agenda é outra questão relevante para a proposta da política deliberativa: quais assuntos podem e devem ser debatidos? A deliberação pública é entendida de modo genérico

em relação às suas regras e estruturação, que não dependem de temas particulares. Segundo Nobre (2004) não há questões de princípios que limitem a agenda do debate e nem o acesso dos participantes, contando que cada pessoa ou segmento social excluído possa mostrar justificadamente que são afetados de modo relevante pela norma proposta. Desse modo, as teorias normativas da democracia não podem aceitar restringir a democracia à sua forma de organização político-estatal, especialmente ao sistema partidário e assim, se por um lado não podem deixar de considerar a institucionalização político-estatal como sua fundação, por outro não podem mais concebê-la centrada no Estado. Democracia é assim uma forma de vida que pressupõe uma cultura política da qual depende, inclusive para a institucionalização.

Avritzer (2007, p. 443-64) também incorpora novas contribuições ao debate atual sobre a representação, apoiando-se especialmente em Habermas e Urbinati, mas com enfoque diferenciado. Afirma que a moderna teoria da representação está baseada em três elementos: a autorização, o monopólio e a territorialidade. Os conceitos de monopólio e territorialidade não são inerentes à ideia de representação, mas foram ligadas a ela durante o processo de consolidação do Estado moderno. As instituições representativas na idade média e no começo do moderno operavam por sobreposição de soberania ou formas de representação, isto é, uma decisão política era tomada em diversos lugares ao mesmo tempo. No seu período inicial o Estado moderno vai se tornar a única instituição com monopólio do poder e da ação administrativa e a necessidade de legitimação termina por gerar a instituição da autorização para o exercício do poder, monopolizado em seu território.

Com a crise do modelo monopolista de representação, surgem novas propostas. Houtzager, Gurza Lavallo e Castello (2006) sustentam, que o problema reside na dualidade constitutiva entre a formação da vontade e sua institucionalização e propõem, apoiando-se em Burke, a autonomia do ator (representante), ao separar o exercício do mandato e a eleição, defendendo a representação virtual, entendida como uma representação não formalmente reconhecida ou aceita. Para Avritzer (2007) o risco do argumento é que se baseia em um autor conservador que tentava estabelecer a legitimidade da representação não-eleitoral para legitimar as monarquias européias. Assim, se o argumento é válido para a sociedade civil, por que não pode ser válido para reis, ditadores, ou qualquer tipo de arranjo não-democrático?

A questão seria, então, para Avritzer, justificar ou negar a representação específica que a sociedade civil exerce em arenas deliberativas. Traz como contribuição para justificar a dimensão não-eleitoral da representação o conceito de representação por afinidade. Para isso, associa a contribuição de Urbinati, da política como um *continuum*, no qual a eleição é um momento relevante, mas não exclusivo, e a contribuição de Dryzek, da necessidade de

institucionalizar novas formas de discurso. Propõe que se questione a relação direta entre representação e soberania, apoiado em Held (1995), sugerindo que a representação opere na situação de múltiplas soberanias. A crise da soberania do Estado Nacional, inexorável em sua opinião, assim como o papel cada vez maior de instituições internacionais no campo da economia, é justificativa para o argumento das múltiplas soberanias.

Como integrar o elemento eleitoral da representação com as diversas formas de *advocacy* e participação que tem origem extra-eleitoral? Em que contexto poderão operar e conviver a representação eleitoral e a representação da sociedade civil? Sua resposta às duas questões é criativa: ele propõe a ampliação do conceito de autorização que estaria relacionada a três papéis políticos diferentes: o de agente; o de advogado (*advocacy*) e o de partícipe, sendo que em todos os casos está presente, segundo ao autor, a condição indispensável de “agir em lugar de”, ressaltado por Urbinati (2006), condição essa que varia de perspectiva e pode ser justificada de diferentes modos.

O agente escolhido pelo processo eleitoral é o caso clássico de representação por meio do voto, situação já analisada. A *advocacy* de causas coletivas, públicas ou privadas, sofreu alterações importantes nas últimas décadas, passando a prescindir da autorização específica da(s) pessoa(s) e de suas diretivas, a exemplo da Anistia Internacional ou o Greenspace, que fazem a defesa de temas e prescindem de escolha ou de qualquer autorização de pessoas. Para Avritzer (2007, p. 357):

[...] existem casos ainda mais problemáticas para a teoria da representação como aquelas em que organizações de direito das mulheres defendem a autonomia das mulheres de países nas quais elas não têm direitos e, se consultadas, diriam provavelmente que não são a favor desses direitos.

Em todos esses casos não é a autorização, e sim a afinidade ou a identificação de um conjunto de indivíduos com a situação vivida por outros indivíduos que legitima a *advocacy*. Nesse sentido o elemento central da *advocacy* não é a autorização, mas sim a identificação com a causa: o que representam é um discurso, uma ideia, sobre o direito das pessoas em geral, e não um conjunto específico de pessoas.

O terceiro caso é o da representação da sociedade civil, muito forte nas políticas públicas dos países em desenvolvimento e que tem ocorrido a partir da especialização temática e da experiência. Organizações criadas por atores da sociedade civil e que lidam por algum tempo com algum problema ou tema tendem a assumir a representação da sociedade civil em conselhos ou outros organismos encarregados das políticas públicas. Nesses casos há

eleições para esses representantes, mas o eleitorado tem características específicas, pois são os próprios pares.

Há um grupo de origem da representação exercida por essas pessoas, mas esse grupo pode incluir ou não todas as associações ligadas ao tema ou mesmo não estar organizado em associações. Além disso, o eleitorado não possui as características da igualdade matemática (uma pessoa, um voto, princípio básico da representação eleitoral), nem o monopólio territorial da representação, pois a capacidade de decisão é compartilhada com outras instituições presentes no território. As associações civis, onde se origina a escolha dos atores, exercem o papel de criar afinidades intermediárias, isto é, elas agregam solidariedade e interesses parciais e assim elas favorecem um tipo de representação por escolha não-eleitoral de pessoas. Portanto, a representação dos atores da sociedade civil se legitima por identificação e experiência com o tema e a escolha entre pares. O autor afirma ainda que a pragmática da legitimação é o oposto da representação eleitoral na medida em que se dá pela relação com o tema: “se um ator que age por sua própria conta fala em nome de outros atores, não deixa de haver representação, ainda que, nesse caso, ela se dê por identificação” (AVRITZER, 2007, p. 447). Propõe o seguinte quadro para exemplificar os modelos de representação:

**Quadro 4:** Formas de Representação na Política Contemporânea.

<b>Tipo de representação</b>	<b>Relação com o representado</b>	<b>Forma de legitimação da representação</b>	<b>Sentido da representação</b>
Eleitoral	Autorização através do voto	Pelo processo	Representação de pessoas
<i>Advocacy</i>	Identificação com a condição	Pela finalidade	Representação de discursos e ideias
Representação da sociedade civil	Autorização dos atores com experiência no tema	Pela finalidade e pelo processo	Representação de temas e experiências

Fonte: Avrtizer, 2007

Apoiando-se nesse quadro, propõe pensar a representação de modo diferente. Em primeiro lugar, a representação eleitoral deve significar a abertura para um relacionamento entre distintas formas de soberanias: a eleição estabelece um modo pela qual os corpos representativos se relacionaram com a *advocacy* e com a representação da sociedade civil. Nesse modelo um tipo de representação pode legitimar o outro. Em sua visão as eleições continuam sendo a maneira mais democrática de escolha de representantes. Também observa que tem sido frequente o encontro entre representantes eleitos e representantes da sociedade civil em arranjos institucionais diversificados no campo das políticas públicas. O *continuum*

da política assume formas institucionais diversas, afirma, deve-se preocupar menos com a legitimidade dessas novas formas de representação e mais sobre a forma como elas devem se articular e se sobrepôr em um sistema político regido por múltiplas soberanias. O futuro da representação eleitoral passa por sua articulação com as formas de representação originadas na participação da sociedade civil.

O ponto de vista de Avritzer apoia-se no amplo marco da teoria discursiva da democracia, proposta por Habermas (2003). Ele procura alternativas para articular a representação eleitoral com aquela decorrente da participação social, propondo a releitura do conceito de representação para incorporar duas novas modalidades: uma relativa à defesa de ideias e princípios, a *advocacy*, e outra referente à participação de atores da sociedade civil em movimentos e organizações de perfil híbrido, com representantes do Estado e representantes da sociedade civil, que lutam por temas específicos das políticas públicas. Vemos como positiva sua concepção da importância da instituição da representação política e a superação da ideia do antagonismo insuperável entre representação e participação. Também é interessante a caracterização que faz dos critérios para representação das instituições participativas: nem autorização, nem território, nem monopólio, nem voto igual.

Seus argumentos a favor da representação por afinidade, ideia que tomou emprestada de Urbinati, são consistentes e contribuem para a justificação dessa modalidade de representação, mas insuficientes em nossa opinião por duas razões principais. Em primeiro lugar ao justificar a defesa de ideias e princípios universais é necessário contextualizar, pois é um risco aceitar nessa condição ideias e princípios que não tenham sido objeto de acordos e pactos internacionais, em arenas ou fóruns reconhecidos e legítimos. Do contrário a representação por afinidade pode ser usada para legitimar qualquer ideia ou princípio particularista, como, por exemplo, a representação da ideia da salvação das almas por parte de doutrinas religiosas ou seculares que defendam, ou até imponham princípios políticos ou morais, mesmo contra a vontade das pessoas e da coletividade (RAWLS, 2007). O segundo problema do seu ponto de vista da representação por afinidade é que representar uma ideia ou um discurso separado do autor não atende ao postulado de “em lugar de outro”, crítica que o próprio autor dirige à concepção da câmara de discursos, de Dryzec, e que é consenso na caracterização do ato de representar, de acordo com Urbinati (2006). Ou se abre mão do postulado, ou se aceita que a representação por afinidade dá-se por meio da defesa de temas e ideias, sem estar “em lugar de outro”.

Outra questão controversa refere-se à representação do partícipe, ator da sociedade civil, cuja escolha apoia-se na experiência e no conhecimento prévio do tema e no

reconhecimento dos pares. O reconhecimento dos pares habitualmente é processado por meio de eleições e, nesse caso, não há porque exigir os mesmos critérios da escolha legislativa, pois eleição como processo de autorização de representantes existe não apenas no sistema político formal – governo, legislativo, partidos –, mas também é prática política histórica de legitimação no âmbito da sociedade civil, das entidades classistas e dos movimentos sociais e associativos, pelo menos desde o século XIX, a exemplo do movimento operário e sindical, dos movimentos pelo sufrágio universal, pela paz, feminista, anti-escravagista, entre tantos outros, todos eles ancorados nos princípios da solidariedade social. Em todos os casos, os escolhidos representam os seus pares, apesar de muitas vezes falar em nome de toda a sociedade, na medida em que os interesses de um grupo ou segmento social possa efetivamente, em determinado contexto histórico e social, representar os interesses de todos, ou a defesa dos interesses dos segmentos sociais vincularem-se aos interesses coletivos como propõe Manin (2007). Em todo caso é uma representação condicionada ao contexto. O outro problema do argumento em nosso ponto de vista reside no quesito experiência e conhecimento prévio do tema que, mesmo sendo condição desejável para o exercício da representação, não nos parece adequado como único critério para autorização e legitimação da escolha de representantes. Neste caso seríamos levados a aceitar que o gestor público da saúde possa ser o representante das entidades da sociedade civil ou que o médico possa representar o usuário seu paciente, por exemplo. Por mais que conhecimento e experiência sejam aspectos relevantes para o adequado exercício da representação e deliberação, esta questão continua problemática, podendo mesmo limitar quem não possua tais atributos de participar do processo representativo. Avritzer, na tarefa que se propôs de justificar a representação da participação, sugere a desvinculação do território e a eliminação do monopólio da representação, apoiando-se na premissa da falência da soberania dos Estados nacionais, outro argumento problemático, em nossa opinião, entre outras razões, por desconsiderar a atribuição e a capacidade do Estado e da Sociedade nacionais de estabelecer as regras do jogo democrático no âmbito de seu território. As soberanias múltiplas não implicam necessariamente em mais legitimação da representação democrática e podem, ao contrário, favorecer práticas antidemocráticas pela ação dos interesses econômicos transnacionais ou pela disputa do poder entre diferentes grupos oligárquicos, como na sociedade feudal. A premissa da falência da soberania do Estado nacional é também motivo de controvérsias.

Em síntese, a questão da representação está longe de um consenso, é objeto de diferentes interpretações e possibilita distintas teorias explicativas. A participação social também adota o estatuto da representação, não legislativa, bem entendido, mas outras

modalidades dela. Um primeiro critério de diferenciação entre as tradições teóricas é sobre a importância e o papel que conferem à participação ativa da sociedade civil e o peso atribuído à escolha dos representantes por meio de eleições. A questão do processo e da finalidade, forma e conteúdo, da representação é outro critério que recebe respostas diferentes e conflitantes. Desde os anos 1980 os críticos da tradição liberal e da perspectiva apenas eleitoral da democracia fundamentaram novas leituras da teoria democrática, da representação, da deliberação e da participação. A postura excludente, democracia representativa ou democracia direta, representação ou participação, cedeu lugar, nessas novas leituras a uma postura que busca democratizar a representação e estabelecer os procedimentos de consenso para a participação e a deliberação. Como nos diz Avritzer, todas as formas participação, até as mais diretas possíveis, implicam em delegação de soberania. A questão é pensar quais são as suas formas políticas que permitam a expressão da vontade da sociedade. Nessa perspectiva, a existência da liberdade de pensamento, de opinião e de organização, os chamados direitos políticos básicos, garantidos pelo sistema político democrático e legitimados pelo exercício do voto universal, no espaço do Estado territorial nacional, é condição indispensável para o exercício da participação social dos atores da sociedade civil e para o desenvolvimento da vida associativa. A escolha pelo voto continua sendo o procedimento democrático preferencial de autorização e necessária como fonte primária de legitimação das demais formas, como nos ensinam Habermas (2002; 2003) e Urbinati (2006). Um argumento muito vezes negligenciado é que o representante eleito pelo voto propõe ou defende ideias, temas e interesses da sociedade civil que encontram ressonância na maioria das pessoas consultadas, ou em minorias, no caso das eleições proporcionais. Eles não são eleitos para depois escolher seus temas, ao contrário, com muita frequência eles são eleitos exatamente por conseguirem sintetizar as aspirações de uma determinada comunidade, como enfatiza Urbinati (2006), para quem o voto traduz preferências não por pessoas, mas por ideias e políticas. A proposta da representação política dessa autora, como um vínculo continuado entre representante e representado, valoriza o estatuto da representação, superando a mera autorização eleitoral e concebe a representação de modo dinâmico, sem exclusividade do Estado e seus agentes, não limitada à deliberação parlamentar, com circularidade entre as instituições e a sociedade, exigindo um *continuum* no processo de tomada de decisão que relaciona a sociedade civil aos corpos de representantes. A institucionalização e posterior legitimação dos espaços de deliberação e participação social são reguladas por leis promulgadas por legislativos eleitos que normatizam as atribuições, a composição e os procedimentos para seu funcionamento e inclusive das modalidades de representação dos



atores sociais e estatais. Apesar dos esforços consistentes de reflexão para a elaboração de propostas que fundamentem a formalização das práticas de representação não-eleitoral da sociedade civil ainda há muitos problemas teóricos e práticos a serem resolvidos. O debate deve continuar porque enriquece as práticas cotidianas das lutas sociais e é por elas fertilizado. A expansão e aprofundamento das práticas democráticas têm tensionado o modelo tradicional da representação eleitoral, evidenciando seus limites, dificuldades e colocado a necessidade de novas soluções para o crescente e diversificado interesse de cada vez mais pessoas e atores sociais ocuparem a cena para debater os temas de seus interesses imediatos e mediatos, particulares e gerais. Vimos que as perspectivas que procuram integrar participação, deliberação e representação têm apontado para alternativas inovadoras e promissoras. No próximo capítulo veremos algumas respostas a estas questões na perspectiva da teoria discursiva da democracia e da ação comunicativa, proposta por Habermas. Chegará o momento em que palco e plateia confundam-se e que todos representem?

## **CAPÍTULO II. TEORIA DO AGIR COMUNICATIVO E DEMOCRACIA**

A seguir é apresentada uma síntese da proposta da teoria discursiva de democracia de Habermas e o papel que o autor atribui ao procedimentalismo, à representação política e à participação social. Também procuramos desenvolver a análise dos conceitos relevantes da proposta de política deliberativa, tais como, esfera pública, sociedade civil, soberania popular, legitimação, e relacioná-los a teoria da ação comunicativa, que enfatiza o papel da linguagem, central na obra do autor.

### **2.1 Teoria Democrática, deliberação e procedimentalismo social**

Schumpeter (1942) usa um argumento procedimentalista para definir o processo democrático: método para a tomada de decisões políticas administrativas e exclui a participação porque, segundo ele, o cidadão comum não tinha interesse ou capacidade política a não ser para escolher os líderes que deveriam tomar as decisões. Bobbio (1986, p.18) entende o procedimentalismo como regra para a formação de governo representativo e sustenta que o conceito mínimo para democracia seria um conjunto de regras que estabelece quem está autorizado a tomar decisões coletivas e com quais procedimentos. Críticos do ponto de vista liberal e hegemônico da democracia (MACPHERSON, 1979; HABERMAS, 2002; 2003; SANTOS, 2002; URBINATI, 2006) asseveram que este enfoque restrito limitou o debate exclusivamente ao processo eleitoral e restringiu a participação apenas ao exercício do voto. Habermas (2002; 2003) crítico da leitura liberal não rompeu com o procedimentalismo, mas interpreta procedimento como forma de vida e entende democracia como forma de aperfeiçoar a convivência humana e como uma gramática de organização da sociedade e da sua relação com o Estado, construída historicamente e não sujeita a qualquer tipo de determinação de leis naturais. Habermas, de acordo com Santos, (2003) foi o autor que abriu espaço para que o procedimentalismo pudesse ser pensado nessa nova perspectiva. Ele incorporou a dimensão social no argumento procedimentalista ao propor o princípio de deliberação societária e a importância dos movimentos sociais e da diversidade cultural na construção do novo quadro institucional. O conceito de deliberação ampliado traz para o debate democrático o procedimentalismo social e participativo que tem sua origem na pluralidade das formas de vida existentes nas sociedades contemporâneas. A política, para ser plural, tem de incorporar esses atores em processos racionais de deliberação e o procedimentalismo democrático, portanto, vem a ser uma forma de exercício coletivo do

poder cuja base é o processo livre de apresentação de razões entre iguais. Introduziu-se, assim, a possibilidade de uma relação argumentativa crítica com a organização política, no lugar da participação direta (SANTOS, 2002).

A visão habermasiana da democracia é uma contribuição relevante para o seu entendimento. O desenvolvimento de sua concepção da política democrática é mais recente, mas apoia-se no conjunto de sua obra anterior, sobretudo, na teoria do agir comunicativo. A solução encontrada por ele situa a participação política no contexto da tensão entre democracia e capitalismo. O autor propõe-se elaborar um enfoque procedimentalista da democracia e da política deliberativa, distinto tanto do paradigma liberal quanto do republicano, intitulado teoria discursiva da democracia. Seu objetivo é compatibilizar os procedimentos de um processo igualitário de deliberação com as formas realistas da tomada de decisão do sistema político das sociedades modernas (HABERMAS, 1995; 2002; 2003).

Para ele, na visão liberal ou lockiana, o processo democrático programa o governo segundo os interesses da sociedade, sendo o governo representado pela administração pública e a sociedade por uma rede de relações entre as pessoas privadas na forma de mercado. Assim a formação da vontade política do cidadão tem a função de reunir os interesses privados e encaminhá-los à administração pública que se encarrega dos objetivos coletivos. Na visão republicana, de corte rousseauiano, a política vai além e é concebida como o meio pelo qual os membros da comunidade tomam consciência de sua dependência mútua e, agindo como cidadãos com capacidade de deliberação, estabelecem relações como associação de parceiros livres e iguais sob a vigência da lei. Portanto, além da norma estatal e das regras do mercado da visão liberal, a solidariedade e a orientação para o bem comum aparecem como fonte de integração social nessa perspectiva. Sociedade civil autônoma é pré-condição para a práxis da autodeterminação cívica.

As diferentes concepções da política geram duas imagens contrastantes de cidadãos. Na perspectiva liberal, a situação de cidadão é determinada de acordo com os direitos negativos de que dispõe em relação ao Estado e a outros cidadãos, direitos de ser protegido e que permitem aos cidadãos garantir seus interesses privados; na tradição do pensamento republicano, os direitos políticos, sobretudo os de comunicação e participação política são liberdades positivas que permitem aos cidadãos tornarem-se atores politicamente autônomos de uma comunidade livre. Portanto, para o autor, na perspectiva republicana, a razão de ser do Estado não está na proteção dos direitos privados, mas na garantia da formação abrangente da vontade e da opinião, processo pelo qual cidadãos livres e iguais chegam a um entendimento no interesse comum a todos.

As distintas concepções sobre a lei, o Estado e o cidadão evidenciam divergências mais profundas sobre o processo político. O processo político de formação da vontade e da opinião na esfera pública e no parlamento, lido pelo ângulo liberal, é orientado pela competição e pelo agir estratégico e as decisões dos eleitores, quando expressam suas preferências por pessoas ou programas por meio do voto, têm a mesma estrutura de escolha feita pelos participantes do mercado. Em contraposição, na acepção republicana, a formação da vontade e da opinião que ocorre na esfera pública e no parlamento orienta-se para a comunicação pública com vistas ao entendimento mútuo e o diálogo é o meio para enfrentar as divergências, em torno de questões de valor e não meramente de preferências.

Habermas (2002, p.286) critica a visão republicana em sua versão comunitária por ser muito idealista, mesmo nos termos de uma análise teórica, pois o processo político passa a depender das virtudes de cidadãos voltados ao bem-estar público e exige um consenso ético prévio. Segundo essa visão, haveria uma relação obrigatória entre o conceito deliberativo da democracia e a referência a uma comunidade ética concreta e firmemente integrada o que explicaria a orientação dos cidadãos para o bem comum. Ele, no entanto, ressalta que o modelo republicano, quando comparado ao liberal, tem a vantagem de preservar o significado original da democracia ao enfatizar a autonomia dos cidadãos.

Do ponto de vista da teoria discursiva, a formação democrática da vontade legitima-se por meio dos pressupostos comunicativos que permitem aos melhores argumentos entrarem em ação em várias formas de deliberação, bem como dos procedimentos que asseguram processos justos de negociação, substituindo a concepção puramente ética de autonomia cívica. A elaboração de normas é essencialmente uma questão de justiça, sendo avaliada segundo princípios que estabelecem o que é igualmente bom para todos e, diferente das questões éticas, não está relacionada desde o princípio com uma coletividade específica e sua forma de vida. Por isso, sustenta que a lei politicamente sancionada de uma comunidade concreta para legitimar-se precisa ser compatível com princípios morais que tenham uma validade universal que vá além da comunidade legal (HABERMAS, 2002, p.287). Além disso, os interesses políticos e valores conflitantes, sem possibilidade de consenso, precisam de soluções equilibradas que não serão alcançadas por meio de discursos éticos. Assim, a pretensão de validade das normas legais deve atender dois requisitos: conciliar interesses conflitantes de modo compatível com o bem comum e permitir que uma comunidade específica acesse princípios universais de justiça. E, do mesmo modo, processos de negociação regulamentados e várias formas de argumentação, incluindo discursos

pragmáticos, éticos e morais, com seus diferentes pressupostos e procedimentos comunicativos, são a garantia do caráter democrático da lei.

## **2.2 Três modelos de democracia**

Habermas (2002) afirma que o conceito procedimentalista da política deliberativa pressupõe uma concepção distinta da sociedade. Tanto o modelo liberal quanto o republicano pressupõem uma visão da sociedade baseada no Estado, seja como guardião de uma sociedade de mercado, seja como a institucionalização autoconsciente de uma comunidade ética. Na perspectiva liberal o processo democrático dá-se exclusivamente sob a forma de compromissos entre interesses concorrentes e a garantia da equidade é assegurada pelo voto, pela composição representativa do legislativo e pelas leis, justificadas em termos de direitos liberais fundamentais. Em contrapartida, na interpretação republicana a formação democrática da vontade dá-se sob a forma do discurso ético-político, tendo como pressuposto para a deliberação um consenso prévio, estabelecido culturalmente e compartilhado pelo conjunto dos cidadãos. A teoria do discurso apropria-se de elementos dessas duas tradições do pensamento político, integrando-os no conceito de procedimento ideal para deliberação e tomada de decisão. Ao relacionar considerações pragmáticas, compromissos, discursos de autocompreensão e justiça, o procedimentalismo democrático tem a pretensão de obter resultados racionais e justos. Nessa leitura a razão prática afasta-se da noção dos direitos humanos universais, ou da substância ética concreta de uma comunidade específica, para adequar-se às regras do discurso e das formas de argumentação. Em última análise, o conteúdo normativo surge da própria estrutura das ações comunicativas.

Para Habermas, a visão republicana da democracia é equivalente à auto-organização política da sociedade como um todo e dela decorre a polêmica compreensão da política voltada contra o Estado. Esta leitura que separa Estado e Sociedade e se propõe revitalizar a esfera pública para que cidadãos virtuosos constituam autogovernos descentralizados e assim apoderem-se das agências estatais pseudo-independentes. Na leitura liberal a separação entre Estado e sociedade não pode ser eliminada, mas apenas atenuada pelo processo democrático que é necessário para regular o poder (aparelho estatal) e os interesses por meio das leis. O foco não é a elaboração política e racional da vontade política, mas a produção de resultados administrativos práticos e efetivos, pois o modelo liberal depende não da autodeterminação democrática de cidadãos capazes de deliberação, mas da institucionalização jurídica de uma

sociedade econômica que garanta um bem comum apolítico, por meio da satisfação de interesses particulares (HABERMAS, 2002, p. 288).

A teoria do discurso enfatiza mais os aspectos normativos que a tradição liberal e menos que a republicana; atribui grande importância à formação política da opinião e da vontade; considera os princípios do Estado constitucional como resposta consistente à questão de como podem ser institucionalizadas as formas comunicativas da formação da vontade e da opinião. Na perspectiva discursiva o êxito da política deliberativa depende dos procedimentos e das condições de comunicação adequadas ao desenvolvimento daqueles. As formas de comunicação sem sujeito constituem arenas onde ocorre a formação mais ou menos racional da vontade e da opinião. A formação informal da opinião pública gera a influência; esta é transformada em poder comunicativo por meio das eleições políticas; e o poder comunicativo é transformado em poder administrativo por meio da legislação (2002, p. 289).

Os limites entre Estado e sociedade são respeitados, como na visão liberal, mas com uma diferença importante, neste caso: a sociedade civil fornece a base social das esferas públicas autônomas, que mantêm suas identidades frente ao sistema econômico e ao poder administrativo, gerando um novo equilíbrio entre as três fontes integradoras das sociedades modernas, quais sejam, o dinheiro, o poder administrativo e a solidariedade (ARTMANN, 2001; MELO, 2005). A força integradora da solidariedade deve ser fortalecida frente aos outros dois mecanismos de integração social através das esferas públicas ampliadas e diferenciadas, bem como por meio dos procedimentos de deliberação democrática e de tomada de decisão juridicamente institucionalizados.

### **2.3 Esfera Pública e Sociedade civil**

A concepção deliberativa da esfera pública formulada por Habermas é um conceito-chave para o entendimento da teoria discursiva da democracia. Sua importância pode ser avaliada pela seguinte passagem:

A categoria da *esfera pública* já estava presente em definições anteriores da sociedade civil, mas seu papel de mediação entre o particular e o geral só agora ficou evidente. Nos públicos civis as pessoas discutem assuntos de interesse comum como seres iguais e informam-se sobre fatos, acontecimentos e sobre as opiniões, interesses e perspectivas dos outros. O debate em torno de valores, normas, leis e políticas gera uma *opinião pública politicamente relevante* (COHEN, 2003, p. 426).

A autora afirma que através dos meios de comunicação de massa a esfera pública faz a mediação entre inúmeras mini-audiências, envolvendo os membros dos movimentos sociais, associações, organizações não-governamentais, entidades religiosas, clubes e outros. Em sociedades complexas, a esfera pública forma uma estrutura intermediária responsável pela mediação entre o sistema político e os setores privados do mundo da vida e sistemas de ação especializados em termos de funções. Habermas (2003, p. 92) a define nos seguintes termos: “[...] pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados a ponto de se condensarem em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos”. Para ele a esfera pública é um fenômeno social tão elementar para descrever a sociedade quanto são ator, ação, associação ou coletividade. A esfera pública constitui principalmente uma estrutura comunicacional referente ao espaço social gerado na ação comunicativa e, por essa razão, as metáforas mais usadas para caracterizá-la são arquitetônicas: fóruns, palcos, espaços, arenas, entre outros. As esferas públicas ainda estão muito ligadas aos espaços concretos de um público presente e é onde os indivíduos podem problematizar em público uma condição de desigualdade da esfera privada. O questionamento de sua exclusão política dá-se por meio do princípio de deliberação democrática: apenas são válidas aquelas normas-ações que contam com o assentimento de todos os indivíduos participantes de um discurso racional. Este princípio, também denominado princípio do discurso, é o núcleo central da teoria moral habermasiana (MELO, 2005).

A caracterização feita por Habermas (2003 p. 92-8) é minuciosa: na esfera pública, as manifestações são escolhidas de acordo com temas e tomadas de posição pró ou contra; as informações e argumentos são elaborados na forma de opiniões focalizadas; uma opinião pública não é representativa no sentido estatístico e não pode ser confundida com resultados da pesquisa de opinião; na esfera pública luta-se por influência, porque ela se forma nessa esfera; a influência política que os atores obtém sobre a comunicação pública tem que se apoiar, em última instância, na ressonância ou, mais precisamente, no assentimento de um público de leigos que possui os mesmos direitos. Kritsch (2010) enfatiza a importância da publicidade como princípio constituinte da esfera pública e que as pessoas agem como público quando lidam com matérias de interesse geral sem ser objeto de coerção. A autora ainda destaca que a noção de esfera pública não é unitária e que um dos seus campos, o político, incorpora as organizações da sociedade (indústria, sindicatos, movimentos sociais, etc.), não mais indivíduos isolados, que passam a agir em relação ao Estado, seja por meio dos partidos políticos ou diretamente, em conjunto com a administração pública.

Também relevantes são as vinculações entre as esferas públicas e privadas por meio das redes de interação da família, das amizades e os contatos mais superficiais com vizinhos, colegas de trabalho, conhecidos, e outros, de tal modo que as estruturas espaciais de interações simples podem ser ampliadas e abstraídas. As conexões entre as estruturas comunicacionais da esfera pública e os domínios da vida privada permitem à sociedade civil uma sensibilidade maior para os novos problemas, conseguindo captá-los e identificá-los antes que os centros decisórios do sistema político. O limite entre esfera pública e privada não é definido através de temas ou relações fixas, porém através de condições de comunicação modificadas, assegurando, no primeiro caso, a publicidade, e no segundo, a privacidade.

### **2.3.1 O conceito de sociedade civil**

A sociedade civil é outro conceito fundamental na acepção discursiva da democracia. Habermas (2003, p. 99) a concebe nos seguintes termos: “Seu núcleo institucional, formado de associações e organizações livres, não estatais e não econômicas, as quais ancoram as estruturas de comunicação da esfera pública nos componentes sociais do mundo da vida”.

A sociedade civil percebe os problemas sociais existentes nas esferas privadas, sistematiza-os e os transmite para a esfera pública política. Esse núcleo institucionaliza os discursos capazes de apontar e solucionar os problemas e os transforma em questões de interesse geral no âmbito da esfera pública. A autonomia da coletividade e do indivíduo e a diferenciação da sociedade civil em relação ao Estado e à economia, bem como sua institucionalização, são garantidas pela Constituição. Assim, a constitucionalização do Estado implicou a autolimitação da sociedade política frente a sociedade civil, protegendo essa última de desaparecer sufocada pela superpolíticação. Por isso, um sistema judiciário imparcial é fundamental para compatibilizar os projetos particularistas de indivíduos associados e comunicativos da sociedade civil com os princípios universalistas das democracias modernas.

O autor assegura que a sociedade civil tem sua estrutura social baseada em direitos fundamentais: a liberdade de opinião, de reunião e de organização define o espaço para associações livres que interferem na formação da opinião pública, tratam de temas de interesse geral, representam interesses e grupos, visam fins culturais, ambientais, humanitários e outros. A liberdade de imprensa sustenta a infra-estrutura de mídia da comunicação pública, a qual deve ser aberta às opiniões concorrentes. A atividade dos partidos políticos, que exercem seu direito de contribuir à formação da vontade política do povo, e a atividade eleitoral dos cidadãos ligam o sistema político à esfera pública e a



sociedade civil. As associações só podem manter sua autonomia e espontaneidade se apoiadas no pluralismo de formas de vida, subculturas e credos religiosos, assevera o autor. Também enfatiza a importância dos direitos de privacidade para a formação do juízo e da consciência autônoma. Por fim, assinala, “[...] o jogo que envolve uma esfera pública baseada na sociedade civil e a formação da opinião e da vontade institucionalizada no legislativo e no judiciário compõe um excelente cenário para a análise sociológica do conceito de política deliberativa” (HABERMAS, 2003, p. 106).

É importante lembrar que este autor enfatiza a necessidade de autolimitação da influência dos atores da sociedade civil em dois aspectos: as organizações da sociedade civil não devem formalizar-se, serem dominadas pelas regras burocráticas, porque perdem a capacidade de catalisar as demandas e os processos espontâneos de formação da opinião e o ganho em complexidade pode ser anulado pelo afastamento da base; a outra limitação é que os atores da sociedade civil não podem exercer poder administrativo, assumir funções que cabem ao Estado (AVRITZER, 2004, p. 710).

Cohen (2003, p. 419-59) compreende a sociedade civil como uma esfera de interação social diferenciada da economia e do Estado, composta de três parâmetros analiticamente distintos: pluralidade, publicidade e privacidade. Segundo eles, no século XIX tinha-se uma visão peculiar desses parâmetros: pluralidade dizia respeito à associação voluntária que incluía as interações face a face e as organizações nacionais baseadas na iniciativa de grupos locais; publicidade tinha a ver a com reuniões públicas, de caráter civil, realizadas em espaços públicos tais como cafés, tabernas, clubes, parques, etc. destinadas a articular interesses comuns usando também os veículos de comunicação de massa da época, a imprensa; e privacidade referia-se a autonomia do indivíduo, institucionalizada em direitos que incluía *habeas corpus*, direito à privacidade do lar, liberdade de consciência e de crença, entre outros. A sociedade civil surge com o moderno Estado territorial soberano e é decorrência do Estado de direito e do desenvolvimento da soberania e do constitucionalismo jurídico. Esse âmbito da sociedade burguesa foi recuperado recentemente, em outro contexto histórico e significado distinto da época de Hegel e Marx que incluía a economia, o trabalho e o mercado.

Cohen (2003) destaca a contribuição de Gramsci (2004), Touraine (1998) e Habermas (2002; 2003) para o entendimento moderno do conceito de sociedade civil e seu novo significado. Gramsci (2004) enfatizou a dimensão cultural e simbólica da sociedade civil e seu papel na geração do consentimento (hegemonia). A formação dos valores, normas e identidades coletivas ocorre nesse espaço que também é campo de lutas e de contestação

social, campo onde se expressam posições contra-hegemônicas de atores sociais. Touraine (1998) ressalta o aspecto dinâmico, criativo e contestador da sociedade civil, que possibilita que ela seja fonte para a tematização de novos problemas e formulação de novos projetos, criação de novos valores e novas identidades coletivas, destacando-se a importância dos movimentos sociais. Seu enfoque também permite que a sociedade civil seja vista na perspectiva de autonomia cívica institucionalizada. E finalmente, Habermas chamou a atenção para a importância do papel da esfera pública na mediação entre a sociedade política e a sociedade polílica.

Jean Cohen, apoiada em Fraser (1992) assinala a existência de públicos políticos e civis diferenciados e institucionalizados, fracos e fortes. A relação entre público civil fraco e político forte é um *continuum*. Um exemplo de público civil fraco, aberto a todo tipo de opinião e deliberação, é um grupo de conscientização dentro do movimento feminista; um júri é um exemplo de público civil forte, pois suas deliberações acarretam decisões politicamente vinculativas; um parlamento é um público político institucionalizado forte, pois legisla para toda a sociedade. Desse modo, público fraco é mais deliberativo e sem muitas restrições enquanto os fortes são mais restringidos, por exemplo, prazo para deliberar.

A autora afirma que o conceito tripartite de sociedade civil apoia-se na distinção dos habermasianos entre sistema e mundo da vida e suas implicações institucionais:

O argumento utilizado é que as instituições e os atores pertencentes aos dois subsistemas coordenados por via do poder e do dinheiro –Estado e mercado- estão sujeitos a uma série de restrições que não afetam os atores da sociedade civil [...]. Esses subsistemas não têm condições de subordinar critérios instrumentais e estratégicos aos padrões de integração normativa e social ou à comunicação irrestrita que caracteriza a sociedade civil (COHEN, 2003, p. 427).

Ela considera a sociedade política e a sociedade econômica como mediadoras entre sociedade civil e Estado e mercado, respectivamente, apesar delas se orientarem por diferentes imperativos. Os setores decisórios do Estado sofrem restrições formais e temporais (em algum momento devem tomar uma decisão) e os das empresas privadas estão sujeitos aos imperativos do lucro e da produtividade. Na sociedade civil os atores não visam tomar o poder do Estado nem organizar a produção, mas sim tentam exercer influência pela participação ou por meio da mídia, segundo ela. A influência da sociedade civil depende da receptividade das instituições das sociedades política e econômica que instituem “sensores” no interior do Estado e da economia para captar a opinião e a vontade das pessoas. A autora, assim como Habermas, entende por “sensores” os espaços públicos institucionalizados dentro

do Estado e das corporações, acessíveis à influência dos atores relevantes: o conjunto dos cidadãos, no primeiro caso, trabalhadores e consumidores no segundo.

Cohen salienta que o conceito de sociedade civil da teoria discursiva difere do conceito liberal, pois este enfatiza a escolha individual e a associação voluntária, e não, como aquele, a interação comunicativa e os públicos civis autônomos como definidores da sociedade civil. Para ela a sociedade civil inclui a associação voluntária, mas como um parâmetro entre outros enquanto a teoria liberal esconde o problema da colonização e com isso possibilita a submissão da natureza da sociedade civil à instrumentalização do dinheiro e do poder. Além disso, a proposta liberal obscurece o papel democratizante dos atores da sociedade civil que só pode se realizar na esfera pública e não como escolha individual ou na associação voluntária: “O que importa nesse caso é a interação comunicativa e não a pulverização de escolhas particulares” (COHEN, 2003, p. 428).

Ressalta a interação comunicativa como o grande mecanismo coordenador da sociedade civil, em vez do dinheiro ou do poder, e interpreta como traço característico dessa sociedade a autonomia de comunicação, ou seja, a liberdade dos atores na sociedade civil para organizar, criticar e reafirmar normas, valores, identidades e significados por meio da interação comunicativa. Para Cohen, a autonomia comunicativa é responsável pelo potencial crítico da sociedade civil para a tematização de novos problemas e elaboração de propostas capazes de exercer influência na sociedade política, como também de proteger a sociedade civil contra a colonização pelo dinheiro ou pelo poder. Defende, por último, a democratização das instituições nucleares da sociedade civil como a família, a vida associativa e as estruturas comunicativas da esfera pública para que possam ser mais justas, abertas e igualitárias.

## **2.4 Soberania Popular e Legitimação**

A leitura habermasiana da política deliberativa e da democracia tem implicações para a compreensão da legitimação e da soberania popular. No modelo liberal a formação democrática da vontade tem a função exclusiva de legitimar o exercício do poder enquanto no republicano ela tem função relevante de constituir a sociedade como comunidade política e conservar a lembrança desse ato fundador em cada eleição. Do ponto de vista da teoria do discurso os procedimentos e pressupostos comunicativos da formação democrática da opinião e da vontade funcionam como as comportas mais importantes para a racionalização discursiva das decisões –conceito mais forte que legitimação- de uma administração legalmente regulada e com o monopólio da ação. Habermas define a administração como um subsistema

especializado em decisões coletivamente obrigatórias e diz que as estruturas comunicativas da esfera pública constituem uma extensa rede de sensores capazes de perceber os problemas sociais e estimular opiniões influentes. Desse modo, a opinião pública transformada por meio de procedimentos democráticos em poder comunicativo, não tem poder para se auto-regular, mas o possui para orientar o Estado onde intervir.

Os problemas não são levantados por iniciativa do aparelho de Estado ou pelos sistemas funcionais da sociedade, mas na esfera pública e na sociedade civil. Entretanto, às vezes, “[...] é necessário o apoio de ações espetaculares, de protestos de massa e de longas campanhas para que os temas consigam ser escolhidos e tratados formalmente, atingindo o núcleo do sistema político e superando os programas cautelosos dos ‘velhos partidos’” (HABERMAS, 2003, p. 116). O autor expressa ainda que mesmo nas esferas públicas políticas parcialmente absorvidas pelo poder, há mudança na correlação de forças tão logo se tenha consciência de crise na sociedade civil em decorrência de problemas sociais relevantes. E, finalmente, Habermas afirma que a desobediência civil é o último meio para se alcançar influência política e mudar alguma decisão impositiva legal, mas ilegítima, na opinião dos atores. Tais ações têm como objetivos reivindicar aos responsáveis e mandatários para que revisem eventualmente suas decisões e apelar para ‘o sentido de justiça da maioria da sociedade’, formulada por Rawls (HABERMAS, 2003).

O conceito moderno de soberania popular, cunhado por Rousseau (1973), assinala que o poder está na vontade do povo unido e a lei só pode ser elaborada pelos cidadãos livres e iguais -sem esses requisitos tem-se uma imposição-, e permaneceu vinculado à noção de uma encarnação no povo reunido e presente fisicamente. Na visão republicana, a soberania não pode ser delegada, o povo não pode ter outros que o representem enquanto na visão liberal ela pode ser delegada por meio das eleições e do voto e pelos órgãos legislativo, judiciário e executivo. A teoria do discurso da democracia interpreta a soberania popular em termos intersubjetivos e decorrente das interações entre a formação da vontade institucionalizada juridicamente e os públicos mobilizados culturalmente, apoiada em uma sociedade civil autônoma em relação ao Estado e ao poder econômico. Nesta proposta, o sistema político é visto como um sistema de ação entre outros e não como modelo constitutivo da sociedade. Para o autor é decisivo que o modelo da política deliberativa possa efetivar-se nas sociedades modernas, frente a sua complexidade e conseqüente reificação. Ele reafirma que a política deliberativa somente será possível pelo princípio representativo, isto é, pela formação discursiva da vontade dentro do parlamento e do judiciário, mas ancorada nas correntes de comunicação, próprias da esfera pública. Cohen (2003, p. 427) resume bem a posição de

Habermas: “A participação paritária e democrática, associada às eleições democráticas, são os procedimentos da soberania popular e garantem que um governo representativo realmente represente”.

## **2.5 Democracia e agir comunicativo**

O entendimento da teoria discursiva da democracia implica conhecer os conceitos básicos da concepção habermasiana e o contexto em que ela é formulada. O conjunto global do pensamento de Habermas é orientado pela utopia, não utopismo, da emancipação do homem através do esclarecimento e da solidariedade e a construção racional da identidade dos sujeitos e das coletividades (HABERMAS, 1987). Seu debate teórico é em defesa dessa ideia central, a emancipação da humanidade e do sujeito no contexto das ações comunicativas. Destaca-se em sua teoria o papel assumido pela linguagem como articuladora da ação em geral e geradora da solidariedade, base da vida social (SIEBENEICHLER, 1989).

Um conceito que se destaca na visão habermasiana é mundo da vida definido como o conjunto de conhecimentos implícitos, pré-teóricos, compartilhados pelos falantes como uma espécie de cenário de fundo que garante significados comuns a todos e que possibilita aos sujeitos cooperar entre si e coordenar a realização das ações coletivas. É o mundo da vida que permite o estabelecimento de relações intersubjetivas mediadas pela linguagem e, por conter conhecimentos implícitos, não está à disposição da consciência e da vontade dos falantes, podendo ser problematizados apenas componentes parciais. O mundo da vida é constituído pela cultura, pela sociedade e pela personalidade, articuladas pela linguagem que também o integra (HABERMAS, 1987; SIEBENEICHLER, 1989; ARTMANN, 2001; MELO, 2005; GOHN, 2006; PINENT, 2007).

Os sujeitos partilham uma tradição cultural na medida em que se entendem mutuamente e concordam sobre sua condição; quando coordenam suas ações por meio de normas intersubjetivamente reconhecidas, os sujeitos agem enquanto membros de um grupo social solidário; os indivíduos que crescem no interior de uma tradição cultural e participam da vida de um grupo social, desenvolvem identidades individuais e coletivas, processos todos mediados pela interação intersubjetiva propiciada pela linguagem. Os sujeitos em relação intersubjetiva são ao mesmo tempo produto e produtores do contexto em que estão inseridos e a ação comunicativa tem a função de realizar a reprodução cultural, garantir integração social e solidariedade e promover processos de socialização.

Para Habermas há uma relação dialética entre o mundo da vida, mediado pela linguagem e pela cultura e representado pela razão comunicativa, e o sistema, mediado pelo poder e pelo dinheiro e representado pela razão instrumental. O mundo da vida não esgota todos os aspectos da vida social e a reprodução material da sociedade é desempenhada pelo sistema, onde as ações são orientadas para o êxito. O sistema é resultante da diferenciação, dentro do mundo da vida, dos subsistemas de ação especializados, sistema econômico e sistema administrativo. Eles têm por finalidade as próprias sobrevivências, tornam-se autônomos, mas permanecem ancorados no mundo da vida para poder garantir sua continuidade. O autor denomina colonização do mundo da vida pelo sistema a substituição da ação comunicativa pelos mecanismos sistêmicos de controle, dinheiro e poder, colonização responsável pela crise do capitalismo tardio.

Para Artmann (2001) a comunicação voltada para o consenso, uma troca de opiniões e informações entre os participantes de uma ação voltada para o entendimento é diferente daquela voltada para o sucesso. O entendimento não pode ser induzido externamente, necessita ser aceito pelos próprios participantes, enquanto a ação é estratégica quando os atores são vistos como obstáculos a superar. A dimensão instrumental/teleológica, ou estratégica, da ação corresponde às formas de intervenção sobre o mundo objetivo, onde o critério de validade da ação é representado pela verdade ou pela eficácia da intervenção. Habermas formula o conceito tríplice de mundo, distinguindo três mundos distintos: objetivo, mundo físico, das coisas existentes; social ou normativo, relativo às normas sociais e culturais que orientam nossa ação; subjetivo, o mundo interno dos indivíduos.

O conceito de racionalidade da ação compreende quatro tipos delas, associadas a diferentes mundos: estratégica, ao mundo objetivo; normativa, ao mundo social; expressiva, ao mundo subjetivo; e comunicativa. Uma ação comunicativa é uma forma de ação social em que os participantes se envolvem em igualdade de condições para expressar ou para produzir opiniões pessoais, sem qualquer coerção, e decidir, pelo princípio do melhor argumento, ações que visam determinar a sua vida social. O conceito de ação comunicativa é elaborado a partir da filosofia da linguagem de Austin e Searle e corresponde a uma relação intersubjetiva, mediada linguisticamente, onde os enunciados com pretensões de validade devem ser aceitos (ou não) pelos interlocutores. Somente a ação comunicativa pressupõe o uso da linguagem em todas suas dimensões, estando referida aos três mundos, articulada pelo mundo da vida, ou o saber prévio. Toda ação pressupõe um saber prévio na precedência da linguagem e por isso a ação comunicativa está na base de todas as outras formas. A linguagem é uma forma de ação: seu componente performativo constitui-se numa maneira de relacionar-se intersubjetivamente

com o mundo. Os distintos atos de fala correspondem a diferentes modos de relacionar-se intersubjetivamente: afirmar é diferente de declarar; constatar é diferente de prometer fazer algo (ARTMANN, 2001; MELO, 2005).

Desse modo, conhecer e atuar sobre o mundo não são mais atividades individuais de um ator ou sujeito, mas uma relação intersubjetiva linguisticamente mediada onde o sujeito, além do interesse de atuar sobre o mundo, está interessado em entender-se com outros sujeitos sobre o significado das questões. É o paradigma da comunicação a promover a ruptura com a velha moldura da relação sujeito x objeto, substituindo-a por uma relação intersubjetiva onde se resgatam pretensões de validade.

De acordo com Siebeneichler (1987), para a razão centrada no sujeito vale o critério de verdade no conhecimento dos objetos e de domínio sobre as coisas, enquanto a razão centrada na comunicação procura sua validade na argumentação. As pessoas quando falam apoiam-se em um consenso baseado no reconhecimento recíproco antecipado de quatro pretensões de validade, correspondentes aos quatro tipos de fala, que não existem puros, e chamados universais constitutivos do diálogo, ou universais pragmáticos:

- a. Pretensão de inteligibilidade;
- b. Pretensão de verdade do conteúdo propositivo dos enunciados, relacionados ao mundo objetivo, por meio de constatações;
- c. Pretensão de validade, legitimidade ou correção do conteúdo normativo da mensagem, referente ao mundo social, por meio de juízos de valor;
- d. Pretensão de sinceridade dos enunciados, relativos ao mundo subjetivo, por meio dos atos de fala expressivos.

Na ação comunicativa, todo sujeito que fala tem a pretensão de expressar a verdade sobre o mundo objetivo, ser correto em relação às normas vigentes e veraz em relação ao seu mundo subjetivo para que possa chegar ao entendimento com o ouvinte.

Também é necessário distinguir a ação comunicativa, quando os participantes aceitam sem questionar os enunciados e o consenso, do discurso, quando os participantes interrompem a ação comunicativa fluida para procurar argumentos capazes de fundamentar pretensões de validade (porque se tornaram problemáticas). O discurso resulta no resgate das pretensões de validade e assume a forma de discurso teórico quando se refere às pretensões de verdade dos enunciados referentes ao mundo objetivo e prático quando se propõe resgatar pretensões de correção das normas da ação social.

Habermas propõe uma passagem regulada de um tipo de discurso para outro e não aceita a rígida separação entre o mundo objetivo e o dos costumes, social, pois, ao romper

com o paradigma do sujeito e da consciência e criar o paradigma da ação comunicativa, defende o mesmo tratamento no discurso para fatos e normas, no sentido que podem ser fundamentados. O autor recupera a importância do discurso:

[...] só com a participação de todos os envolvidos, que livremente defendem seus pontos de vista e seus interesses, a partir das razões apresentadas reciprocamente e que se colocam sob o julgamento de todos, é possível chegar a um consenso que seja universal e ao mesmo tempo preserve a autonomia de todos – unicamente pelos processos discursivos é possível reunir universalidade e autonomia (HABERMAS, 1991 apud MELO, 2005, p. 172).

O princípio do discurso estabelece que as normas sejam válidas apenas quando tenham o consentimento de todos os participantes de um discurso prático e constitui o núcleo central de uma teoria da moral. O princípio da democracia enquanto teoria normativa é configurado então como a institucionalização dos processos discursivos de formação política da opinião e da vontade. Melo (2005) diz que a conexão entre o princípio da democracia e o Direito determina um processo circular em que o princípio da democracia legitima o direito e por ele é institucionalizado.

Para Artmann (2001) outra noção importante é a situação de fala ideal, nunca alcançada na prática, que supõe a não existência de qualquer elemento de coerção na ação comunicativa a não ser a força do melhor argumento. Toda interação realizada por meio da linguagem contrapõe-se ao ideal e são explicadas por Habermas em cada um dos níveis universais pragmáticos:

1. Igualdade de chance na utilização do discurso teórico – toda opinião pode ser tematizada e criticada;
2. Emprego simétrico dos atos de fala regulativos – pode impedir normas coercitivas;
3. Chances iguais no uso de atos de fala representativos – garantem a reciprocidade nas falas subjetivas.

Pragmática universal é o nome dado por Habermas para a investigação que procura compreender as bases universais da validade da fala com objetivo de descobrir as regras necessárias – intuitivamente dadas ao falante, independente da língua e do contexto- para produzir orações bem formadas e enunciá-las de modo adequado – a competência para empregá-las como atos de fala, em processos de entendimento, componente este que a distingue da linguística (MELO, 2005).



Desse modo, os conceitos básicos habermasianos articulam-se com sua perspectiva de política deliberativa e teoria democrática, tendo a ação comunicativa como a categoria central a articular todos eles entre si. Nas palavras de Cohen (2003, p. 427):

A liberdade de acesso e a participação paritária -direito igual de emitir opinião- são o ideal de regulação de todos os arranjos institucionais que reivindicam legitimidade democrática; todos os cidadãos sujeitos à lei deveriam ter o direito de participar e de tentar exercer influência, e todos os participantes deveriam ser capazes de fazê-lo em igualdade de condições.

## 2.6 O debate em torno à concepção habermasiana

Há duas críticas frequentes à proposta habermasiana que decorrem de equívocos na interpretação de suas ideias, em nosso ponto de vista. A primeira delas alega a desigualdade da situação social, econômica, cultural e política das pessoas como impossibilidade para o estabelecimento de uma interação comunicativa democrática e integral. Habermas nunca afirmou a necessidade de as pessoas serem iguais para estabelecer uma interação intersubjetiva, mas sim a necessidade de estabelecer igualdade de condições para poderem participar de uma situação de fala ideal. Não se trata de ser igual, mas de estar em igualdade de condições para participar de uma interação comunicativa o que poderia ser assegurado pelas regras da pragmática universal. E mesmo aqui, Habermas define a condição como ideal, ou seja, um modelo perfeito e não existente. De acordo com Siebeneichler (1989) a situação de fala ideal não é um fenômeno empírico, nem um mero constructo racional, é uma medida da crítica que serve para questionar qualquer consenso obtido na prática, submetendo-se à ideia de um consenso ideal, que jamais será atingido concretamente. Nas palavras de Habermas:

O conteúdo utópico da sociedade de comunicação se reduz aos aspectos formais de uma intersubjetividade intacta. A expressão 'situação lingüística ideal' ainda engana tanto quanto sugere uma forma concreta de vida. O que se deixa discernir normativamente são condições necessárias, embora gerais, para uma práxis comunicativa cotidiana e para um processo de formação discursiva da vontade, as quais poderiam criar as condições para os *próprios* participantes realizarem – segundo necessidades e idéias *próprias*, e por iniciativa *própria* – possibilidade de uma vida melhor e menos ameaçada (HABERMAS, 1987, p. 114).

A segunda crítica refere-se à noção de que na proposta habermasiana não haveria lugar para o conflito e a crise, pois ele preconiza o consenso. Aqui se confunde a concepção de mundo da vida, solo comum subjacente a toda comunicação e que exige o consenso prévio,

pré-teórico, entre os participantes para possibilitar o entendimento comum sobre qualquer ideia, tema ou objeto. Sem o mundo da vida seria impossível qualquer tipo de comunicação humana. As pessoas quando falam apoiam-se em um consenso, que permite a comunicação, baseado na aceitação mútua de quatro pretensões de validade: inteligibilidade, verdade, correção normativa e sinceridade.

A ação voltada para o consenso (sempre provisório) é diferente daquela voltada para o sucesso. O entendimento não pode ser induzido, a coação elimina a autonomia. Mas na interação intersubjetiva qualquer afirmação ou declaração pode ter questionada sua pretensão de validade o que gera o discurso, a necessidade de fundamentá-las por meio do melhor argumento. Por outro lado, o mundo da vida, apoiado na solidariedade, mantém uma relação dialética com o sistema, mediado pelo poder e pelo dinheiro, mas que depende do mundo da vida para sobreviver. Essa relação dialética é responsável pela integridade das sociedades complexas. Desse modo, pode-se afirmar que na proposta habermasiana toda mudança origina-se, em última análise, no questionamento das pretensões de validade por meio de uma interação comunicativa, ou seja, toda mudança origina-se na crítica a fragmentos do mundo da vida. É importante distinguir a noção de consenso desenvolvida por Habermas daquela proposta por outros autores da política deliberativa como Manin (2007), Cohen (2007) e Fung (2004), entre outros, que tratam o consenso apenas enquanto processo decorrente de acordos obtidos por meio da argumentação racional e razoável, ou seja, o consenso, se alcançado, é sempre posterior, obtido por meio de argumentos conscientes, e não também prévio, ancorado no compartilhamento cultural dos elementos subjacentes do mundo da vida. Ou seja, para Habermas, pode haver um consenso prévio, fruto da cultura compartilhada, e pode haver um consenso posterior, fruto do discurso e da racionalidade discursiva.

Uma terceira crítica que usualmente se faz à visão habermasiana da democracia e da relação entre representação e participação é a ausência de propostas para formalizar a representação da sociedade civil nos espaços deliberativos públicos (ALVRITZER, 2004). Essa mesma crítica estava presente nos textos de Siebeneichler (1989, p. 157), quando pergunta se seria possível institucionalizar os discursos para a superação da ideologia tecnocrática e, em caso positivo, “[...] como institucionalizar o discurso, se ele constitui propriamente uma ‘contra-instituição’?” Efetivamente Habermas define a esfera pública como espaço informal, e tem assumido uma postura cautelosa em relação à formalização dos mecanismos de representação da sociedade civil e das estruturas comunicativas da esfera pública, por crer na perda da autonomia das mesmas e na perda de identidade dos membros da sociedade civil frente ao sistema econômico e ao poder administrativo. No primeiro capítulo

analisamos a crítica de Avrtizer (2007) à institucionalização dos discursos por meio da câmara de discursos, proposta por Dryzec (2007). Para Cohen (2003), a autonomia comunicativa é responsável pelo potencial crítico da sociedade civil para a tematização de novos problemas e elaboração de propostas capazes de exercer influência na sociedade política, como também de proteger a sociedade civil contra a colonização pelo dinheiro ou pelo poder. De acordo com Siebeneichler (1989, p. 157): “O próprio Habermas reconhece que a institucionalização dos discursos constitui uma das inovações mais difíceis e perigosas da história da humanidade”.

Resumindo, a teoria discursiva da democracia apoiada no conceito de esfera pública de Habermas ainda é a alternativa mais satisfatória para requerer pretensão de validade à formação da opinião e da vontade coletiva, e, por extensão, à participação dos atores da sociedade civil: os espaços deliberativos informais, não institucionalizados, seriam legitimados pelos representantes autorizados por meio da escolha eleitoral e, por sua vez, legitimariam a representação política. O autor enfatiza que qualquer proposta para a representação formal dos atores da sociedade civil, para ser legitimada, deve resolver as questões procedimentais. O fundamental é que nas estruturas comunicativas do espaço público e nas entidades da sociedade civil todos possam participar de uma interação intersubjetiva em igualdade de condições. Desse modo, as regras e procedimentos assumem relevância especial, se são ou não democráticas, se favorecem ou não condições mais igualitárias de participação no processo deliberativo. Não há questões de princípios que limitem a agenda do debate e nem o acesso dos participantes, contando que cada pessoa ou segmento social excluído possa mostrar justificadamente que são afetados de modo relevante pela norma proposta. A teoria discursiva não restringe sua concepção de democracia à forma de organização político-estatal. Democracia é uma forma de vida que pressupõe uma cultura política da qual depende, inclusive para sua institucionalização.

Os conceitos e categorias desenvolvidos por Habermas em diálogo com inúmeros autores e em contextos diversos – ação comunicativa e estratégica, mundo da vida e sistema, esfera pública e sociedade civil, autonomia e emancipação, entre outros - podem ser utilizados para apoiar a análise e compreensão de temas das políticas públicas. Seu potencial explicativo pode contribuir para dar novos significados para estudos e análises específicas, permitindo situá-las em um marco teórico mais amplo. Assim, na perspectiva da razão comunicativa, as políticas públicas só têm sentido nos grandes marcos da luta pela autonomia e emancipação dos sujeitos e, portanto, se garantirem a liberdade das pessoas fazerem suas próprias escolhas, com suas próprias ideias e iniciativas, nas práticas comunicativas cotidianas e nas estruturas comunicativas da esfera pública. Qualquer política pública para se legitimar deve incluir as

peças e atores sociais, possíveis beneficiários, nas discussões a partir das quais ela será formulada e implementada. Desse modo, as políticas públicas não devem apenas garantir o acesso a bens e serviços – que tem sido seu principal objetivo –, mas também o acesso a oportunidades para o desenvolvimento das capacidades pessoais de realização e valorizar a subjetividade e as diferenças culturais dos distintos grupos que compõem a sociedade. A participação da sociedade civil, livre e autônoma, na luta pelos seus direitos é exigência constitutiva de qualquer política que se pretenda legítima.

### **CAPÍTULO III. DESCENTRALIZAÇÃO: CENÁRIOS, CONTEXTO E CONCEITOS**

Nos primeiros anos da década de 70 desenvolveram-se em muitos países europeus reformas institucionais visando à descentralização do estado e a reorganização da gestão territorial dos processos econômicos sócio-políticos e administrativos. Estas reformas tiveram inspirações, ritmos e características diversas em função dos países e sistemas políticos onde ocorreram. Entretanto tiveram como eixo comum o território e sua gestão, num momento de crise do Estado de Bem-Estar Social, ou Estado Social.

Diferentes abordagens discutem se as dificuldades para o desenvolvimento da democracia e da eficácia das políticas sociais implementadas pelo Estado estariam relacionadas também à centralização político-administrativa.

O debate na Europa centrou-se muito na polaridade entre centralização e descentralização e de como o processo de centralização na condução da acumulação capitalista exigiu formas específicas de relação entre a sociedade política e a civil e a divisão de trabalho entre as instituições centrais e as administrações locais. O poder central reserva-se o direito de decidir sobre as grandes questões econômicas e financeiras do modelo de desenvolvimento enquanto ao governo local estão destinadas as consequências sociais dessas decisões (MASSOLO, 1988).

A subordinação do poder municipal a processos econômicos que não controla é discutida sob outra perspectiva por Lojkin (1979) e Preteceille (1988), na França. Esses autores procuram demonstrar a relação entre o jogo de interesse e as alianças das distintas facções das classes dominantes locais no âmbito da política municipal e as articulações e contradições com o capital monopolista dos grandes projetos industriais e comerciais. Lojkin discute a identificação entre os órgãos representativos locais do aparelho de Estado com o poder do Estado central. Ainda nesta mesma linha de argumentação, Preteceille afirma que a descentralização, no decorrer da crise do Estado Social outorga uma espécie de proteção política ao Estado central, este já não aparece como responsável imediato pela política de austeridade que afeta as condições de vida da população. Deste modo ganha contornos mais nítidos a crítica de que a descentralização serve como uma “cortina de fumaça” para não deixar transparecer as decisões que são tomadas nos bastidores no campo da política econômica nacional e internacional.

Há outra linha de argumentação que difere da dos autores citados anteriormente e nos remete diretamente a segunda questão central do debate sobre a descentralização que é sua relação com a democracia. Borja (1988a, p. 29) afirma que a centralização é uma

expropriação política das classes populares, sendo negativa desde o ponto de vista funcional (ineficiência de serviços públicos e de políticas setoriais) como desde o ponto de vista de promoção da democracia. A centralização questiona e põe em crise as assembleias representativas, incapazes de seguir a ação dos órgãos executivos. O processo de tecnificação e burocratização da política e o enorme poder da comunicação de massa facilitam a influência sobre os centros de decisão, por vias não públicas, das minorias que detém o poder econômico. Esta leitura encontra respaldo em muitos autores contemporâneos preocupados com o formalismo do modelo democrático-liberal. Macpherson (1979) no seu já clássico “A Democracia Liberal” diferenciava quatro fases no desenvolvimento da democracia do século passado até hoje: a fase atual, a democracia de equilíbrio é altamente insatisfatória enquanto canal de representação dos cidadãos, exige a apatia dos cidadãos para garantir sua estabilidade. A sua proposta enfatiza a necessidade de cidadãos ativos, de movimentos sociais fortes, conselhos locais atuantes, partidos abertos às demandas das bases, entre outras coisas. Na mesma direção, Dahl (1997, p. 31), questiona a definição clássica de democracia e estabelece um modelo para classificá-la baseado em critérios como existência de competição política, aberto à contestação pública e com ampla participação política da população, criando o conceito de poliarquia para definir aqueles sistemas que se enquadram nesses critérios. Outro aspecto também importante refere-se à crise de representação política no Estado democrático que se realiza de forma quase que exclusiva através dos partidos políticos.

O tema da participação através da descentralização também tem sido posto em discussão particularmente no que se refere à política e aos discursos oficiais. Primeiramente porque a participação para Borja (1988b) exige uma tripla credibilidade do Estado que deve ser considerado democrático, honesto e eficiente, ou seja, representativo em todos os níveis, descentralizado e defensor decidido das liberdades da sociedade. A descentralização não pode substituir um setor público fraco e sem transparência, socialmente ineficaz e administrativamente improdutivo. Em segundo lugar, passa a ser um álibi quando independente das intenções democrática dos que a sustentam. Em terceiro, não pode ser um programa, cuja aplicação dependa do voluntarismo dos governantes e que possa ser alcançado simplesmente por vias legais e administrativas. Ao contrário, deve ser o resultado de um longo e complexo processo de democratização das relações sociais, onde estão em jogo definições concretas de transferência de poder. Em quarto lugar, a participação abre espaço à presença de grupos mais organizados e qualificados, mas continua difícil a atuação dos grupos sociais que demandam mais atenção. E por último, (a participação) é principalmente o encontro entre instituições representativas, partidos e administração com os movimentos e

organizações sociais autônomas em relação a estes e, portanto, é um método de governo, um estilo de fazer política no Estado e na sociedade, que supõe cumprir, prévia ou simultaneamente, os requisitos da racionalização e descentralização do Estado.

A descentralização não implica, entretanto, necessariamente a democratização e a desburocratização do Estado. Borja (1984) considera a descentralização consubstancial à democratização, mas sujeita aos limites dos arranjos institucionais. Ao proceder a uma avaliação crítica do processo de descentralização na Europa relaciona alguns dos efeitos perversos deste processo: incrementalismo político e administrativo; reprodução e ampliação da representação política e da organização administrativa que tendem a reforçar as cúpulas dos partidos e os corporativos do funcionalismo. Ademais, a transferência de competências de caráter social para nível local pode ser uma forma de dismantelar o Estado de bem estar e de diminuir drasticamente as prestações sociais, quando não são transferidos recursos econômicos e materiais suficientes.

Belmartino (1990) propõe uma síntese para apreender as significações fundamentais e opostas: a descentralização pode remeter ou à distribuição real do poder, ou à distribuição dos encargos estatais. No primeiro caso, determinados âmbitos territoriais ampliam seu poder efetivo, assumindo funções e recursos anteriormente em mãos do poder central. Essa condição percebe-se como necessária, mas insuficiente para possibilitar a participação dos cidadãos. No segundo caso translada-se para o local a carga da crise econômica e as consequências sociais da retração, produz-se uma atomização das demandas. A diferenciação é nítida apenas no plano da formulação. Muitas propostas, políticas e planos de desenvolvimento reproduzem a ambiguidade até porque, na maioria das análises, aparece com clareza meridiana o peso das condições locais na orientação final dos processos descentralizadores.

Outro tema que aparece intimamente relacionado com a descentralização é a globalização e a resposta dos Estados nacionais às demandas de seus cidadãos nesse contexto. Habermas (1995) afirma que o Estado-nação não pode mais fornecer a base apropriada para a manutenção da cidadania democrática no futuro que se anuncia. Com a internacionalização da economia, os governos nacionais têm sentido crescentemente o descompasso entre sua limitada margem de manobra e as relações de produção tramadas globalmente. Uma das consequências é a necessidade de adaptar os sistemas nacionais de bem estar social e, em consequência, os Estados são compelidos a permitir que as fontes de solidariedade social diminuam cada vez mais. Segundo ele, para fazer frente a essas dificuldades faz-se necessário o desenvolvimento de capacidades para ação política num nível acima dos e entre os Estados-Nação. Castells (1999) ao estudar as profundas alterações ocorridas nas décadas de 1980 e

1990 na relação Estado e Sociedade trata da sociedade globalizada como uma rede, articulação dos grupos sociais organizados. Para ele a globalização é um processo mediante o qual as atividades decisivas num âmbito de ação determinado (economia, meios de comunicação, etc.) funcionam como unidade em tempo real no conjunto do planeta. Ele discorre sobre a perda de autonomia dos Estados nacionais e afirma que a influência dos mercados sobre as políticas econômicas nacionais significa a perda definitiva da soberania econômica nacional. Entretanto, de seu ponto de vista, o Estado continua sendo importante agente de intervenção estratégica nos processos econômicos, mesmo os globais. Há fronteiras, há Estados, há leis, há regras do jogo institucionalizadas e continuará havendo no futuro previsível. Para esse autor, paradoxo é o relançamento do local na época do global. Os governos locais e regionais têm menos recursos que os nacionais, mas tem um grau maior de capacidade de intervenção. É o Estado onde se compartilha a autoridade (capacidade institucional de impor uma decisão) através de uma série de instituições que se conectam para negociar, decidir, acessar a informação e definir estratégias. Para o autor, o funcionamento em rede, assegurando descentralização e coordenação na mesma organização complexa, só é possível na era da informação. A distribuição de atribuições e recursos deve ser acompanhada por mecanismos de coordenação entre as diferentes esferas de gestão. A experiência desmente uma visão romântica do local como âmbito privilegiado e exclusivo de democracia e participação, mas há evidências empíricas (CASTELLS, 1999) que permitem afirmar a existência de maior controle social, participação cívica, maior proximidade governo e cidadãos, e, portanto, legitimação da ação estatal.

O conceito de rede ganha proeminência no debate das relações intergovernamentais, pois a multiplicidade de atores sociais influenciando o processo político indica a existência de inúmeros centros e núcleos articuladores na sociedade que alteram a relação de dominação entre Estado e Sociedade, baseada na subordinação, com vistas a relações mais horizontais que privilegiam a diversidade e a conversação, constituindo estruturas policêntricas que articulam uma nova esfera pública plural, com deslocamento do poder do governo central para o local e do Estado para a Sociedade (FLEURY e OUVÉRY, 2007, p. 16). No campo da gestão intergovernamental ela é vista como modelo estratégico de gestão de políticas ou como novo modelo de governança que envolve o nível local e global. Os autores citados definem rede (FLEURY e OUVÉRY, 2007 p. 16):

um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e independente, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e que trocam entre si recursos para perseguir



esses interesses comuns, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns.

Os defensores das redes como novo modelo de governança afirmam que são uma forma particular de governança dos sistemas políticos modernos, caracterizada pela diferenciação territorial e funcional e desagregação da capacidade de solução entre conjunto de atores e instituições com atribuições específicas e recursos limitados.

Em síntese, as diferentes concepções do local e, em particular, sua articulação com as possibilidades do desenvolvimento, a dinâmica do sistema político e as conseqüências sociais dos processos de modernização e mudança aparecem complexamente atravessados por orientações de esquerda e de direita e por diferentes correntes do pensamento social.

### **3.1 Centralização, descentralização e Estado de Bem-Estar Social**

É importante resgatar do ponto de vista histórico alguns aspectos associados à criação e implantação do chamado Estado de Bem-Estar Social. Borja (1988a, p. 59), analisando os antecedentes do processo de reforma institucional e territorial ocorrido na Europa, assinala que o desenvolvimento do Estado Moderno, ao longo do século XX seguiu caminhos centralizadores. A hipertrofia normativa, a concentração dos recursos financeiros nos níveis centrais do Estado, a proliferação de órgãos e instituições autônomas de caráter setorial, a tendência à ação estatal através de órgãos desconcentrados ou autônomos e não mediante a transferência ou delegação de competências aos governos locais e a progressiva centralização de competências, anteriormente descentralizadas, são aspectos do processo de centralização político-administrativa que caracterizam este século. Os principais atores eram e são de caráter nacional ou estatal.

Entretanto, como afirma este autor (BORJA, 1988a, p. 26-9), a centralização é resultante de um processo histórico que não deve ser visto de modo unilateral e simplista, mas, como todo fenômeno histórico, complexo e ambíguo, fruto de um conjunto de determinantes e agentes intimamente relacionados:

- a concentração do capital e das atividades econômicas (especialmente do capital industrial e financeiro);
- o desenvolvimento das funções econômicas do Estado deu-se a partir do governo central (bancos, correios e comunicações, ferrovias e estradas, exploração de minérios e de recursos energéticos, etc.). É evidente que só o Estado central

dispunha de instrumentos reais, capacidade financeira e administrativa para empreender essas ações;

- o início do desenvolvimento das funções sociais do Estado, destinadas a assegurar ao conjunto da população um mínimo de serviços de saúde, educação, previdência, cultura, etc.. Esta atividade social fez-se fundamentalmente a partir do governo central, tanto por razões políticas (garantir o mesmo serviço a todos os cidadãos, homogeneamente, sobretudo no caso da educação) como por dispor dos meios econômicos e administrativos;
- a lógica interna do desenvolvimento administrativo-burocrático do Estado tem sido um poderoso fator de centralização;
- o surgimento de facções políticas e de burocracias habituadas a funcionar centralmente como resultado da concentração de poderes e da própria complexidade da máquina administrativa;
- a ação de partidos políticos de esquerda também favoreceu à centralização, na medida em que defenderam a adoção e a ampliação das funções econômicas e sociais do Estado, identificando o processo de mudança com a ação do Estado central o que, para muitos, criava condições mais favoráveis ao socialismo;
- também o movimento sindical privilegiou a relação com os aparelhos centrais do Estado, por razões evidentes: a conveniência de unificar movimentos e grupos dispersos e a necessidade de enfrentar os organismos do Estado com poder de decisão real sobre as questões sociais e econômicas.

Borja (1988a) assevera que, até certo ponto, o processo centralizador teve aspectos positivos na medida em que decorreu da mudança do caráter do Estado, fruto das mudanças da economia e da pressão crescente dos trabalhadores por direitos políticos e sociais. O Estado, principalmente desde seus órgãos centralizados, passou a garantir direitos sociais mínimos através de novas funções econômicas e sociais. As novas funções estatais contribuíram para superar desequilíbrios e compartimentações herdados do feudalismo e da primeira fase do desenvolvimento capitalista e para reforçar o desenvolvimento do Estado de Direito, criando, pelo menos formalmente, as condições mínimas de igualdade dos cidadãos diante do Estado. E, se é verdade que muitas das novas atividades estatais centralizadas estavam mais relacionadas com interesses particulares ou com a legitimação da ordem vigente do que com a defesa do “bem-comum”, não é menos verdade que os governos locais estavam em geral muito mais submetidos, até meados do século vinte, ao poder político e econômico

dos notáveis locais e das empresas capitalistas com interesses na região. Ainda segundo este autor, a crescente desvalorização do governo local, como também a inadequação de sua estrutura, ficaram evidentes já no período compreendido entre as duas grandes guerras, colocando na agenda política a necessidade de uma reforma do regime local e das relações intergovernamentais. A crise dos governos locais abrangia as velhas estruturas territoriais, os aspectos funcionais ou de competências e os financeiros.

Entretanto, é apenas a partir do fim da Segunda Guerra Mundial na visão deste autor que começam a ocorrer as primeiras reformas, geralmente associadas às iniciativas de partidos social-democratas que passam a ocupar o poder, como no caso dos países escandinavos. E, segundo ele, sem dúvida, é nos anos 1960 e 1970 que a centralização passa a ser fortemente questionada e a descentralização passa a ocupar um lugar de destaque na agenda política da maioria dos países europeus. É o caso das reformas nos países escandinavos (segunda etapa), Holanda e Bélgica, desde os anos 60; da reforma municipal inglesa (1972); da nova legislação italiana (no marco da regionalização, a partir de 1975); da lei municipal portuguesa de 1976; das reformas promovidas pelos *Länder* (unidades federadas) alemães nos governos locais, durante a década de 70; das leis da descentralização francesa (1982).

Dente e Kjellberg (1988, p. 11) propõem uma categorização dos vários tipos e formas de reforma, baseada em duas dimensões: primeiramente, a reforma deve ser diferenciada em função de abranger as relações entre os diversos níveis de governo, ou se elas restringem-se, principalmente, aos aspectos internos do governo local. Os autores denominam esta dimensão de escopo da transformação e chama a atenção para o fato que, apesar delas raramente ocorrerem de forma isolada ou, pelo menos, sem influência indireta mútua, é importante separá-las, do ponto de vista analítico, devido a serem distintos os pressupostos ideológicos e os processos políticos que as engendram.

A segunda dimensão proposta pelos autores refere-se à classificação das transformações em três aspectos: mudanças na estrutura territorial e organizacional; mudanças referentes ao processo de tomada de decisão; reorganização das fontes e fluxos de financiamento. Denominam esta dimensão de conteúdo substantivo das reformas. Estas duas dimensões servem como ponto de partida para uma mais específica categorização, na medida em que se relacionam entre si, definindo seis categorias de reformas.

Os autores enfatizam que são categorias analíticas e não empíricas, de modo que, dificilmente serão encontradas isoladamente. Também chamam a atenção para um equívoco frequente que relaciona mudanças intergovernamentais com a legislação nacional e as mudanças internas com as decisões locais: apesar de, em muitos países, a organização das

unidades locais serem reguladas por legislação nacional, importantes mudanças têm sido iniciadas e executadas por governos locais e os governos centrais simplesmente legislam confirmando a prática estabelecida (caso da descentralização urbana ocorrida na Itália e na Escandinávia). O quadro sinóptico com as seis categorias propostas permite visualizar melhor o objeto em discussão:

**Quadro 5:** Tipos de Reformas de governos locais

<b>Escopo</b>			
		<b>Ajuste das Relações Intergovernamentais</b>	<b>Ajuste dos Aspectos Internos</b>
<b>Conteúdo</b>	<b>Mudanças na Organização</b>	1) Reformas estruturais	4) Reforma organizacional
	<b>Mudanças nas Decisões</b>	2) Reformas funcionais	5) Reformas tomada de decisão
	<b>Mudanças Recursos Financeiros</b>	3) Reformas finanças intergovernamentais	6) Reformas finanças locais

Fonte: Dente and Kjellberg (1988)

Os autores denominam de reformas estruturais todas aquelas referentes à divisão territorial e à sua organização, ou seja, toda mudança no número de unidades locais: introdução de novos níveis de governo, com a regionalização; criação de unidades menores, como os condados ou comunas ou, ainda, como os distritos nas áreas metropolitanas; redefinição de limites ou fusão de unidades locais existentes, etc.

As reformas funcionais incorporam os aspectos decisórios e têm algumas variedades: a redefinição de tarefas entre os governos central e local; a capacidade de supervisão e controle por parte do governo central (a tutela, por exemplo); alterações da estrutura dentro da qual o poder de decisão é exercido (o planejamento, por exemplo).

As reformas financeiras ocorrem, geralmente, associadas às funcionais e se originam, em princípio, na crise fiscal do Estado (SANTOS, 1987). Alterações na quantidade ou nas regras de alocação de recursos têm grande impacto sobre a autonomia local, devido à importância dos subsídios ou das receitas partilhadas com o governo central. As reformas financeiras são de vários tipos como, por exemplo, o estabelecimento de critérios mais objetivos e menos discricionários para a alocação de fundos ou a mudança nos critérios de transferência de recursos, através de repasses automáticos e globais, sem vinculações a programas ou a políticas específicas do governo central.

A quarta categoria de reformas já se dá no âmbito interno dos governos locais, e são denominadas de organizacionais por se referirem às relações entre órgãos políticos e administrativos, assim como às relações entre os cidadãos e os órgãos formuladores e executores de políticas (por exemplo, novas formas de gerenciar a cidade, alterações da

estrutura administrativa do governo local, criação de conselhos de bairros ou novas unidades administrativas descentralizadas, etc.). Em geral, são iniciativa dos governos locais, diversamente das anteriores.

A quinta categoria tem muita semelhança com a anterior, mas refere-se a mudanças de aspectos específicos do processo de tomada de decisão como o planejamento estratégico e de longo prazo, orçamento plurianual, etc., assim como inclui o esforço de democratizar a gestão, dar mais espaço à participação popular, democratizar a informação, etc.

A sexta categoria refere-se à ação autônoma das autoridades locais para modificar o financiamento dos serviços locais. O raio de alcance destas reformas é mais limitado, mas é frequente uma relativa autonomia tributária local, autorizada em legislação nacional. As alterações incluem tanto os impostos como as tarifas (pagamento de serviços prestados).

Essas categorias não são excludentes. A Dinamarca, por exemplo, experimentou uma reorganização global, no início da década de 70, que incluiu todas as 6 categorias de reformas, em um curto espaço de tempo.

Em síntese, pode-se afirmar que a crise e o esvaziamento do governo local atingem o clímax no período imediato ao pós-guerra. A partir desse momento inicia-se um processo de reforma dos governos locais e das relações intergovernamentais que compreende aspectos relacionados às estruturas territoriais, às funções e às finanças locais. Essas reformas visam atribuir novos papéis aos governos locais e procuram estabelecer novos padrões às relações intergovernamentais, consoante as novas funções econômicas e sociais do Estado. Essas reformas estão associadas à descentralização e ao aumento do gasto público local evidenciadas na seção anterior. Finalmente, o modelo de categorização do processo proposto por Dente e Kjelberg (1988), devidamente adaptado, pode ser útil à análise e compreensão de outras realidades nacionais, como a brasileira.

### **3.2 A Importância Explicativa dos Valores**

Muitos estudos destacam a importância dos valores e da ideologia na geração e na forma das mudanças institucionais e territoriais do Estado Social. Entretanto, a referência aos valores locais é uma questão problemática. Diversos autores enfatizam a inexistência de uma teoria do governo local (MACKENZIE, 1961; SHARPE, 1970; HILL, 1980).

Mackenzie, em 1961 (apud HILL, 1980, p. 50) dizia que o pensamento moderno sobre o governo local baseia-se em três valores. Em primeiro lugar, o regime local justifica-se por constituir uma instituição tradicional que ainda merece a lealdade das pessoas. Em segundo

lugar, representa um meio adequado e eficaz para proporcionar certos serviços públicos. Finalmente, é valioso porque constitui um meio de educação política. Em síntese: direitos antigos, serviços modernos e cidadania ativa.

### **3.2.1 Eficácia como valor essencial**

Sharpe (1970; 1988) é bastante cético enquanto às possibilidades das tentativas de teorização – baseadas em conceitos tais como liberdade, igualdade, participação e eficácia –, pois, segundo ele, não tiveram êxito no momento de determinar qual é ou deveria ser o princípio ou valor-chave a considerar. Afirma que a justificação mais consistente para o regime local está na sua possibilidade de ser um provedor eficaz de serviços públicos, e não um defensor da liberdade ou da democracia.

A defesa do governo local enquanto prestador de serviços tem um triplo fundamento. Primeiro, porque são órgãos democráticos, submetidos ao seu eleitorado local, e não meros agentes do poder central. Segundo, porque também representam uma fonte de pressão dos consumidores frente ao governo central o que, para certos grupos da população os muito pobres e os anciãos, por exemplo – supõe o desempenho de uma função democrática essencial, pois estas coletividades não estão protegidas por organizações poderosas. E, por último, porque a administração local, diversamente do que ocorre com o sistema de mercado e seu mecanismo de fixação de preços ou com a rigidez das burocracias centralizadas, costuma ser mais flexível, humana e sensível ao entorno social.

Para Sharpe (1970, p. 171) a administração local está especialmente capacitada para responder às demandas de serviços em constante crescimento como acontece com os serviços de educação, assistência social, etc. sem incorrer nos perigos que representam a burocracia ou o corporativismo profissional, ambos voltados para os seus próprios e exclusivos objetivos.

### **3.2.2 Democracia e Participação**

Hill (1980, p. 47) enfatiza os aspectos democráticos. Diz que o processo inicial de construção do Estado Social fez com que o governo central se preocupasse muito com a quantidade e qualidade dos serviços locais, mas que se mostrasse indiferente sobre quem prestaria os serviços: se órgãos eleitos democraticamente ou se simples unidades administrativas. Entretanto, a realidade política contribuiu para resolver a questão, na medida em que os conselhos locais são foco da atenção da política partidária: a organização local dos

partidos é vital para a política nacional, o que dá significação aos conselhos locais eleitos que lhe servem de base.

Afirma ainda Hill que órgãos da administração local constituem o marco adequado para o desenvolvimento de metas ou objetivos conflitantes, próprios da democracia representativa e popular. A primeira baseia-se na celebração de eleições e no fato de que os conselheiros eleitos assumam a responsabilidade de suas decisões em função do respaldo eleitoral recebido. A segunda requer a possibilidade do acesso popular aos órgãos decisórios e o estabelecimento de uma adequada comunicação governo-coletividade, de modo que os cidadãos saibam, a todo momento, o que se faz em seu nome, e, ainda, disponham de meios adequados para alcançar as soluções para as suas justas demandas. O autor enfatiza o desenvolvimento da democracia participativa – com seus valores básicos de igualdade, participação e controle social – como um elemento que influenciou de modo importante o regime local. A exigência popular de que as pessoas comuns tenham algo mais a dizer sobre os assuntos públicos surgiu em decorrência da insatisfação em relação à ação governamental e partidária: os dirigentes parecem estar muito remotos, não podem ser controlados, não consultam o eleitorado e nem o informam antes de atuar.

### **3.2.3 A questão da autonomia**

Uma outra abordagem, realizada por Kjelberg (1988), também enfoca a importância dos valores para o processo da descentralização e das reformas do regime local. O autor parte da distinção de duas principais perspectivas sobre o papel do governo local em um contexto moderno e que vêm competindo entre si como justificação ideológica para o processo de descentralização e reorganização dos governos locais: o modelo independente dos governos locais e o modelo de integração das relações intergovernamentais.

O modelo independente é, essencialmente, a definição das duas esferas de governo relativamente separadas, com a ação das autoridades locais desimpedidas, na medida do possível, da ação dos órgãos centrais. O papel do governo central é apenas o de supervisionar as atividades do governo local, sem intromissão em seus domínios. Essa perspectiva tem uma grande afinidade com a tradicional ideologia liberal, baseada no suposto que é possível uma clara demarcação entre as tarefas dos níveis de governo. A estrutura tradicional do governo local foi fortemente influenciada pelos valores do *laissez-faire*, predominantes no século XIX, fundada na ideia de uma esfera municipal restrita e claramente delimitada. O autor refere-se especificamente ao *self-government*, ideia profundamente enraizada na história e na cultura

inglesa. Seus defensores pensam que as fronteiras econômicas, políticas, funcionais e territoriais possam ser permanentemente fixadas, ainda hoje, no moderno Estado Social. O autor afirma que a discrepância entre a realidade e o modelo independente já era visível nos anos de 1920 e que se evidenciou claramente após a Segunda Guerra Mundial, quando os governos local e central passaram a operar em conjunto, formando um sistema de formulação e execução de políticas, cada vez mais entrelaçado.

O outro modelo, denominado de integração, define a relação adequada entre os níveis de governo, acentuando a integração e percebendo a divisão de funções entre eles de um modo flexível e pragmático, ajustado às necessidades de circunstâncias particulares. Tal concepção tem afinidade com uma ideologia mais intervencionista, podendo ser encontrada, ou nos partidos de esquerda, ou em culturas políticas dirigistas, como na França até os anos 1970, segundo Kjelberg (1988, p. 42).

De acordo com o autor, não seria correto identificar estas duas concepções com posturas centralizadoras ou descentralizadoras, porque, por exemplo, a supervisão central pode descambar em forte controle, assim como as atividades e funções do governo local podem expandir-se bastante com o alargamento da esfera pública. Além disso, uma estreita integração entre níveis de governo não implica em alto grau de comando central. É a combinação desses valores, nas várias circunstâncias, que modela o processo reformista, isto é, o tipo de reforma e o modo pelo qual ela foi implantada<sup>1</sup>.

Kjelberg também enfatiza (1988, p. 43) que tais conceitos não são identificados com os partidos socialistas e os não-socialistas. Se bem que, logo após a guerra, essa identificação foi proeminente, ambas as perspectivas foram gradativamente penetrando nos campos do espectro político, de sorte que, atualmente, a tensão entre elas dá-se não só entre os partidos, mas também dentro dos partidos.

Em síntese, apesar da inexistência de uma teoria sobre o regime local há alguns valores geralmente associados a ele que influenciam de modo determinante a sua existência, o seu desenvolvimento e a sua transformação. Um dos mais conhecidos origina-se na tradição desenvolvimentista da democracia de Tocqueville e J.S. Mill que considera o regime local um

---

<sup>1</sup> Traduziu-se por independente o modelo que o autor denomina de *autonomous* para evitar uma possível confusão com o conceito de autonomia local, que é uma questão fundamental para entender a descentralização como um processo democratizador. A utilização do termo *integrado* para o outro modelo também é problemática, porque vem da tradição centralista francesa que supõe a existência do estatuto administrativo da tutela, que é a forma clássica de controle exercido pelo governo central sobre os governos locais, neste país. Aqui também seria preferível outra denominação para designar as novas formas das relações intergovernamentais no Estado Social, como, por exemplo, o termo cooperativo, também usado por Borja e outros autores. Apesar das ressalvas feitas pelo autor, não fica claro no texto se este é apenas um equívoco semântico ou se expressa sua real posição sobre a questão.



poderoso instrumento de educação política e de ativação da cidadania - “o município é uma escola de política”, tradição retomada atualmente nos estudos de Putnam (2000) sobre capital social e cultura cívica Também costuma-se destacar o papel do regime local como um prestador de serviços eficaz, baseando-se no seguinte fundamento: ele trata de aproximar os problemas e as demandas de quem possa resolvê-las e atendê-las, democraticamente. Outro aspecto geralmente enfatizado sobre o regime local é a sua adequação para o desenvolvimento dos objetivos conflitantes próprios da democracia. Finalmente, um último ponto que tem estado no centro do debate sobre as mudanças político-territoriais do Estado moderno refere-se à questão da autonomia do regime local frente à própria organização estatal. Evoluiu-se das posições isolacionistas e intervencionistas, encontradas respectivamente na Inglaterra e na França, desde o século passado, para a moderna noção de autonomia cooperativa, que poderia ser definida como uma espécie de autonomia relativa.

### **3.3 Descentralização e municipalização no Brasil**

A reatualização do interesse pelo debate e pela reflexão sobre a questão da descentralização territorial no Brasil é contemporânea da segunda metade de 1980. Contribuem para isto o fim da ditadura e a complexa transição democrática, como também a crise econômica e o endividamento externo, que caracterizam o período.

Os anos 1980 são marcados por uma crise política e econômica, de características estruturais, que determina o início do processo de deterioração da capacidade de intervenção estatal no processo de desenvolvimento e na questão social. Caracteriza-se por aceleração inflacionária, recessão, crescente endividamento interno e externo. Rompe-se o padrão de crescimento apoiado na articulação entre o Estado, as multinacionais e os grandes grupos monopolistas nacionais. Frente às demandas dos setores populares, alguns governos locais responderam ampliando o espaço da participação social. Diversos exemplos de administrações municipais bem sucedidas na implantação de política e programas sociais, estimulados e/ou estimulando o movimento e a participação popular, passam a ser vistas como referência nacional de modelos de administração local, democráticas e descentralizadas (LOBO, 1988).

Apesar do processo acelerado de desagregação das bases sociais do regime militar e das manifestações oposicionistas, a mudança para uma ordem institucional democrática ocorreu sem a ruptura com a ordem institucional anterior, sem conseguir romper os limites da “transição conservadora” (O’DONNELL, 1988).

O debate contemporâneo sobre a descentralização no Brasil ganha impulso com o regime de transição democrática. O município brasileiro é parte integrante da federação, desde a Constituinte de 1988, singularidade que situa o governo local brasileiro como um dos mais autônomos em todo o mundo (MEIRELLES, 1993). As mudanças na instituição municipal e nos arranjos federativos fizeram da nova Constituição uma agenda de inovações nas relações intergovernamentais e no papel do município (ANDRADE, 2004; SOUZA, 2006). O conceito de autonomia é essencial à compreensão do processo de descentralização e, segundo Lordello de Mello (1988), pode ser de dois tipos: o político-jurídico, que implica a existência da autonomia local, e o administrativo que, para o autor, seria mais adequado se fosse designado desconcentração. A descentralização político-jurídica exige a autonomia municipal que se caracteriza por: autogoverno, que significa poder eleger as autoridades municipais e adotar sua própria legislação; auto-administração, sem interferência de outros nível de governo; recursos próprios, fontes de ingressos que lhe permitiam cumprir suas funções; sistema de controle, mecanismos de responsabilidade política ou pública dos entes envolvidos. Em muitos países de sólida tradição de autonomia municipal é a própria comunidade quem exerce controle por meio de mecanismos de democracia direta como o referendium, a iniciativa popular de leis a revogação de mandatos e as consultas populares, obrigatórias para certos temas.

Os anos 1990 foram informados por políticas econômicas orientadas à estabilização monetária e ao controle da inflação, associadas às medidas tendentes a diminuir o gasto público e ao enxugamento da máquina administrativa, à descentralização e ao estabelecimento de novas relações entre público e privado. Também ocorreu o processo de descentralização das políticas sociais, processo complexo e fragmentado, prenhe de conflitos, dirigido por orientações diversas e contraditórias e que orientou a constituição do sistema brasileiro de proteção social, delineado em suas grandes linhas pela Constituição de 1988. Para Hochman (2001) descentralizar transformou-se em sinônimo de democratizar, um valor político que obteve amplo respaldo na sociedade, compartilhado pelos mais diferentes atores e segmentos sociais, partidos e analistas políticos.

Ribeiro (2007) afirma que a descentralização da ação estatal no Brasil na década dos 1990 foi decorrência dos conflitos e divergências entre dois projetos distintos para a reforma do Estado: um projeto econômico transnacional, de origem liberalizante, de modernização e diminuição do papel regulador do Estado e um projeto nacional, socialmente construído, de ampliação e universalização de direitos de cidadania e redemocratização do Estado. A autora discute a descentralização nas propostas de instituições internacionais e no contexto político-

institucional brasileiro, considerando o cenário da globalização econômica, do processo de democratização do país, da reorganização da federação brasileira e da reforma do aparelho de Estado. Sustenta que a implementação dos direitos universais contidos na Constituição de 1988 teve que enfrentar a herança deixada pelos governos militares de um Estado centralizado econômica, política e administrativamente e que excluía do processo decisório tanto os governos estaduais e municipais quanto a sociedade civil organizada. Considera ainda que a política macroeconômica e seu componente de ajuste fiscal, associada ao combate à inflação e à estabilização monetária, impactou diretamente o processo político-institucional, a reorganização da federação e a implementação das políticas sociais. Estas questões geraram fortes constrangimentos ao ambiente político-institucional do período, caracterizado por: restauração do Estado de Direito e alargamento do processo democrático; adoção de novo padrão de proteção social, baseado na concepção de direitos universais; expansão da federação brasileira com a inclusão dos municípios como membros efetivos; descentralização política e financeira da gestão federativa e fortalecimento da autonomia dos governos subnacionais com transferências de responsabilidades da gestão das políticas sociais; instituição de novas formas de controle político e social sobre os governos (RIBEIRO, 2007, p. 117). Os desafios para os municípios relacionaram-se à efetiva descentralização de competências e encargos, sobretudo na área social, ocorridos na década de 1990, associados à limitada capacidade de arrecadação tributária dos novos entes, à deficiente organização da administração local, ao relacionamento competitivo entre os governos locais entre si e com os governos estaduais e a profunda desigualdade entre as diferentes realidades locais e regionais. A transferência de recursos arrecadados por meio de impostos e transferências intergovernamentais aumentou no primeiro momento para depois voltar a diminuir em decorrência de estratégias de recentralização colocadas em prática pelo governo federal (RIBEIRO, 2007, p. 129). Para Santos Júnior (2001) as transformações nas instituições do governo local em decorrência desse processo implicaram mudanças na arena decisória e dos atores nela envolvidos, evidenciadas por: municipalização das políticas públicas; institucionalização de mecanismos que articulam princípios da democracia representativa e democracia direta; sistema políticos redistributivos da renda e serviços públicos.

As políticas sociais descentralizadas e a constituição do novo sistema de proteção social impuseram a necessidade, no âmbito estatal, de deliberar e aprovar legislação complementar e normas operacionais; definir critérios para alocação de recursos com viés redistributivo; mudar a organização e a gestão das políticas para atender os requisitos do novo pacto federativo; ampliar a capacidade política de articulação e negociação dos entes

federados entre si e com a sociedade civil organizada e os grupos de interesses econômicos e políticos. Fleury (2006, p. 53) caracteriza esse sistema como de cobertura universal, com garantia dos direitos sociais e relevância pública das ações, co-gestão entre governo e sociedade, descentralizado e participativo. Fleury (2004, p. 47) também enfatiza a importância do sistema de proteção social por tornar permeáveis estruturas estatais de planejamento e gestão à participação da sociedade, para estabelecer processos democráticos de co-gestão e ressalta a inclusão dos novos atores na formulação e implementação das políticas públicas. Esta inclusão é aspecto fundamental para os resultados alcançados e possíveis graças ao fortalecimento do poder local em que o local não é visto apenas como território ou instância administrativa de governo, mas como a sociedade local. Para Draibe (2005), teria ocorrido no período o segundo ciclo de reformas dos programas sociais, pautado pela complexa agenda da estabilização, reformas institucionais e consolidação democrática. O primeiro ciclo teria ocorrido nos anos 1980, marcado pela instabilidade econômica e pela democratização. Arretche (2000) dá importante contribuição ao debate ao analisar o processo de mudança de modelo centralizado, implantado durante o regime autoritário, para o novo formato institucional, no contexto do Estado federativo, a partir de 1988. Na mesma direção, Abrucio (2006) e Almeida (1996) assinalam a importância do papel dos governos estaduais e dos arranjos federativos na descentralização dos programas sociais e constata que, mesmo orientada por políticas nacionais coerentes, esta jamais resultará em distribuição uniforme de competências e funções em todo o território nacional.

Alguns autores (ABRUCIO, 2006; ARRETCHÉ, 2000; SOUZA, 2002) enfatizam a importância de estudar as características do federalismo brasileiro que, para eles, explicariam o sucesso ou o fracasso das políticas descentralizadoras. Segundo Souza (2002), a federação brasileira é caracterizada pela existência de múltiplos centros de poder, com relação de dependência política e financeira entre as esferas governamentais e não-governamentais e grandes disparidades inter e intra-regionais. Segundo esta autora, o fortalecimento político e financeiro dos governos subnacionais não implicou igualar suas capacidades de ação governamental e chama a atenção para a relação entre descentralização e desigualdade, ressaltando que as disparidades intra e inter-regionais moldam os resultados da descentralização e das relações intergovernamentais, criando contradições e tensões. Defende ainda a necessidade de estudar o papel das instituições locais em expandir ou limitar o acesso à prestação dos serviços sociais. Arretche (1996) questiona a associação automática entre descentralização, democracia e eficácia das políticas sociais, afirmando ainda que a inexistência de uma estratégia ou programa nacional de descentralização, comandado pela

União, ensejava uma grande heterogeneidade na prestação de serviços em decorrência das diferentes possibilidades financeiras e administrativas e as distintas disposições políticas dos governadores e prefeitos. A autora ainda afirma não haver relação empírica entre descentralização e redução do clientelismo, o que estaria mais ligado a capacidades de governo e de controle dos cidadãos sobre as ações do mesmo (ARRETCHE, 1996). Abrucio (2006) ressalta o aspecto competitivo existente entre as esferas de governo na federação brasileira, competição muitas vezes predatória, como a guerra fiscal, e sugere que a excessiva autonomia dos entes descentralizados poderiam gerar outros tipos de problemas como o municipalismo autárquico e o neo-localismo, uma reedição do velho mandonismo, com o fortalecimento das oligarquias locais. Também critica a política clientelista dos governadores em sua relação com os prefeitos e representantes políticos municipais. Entretanto reconhece a existência de um novo federalismo no Brasil, resultante da combinação entre a demanda política por descentralização e a crise do modelo centralizado de intervenção estatal e sugere a necessidade de um novo pacto federativo que supere os problemas assinalados.

Os autores citados também concordam que a ação deliberada da instância nacional de governo, com uma estrutura de incentivos eficaz, poderia diminuir alguns dos obstáculos ao processo de descentralização na implementação das políticas sociais. De acordo com Ribeiro (2007, p. 140), os problemas mais freqüentemente citados na literatura, referentes à ação do governo federal neste processo são: fragmentação institucional na administração federal das políticas nacionais e a falta de monitoramento e avaliação das mesmas; dificuldades logísticas na operacionalização das políticas nacionais no âmbito local; recentralização tributária e exigência de condições para a transferência de recursos financeiros aos governos subnacionais; excessiva concentração do poder de normalização e financeiro, restringindo a efetiva transferência de autonomia decisória aos estados e municípios. Portanto além dos constrangimentos da política macro-econômica deve-se considerar as dificuldades decorrentes da amplitude, diversidade e complexidade política e operacional para a implementação das políticas sociais.

A relação entre a descentralização, democratização e participação social no país tem sido abordada por vários autores. Gohn (2003; 2005) assinala a mudança ocorrida nos processos de participação social no Brasil: nos anos 1970-1980, o movimento popular adotava posição antagônica e externa ao Estado, enquanto que nos anos 1990 prevalece a tendência à inserção ativa dos movimentos sociais nos processos de formulação e implementação das políticas públicas. Constitui-se outro campo, no âmbito da esfera pública, em que se articulam diferentes atores sociais, criando redes e um novo tipo de associativismo. São diferentes tipos

de conselhos; redes locais, nacionais ou internacionais; fóruns temáticos; assembleias organizadas pela sociedade civil. Na mesma linha de argumentação outros autores (SANTOS JÚNIOR, AZEVEDO e RIBEIRO, 2004) apontam a riqueza da experiência dos conselhos municipais nas regiões metropolitanas, com base em extensa pesquisa empírica, e afirmam serem os conselhos municipais espaços institucionais com potencial de se transformarem em instrumentos da constituição da governança democrática dos municípios. Denominam governança democrática os padrões de interação entre as instituições governamentais, agentes do mercado e atores sociais que realizam a coordenação e, simultaneamente, promovem ações de inclusão social e asseguram a participação social na formulação de políticas e nos processos decisórios. Tal padrão entre governo e sociedade se expressa em arenas, institucionalizadas ou não, de intermediação entre as instituições governamentais e atores sociais. Os autores concluem, com base em pesquisa realizada em sete regiões metropolitanas brasileiras, que os conselhos são espaços institucionais com potencial de se transformarem em instrumentos da constituição da governança democrática dos municípios. Enfatizam três aspectos do funcionamento dos conselhos, nesse sentido:

1. os conselhos estão se constituindo em arenas de interação entre governo e sociedades nos quais os diferentes interesses são expressos, há o reconhecimento e legitimação dos atores sociais e permitem a criação de uma agenda legitimada de problemas, objetivos e demandas, que passa a exercer uma pressão moral sobre os governantes;
2. o contato dos atores locais entre si e com os dirigentes e técnicos governamentais propicia a emergência de acordo cognitivo sobre a realidade do município e sobre os problemas administrativos da prefeitura, além do estabelecimento de alianças e parcerias entre eles;
3. a experiência dos conselheiros incentiva práticas sociais que favorecem relações baseadas na racionalidade comunicativa, proposta por Habermas, capazes de gerar entendimentos necessários à formação democrática da vontade e à legitimação do exercício do poder político.

Entretanto, ressalvam, para isso seria necessário, tanto o investimento nesse modelo participativo, como uma política de incentivo à associação cívica, no sentido atribuído por Putnam (2000), para superar os limites dos conselhos, assinalados por eles, enquanto canais de democratização da gestão municipal: um conjunto significativo de segmentos sociais, sobretudo os mais vulneráveis, não tem sua agenda de demandas representadas nessa arena pública; a abertura dos canais de participação é mais fruto de políticas do governo federal, das

políticas públicas descentralizadoras, que do governo e sociedade local; capacidade decisória insuficiente e dependente; desigualdade econômico-social entre os municípios, o que ocasiona diferentes respostas às demandas.

Outros autores ressaltam a importância das experiências brasileiras de participação no governo local fruto da multiplicação de organizações da sociedade civil (OSC) durante o período de transição democrática, acompanhada pelo desenvolvimento de novos valores e estratégias políticas que favoreceram a renovação institucional no âmbito municipal. A orientação descentralizadora da Constituição de 1988 propiciou recursos políticos e financeiros para a reestruturação das políticas públicas no âmbito municipal e articulações entre atores da sociedade civil e política originaram novos formatos institucionais. As estratégias das organizações da sociedade civil orientam-se pela busca de soluções imediatas para problemas sociais como também pelo interesse mais geral de ampliar o acesso dos cidadãos aos processos decisórios de interesse público (WAMPLER e AVRITZER, 2004, p. 210). Afirmam que há, basicamente, dois campos teóricos, institucionalismo e sociedade civil, a orientar a maior parte dos estudos sobre as mudanças políticas nas últimas duas décadas. Os institucionalistas enfatizam em suas análises a sociedade política formal e as instituições nacionais: sistema eleitoral, partidos políticos, federalismo e o comportamento legislativo, entre outros, não privilegiando a sociedade civil. Seu enfoque mostra-se limitado, para os autores, por sua concepção do cidadão basicamente como eleitor. Em decorrência não dá conta de iluminar o contexto de renovação institucional e mudança das regras de interação e perceber um amplo conjunto de estratégias e ações políticas como as manifestações públicas, os recursos judiciais, a participação em fóruns deliberativos, entre outros. Por outro lado, as teorias da sociedade civil e dos movimentos sociais que influenciam o debate desde a década de 1980, destacam a formação de novas identidades e sujeitos sociais, novas formas de ações coletivas emergentes no país e o processo de aprendizagem política dos segmentos sociais tradicionalmente excluídos do processo decisório. Entretanto estas abordagens voltadas para o empoderamento dos grupos sociais e o aprofundamento da democracia também não valorizaram as novas formas de articulação entre as sociedades civil e política e a influência desse processo na mudança institucional. Segundo os autores, as teorias citadas não dão conta de mostrar como a sociedade civil no Brasil está associada ao esforço para a institucionalização da participação na formulação de políticas públicas porque não consideram a incorporação de cidadãos em processos deliberativos de formação de opinião, da vontade e da decisão política. Este processo promove mudanças políticas e sociais significativas no âmbito municipal de governo, contrariando as profecias do “impasse

democrático” no país, e contribui para a expansão e aprofundamento das práticas democráticas (WAMPLER e AVRITZER, 2004, p. 211-4).

Com o advento de eleições competitivas no país, atores da sociedade civil articularam-se com os da sociedade política para promover a institucionalização de novos espaços e processos de tomada de decisão que oferecem oportunidades para os cidadãos deliberarem sobre políticas públicas. Instituições participativas ancoradas na norma constitucional, sob as mais diversas formas, articulam as sociedade civil e política. Esta nova esfera de deliberação e negociação constitui os públicos participativos, conceito desenvolvido pelos autores apoiados na obra de Jurgen Habermas e Robert Dahl, com vistas a diminuir a distância existente no debate sobre democratização entre a perspectiva institucional e as teorias da sociedade civil. A noção de público participativo compreende cidadãos organizados que procuram superar a exclusão social e política por meio da deliberação pública, da cobrança de transparência e fiscalização da ação estatal (*accountability*) e da implementação de suas demandas políticas (WAMPLER e AVRITZER, 2004, p. 215). Propõe três estágios de desenvolvimento desses públicos participativos, apoiados na periodização proposta por Dagnino (2002): o primeiro, ainda nos anos 1970, com a proliferação de novas associações voluntárias; o segundo, característico dos anos 1980, quando se dá a delimitação do campo de lutas e as reivindicações de bens materiais era parte da luta mais ampla por direitos civis, políticos e sociais no país; o terceiro estágio dá-se com o desenvolvimento de novas instituições de produção de políticas públicas. A noção de público participativo encontra paralelo no termo *minipúblico*, desenvolvido por Fung (2004) para analisar as experiências de participação e deliberação, e utilizado no Brasil em trabalhos recentes (ALMEIDA e CUNHA, 2009; MOREIRA e ESCOREL, 2010). Os *minipúblicos* seriam recortes da esfera pública que reúnem dezenas, centenas ou milhares de pessoas em deliberações públicas organizadas e classificados pelo autor em quatro tipos: fórum educativo, conselho consultivo participativo, cooperação para a resolução participativa de problemas e governança democrática participativa. Este último tipo tem como função incorporar os cidadãos diretamente à formulação e decisão de políticas e é o que mais detém poder decisório.



## **CAPÍTULO IV. RACIONALIDADES, DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRACIA NAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS**

Neste capítulo trataremos do debate teórico sobre democratização e descentralização no âmbito das organizações, inseridas no contexto mais amplo da relação Estado sociedade. Este debate tem importância para a compreensão e análise das complexas interações que se estabelecem entre as políticas públicas e as organizações de saúde em ambiência democrática e de expansão da cidadania, tal qual se propõe no Brasil contemporâneo.

O capítulo será apresentado em duas partes. Na primeira vamos situar o trabalho na moldura mais ampla da discussão sobre a racionalidade e suas implicações para os limites das teorias organizacionais. Propomos ainda esboçar os traços característicos e diferenciais da organização pública, procurando aprofundar a compreensão sobre os valores e princípios que orientam estas organizações para, finalmente, discutir as exigências, possibilidades e limites da organização pública dar conta de sua missão de garantir direitos de cidadania e ampliar os espaços para a tomada de decisão democrática. Na segunda parte, discutiremos a partir da perspectiva da análise organizacional apoiados na leitura de dois autores, Mintzberg e Matus, explorando no primeiro a contribuição à concepção de diferentes desenhos e estruturas organizacionais e, no segundo, a contribuição ao entendimento da organização pública que incorpora valores democráticos e procura superar a dicotomia entre política e administração.

### **4.1 A organização molda os indivíduos à sua imagem e semelhança**

O tema da racionalidade no campo da teoria das organizações apresenta relevância teórica e prática a par da sua complexidade. A busca de uma compreensão mais ampla da ideia de racionalidade no âmbito das teorias organizacionais permite uma aproximação do entendimento da complexa rede de sentidos que configuram a ação dos indivíduos no seio da organização e de sua própria estrutura (SILVEIRA, 2008, p. 1110).

Motta (1997) analisa a influência da razão instrumental sobre a razão administrativa que atua como importante veículo de legitimação daquela. Em seu trabalho evidencia que as teorias organizacionais convencionais são elaboradas visando legitimar o paradigma da racionalidade funcional das organizações e negam-se, portanto, a um questionamento mais profundo dos interesses substanciais dos indivíduos inseridos no contexto organizacional. Admite o conflito entre o indivíduo e a organização dentro do contexto capitalista de produção e conclui que as teorias organizacionais desenvolvidas até então são projetos científicos que não têm correspondido às expectativas dos seus trabalhadores. Defende que a

Teoria administrativa desenvolva-se no sentido de valorizar a razão substancial, possibilitando, assim, o atendimento das necessidades de autonomia, educação, desenvolvimento afetivo e auto – realização dos indivíduos. Afirma, apoiada em Guerreiro Ramos (1981), que a teoria da organização hegemônica é ingênua por basear-se na racionalidade instrumental e é incapaz de solucionar o problema da integração homem - trabalho na moderna sociedade técnico – burocrática pois atua no sentido de confirmar a lógica funcional da organização, constituindo-se, então, em um importante veículo de legitimação daquela. Orientada para as necessidades da eficiência da produção ou da eficácia da decisão induz os indivíduos a adotar uma atitude passiva e alienada em relação ao papel que desempenham nessas organizações. Como as pessoas não aceitam passivamente a dominação imposta pela razão funcional o conflito entre os interesses dos indivíduos e os interesses das organizações é inevitável. Parece evidente que não há uma forma de se eliminar os conflitos e insatisfações dos indivíduos num ambiente de trabalho em que lhes é exigido o abandono de suas faculdades críticas e de sua autonomia.

Estas questões influenciaram a agenda do debate no campo ao longo do último século. Weber (1999; 2000), nas primeiras décadas do século XX, interessou-se por compreender o modo pelo qual uma sociedade aparentemente informe transforma-se numa sociedade integrada e caracterizada pela racionalidade instrumental o que atribuiu, fundamentalmente, à dominação. O autor considerou dominação como a probabilidade de encontrar obediência a uma ordem de determinado conteúdo entre determinadas pessoas e afirmou existirem três formas básicas, de acordo com suas pretensões de legitimidade: a racional-legal, a carismática e a tradicional. Ele também distinguiu quatro tipos de ação social, que são a racional em relação a fins, a racional em relação a valores (crença consciente nos valores- éticos, estéticos, religiosos, etc.), a afetiva e a tradicional (costume arraigado). Adverte, contudo, que só muito excepcionalmente a ação social orienta-se exclusivamente de uma ou de outra destas maneiras. Caracteriza a dominação legal como aquela estatuída de modo racional – referente a fins ou a valores ou ambos-; a obediência se dá às normas e não às pessoas; impessoalidade; hierarquia oficial (instancias de controle e supervisão para cada nível de autoridade); aplicação racional das regras o que exige qualificação profissional e especialização; separação absoluta entre o quadro administrativo e os meios de administração e produção.

Conforme a teoria Weberiana, a ação racional com relação a fins é a mais apropriada ao contexto organizacional burocrático, uma vez que é sistemática, consciente e visa adequar condições e recursos a fins deliberadamente escolhidos pela organização. Em suas palavras: “O tipo mais puro de dominação legal é aquele que se exerce por meio de um quadro

administrativo burocrático” (WEBER, 2000, p. 144). O quadro administrativo, que pode ser de uma empresa privada ou do Estado, é composto por funcionários individuais que são pessoalmente livres e obedecem às condições objetivas de seus cargos; são nomeados e não eleitos; tem competências funcionais fixas; tem qualificação profissional; são remunerados com salários fixos em dinheiro; exercem seu cargo como profissão única ou principal; tem carreira, trabalham em separação absoluta dos meios administrativos; estão submetidos a um sistema rigoroso e homogêneo de disciplina e controle de serviço. Segundo ele é a célula germinativa do moderno Estado ocidental e sua grande superioridade deve-se aos conhecimentos profissionais, indispensáveis para a moderna técnica e economia de produção capitalista: “A peculiaridade da cultura moderna, especialmente a de sua base técnico-econômica, exige precisamente essa ‘calculabilidade’ do resultado. A burocracia em seu desenvolvimento pleno encontra-se também, num sentido específico, sob o princípio *sine ira et studio*” (WEBER, 1999, p. 213). As relações sem ódio e paixão, e, portanto, sem amor e entusiasmo, são as características da impessoalidade burocrática. O “espírito” normal da burocracia racional é o formalismo e a tendência à execução materialmente utilitarista de suas tarefas administrativas. A coerência da administração burocrática encontra-se, assim, baseada na exigência de uma separação entre as atividades determinadas pela esfera pública e as atividades determinadas pela esfera privada da vida humana. A estrutura burocrática opõe-se à patrimonialista, uma vez que estabelece condutas impessoais e racionais no contexto organizacional.

A concepção de Weber, que encarava com temor e pessimismo essa tendência, tem sua afirmação positiva e ideologizada nas Teorias da Administração Clássica e da Administração Científica, desenvolvidas na mesma época, que procuram fundamentar o modelo de organização para o modo de produção capitalista hegemônico. Essas teorias representaram a primeira tentativa sistemática de uniformizar conceitos e de compreender e estabelecer regras para o funcionamento organizacional. Elas centraram-se em uma melhor forma de organizar, supondo que a organização mais eficiente seria determinada pela velocidade da produção, pela simplificação de esforços, pela diminuição do prazo para execução das tarefas e pelo estabelecimento de regras e normas que condicionassem a atuação dos indivíduos na organização. Os indivíduos eram percebidos pela atuação como *homo-economicus*, motivados apenas por incentivos financeiros. Assim, representavam peças manipuláveis que deveriam ser ajustadas para atender melhor aos objetivos da organização. Nesta perspectiva é um bom administrador aquele que planeja cuidadosamente, organiza e coordena as atividades de seus subordinados e comanda e controla seu desempenho. Essas

teorias, portanto, procuram vincular a administração ao processo de desenvolvimento do capitalismo e considerá-la aliada na materialização do “espírito capitalista” (MOTTA, 2003).

Outra leitura é desenvolvida pela Teoria de Relações Humanas que surge como uma reação à abordagem formal clássica. Ela enfatiza que as organizações têm uma função não apenas econômica como também social. A ênfase volta-se para as relações grupais de trabalho e os esforços administrativos para o controle dessas relações. Seria somente por meio da “cooperação espontânea” que os funcionários entrariam em sintonia com os objetivos da empresa, o que resultaria numa relação harmônica e participativa entre eles e a administração. De acordo com Motta (2003, p. 78) a passagem da administração científica para a escola das relações humanas corresponde a um deslocamento da atenção da organização formal para a informal e a uma certa “psicologização” das relações de trabalho, escamoteando o conflito e substituindo a contenção direta pelo controle ideológico e psicológico.

A transição da teoria da administração para a teoria da organização dá-se a partir da produção teórica de Simon (1972) que procura estudar o sistema social em que a administração é exercida em face das determinações estruturais e comportamentais. Aqui, a preocupação com a produtividade cede lugar à preocupação com a eficiência do sistema e a organização é entendida como uma rede de tomada de decisões influenciadas por aspectos psicossociais e culturais que, em boa parte, estão fora do controle da administração. As decisões administrativas estariam sujeitas aos limites da racionalidade humana não devendo ser controladas no sentido de estarem corretas ou não e sim no sentido de estarem compatíveis ou não com os fins determinados pela organização. A teoria de Weber é apropriada no meio acadêmico norte-americano como uma tecnologia administrativa capaz de livrar as organizações das “irracionalidades” introduzidas pelo fator humano e não como análise de estruturas de dominação (MARTINS, 1997). Simon seria o representante mais puro dessa tendência que escamoteia a questão do poder e propõe a administração psicológica do conflito. Silveira (2008, p. 1121) afirma que essa linha de pensamento acredita ser possível às organizações influenciar a racionalidade do comportamento dos indivíduos a partir da simplificação da realidade e assim assegurar a coordenação das atividades e sua eficiência.

As tensões e conflitos constituem o centro da análise estruturalista e estrutural-funcionalista na teoria das organizações, apoiada no pensamento de Parsons (1982), e decorre dos novos pressupostos adotados por essa teoria para interpretar a sociedade: um sistema dinâmico, com mudanças contínuas; o processo social básico são os conflitos entre os grupos sociais que tendem sempre à institucionalização; a resolução dos conflitos entre os grupos determina a direção da mudança. As análises das disfunções da burocracia baseiam-se na

ideia que os mesmos fatores que levam à eficiência também podem gerar ineficiência: a excessiva formalização pode gerar o apego às regras e aos padrões mínimos com o prejuízo da missão; a regra da documentação escrita pode gerar excesso de processos e tramitações; a delegação de autoridade à disputa de poder interdepartamental; a impessoalidade ao tratamento frio, distante e impessoal do cliente. É subjacente a todas essas análises a ideia de que a autonomia dos participantes e das normas dos grupos sociais aos quais pertencem determinam a resistência à conformidade exigida pelas normas burocráticas. A Teoria Sistêmica, que compartilha os pressupostos teóricos do funcionalismo, considera que as organizações devam funcionar como sistemas e não de acordo com as finalidades racionais estabelecidas por seus líderes (EASTON, 1982). A compreensão das organizações como sistemas abertos que se relacionam continuamente com o meio ambiente no qual estão inseridas, consiste em uma adaptação ativa, uma vez que a organização também interfere no ambiente em que atua. O modelo desloca a ênfase das relações internas para as externas, entre a organização e o meio. Pressupõe ainda a existência de uma cultura e de um clima organizacional relativos aos valores dominantes e às formas como se manifestam. A teoria dos sistemas permite uma visão mais global das organizações e esclarece as relações de interdependência dos vários subsistemas e de seu impacto sobre o equilíbrio da organização. Os mecanismos de controle e coordenação, que constituem fins em si mesmos nos modelos anteriores o que compromete sua flexibilidade para adaptar-se ao ambiente, aqui aparecem como meios imprescindíveis para assegurar a manutenção da unidade das partes da organização. Na leitura de Motta (2003) a análise funcionalista e a teoria dos sistemas falham ao não identificar e relacionar as variações que causam maior impacto na organização; ao ocultar as relações de dominação; por seu caráter reducionista, ao subsumir as pessoas aos seus papéis; por propor a estabilidade via expansão, ou seja, muda para de fato não mudar.

A Teoria Contingencial que é uma derivação mais elaborada da teoria sistêmica, rejeita as abordagens organizacionais anteriores no que diz respeito ao estabelecimento do único e melhor modo de organizar a empresa em toda e qualquer situação (MINTZBERG, 2002). Ela determina que diferentes estruturas organizacionais possam alcançar resultados eficazes, dependendo do contexto em que elas se situam. A abordagem contingencial incorpora em suas análises variáveis tais como a tecnologia, o tamanho da organização, sua localização, os recursos disponíveis, a cultura e os objetivos organizacionais, a interdependência da organização com o mercado, a história da organização e seus mecanismos de controle. A teoria sistêmico-contingencial também não foge ao paradigma da racionalidade instrumental e termina por analisar o contexto do ponto de vista funcional, mas sua

contribuição teórica e prática permitiu maior flexibilidade dos desenhos e enfatizou a importância da integração e articulação nas organizações (MOTTA, 1991). A organização pública também é influenciada pela racionalidade instrumental e funcional, hegemônica, das teorias da organização. Mas tem um campo próprio que precisa ser explicitado.

## **4.2 O dilema das organizações públicas**

A importância das organizações públicas é incontestável no mundo contemporâneo por sua finalidade, pela amplitude e complexidade dos temas tratados. O termo é carregado ideologicamente e muitas vezes objeto de representações sociais as mais díspares e contraditórias possíveis. É evidente que o enfoque dado em sua análise também permite as mais diferentes interpretações e faz-se necessário definir desde logo a posição que adotamos para tratar do tema: aqui partimos do pressuposto que as organizações públicas são componentes fundamentais das complexas sociedades atuais e responsáveis pela garantia dos próprios direitos democráticos de cidadania, em última instância. Não há que negar as críticas às “disfunções” da administração pública, nem a tensão permanente entre democracia e burocracia, mas tampouco negar seu peso no papel provedor do Estado social e garantidor dos direitos democráticos. Há certo consenso que o Estado moderno nasceu como aparato fiscal e administrativo, com soberania sobre um território, transformou-se em Estado-nação e tomou a forma atual de Estado social e democrático de direito, em muitos países. As organizações públicas estão intimamente vinculadas à noção de Estado a ponto de muitas vezes o conceito de público, que pertence a todos, à coletividade, confundir-se com o de estatal, relacionado ao aparato administrativo encarregado de, em tese, representar os interesses da coletividade. Aqui é importante destacar que tampouco se deve confundir Estado, políticas públicas e interesse público, pois, como é sabido, o Estado abriga muitos interesses da economia de mercado e seus representantes, assim como muitas políticas públicas estão mais voltadas para regular ou aumentar a produção econômica (SANTOS, 1987).

Partimos do pressuposto que o grau de democratização com o qual a organização está comprometida determina o caráter público de seus processos de gestão. Portanto, nessa perspectiva, entendemos ainda a administração pública como um processo e não o produto de algum tipo particular de estrutura – governo, por exemplo – e, sobretudo, um processo cuja natureza é essencialmente pública, e não meramente estatal. Trabalhamos aqui considerando tanto o aporte da teoria democrática que enfatiza questões como autonomia, liberdade, justiça, participação, deliberação como a contribuição das teorias organizacionais, orientadas por

valores como a eficiência e a eficácia e que levantam outras questões como o poder, a autoridade, a liderança, a motivação. Sustentamos com Denhardt (2004, p. 38) que o objeto da administração pública é a gestão dos processos de mudança que visam alcançar os valores societários definidos publicamente. Apoiados nessa concepção é que analisaremos as organizações públicas.

Não há consenso sobre a existência de uma teoria própria da organização pública e tampouco é nosso objetivo discutir aqui esta questão. Mas é importante definir os campos onde se situam a maioria dos autores que estudam o tema. Há pelos menos três orientações sobre o escopo da teoria sobre a administração pública: como parte do processo governamental e, portanto, afiliada aos estudos da ciência política; como sendo igual à organização privada e, portanto, uma parte da teoria organizacional ampliada; como um campo profissional, semelhante ao direito ou à medicina, que recorre à várias perspectivas teóricas para se constituir. Desde logo, os inúmeros trabalhos seguindo as três orientações citadas não permitiram uma síntese, uma teoria abrangente e compreensiva da organização pública, possibilidade também questionável. Ao contrário, pode-se afirmar que temos diferentes orientações teóricas para a sua análise. Assim, os estudos apoiados na teoria política deixam incompletas questões fundamentais do funcionamento da administração pública enquanto aqueles apoiados na análise organizacional não conseguem incorporar aspectos tão importantes como os valores e as práticas democráticas.

Evidentemente o campo da administração pública também foi, e é influenciado pelas teorias clássica e científica das teorias gerais das organizações, encarnadas nas obras de Taylor e Fayol. Aqui o peso determinante foi a importação do conceito de eficiência como medida capital, “critério científico”, para o sucesso da organização pública. A não problematização da noção de eficiência, tomada como valor absoluto, sem perceber que ela tem que ser sempre definida em termos do propósito particular a que serve, pode sustentar-se devido à sua ressonância na cultura individualista hegemônica de uma ordem capitalista em expansão.

Ainda de acordo com Denhardt (2004, p. 34; 71) duas concepções foram relevantes na constituição do campo da administração pública e ainda o influenciam: a abordagem do governo como negócio e a separação da política e da administração. Assim teríamos duas situações típicas: na primeira, as decisões são tomadas no sistema político, sobretudo com finalidade de incrementar a economia, e sua implementação deve seguir as técnicas e mecanismos da iniciativa privada. Na segunda situação tomam-se as decisões sobre as políticas públicas no domínio da política e no domínio da administração, aparte e autônomo

em relação àquele, se implementam essas políticas por meio de uma burocracia neutra e profissional. Estas concepções tradicionais, da administração separada do processo político, similar aos negócios e regida por meios científicos positivistas, configuram uma teoria política para as organizações públicas, mesmo que implícita, como veremos mais adiante.

As perspectivas funcionalistas, estrutural-funcionalistas e sistêmicas, que enfatizaram a importância da estrutura organizacional, da gestão administrativa, dos sistemas abertos e da maior racionalidade na tomada de decisão, propondo-se, inclusive, como modelo para organizar toda a sociedade, também exercem influência significativa nas diferentes visões da administração pública e contribuem para fundamentar outras teorias implícitas. A filosofia política implícita desse ponto de vista é deslocar a abordagem dos problemas do campo da política para o campo administrativo, produzindo duas consequências perigosas: a despolitização da cidadania e o crescente empoderamento da burocracia, tal como caracterizado desde Weber. Assim, o viés autoritário do pensamento organizacional e sua ênfase na hierarquia, no controle, na disciplina e na racionalidade instrumental, vieram reiterar a análise de Weber e confirmar sua visão da dominação racional-legal, do crescente poder da burocracia, *pari passu* o crescimento e a complexificação do papel do Estado, alterando em profundidade a relação de poder entre Estado e sociedade.

Martins (1997:5-8) propõe uma categorização das organizações públicas, em função do que ele denomina diferentes concepções do Estado. Assim teríamos três visões da administração pública: uma ortodoxa, uma liberal e uma empreendedora (“nova gestão pública” ou “administração pública gerencial”, como é conhecida no Brasil). Em nosso entendimento, a categorização proposta por Martins mais confunde que delimita o tema, pois todas as suas três visões são “liberais” no sentido de sua afiliação à teoria do Estado, discordando apenas enquanto a maior ou menor abrangência das suas atividades em relação ao mercado.

#### **4.2.1 Visões correntes sobre as organizações públicas burocráticas**

A literatura predominante sobre a organização pública procura caracterizá-la geralmente estabelecendo comparações com as organizações privadas, empresariais, sem contextualizá-la e, frequentemente, sem explicitar os pressupostos e valores subjacentes a esse enfoque que orienta sua análise. Shepherd e Valencia (1996) analisam a administração pública na América Latina e afirmam que os seus problemas mais evidentes são: monopólio de muitos dos serviços oferecidos o que propicia falta de competição e ineficiência; controle dos eleitores sobre os políticos é ineficiente (*accountability*), assim como do próprio desempenho



da organização; dificuldade de definir e medir os resultados. Os autores dizem que estas características são empecilho para implantação de inovações que, em geral, são processos longos e que requerem tempo de desenvolvimento e aperfeiçoamento, dificilmente restrito a um único mandato de governo.

Pires e Macedo (2006) afirmam que as organizações públicas têm as mesmas características básicas das demais organizações, acrescidas de algumas especificidades como apego às regras e rotinas; supervalorização da hierarquia; paternalismo nas relações; apego ao poder, entre outras. Estas diferenças seriam importantes na definição dos processos internos, na relação com inovações e reformas, na formação de valores e crenças organizacionais e nas políticas de recursos humanos. Os autores asseguram ainda que a presença de dois corpos funcionais muito distintos, os permanentes e os não-permanentes, também gera muitos conflitos, exacerbados nas mudanças de mandatos e é uma das causas mais importantes da descontinuidade administrativa. O corpo permanente é formado pelos trabalhadores de carreira, cuja cultura é formada no seio da organização, e o não-permanente pelos administradores políticos que seguem objetivos externos e mais amplos aos da organização. Schall (1997) que a descontinuidade é um dos pontos que diferenciam a administração pública e molda algumas de suas características como: projetos de curto prazo – governos só priorizam projetos que possam concluir em seu mandato; duplicação de projetos – cada novo governo inicia novos projetos, muitas vezes quase idênticos, reivindicando a autoria para si; conflitos de objetivos – conflito entre os objetivos do corpo permanente e do não permanente o que pode gerar pouco compromisso e adesão aos procedimentos que não contemplem os interesses corporativos; administração amadora – feita por indivíduos com pouco conhecimento da história e da cultura da organização e sem o preparo técnico suficiente, com predomínio dos critérios políticos. Não podemos deixar de comentar que esta análise pode corresponder à realidade de governo cujo mandato é sujeito ao teste eleitoral e à disputa político-partidária, mas dificilmente se aplica ao conjunto da administração pública e às políticas de Estado.

Outras leituras assinalam o caráter externo à organização pública de questões como poder, autoridade e controle. Assim Dussault (1992, p. 13) afirma que elas dependem mais da autoridade externa, são reguladas de fora da organização, seja pelos governantes e políticos, seja pelas normas aprovadas pelo legislativo e acompanhadas pelos órgãos de controle. Mintzberg (2002, p. 333) argumenta que nas organizações públicas as normas e regulamentos desenvolvidos tendem a ser aplicados a todas por igual, uma vez que os seus dirigentes são responsáveis perante uma autoridade externa à organização, além de precisarem prestar contas

ao público. Dessa maneira, o processo e a organização do trabalho tendem à uniformização, à formalização, além de concentrar a decisão nos cargos mais elevados da hierarquia, levando à centralização das decisões. Os fluxos de informação são mais rígidos e prevalece a comunicação escrita. Estas leituras não deixam de evidenciar um aspecto importante da constituição da organização pública, mas não percebem outros aspectos importantes e terminam por manter separadas política e administração. Como veremos a seguir há outras visões da organização pública mais assente a sua finalidade nas sociedades democráticas e apoiada em outros valores, diferentes dos vistos até aqui.

#### **4.2.2 Finalidade e valores da organização pública**

Os defensores de uma teoria racional da organização, visão ainda hegemônica no campo da administração pública, apoiados em sua racionalidade instrumental e na separação entre política e administração, sustentam seu ponto de vista baseados em um entendimento positivista da ciência que separa fatos e valores. Para eles uma administração pública “científica” deve estudar como se opera organizações públicas da forma mais eficiente, alcançar seus objetivos com o menor custo. Os objetivos e metas são fixados pela autoridade central, no topo da pirâmide; procura-se garantir a conformidade dos membros da organização, mediante todos os meios, aos padrões racionais de atividades derivados da missão da organização; o poder é monopolizado por quem tem acesso aos recursos e ao conhecimento.

O primeiro questionamento a esta concepção é que não podemos caracterizar as organizações públicas sem explicitar sua finalidade e sua missão última, a de garantir o alcance dos valores societários definidos publicamente, o que nos remete a própria concepção de Estado e da relação Estado sociedade. Aqui trabalhamos com a visão do Estado como garante dos direitos de cidadania, diferente do Estado mínimo, portanto um Estado de direito, democrático, que sustenta os anseios de justiça, igualdade, liberdade, participação política e social, segurança, educação, saúde, ambiente saudável, entre tantos outros. Este enfoque traz os valores democráticos para o núcleo central da finalidade da organização pública, traçando uma linha demarcatória muito clara da organização voltada para a economia de mercado. Esta tem como finalidade o lucro e o persegue por meio da produção de bens particularizáveis e divisíveis, quantificáveis. Aquela, ao contrário, presta serviços públicos voltados à coletividade, não são quaisquer serviços, pois as funções do Estado e do governo não são uniformes, expressos em uma “linha de produtos”. A atividade estatal e governamental é extremamente diversa na sua origem, na sua execução e na forma em que é recebida. Alguns

enfoques teóricos como o da escola da “opção pública” (*public choice*), baseado no individualismo metodológico, advogam a particularização do bem público de acordo com as preferências dos consumidores (OSTROM, 1997 apud ANDREWS, 2005), mas esta é uma opção problemática e reducionista, pois os órgãos públicos são vistos apenas como um meio para oferecer serviços e bens que correspondem às preferências individuais. A maioria dos serviços públicos como a educação, a saúde, a qualidade ambiental, a segurança pública, são criados para garantir benefícios coletivos, e não para atender a demanda de um indivíduo em particular, e o “consumidor” de um serviço público é simultaneamente um cidadão, com direitos e interesses em todos os serviços, não apenas naqueles que ele “consome” diretamente. Trata-se aqui do espaço público e não do privado. Assim, por exemplo, uma multa de trânsito durante o carnaval ou a obrigatoriedade de manter limpo seu quintal para impedir a proliferação de mosquitos, nem sempre são serviços desejados por seus “beneficiários” diretos, mas seguramente poderão constituir um benefício coletivo. É necessário relativizar a ideia de que a organização pública deve sempre “atender a demanda do consumidor”. Portanto, a organização pública deve também promover um conjunto de princípios e ideais comuns e promover o interesse público, mais amplo, para além do auto-interesse.

O interesse público é o empreendimento comum em que todos os cidadãos podem e devem participar, não apenas a agregação de interesses individuais ou de grupos (SANTOS, 1987). A participação de todos na consecução do interesse comum implica criar as condições e os espaços adequados para o diálogo e a deliberação no seio da organização pública, envolvendo tanto cidadãos comuns quanto os membros da organização. Uma esfera pública fortalecida, na acepção habermasiana, apoia-se em uma sociedade civil ativa, participante, em que a cidadania delibera em igualdade de condições e seleciona e prioriza os temas de interesse público. Portanto, a participação social e política da cidadania, aqui incluída a burocracia pública, é o procedimento por excelência para a definição pública dos valores societários que orientam, ou deveriam orientar, a organização pública. Nesse sentido, a participação e a deliberação de todos os interessados na tomada de decisão da organização pública têm valor finalístico e não apenas instrumental.

Nos últimos anos houve uma crescente participação dos mais diversos atores na definição das prioridades e políticas do governo. O governo deixou de ser o único e principal ator na produção de política pública seja pelo aumento da participação da sociedade civil, o terceiro setor, seja pela revolução da tecnologia da informação. Não mais é possível o mecanismo tradicional de controle governamental absoluto do processo político. Hoje há

disseminação do poder em várias redes de políticas e o governo está envolvido junto com muitos outros atores: associações, organizações não-governamentais, grupos empresariais, corporações e sindicatos, cidadãos em geral. A multiplicação de atores no processo decisório governamental gera a governança democrática que pode ser definida como as tradições, instituições e processos que tem a ver com o exercício do poder na sociedade (PETERS, 2001). O processo de governança tem a ver como as decisões são tomadas na sociedade e como os atores sociais e os cidadãos interagem na formulação dos propósitos e na implementação das políticas públicas. O conceito de rede é uma inovação nos estudos sobre gestão, sobretudo quando o foco muda das relações intergovernamentais e das relações federativas para a gestão intergovernamental, que permite superar a dicotomia entre política e administração, na medida em que se considera o contexto decisório com a multiplicidade institucional, as várias articulações entre autoridade central e local, as redes de relações interpessoais e organizacionais, envolvendo atores societais e estatais (FLEURY e OUVÉRY, 2007). Para estes autores, é necessário rever a concepção de gestão estratégica das redes interorganizacionais, pois embora os seus membros representem diferentes níveis de governo, isto não implica subordinação hierárquica e cada nível atua como unidade semi-autônoma. A gerência intergovernamental corresponderia ao manejo de políticas e programas públicos por meio de redes interorganizacionais, cujas características ou qualidades principais seriam o enfoque na solução de problemas, o comportamento estratégico e as redes de comunicação, essencial para obter a coordenação e o controle e manejar interdependências. Se as redes são compostas por atores, recursos, percepções e regras, estes são elementos-chave para sua análise, como também sua gestão. A proliferação de redes de políticas sociais é decorrência direta dos processos de descentralização e democratização na América Latina, segundo os autores citados, e afirmam ainda que, se os processos de descentralização provocam inicialmente uma fragmentação da autoridade política e administrativa, também geram novas formas de coordenação com vistas à eficácia das políticas públicas. A teoria das redes em administração pública mostra-se um instrumento útil para orientar a ação do Estado diante de seus novos desafios. Entretanto, segue problemática a questão se o poder foi efetivamente compartilhado ou permanece com quem controlava antes as organizações e agora a controla por meios mais sutis, por meio de seus conhecimentos e habilidades especializadas (MINTZBERG, 2002, p. 239-41).

A crítica à busca da eficiência organizacional como valor absoluto no setor público - e suas consequências problemáticas como o tecnicismo, a formalização e a despersonalização-, traz o conceito de equidade para o centro do debate. Diferentemente da eficiência, a equidade

traz consigo a noção de justiça, participação da cidadania e responsividade (*responsiveness*). O conceito de equidade aplica-se também às organizações públicas, não apenas às políticas de Estado ou de governo, e é entendida como a ausência de diferenças evitáveis e injustas, fruto da ação organizacional (WHITEHEAD, 1992), distinguindo-a das diferenças decorrentes de processos biológicos. Desse modo, o próprio conceito da organização pública pode mudar no sentido de apontar para a melhoria das condições econômicas, sociais, culturais e pessoais da população. Tal proposição implica alterar o padrão ético prevalente na administração pública, da administração imparcial, segundo a qual as políticas devem ser aplicadas em termos iguais para todos, sem levar em conta quaisquer outras considerações. A equidade reconheceria as diferentes necessidades dos distintos grupos sociais, regiões e pessoas o que levaria a um tratamento diferenciado. Lucchese (2003) assinala três requisitos básicos para o alcance da equidade na gestão dos serviços sociais na América Latina: financiamento estável orientado à equidade inter-regional; gestão flexível com autonomia local na administração de recursos e gestão das pessoas; descentralização da gestão e responsabilização dos governos subnacionais. Ademais, não se pode olvidar que o debate sobre equidade é ponto central da agenda para entendimento da tensão entre democracia e desigualdade social.

A noção de responsividade entendida como resposta adequada e suficiente às legítimas aspirações da cidadania (VIACAVA et al, 2004, p. 715), em contraposição a resposta às demandas dos detentores dos cargos, superiores hierárquicos na organização, é outro ponto central na agenda atual da teoria da organização pública, seja por meio da participação e do controle social, seja por meio de controles externos à organização. A organização pública, em ambiente democrático, não apenas procura fins socialmente desejáveis como deve fazê-lo de modo consistente com os valores democráticos o que implica a exclusão ou restrição do uso de métodos e organizações autoritárias, elitistas e clientelistas. A equidade, a responsividade, a efetividade e a eficácia, entendida como a capacidade da organização de alcançar os resultados desejados, nem sempre andam juntas e a solução dos conflitos entre estes valores no âmbito da política e da organização pública exige a deliberação voltada ao entendimento entre todos os interessados, outra característica distintiva da organização pública. Uma boa síntese sobre a finalidade da organização pública nos é fornecida por Matus (1997). Ele afirma que a organização pública, mesmo submetida a regras inteligentes, sempre será menos flexível que a organização privada, mas que o problema posto não é determinar custos e benefícios do ponto de vista técnico e sim político, ou seja, os valores que orientam o julgamento político. E propõe que se considere para esta avaliação as funções de regulação política, como a compatibilização do conflito entre interesses individuais e coletivos, o acesso

igualitário a bens e serviços, a geração de consenso sobre os valores; a regulação econômica, como o equilíbrio macroeconômico, empregos e salários; a regulação do mercado e do desenvolvimento urbano; a prestação de serviços sociais indivisíveis.

### **4.3 Política e gestão na organização pública**

Baseados em Denhardt (2004) podemos afirmar que as grandes e complexas organizações governamentais são caracterizadas por pressupostos da racionalidade instrumental e foram construídas com um referencial estrutural-funcionalista que resultou em áreas programáticas especializadas, com responsabilidades específicas pela formulação e execução de políticas, com especialistas cuidando de um conjunto bem limitado de questões, patrocinadas por grupos de interesses específicos. Nem todas as áreas têm a mesma influência sobre a tomada de decisão, os dirigentes maiores e os especialistas são uma minoria que centraliza o poder.

Os autores da gestão de negócios e das escolas tradicionais deram muita importância à estrutura organizacional, ou seja, como as organizações, em particular as grandes e complexas, poderiam ser melhores concebidas para operar com eficiência, partindo do suposto que se poderia desenvolver um conjunto de princípios de *design* organizacional que seriam aplicáveis a toda organização, fosse pública, fosse privada. Como as organizações são vistas como iguais propõe-se a mesma coisa: estrutura hierarquizada, cuidadosa divisão do trabalho, coordenadas por uma única autoridade. Mas, como vimos, os princípios, finalidades e valores que orientam uma e outra são diferentes. Também são distintos o escopo, o campo de atuação e o controle da atuação. As organizações públicas são fundamentais no campo das políticas públicas e da atividade governamental. No campo das políticas públicas a formulação e implementação são vistas como pontos centrais do processo político e produto da atividade governamental. Analisar as organizações públicas como parte do processo da política pública abre novas possibilidades, nem sempre concretizadas, para superar a estreita racionalidade instrumental: as organizações podem ser vistas como parte integrante do processo político, ao invés de se conceber a administração separada da política. Um bom exemplo é a formulação de Carlos Matus (1996; 1997) que integra a decisão política, o processo de planejamento e gestão. Entretanto, estas possibilidades são claramente contra-hegemônicas, pois a maioria dos estudos organizacionais orientados pela análise das políticas públicas apoia-se nas categorias e conceitos emprestados da análise de sistemas e pela utilização de técnicas positivistas de análise e avaliação. O “homem administrativo” de Simon

é substituído pelo analista político, mais racional e mais eficiente, mas que, ao fazer a distinção entre formulação e implementação, termina por reproduzir a dicotomia política e administração e conserva a concepção instrumental-racional da organização. A necessidade de estudar de forma integrada política e administração na organização pública decorre também do fato bastante conhecido que não basta simplesmente enunciar uma política, seja por ato do executivo ou do legislativo, para alcançar os resultados esperados. Há muitos aspectos que interferem em sua execução como a falta de viabilidade econômica, política e organizacional (estrutura inadequada, coordenação insuficiente, comunicação ineficaz).

A resistência ativa e passiva dos membros da organização é aspecto relevante na análise da execução da política e coloca em cena os diferentes papéis da burocracia e da relação entre administração e política (LABRA,1988; MARTINS,1997; MOTTA,2003). A burocracia pública impacta o sistema político de muitas formas pela simples força de seu tamanho e complexidade, mesmo no caso em que se a analisa como exercendo papel neutro, de instrumento, para a vontade do executivo, do legislativo e do judiciário. Entretanto, Labra (1988) já assegurava que a leitura da neutralidade da burocracia em muitas análises era decorrência da omissão da natureza política da organização pública. A autora realizou extensa revisão na literatura e identificou diferentes abordagens sobre o papel da burocracia, entre outras: forma específica de organização da dominação racional-legal; como categoria social específica, apoiada no conhecimento especializado e no segredo; como mediadora entre Estado e sociedade, paira sobre a sociedade, em especial quando a visão técnica predomina, em detrimento da política; como ator político, seja com poder demiúrgico, seja com autonomia relativa; como arena política, onde se confrontam diferentes interesses e projetos sociais, reflexos dos conflitos existentes na sociedade civil.

O fato é que atualmente apenas em alguns manuais de direito administrativo e de análise organizacionais desatualizados se assevera que a administração é atividade neutra. A realidade é que no seio da burocracia são decididas questões importantes e ela exerce um papel significativo na construção da agenda pública (LINDBLÖM, 1981). Neste sentido estamos de acordo com os autores citados, entendendo que os estudos sobre as organizações públicas não podem se limitar aos procedimentos administrativos ou à estrutura organizacional, mas também abordar o modo como são formuladas e implementadas as políticas no âmbito do Estado. Os outros autores citados acima relacionam distintos mecanismos por meio dos quais a burocracia exerce sua influência no processo político: as burocracias públicas fazem articulações em busca de apoio externo, de grupos de dentro ou de fora do governo; o impacto de um órgão público sobre a política depende de grau de

conhecimento e especialização de seus membros e sua influência pode ocorrer na formulação, na implementação ou, mais frequentemente, em ambos momentos; sua influência depende também de características internas, como o dinamismo da organização e a eficácia de sua liderança. O papel da burocracia no processo político traz à cena a questão da participação dos membros da organização na tomada de decisão, tema discutido em detalhes nesta tese na secção sobre Mintzberg, assim como a centralização versus descentralização do processo de tomada de decisão. Entretanto, a integração política administração não é coisa simples, pois como diz Martins (1997, p. 9):

[...] sistemas políticos representativos e agências de governo, enquanto arenas institucionais, ou competem mais que cooperam ou a cooperação não atende a uma racionalidade social. Insulamento burocrático, clientelismo e barganha fisiológica são padrões de relação política-administração.

Este autor assevera que a solução para este dilema seria a utopia pós-burocrática, um sistema administrativo estatal fundado em ambas as racionalidades, substantiva e instrumental. O fato é que a burocracia pública seja como arena, seja como ator joga papel decisivo nas políticas públicas. Por esta razão, o “controle da burocracia” e da organização pública é tema constante de todas as agendas de estudos como também das propostas de reformas da administração pública e seu enfoque depende da filiação teórica dos autores. O nosso entendimento é que a atuação da organização pública exige outros critérios de controle e avaliação que aqueles utilizados para a administração de empresas de mercado, considerando sua finalidade, seus princípios, sua constituição e campo de atuação. Não é tarefa fácil. Matus (1997) propõe que utilize suas funções de regulação política. Labra (1988) na mesma perspectiva sugere que se considere o contexto histórico, os papéis que desempenha e os diversos interesses que promove, para além da medida de desempenho apenas em termos das estatísticas oficiais. Neste sentido o conceito de *accountability*, vinculado ao controle da ação governamental, é fundamental na análise das organizações públicas. Segundo Labra (2007, p. 7-14), apoiada em O’Donnell (1993), nas democracias institucionais o *accountability* seria de dois tipos, vertical e horizontal. O vertical seria a prestação de contas que o governante faz periodicamente nas eleições, enquanto o horizontal opera mediante uma rede de poderes relativamente autônomos que podem analisar, questionar e propor sanções aos atos irregulares cometidos durante o exercício dos cargos. O’Donnell, ao analisar as democracias na América Latina, propõe o conceito de “democracia delegativa” – ineficiência das instituições estatais de *accountability* horizontal somada a desconexão entre



as promessas de campanha dos candidatos a cargos representativos e as decisões discricionárias que tomam quando eleitos- para caracterizar os processos de redemocratização ocorridos na região. Labra concorda com a caracterização proposta, mas afirma a insuficiência da análise de O'Donnell ao não considerar o fortalecimento da sociedade civil e seu crescente papel no controle das organizações públicas na região.

Callahan (2006) sustenta um conceito ampliado para *accountabilit*: responsividade e capacidade de responder as demandas de outrem - superiores e população; comportamento ético e aderência a padrões morais, quando da execução da função pública – dever do funcionário público de prestar contas de suas atitudes à sociedade, o que substituiu a restrita responsabilização do funcionário público com seu superior. Para este autor o processo de *accountability* nas organizações públicas poderia ser classificado em diferentes fases, referidas: ao cumprimento de normas e regras (punição frente a não obediência); ao cumprimento de metas e resultados (obtenção de recompensas); à difusão de comportamento ético–moral entre os membros da organização, associado ao comprometimento organizacional nos componentes afetivo e normativo.

A questão da dicotomia entre política e administração continua problemática e manifesta-se de diferentes maneiras, por exemplo, ao confrontar leis e procedimentos administrativos à valores; políticos à burocratas; política ao Estado; Estado e cidadãos às organizações públicas e gestão eficiente ao Estado. Como vimos, este é um dos grandes dilemas da organização pública e interfere diretamente no entendimento e nas representações que a sociedade faz da ação estatal.

#### **4.4 Organização pública burocrática no Brasil**

Os problemas da organização pública precisam se discutidos no contexto brasileiro para que as especificidades que caracterizam nossas instituições, relações e representações sociais possam ser evidenciadas. Patrimonialismo, clientelismo, compadrio, mandonismo local, modelo cartorial, corporativismo são noções já incorporadas ao senso comum na explicação dos problemas enfrentados pela organização pública e pelo Estado no Brasil. Mesmo que sua ocorrência não tenha toda a importância que lhes é atribuída, enquanto representações sociais produzem impactos significativos nas práticas sociais e na ação estatal e, portanto, na própria administração pública (COSTA, 2007, p. 140). Há diferentes hipóteses explicativas para esses fenômenos. Uma das mais conhecidas é a clássica análise de Faoro (1976), que toma emprestado o conceito de dominação patrimonial de Weber para explicar a

origem da privatização do Estado brasileiro, e o próprio processo de sua modernização, por meio de um quadro administrativo não-burocrático, leal ao “senhor” ou oligarca, e remunerado pelas prebendas ou espólio dos bens estatais. Também muito difundida, a análise de DaMatta (1983, p. 192) sobre a sociedade relacional, onde os elementos que legitimam a dominação racional-legal –a igualdade diante da lei, a universalidade das normas, etc.- estão sujeitos à hierarquização social que distingue as pessoas de acordo com o peso de seus relacionamentos sociais. Aqui a lei raramente é vista como norma imparcial e as normas da burocracia racional-legal podem ser até um ideal de sociedade e usadas para a afirmação política de sujeitos sociais, como tem se observado em muitos fenômenos atuais sob a denominação de judicialização. Outra linha explicativa apoia-se na leitura da ocorrência de um déficit democrático em decorrência das características autoritárias do Estado brasileiro e do padrão histórico de incorporação dos atores sociais à arena política e estatal, geradora de oportunidades e reconhecimento, o que configurou uma sociedade hobbesiana e estatofóbica (SANTOS W.G., 1993, p. 80). O’Donnell (1993, p. 132) advoga a mesma tese do déficit democrático, mas a inexistência de um sistema legal que assegure a efetividade dos direitos e garantias individuais e coletivos, em particular quando se enfrenta o governante, um representante do aparelho de Estado ou quem quer que esteja no topo da hierarquia social e política. Se as hipóteses explicativas trazem diferentes enfoques, por outro é quase consensual entre os autores que o período de 1930-1945 foi quando se iniciou a transformação modernizadora do Estado brasileiro e da Administração pública no país (CARVALHO, 2009; CAVALCANTI, 2007; COSTA, 2007, 2008; FAORO, 1976; MARTINS, 1985; PIRES e MACEDO, 2006; PINHO, 1998; PRATES, 2004; SANTOS, WG, 1979; TORRES, 2004; TENÓRIO e SARAVIA, 2007).

Neste período, a crescente intervenção estatal em vários setores das atividades produtivas levou à ampliação dos serviços públicos, sobretudo da administração federal, que se refletem na criação de autarquias, sociedades de economia mista e no próprio crescimento dos órgãos de administração direta. Foram criados novos ministérios (Trabalho, Educação e Saúde, Indústria e Comércio, Aeronáutica) autarquias previdenciárias (IAPC, IAPI, IAPETEC), instituições reguladoras da economia (IAA, IBC, etc.) e indústrias (marítimas, ferroviárias, entre outras). Santos (1979) afirma que o período inaugura mudanças significativas na relação Estado e sociedade, com a regulação dos direitos trabalhistas e das profissões, sob administração do recém-criado Ministério do Trabalho, situação por ele definida como “cidadania regulada”. Estava criado o Estado moderno, de acordo com as normas da administração racional-legal. Em 1936 foi criado o Conselho Federal do Serviço

Publico Civil que em 1938 transformou-se em Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). O DASP foi instrumento de modernização da administração pública brasileira, mas também se transformou em grande obstáculo à mudança da mesma ao estabelecê-la centralizada e homogênea, por meio de normas, regulamentos e padrões aplicados de modo uniforme a todas as instituições públicas federais, em qualquer estado ou região, independente da missão ou do tipo de função do órgão (PRATES, 2004, p. 118). Para Cavalcanti (2007, p. 285) o DASP foi agência de modelagem organizacional no setor público que teve por referência paradigmática o modelo burocrático weberiano, influenciado também pelos teóricos norte-americanos Woodrow Wilson – separa política e administração- e Willoughby, quem distingue atividades fins das atividades meios. Segundo Pinho (1998, p. 60) “[...] com a criação do DASP Weber finalmente chegaria ao Brasil”. Seu duplo caráter, modernizante e racionalizado, mas também lento e formalista, gerou várias tentativas de mudanças por parte dos diversos governos pós-1945, por meio da criação de autarquias que gozavam de maior autonomia.

Esta estratégia foi amplamente utilizada durante o regime da ditadura militar (1964-1985). Por meio do famoso decreto-lei 200, em 1967, instituiu-se um sistema diferenciado para a administração indireta, pela qual se dava grande autonomia para a contratação de pessoal por meio da Consolidação das leis Trabalhistas (CLT) e se enfatizava um sistema de controle por meio do planejamento, orçamento e avaliação de resultados. Fundações de direito privado, sociedades de economia mista e empresas públicas foram as grandes beneficiárias dessa política. Essa tentativa de reforma da administração pública teve duas consequências indesejáveis: o retorno às práticas clientelistas na contratação de pessoal e a marginalização política da administração direta, vista como inoperante, que foi relegada a sobreviver sem investimento e inovações (COSTA, 2008). A Constituição de 1988 instituiu o Regime Jurídico Único (RJU) para todos os servidores públicos da administração direta e indireta, igualdade de vencimentos para cargos assemelhados e regulamentação do direito de greve que havia sido abolido pelo regime militar. A nova lei de licitações públicas n. 8.666/1993 se por um lado traz relativa transparência ao processo, por outro, torna rígido e uniforme o modelo de compras e contratos governamentais, exigência estendida inclusive às organizações não estatais que contratam ou conveniam com a administração pública.

Fundações com as mais diversas funções, universidades federais, hospitais, órgãos de pesquisa e centenas de autarquias foram todas equiparadas, de modo centralizado e uniforme no âmbito nacional. As críticas não tardaram, assinalando a ineficiência do sistema público para gerir tantas e tão diferentes instituições públicas, em todas as regiões do país, com as

consequências decorrentes como a inadequação, perda da missão e dos objetivos e, sobretudo, o isolamento em relação à sociedade e a cidadania.

A reforma administrativa proposta pelo governo federal em 1995, por meio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) e denominada “administração pública gerencial” (ABRUCIO, 2007; BRESSER-PEREIRA, 1996; PRATES, 2004; COSTA, 2008), diferencia os setores estatais de acordo com suas funções, as mais exclusivas ou típicas e as próprias, não exclusivas; o núcleo estratégico é composto pelo legislativo, judiciário, a presidência e cúpula dos ministérios; as atividades exclusivas são polícia, regulamentação, fiscalização, fomento, seguridade social básica; os serviços não exclusivos são universidades, hospitais, centros de pesquisa e museus; e os serviços de produção para o mercado são as empresas estatais. Diferencia formas de propriedade: estatal, público não-estatal e privada. Apoiada nestas distinções, propõe duas diferentes formas de administração, a burocrática e a gerencial, sendo que esta enfatiza as dimensões de autonomia e flexibilidade do gestor para a administração de pessoal e materiais. Tenório e Saravia afirmam (2008, p. 120) que a intenção do projeto da administração pública gerencial de Bresser era construir um novo Estado, responsivo às necessidades de seus cidadãos, e democrático, onde os políticos fiscalizassem a burocracia, esta fosse obrigada a prestar contas legalmente, os eleitores pudessem fiscalizar os políticos e estes também seriam legalmente obrigados a prestar contas à população. Entretanto, sustentam que o desejo não se concretizou porque a ineficiência do aparelho burocrático brasileiro não será resolvida por meio de modernizações, mas pela redefinição da importância da administração pública como vetor necessário ao desenvolvimento nacional e equitativa redistribuição de renda, social e regional. A solução da questão social somente tem sentido se o processo de sua discussão for implementado pelas partes envolvidas na perspectiva da interação entre sociedade e Estado e não pelos interesses dos indivíduos ou grupos de interesse. Nesse sentido também é necessário valorizar o servidor público, e não responsabilizá-lo pela ineficiência do Estado. Assim, “[...] o sujeito do processo democrático e, portanto, decisório das questões nacionais, não deve ser só o Estado, o mercado ou a interação entre Estado e capital, mas sim a sociedade civil exercendo uma soberania popular que controle o Estado e o capital” (TENÓRIO e SARAVIA, 2007, p. 126). Diniz (2000, p. 123) afirma que a reforma criou “ilhas burocráticas”, sobretudo no Ministério da Fazenda, Banco Central, Tesouro Nacional e Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, criando um estilo tecnocrático de gerenciamento da economia, à custa da expansão do poder executivo.

A reforma da administração pública gerencial baseou-se no movimento internacional da nova gestão pública, cujas principais características foram sintetizadas no livro “Reinventando o Governo” (OSBORNE e GAEBLER, 1995). A reinvenção do governo tem parentesco com a perspectiva da opção pública (ANDREWS, 2004) e a crença é de que o livre jogo das forças do mercado governamental levaria os participantes auto-interessados – indivíduos, grupos sociais, empresas,- a um equilíbrio que representaria o máximo bem social alcançável. Osborne e Glaeber propõem dez princípios por meio dos quais os empreendedores públicos poderiam fazer a reforma do governo. Teríamos o governo catalisador, da comunidade, competitivo, guiado por missão, orientado por resultado, focado no consumidor, empreendedor, previdente, descentralizado e orientado para o mercado. O movimento gerencial ou a nova gestão pública também propõe a avaliação de desempenho e o planejamento estratégico como instrumentos da reforma. As reformas administrativas propostas não foram apenas de técnicas, mas também de valores, em particular os tomados do setor privado, entre eles a competição, a preferência pelos mecanismos de mercado para a decisão social e o respeito pelo espírito empreendedor.

Há abundante literatura criticando o enfoque ideológico desse movimento que traz a lógica de mercado para orientar a organização pública e sua orientação para o cliente/consumidor, deixando de lado importantes valores da organização pública, discutidos anteriormente neste texto (ABRUCIO, 2007; COSTA, 2008; TENÓRIO e SARAVIA, 2007; DINIZ, 2000).

Por outro lado, a proposta da administração pública gerencial também sustentava suas teses em análises críticas radicais da organização pública no Brasil, como a de Carbone (2000) que a caracterizava com atributos apenas negativos: burocratismo, com excessivo controle de procedimentos, gerando administração “engessada”; autoritarismo e centralização, com verticalização da estrutura hierárquica e centralização do processo decisório; aversão aos empreendedores e à inovação; clientelismo no controle de pessoal, empregos, cargos e comissões; privatização, por meio da obtenção de vantagens privadas dos negócios do Estado; corporativismo, usado especialmente como mecanismo de proteção à burocracia e a tecnocracia; descontinuidade administrativa, desconsiderando os processos de governos anteriores, com perda de tecnologia e desconfiança. Independentemente dos perigos da generalização e do viés ideológico em que se apóia a crítica de Carbone, ela encontra sustentação na literatura. A crítica à administração pública brasileira tem tradição consolidada nos estudos especializados e os diferentes enfoques analíticos variam em decorrência da filiação teórica dos diferentes autores (FAORO, 1976; MOTTA e BRESSER-PEREIRA,

1963; BRESSER-PEREIRA, 1996; MOTTA F.C.P., 1996; MOTA P., 1994; MARTINS, 1985, CASTOR e JOSÉ, 1998; COSTA, 2007; PIMENTA, 1998; PIRES e MACEDO, 2006; SANTOS W.G., 1993). O denominador comum às análises citadas é a relação que os autores estabelecem entre a organização pública e a sociedade e o Estado no Brasil, ou seja, suas críticas não se restringem aos aspectos internos, da gestão e organização, e tampouco aos normativos, referentes à elaboração e aplicação do direito administrativo, embora estes aspectos estejam presentes em maior ou menor monta nos estudos. Assim, temos dois grandes campos, um que privilegia uma explicação de ordem mais estrutural para explicar a organização e funcionamento do Estado, do sistema político e o padrão de democracia, e outro que procura identificar os obstáculos culturais à modernização do Estado e as ações políticas necessárias à sua remoção. No primeiro caso seriam necessárias profundas transformações sociais e políticas para mudar a organização e a ação estatal, mudança que depende, entretanto, da própria intervenção estatal, o que implica um papel preponderante à própria reforma do Estado (SANTOS W.G., 1993; MOTTA, 1994). No segundo caso acredita-se que o próprio processo natural de modernização e racionalização da sociedade nos moldes capitalistas relega a um segundo plano muitos dos problemas analisados e a reforma do Estado pode contribuir para acelerar este processo (BRESSER-PEREIRA, 1996). Estes diferentes enfoques teóricos raramente aparecem de modo puro e têm grande poder explicativo sobre diferentes mazelas das nossas organizações públicas, do Estado e da sociedade. Entretanto muitas das transformações ocorridas nesses âmbitos a partir da constituição de 1988 estão por merecer análises mais acuradas e atuais: o aumento da participação e da democratização da sociedade; a consolidação da sociedade civil e de uma esfera pública autônoma e mais fortalecida; a diminuição da desigualdade e a inclusão e conformação de novos sujeitos sociais; a consolidação da descentralização e o fortalecimento dos governos subnacionais. Neste rol podemos incluir a afirmação de importantes setores da administração pública direta, como a ciência e tecnologia e a saúde pública, e da administração indireta, como a Petrobrás e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. Torres (2004, p. 46-53) cita a melhoria em aspectos específicos do *accountability*, da transparência e do atendimento ao cidadão na administração pública brasileira, por meio da tecnologia de informação.

Sem pretender negar as críticas ao peso da burocracia pública, mas reconhecendo as mudanças, relaciona alguns exemplos: a implantação do Sistema Informatizado da Administração Financeira (SIAFI) que permite o acompanhamento informatizado de toda a execução orçamentária dos órgãos da administração direta federal; a implantação do

Comprasnet que universaliza a publicidade de todo o sistema de compras governamental, assim como o pregão eletrônico que flexibiliza este processo; a informatização das eleições e dos processos judiciais, que permitem maior controle da sociedade sobre aspectos essenciais da cidadania democrática; a informatização do processo de declaração do imposto de renda, o acesso à inscrições em diferentes ações estatais, como concursos públicos, e a concessão de certidões via internet que facilitam e agilizam a relação do cidadão com o Estado. Nesta mesma direção Abrucio (2008) assevera que a tecnologia de informação foi uma área que contribui para a relativa modernização e maior comunicabilidade da organização pública. Continuamos um país de contrastes e muitas ambiguidades, antigo e moderno, uno e diverso.

As propostas da administração pública gerencial do governo federal, em 1995, não conseguiu ser implementada, entre outras razões, por falta de viabilidade política. Entretanto a discussão segue no período mais recente e há iniciativas isoladas de mudanças na administração pública, em particular aquelas que procuram maior flexibilização das normas gerais e uniformes estabelecidas centralmente: as fundações estatais, privadas de interesse público; a nova lei sobre consórcios; as parcerias público-privadas (PPP), entre outras. Estas iniciativas são incipientes e não conseguem se consolidar em decorrência das resistências políticas enfrentadas dentro e fora da burocracia pública que opõem diferentes grupos de interesses, como, por exemplo, estatistas versus terceirosetoristas. Em julho de 2009 foi publicada a proposta de reforma administrativa do governo federal, elaborada por uma comissão de juristas instituída pela Portaria n. 426, de 06/12/2007, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. A comissão propõe a reforma de aspectos do Decreto-Lei n. 200, de 1967, referentes à administração indireta, para: criar a figura das “entidades de colaboração”, como são intituladas as organizações do terceiro setor (organização social, OSCIP, filantrópica, etc.); alterar o processo licitatório para as entidades estatais de direito privado (empresas e fundações estatais) e as “entidades de colaboração”; criar o regime de contrato de autonomia para substituir o contrato de gestão; criar o contrato de colaboração pública para ser estabelecido com os entes de colaboração por meio de um chamamento público, devidamente normalizado; reafirma o planejamento, sobretudo orçamentário, a coordenação, a supervisão e o controle como vetores estruturantes da ação estatal; como novidade estabelece o controle social participativo, diferenciado do controle público, relacionando um rol de instrumentos como consulta pública, audiência pública, exercício do direito de petição e de representação, participação em órgãos colegiados e manutenção das ouvidorias. Como se vê, não há muitas inovações, limitando-se a proposta à tentativa de aumentar a flexibilidade da administração indireta e ao estabelecimento de normas para a

relação entre o Estado e as organizações da sociedade civil. Aqui o risco segue sendo, como afirma Habermas, a extensão do poder administrativo burocrático sobre a esfera pública e a sociedade civil.

#### **4.5 Crítica e superação da racionalidade instrumental nas organizações burocráticas**

A crítica à razão instrumental é fundamental porque orienta as teorias dominantes da organização. Como vimos o modelo racional-funcional apoia-se em leitura restrita da racionalidade e no entendimento enviesado do processo de conhecimento. Motta (1997) afirma que as diferentes teorias organizacionais, por atuarem dentro do paradigma da racionalidade funcional da organização, não questionam esse paradigma, avançando apenas em relação à consideração de diferentes aspectos do fenômeno organizacional e da utilização de diferentes aparatos metodológicos em seus estudos. Esses modelos explicativos das organizações servem apenas à razão instrumental e funcional e gera o “mito da razão administrativa” (Tenório, 1993), na medida em que a teoria da administração se exclui da necessidade de pensar em formas de equacionar o problema da relação homem-trabalho no contexto das organizações burocráticas. Ramos (1981), empreendendo uma pertinente análise crítica da razão moderna, questiona a validade científica das teorias organizacionais exclusivamente baseadas nessa modalidade de razão. O autor alerta que o perigo é que os estudiosos, ao determinarem a ação racional funcional como característica básica das organizações, aproximem-se dos economistas clássicos que consideravam erroneamente a natureza humana como somente econômica. O autor defende o estabelecimento da racionalidade substantiva no contexto das organizações, através do estímulo à uma deliberada auto-racionalização do comportamento do indivíduo e estabelece como fundamental uma análise social do papel das organizações. Esse ponto de vista é adotado também por Motta (2003) que denuncia a lógica produtiva do sistema capitalista que subtrai ao trabalhador o controle da atividade produtiva e sua autonomia e o submete à passividade e a alienação. A proposta é de que a teoria administrativa desenvolva-se no sentido de valorizar a razão substancial, possibilitando, assim, o atendimento das necessidades de autonomia, educação, desenvolvimento afetivo e auto-realização dos indivíduos.

Os teóricos da escola de recursos humanos há bastante tempo levantaram questões importantes e fizeram propostas para enfrentar a desumanização, a indiferença e a desmotivação no âmbito organizacional. Golembiewski (1967 apud DENHARDT, 2004) introduz o debate sobre a moralidade nas organizações. Estabelece um diálogo crítico com



Argyris e Shön (1978, apud DENHARDT, 2004), que propunham o crescimento psicológico dos membros da organização, mas concordam nas propostas de mudanças por meio do desenvolvimento organizacional (ou institucional) no setor público e da aprendizagem organizacional. O autor enfatiza a relação entre a descentralização, a maior autonomia do trabalhador e o desenvolvimento de valores morais. Sustenta que a relação entre o indivíduo e a organização deve ser resolvida em termos políticos e morais e não mediante técnicas gerenciais. Este autor propõe cinco “metas-valor” orientando a abordagem para a mudança pessoal e organizacional: concordar sobre pedidos de informação com base em acessibilidade mútua e comunicação aberta; expandir a consciência e o reconhecimento de opções e tentar novos comportamentos; adotar um conceito colaborativo de autoridade que enfatize a cooperação e a disposição para examinar conflitos de forma aberta; cultivar relações de ajuda mútua, com responsabilidade pelos outros; portar-se com autenticidade nas relações interpessoais. Também Harmon (1981), apoiado na Fenomenologia e na teoria da justiça de Rawls, desenvolve crítica consistente ao modelo racional da administração. Propõe um novo paradigma para a administração pública que incorpore uma teoria de valor e de conhecimento diferente do hegemônico, baseado no pressuposto que os indivíduos são ativos e sociais e atribuem sentido às suas atividades. A capacidade dos seres humanos para a auto-reflexão deve ser considerada em qualquer teoria da ação e o indivíduo somente pode ser entendido como produto da interação social. Só há sentido se constituído pelo indivíduo que interage com outros em situação dialógica. A participação em comunidade é quem constrói a realidade social e essa é a premissa normativa básica que orienta a comunicação entre as pessoas. Sem desqualificar a finalidade da ação, afirma que resultados substantivos são objetivações resultantes de acordos entre pessoas sobre a facticidade destes resultados. Já a qualidade do processo baseia-se no grau de compartilhamento da compreensão dos problemas, no desenvolvimento da confiança mútua e na busca de soluções sem coerção ou dominação.

A teoria da ação comunicativa de Habermas (1987a; 2002; 2004) fundamenta a crítica à razão instrumental de muitos dos autores que compreendem as organizações de modo não convencional, contrários aos paradigmas quantitativos (teoria clássica e científica) e motivacionais (humanistas). Para esse autor a ação comunicativa é uma proposta de superação do tecnicismo e do funcionalismo predominantes na sociedade moderna. Sustenta também que o domínio exercido pela racionalidade funcional nas relações capitalistas faz com que uma comunicação distorcida instale-se entre os indivíduos. Propõe ainda o estabelecimento de uma efetiva possibilidade de comunicação entre os indivíduos que faça frente à situação de predominância da razão técnica e dirigida a fins, permitindo a emancipação do indivíduo e o

desenvolvimento de suas potencialidades de auto-reflexão. O conjunto global do pensamento do autor é orientado pelo conceito da emancipação do homem através do esclarecimento e da solidariedade e a construção racional da identidade dos sujeitos e das coletividades. Destaca-se em sua teoria o papel assumido pela linguagem como articuladora da ação em geral e geradora da solidariedade, base da vida social. Habermas opera um deslocamento da primazia do econômico sobre o social ao colocar comunicação voltada ao entendimento no centro da sua teoria. Para Habermas (1987a; 2003) há uma relação dialética entre o mundo da vida, mediado pela linguagem e cultura, representado pela razão comunicativa, e o sistema, mediado pelo poder e dinheiro, representado pela razão instrumental. A reprodução material da sociedade é desempenhada pelo sistema, onde as ações são orientadas para o êxito. O sistema é resultante da diferenciação, dentro do mundo da vida, dos subsistemas de ação especializados, sistema econômico e sistema administrativo. A relação dialética entre mundo da vida e sistema permite a integração nas organizações, pois a racionalidade funcional depende dos padrões simbólicos do mundo da vida dos atores. Nessa perspectiva a organização é um sistema baseado na razão instrumental, mas também é simultaneamente um espaço comunicativo que promove a integração social. O pensamento de Habermas possibilita uma nova perspectiva à teoria das organizações em que a comunicação exerce seu poder de influência por meio do entendimento intersubjetivo, em lugar apenas do uso do poder e da hierarquia (RIVERA, 1995). Habermas, apoiado em Weber, caracteriza as organizações como âmbitos de ação formalmente organizados, vazios de conteúdo normativo, e autônomos em relação aos componentes do mundo da vida. Seus membros sujeitam-se à obediência, à hierarquia e à impessoalidade das relações que deixam de obedecer a normas linguisticamente formuladas pelos sujeitos e passam a ser reguladas em termos formais. Neste contexto a ação comunicativa perde vigência e a interação entre os membros da organização não é livre nem autônoma, é regulada pela formalidade que também define a conduta legítima. Instaure-se o reino da dominação legal, racional. Entretanto, diferente da interpretação weberiana, o conceito do agir comunicativo permite a Habermas ir além e afirmar que não se poderiam manter as relações sociais formalmente reguladas e nem se cumpririam os objetivos da organização se todos os processos genuínos de entendimento fossem eliminados do interior da organização. Trata-se da própria sobrevivência do mundo da vida no seio da organização, pois apesar de todas as restrições, este se manifesta na existência da organização informal no seio da organização formal. O mundo da vida dos membros da organização, manifestado na organização informal, sustenta a vida organizativa o que assinala sua importância. Outra contribuição relevante de Habermas (2003) é sua compreensão das organizações como parte

de quadro mais amplo no âmbito da relação Estado sociedade. Os conceitos de esfera pública e poder comunicativo, poder político e poder administrativo possibilitam esta compreensão. A esfera pública é a arena onde os vários atores sociais se engajam em um discurso que supera os interesses da esfera privada e onde se estabelece a formação racional da vontade e da opinião política do povo e a agenda normativa para a sociedade como um todo. A diminuição da esfera pública restringe a participação e a deliberação em igualdade de condições dos interessados e submete o poder político à racionalidade técnico-instrumental. O campo da política apequenada, na leitura do autor, não se preocupa mais com os aspectos normativos da sociedade e trata tão somente de garantir o crescimento econômico e a lealdade das massas e faz com que a atividade do governo limite-se a resolver problemas técnicos solucionáveis em termos administrativos. A consequência é a despolitização geral da cidadania. Para Habermas apenas a discussão pública sobre os princípios e as normas que devem orientar a sociedade pode garantir e ampliar a cidadania democrática. A discussão deve ser livre de dominação, em todos os níveis dos processos de tomada de decisão política. Do mesmo modo o poder administrativo está subordinado ao poder comunicativo: “Se o poder da administração do Estado, constituído conforme o direito, não estiver apoiado num poder comunicativo normatizador, a fonte de justiça, da qual o direito extrai sua legitimidade, secará” (HABERMAS, 2003, p. 186).

O autor faz sua distinção proposta por Hanna Arendt (2009) entre poder e violência e entendem poder não como a chance de impor sua própria vontade sobre a vontade dos outros, mas como o potencial de uma vontade comum formada numa comunicação não coagida. Tal poder comunicativo só pode formar-se em esferas públicas, surgindo de estruturas de intersubjetividade intacta de uma comunicação não deformada. Sua origem repousa na força motivadora de discursos compartilhados intersubjetivamente, como quando se tem uma convicção comum, entre falante e ouvinte, baseada no reconhecimento intersubjetivo de uma pretensão de validade o que implica numa aceitação tácita de obrigações para a ação e, portanto, cria uma nova realidade social.

Entretanto o conceito de poder comunicativo ilumina apenas o surgimento do poder político, não a utilização administrativa do poder já constituído, ou seja, o exercício do poder. Aqui Habermas defende a necessidade de diferenciar poder comunicativo e poder político, pois este último implica o emprego do poder administrativo e a concorrência pelo acesso ao sistema político. Como o poder administrativo se orienta por autorizações que permitem decisões coletivamente obrigatórias, ele sugere que se considere o direito como o *médium* através do qual o poder comunicativo se transforma em poder administrativo. Trata-se de uma

procuração no quadro de permissões legais. Estas considerações de Habermas mostram-se muito importantes para a compreensão do quadro de referências das organizações públicas. Outro desenvolvimento relevante na sua teoria é o esclarecimento dos mecanismos de coordenação da ação por meio de entendimento ou influência, obrigatórios em toda ordem social estável. Afirma que a coordenação depende das perspectivas dos atores: sob condições do agir orientado por valores, eles buscam um consenso ou apoiam-se nele; sob as condições do agir orientado por interesses, eles visam uma compensação de interesses ou um compromisso. A prática do entendimento distingue-se da negociação através da sua finalidade: no primeiro caso, a união é entendida como consenso; no segundo, como pacto. Consenso e arbitragem são os modos como se regulam os conflitos interpessoais, dependendo da orientação dos atores. Mas quando se perseguem objetivos coletivos, a coordenação da ação se dá por meio da decisão autorizada (por meio da autoridade), no caso da orientação por valores dos atores, ou por meio da formação de compromisso, quando se trata da situação de interesses (HABERMAS, 2003, p. 178).

No Brasil alguns autores procuram dar seguimento à proposta crítica desenvolvida por Habermas. Serva (1997, p. 22-3), apoiando-se na razão substantiva de Guerreiro Ramos e na ação comunicativa de Habermas, propôs um modelo para a análise da racionalidade nas organizações por meio da oposição entre a razão racional instrumental e a razão substantiva/comunicativa. O autor define onze processos organizacionais para a análise, entre eles, a hierarquia e as normas; os valores e objetivos; a tomada de decisão; a divisão de trabalho; a comunicação e a relação interpessoais, entre outros. A proposta de Serva traz possibilidades interessantes para a abordagem empírica da análise organizacional.

Tenório e Saravia (2007) denominam gestão pública àquelas ações do Estado que são implementadas através dos governos nacional e subnacionais em função dos interesses da sociedade, considerando o mercado parte da sociedade. E a distinguem da gestão social definida como o processo por meio do qual a sociedade contribui à res publica através das diferentes instâncias já existentes no Estado, como é o caso dos conselhos municipais ou dos movimentos sociais que reivindicam direitos. A participação democrática da cidadania não implica exclusão do sistema político, muito pelo contrário, exige um sistema político democrático e legitimado eleitoralmente que possa abrigar e favorecer a expansão da esfera pública e as manifestações da sociedade civil. Não é tampouco a denominada democracia direta porque sempre há mecanismos de representação envolvidos. Para Tenório a gestão social seria um processo onde a hegemonia das ações tem caráter intersubjetivo, isto é, onde os interessados na decisão, na ação de interesse público, são participantes do processo

decisório. “A gestão social é a substituição da gestão tecnoburocrática, monológica, por um gerenciamento mais participativo, dialógico, no qual o processo decisório é exercido por meio de diferentes sujeitos sociais” (TENÓRIO e SARAVIA, 2007, p. 128). No campo da saúde coletiva Rivera (1995) em sua tese de doutorado discute a importância do referencial teórico da ação comunicativa para a crítica do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, inaugurando uma tradição de trabalhos críticos neste campo que, desde então, tem ganhado corpo e se afirma como proposta teórica e prática.

#### **4.6 Conhecer agindo e agir conhecendo**

A participação tanto dos membros da organização como da cidadania em geral são valores importantes nos debates sobre a organização nas últimas décadas. Muito se escreveu sobre o tema, apresentado ora como a solução definitiva para os problemas da organização pública, ora como simples mecanismos de cooptação de grupos sociais mais reivindicatórios. Organizações com estruturas mais abertas e flexíveis, com fronteiras permeáveis, ‘sem muros’, orientadas pela cooperação, foram apresentadas como receitas universais para todas as situações. O formalismo e a despersonalização da burocracia foram dados como mortos e enterradas umas tantas vezes e continuam vivas. Não há respostas simples e menos ainda consensos teóricos sobre o tema. Não temos a mínima pretensão de enfrentar este problema aqui, mas apenas assinalar sua imensa complexidade e seu papel determinante para a própria manutenção da ordem econômica, social, política e cultural hegemônica. Entretanto o fortalecimento do ideal democrático e participativo, o surgimento das novas tecnologias de informação e o próprio desenvolvimento do conhecimento sobre o tema nos últimos trinta anos nos permitem uma atitude otimista frente às possibilidades de mudança. É possível também que a lógica da organização inspirada no mercado tenha mostrado seus limites como alerta a crise mundial de 2009. Deve-se considerar ainda que a incorporação dos conceitos subjacentes à teoria não é tarefa fácil, em particular quando estão entrelaçados aos valores societários, mais amplos e gerais, da cidadania democrática. Tentaremos aqui assinalar alguns destes esforços que se basearam nos conceitos da teoria comunicativa para entender e mudar o problema.

Concordamos com Denhardt quando declara (2004, p. 148) que na medida em que estivermos comprometidos com o ideal da democracia, o estado administrativo não atingirá jamais a legitimidade, se não puder demonstrar sua capacidade de incrementar ou promover os direitos individuais fundamentais, a igualdade entre todos os cidadãos e a participação

universal. As propostas deste autor, apoiadas na razão comunicativa, sustentam um movimento de reforma da organização pública que procura valorizar o servidor público e levá-lo a assumir um novo papel no processo de transformação da organização e de sua relação com a sociedade.

A análise das limitações estruturais das práticas comunicativas pode ser bom ponto de partida. Os padrões problemáticos de comunicação que hoje definem as relações internas e externas das organizações públicas limitam as possibilidades do estabelecimento de discussão entre todos os envolvidos em igualdade de condições. A identificação e análise destes padrões comunicativos distorcidos tem sido um campo fértil no plano teórico e tem respaldado iniciativas práticas promissoras. Flores (1994) vê a organização como uma “rede de conversações” e enfatiza os atos de fala no processo organizativo. A importância da interação intersubjetiva é enfatizada por Echeverria (2007, p. 76) quem assegura que a escuta é a competência mais importante da comunicação humana porque valida a fala e a precede, no sentido que determina o grau de efetividade que esta pode alcançar. Assim quem não considera as inquietações e interesses do interlocutor, fala apenas em função do que interessa, não será ouvido. Estes autores procuram estabelecer a conexão entre a reflexão pessoal e coletiva, fruto da relação intersubjetiva voltada ao entendimento, e o processo de desenvolvimento institucional por meio da aprendizagem pessoal e organizacional, como proposto por Argyris e Schön (1978, apud DENHARDT, 2004). Na área da saúde coletiva no Brasil há trabalhos que se orientam por este paradigma da linguagem nas organizações. A metáfora da “organização que escuta” pode muito bem ser uma pista para o desenvolvimento de práticas nessa direção.

Também vimos o desenvolvimento recente das redes de políticas como possibilidades de transformação da gestão intergovernamental e da relação entre Estado e Sociedade. A gerência intergovernamental dar-se-ia por meio de redes interorganizacionais, com enfoque na solução de problemas, no comportamento estratégico e nas redes de comunicação, essencial para obter a coordenação e o controle e manejar interdependências. Neste sentido são mais que um instrumento, pois favorecem relações baseadas na confiança e processos gerenciais horizontalizados e pluralistas. Entretanto também apresentam seus limites, pois podem ser compatíveis com diferentes orientações e valores das políticas públicas, e não podem substituir algumas típicas funções estatais, como a garantia dos direitos sociais (FLEURY e OUVRENEY, 2007).

Outra linha de abordagem propõe-se compreender a formulação e implementação de políticas públicas apoiada numa perspectiva da crítica dos valores e situando-as e seu contexto

histórico e normativo. Trata de iluminar os aspectos teóricos da prática burocrática que restringem o reconhecimento do processo de governança democrática por parte dos membros da organização, assim como sua contribuição para este processo. Nesse sentido, o compromisso com a democratização das relações sociais de todo tipo e a participação do maior número possível de pessoas no diálogo público poderia contribuir ao restabelecimento da relação mais equilibrada entre a racionalidade instrumental e a comunicativa. Esta leitura propõe a participação da cidadania no momento da formulação e da implementação das políticas públicas e defende inovações que propiciem maiores espaços para o diálogo e a deliberação envolvendo tanto servidores públicos quanto os cidadãos. Este entendimento implica mudar a relação da administração pública com os servidores públicos e destes com a população, ou seja, é uma mudança mais profunda, de ordem cultural, social além de política. Nesta perspectiva, a organização pública é parceira na afirmação da cidadania e na construção de valores e responsabilidades na sociedade.

Muitos partidos políticos e movimentos sociais têm estimulado a politização dos processos formativos e apoiado a formação de lideranças populares e públicas que saibam introduzir o tema na agenda política, mobilizar as pessoas em torno do problema, estimular opções estratégicas e sustentar a ação. Esta linha é a que mais se desenvolveu no campo da saúde coletiva, abrigando projetos distintos, em relação dialética, a depender da ênfase atribuída: o campo da macropolítica, no âmbito da luta pela democratização das instituições e das relações entre Estado e sociedade e da reorganização macroorganizacional do sistema público de saúde; o campo da micropolítica, das práticas de trabalho e do cuidado, voltado à crítica e reestruturação das microorganizações e dos serviços de saúde. A diversidade de temas e abordagens, a inovação das propostas e o compromisso com os valores da democracia e da solidariedade propiciam um debate rico e estimulante e, sobretudo, gerador de esperança na transformação da organização pública da saúde e na existência de uma sociedade mais democrática e justa.

## **CAPÍTULO V. DEMOCRACIA E DESCENTRALIZACAO NAS ORGANIZAÇÕES NA VISÃO DE MINTZBERG E MATUS**

No capítulo cinco discutimos como os conceitos de racionalidade, democratização e descentralização são abordados nas teorias voltadas para a análise organizacional. O clássico debate democracia versus burocracia ainda é o pano de fundo para esta aproximação ao tema. Mintzberg a partir de sua visão sistêmica, estrutural e contingencial, mas suficientemente ampla e profunda, permite estudar melhor o fenômeno organizacional por dentro, nos seus aspectos da descentralização, da comunicação e da coordenação. Mintzberg procura estabelecer o vínculo entre o fluxo de comunicação à estrutura da organização e como se dão de fato os processos de trabalho, de informação e de decisão. Defende a obrigatoria contextualização dos estudos organizacionais que devem explicitar o tipo de organização e a parte da mesma a qual se podem aplicar, assim como a relação entre a estrutura e o funcionamento da mesma.

A escolha das teorias de Matus sobre o planejamento estratégico situacional (PES) e a macroorganização deve-se a nossa compreensão de que são contribuições relevantes para pensar o tema e as práticas da racionalidade, da democracia e a da descentralização, no âmbito da organização pública. O autor dialoga com diferentes autores, tendo como norte as sociedades democráticas e a participação da sociedade e, como referência central em suas reflexões, o papel do Estado. O pensamento de Matus nos aproxima da visão da organização pública democrática e comunicativa tendo como pano de fundo o PES e a teoria da macroorganização. Exploraremos os conceitos de análise situacional, problemas, ações e atores, planejamento e organização, entre outros, para estabelecer suas relações com a gestão democrática e participativa.

### **5.1 Descentralização e democracia nas organizações: a visão de Mintzberg**

#### **5.1.1 Formato organizacional**

Para Mintzberg (2002, p. 80-91) há duas leituras da organização que procuram combinar os aspectos formais e informais. Uma delas adota a perspectiva da organização como um complexo de constelações de trabalho, onde a rede informal segue determinadas pautas relacionadas com o sistema de autoridade formal. A premissa é que as pessoas costumam trabalhar em grupos exclusivos, pequenos círculos de companheiros baseados em



relações horizontais e não verticais. Assim a organização é vista como uma rede de comunicação diferenciada tematicamente nos distintos níveis hierárquicos. Os membros da organização situados em determinado nível da hierarquia tratam de informações de natureza diferente da correspondente aos demais níveis, diferentemente da visão do sistema controlado segundo a qual todos os níveis tratam das mesmas informações de modo mais ou menos agregado. Em realidade, a organização adota a forma de um conjunto de constelações de trabalho, círculos independentes de indivíduos que tentam tomar decisões adequadas ao seu nível hierárquico o que supõe o uso de muita comunicação informal. As constelações oscilam entre o formal e o informal, entre grupos definidos no organograma e grupos constituídos informalmente. A outra leitura, nas organizações adocráticas, adota a perspectiva da tomada de decisões como um fluxo flexível de processos de decisão *ad hoc*. Define decisão como compromisso de ação, intenção explícita de atuar, que é conceito equivalente a ato de fala de Austin (2008) e processo de decisão como todos os passos dados desde que se percebe o problema até o compromisso de ação. O processo de decisão pode ser classificado como programado ou imprevisto, rotineiro ou *ad hoc*, muito ou pouco estruturado, mas também podem ser classificados por grupos que correspondem às operações, à administração e às estratégias. As decisões estratégicas são exceções, variam conforme o contexto, têm impacto significativo para a organização, são as mais complexas e menos programadas e rotineiras, e envolvem numerosas constelações de trabalho e membros da organização, não apenas os situados na cúpula estratégica. A decisão estratégica pode surgir em qualquer instância da organização, incluindo o núcleo de operações como o autor denomina os membros da linha de frente. O processo de decisão *ad hoc* envolve os distintos tipos de decisão descritos e é composto por uma complexa combinação de fluxos formais e informais de autoridade, comunicação e processos de decisão.

### **5.1.2 Desenhos organizacionais, mecanismos de articulação e decisão**

Mintzberg afirma que nas organizações, o desenho influencia a divisão de trabalho e a coordenação, afetando sua forma de funcionamento, ou seja, como se dão os fluxos de materiais, de autoridade, de informações e de processos de decisão. Relaciona nove (9) parâmetros de desenho da organização: desenhos de postos (especialização, formalização do comportamento, preparação e doutrinação); desenhos de superestrutura (agrupação e tamanho das unidades); desenhos de vínculos laterais (planejamento, controle e mecanismos de articulação) e desenhos de processo decisório (centralização e descentralização). Também

propõe e analisa quatro fatores de contingência: tamanho e idade das organizações; o sistema técnico; o entorno e o poder.

Para nossa finalidade interessa discutir os parâmetros de desenhos dos mecanismos de articulação e do processo decisório. As organizações desenvolveram dispositivos que podem ser incorporados à organização formal para estimular a articulação e a relação interpessoal. O autor propõe quatro diferentes tipos: postos de enlace; grupos de trabalho e comitês permanentes; dirigentes integradores e estrutura matricial. Há situações em que a organização é obrigada a tentar cobrir todas as frentes de interdependência sem ter que optar por uma única base de agrupação, ou seja, escolher uma unidade principal para a articulação. Nesses casos tem-se uma estrutura matricial, com duplo comando, pois é sacrificado o princípio da unidade de mando e os diferentes dirigentes de linha são iguais e conjuntamente responsáveis pelas mesmas decisões (MINTZGERG, 2002, p 208-17). Eles são obrigados a buscar o entendimento e superar os conflitos que surgem. O equilíbrio do poder formal é o que distingue a estrutura matricial dos demais mecanismos de articulação para o enfrentamento das interdependências. A estrutura matricial é aconselhável para organizações que queiram resolver os conflitos por meio da negociação informal entre iguais ao invés de recorrer à autoridade formal ou à autoridade da linha sobre o *staff*. Os líderes dos grupos de trabalho situam-se ao lado dos dirigentes funcionais de linha. Esta estrutura exige habilidades interpessoais desenvolvidas e muita tolerância à ambiguidade. Na estrutura matricial, coordenação e comunicação são essenciais. Podem distinguir-se dois tipos de estruturas matriciais, uma, permanente, em que são estáveis as interdependências, as unidades e pessoas envolvidas e outra, variável, orientada para o trabalho de projetos, quando há mudanças frequentes das interdependências, unidades e pessoas. São comuns nas estruturas de governo, a exemplo das interdependências entre divisões funcionais e territoriais, como nas subprefeituras e distritos sanitários. Na estrutura matricial também há superposição de inúmeros grupos de trabalho e comitês permanentes e geralmente é utilizado o planejamento e a gestão estratégicos por objetivos. Os modelos variáveis são usados para projetos, laboratórios de pesquisa e equipes de consultores, em que a organização funciona como um conjunto de equipes de projetos ou de grupos de trabalho. Ela é efetiva para o desenvolvimento de novas atividades e para a coordenação de complexas interdependências múltiplas, mas não adequada quando se necessita de segurança e estabilidade. O autor relaciona quatro dificuldades principais provocados pela estrutura matricial: a interiorização permanente dos conflitos; estresse; manutenção do delicado equilíbrio de poder; aumento do custo de administração e comunicação, pois ela ocasiona a diminuição do tamanho médio das

unidades e a proliferação de dirigentes na organização. Os dispositivos de articulação costumam ser utilizados quando a atividade é de especialização horizontal, complexa e muito interdependente. O trabalho complexo pode ser normalizado, mas quando há muita interdependência é necessário algum dispositivo de enlace. As tarefas complexas e especializadas são as profissionais e daí a relação entre elas e o uso de dispositivos de articulação. Nesse sentido, quanto mais diferenciada a organização, mais importância tem a integração. Também o planejamento das ações para o tratamento da interdependência das unidades deve ser bastante geral, diretrizes genéricas, para permitir a acomodação comunicacional. Os mecanismos de articulação são mais adequados ao trabalho realizado nas instâncias médias da estrutura, na qual participam um grande número de gerentes de linha e especialistas do *staff*. O conjunto de dispositivos de articulação constitui o parâmetro de desenho mais importante da linha média da organização. Também nos casos em que o núcleo de operações é composto de profissionais cuja interdependência os obriga a trabalhar em equipe, a adaptação mútua é o principal mecanismo de coordenação e os grupos de trabalho e as estruturas matriciais variáveis são o principal parâmetro de desenho. Na cúpula estratégica são frequentes os comitês permanentes. É patente a importância atribuída pelo autor à comunicação interpessoal e aos mecanismos de articulação e integração, a depender dos tipos de organização. As organizações profissionais são meritocráticas, mas não democráticas, pois os conhecimentos não estão distribuídos igualmente e, tampouco, são as mais descentralizadas.

### **5.1.3 Centralização, descentralização e democratização nas organizações**

Mintzberg afirma que quando o poder de decisão está concentrado em um ou poucos pontos da organização, tem-se uma estrutura centralizada; ao contrário, quando se tem o poder decisório dividido em vários pontos, a estrutura é descentralizada (MINTZBERG, 2002, p. 218-46). Esta questão está relacionada ao conflito entre a divisão do trabalho e a coordenação. Habitualmente relacionam-se três principais motivos para descentralizar uma organização. O primeiro seria devido a impossibilidade de concentrar todas as decisões em único ponto por falta ou demora da informação ou ainda por falta de capacidade cognoscitiva. Uma segunda razão seria porque ela permite à organização reagir com rapidez frente aos problemas locais. E a terceira é que ela constitui um estímulo motivacional, pois as pessoas criativas requerem liberdade de ação e a organização só pode aproveitar seu potencial se lhes atribui poder de decisão.

Para o autor não existe centralização ou descentralização absolutas, são extremos de um *continuum*. O conceito de descentralização é polissêmico, tem vários usos, não dá conta de descrever a complexidade da distribuição de poder na organização e exige sempre que se o qualifique. Há três usos mais frequentes. Em primeiro lugar, nomeia a dispersão do poder formal (em linha) à medida que descende pela hierarquia. É a descentralização vertical. Se ocorrer por vontade da direção superior diz-se delegação. Uma segunda acepção é quando o poder, principalmente o informal no caso, desloca-se dos dirigentes de linha em direção ao *staff* técnico, aos especialistas de apoio ou aos membros do núcleo operacional. Há um terceiro fenômeno também denominado descentralização quando ocorre a dispersão física dos serviços – uma regional de saúde-, mas o autor prefere o termo desconcentração ou dispersão nestes casos. A descentralização vertical e a horizontal são bem diferenciadas do ponto de vista conceitual. A descentralização também pode ser seletiva, quando o poder correspondente a decisões diferentes situa-se em distintos pontos da organização, e paralela, quando ocorre a dispersão do poder de decisões diferentes no mesmo ponto da organização, por exemplo, na linha média. O autor precisa o significado real de controle sobre o processo de decisão, ao desmembrá-lo em várias etapas -da situação problema à ação- e analisar o controle sobre elas. Assim, o controle sobre todas as etapas implica maior centralização, enquanto o controle sobre apenas uma das etapas, a escolha do que fazer define um processo mais descentralizado.

A descentralização vertical corresponde a delegação do poder da cúpula estratégica até a linha média enquanto poder formal de escolha do que fazer e de autorizar a execução, em contraposição ao poder informal que surge com base no assessoramento e na execução. Portanto, a autoridade situa-se na estrutura de linha da organização. Adotando a visão da organização como constelações de trabalho, elas existem no nível hierárquico em que pode acumular-se mais efetivamente a informação referente às decisões de uma área funcional. Assim a descentralização vertical seletiva está relacionada com as constelações de trabalho agrupadas com base na função. Entretanto este tipo de descentralização deixa de articular importantes interdependências e traz a tona a questão da coordenação e do controle. Pode-se usar a supervisão direta, mas o uso excessivo desse mecanismo pode anular a própria descentralização o que também ocorre com os mecanismos da normalização do trabalho e de resultados, pois nesse caso ocorre a centralização nas constelações da tecnoestrutura (processo de planejamento e programação). Desse modo, recorre-se mais à adaptação mútua para coordenar a tomada de decisão e se prioriza os mecanismos de articulação.

A descentralização horizontal dá-se quando o poder é transferido dos dirigentes para gerentes, analistas, especialistas do *staff* ou núcleo de operações (linha de frente). Aqui o

processo ocorre fora da estrutura de linha, no âmbito do poder informal, de quem detém a informação e assessora os dirigentes de linha. O poder formal pode estar em qualquer ponto, por exemplo, nos operadores que elegem o dirigente maior. A descentralização horizontal tem diferentes graus: dos analistas que controlam o comportamento dos demais, passando por todos os especialistas dotados de conhecimento até todos os membros pelo fato de pertencerem à organização.

Há um grau maior de descentralização horizontal quando a organização depende de conhecimentos especializados e o poder é transferido para os especialistas seja na tecnoestrutura, no staff, no núcleo de operações ou na gerência. A descentralização horizontal é completa quando o poder não se baseia no posto ou no conhecimento, mas no mero fato de pertencer à organização. Todos participam igualmente na tomada de decisão e aí se trata de uma organização democrática e, portanto, em sua visão, nem toda descentralização implica democracia e tampouco a democracia na organização inclui a participação dos usuários/clientes da organização. As características dessa organização seriam que todos os assuntos seriam resolvidos por meio do voto igualitário, os dirigentes seriam eleitos para agilizar a tomada de decisão dos membros, mas não teriam influência na execução das decisões. Apenas algumas organizações de voluntários se aproximam disso, mas não se observa nas demais. Afirma que os modelos de organizações de autogestão tentam alcançar esse modelo, mas os resultados não evidenciam que tenham conseguido. Para ele, ao contrário, há alguma evidência de que esse tipo de participação muitas vezes serve para reforçar a alta direção, diminuindo a influência da gerência e do staff, inibindo o desenvolvimento da profissionalização e termina por favorecer a centralização vertical e horizontal. Afirma que esse movimento teve influência nos Estados Unidos com a denominação de gestão participativa que adotou duas proposições básicas: uma, fática, a participação gera maior produtividade e outra, valorativa, todos tem direito a participar nas organizações que os contratam. A primeira assertiva não teria sido verificada empiricamente, enquanto a segunda o autor afirma que a gestão participativa dependeria da vontade do dirigente maior em compartilhar seu poder com os demais membros da organização o que diminuiria o peso do seu caráter democrático. Ainda para ele, existiriam dois tipos de burocracia. As organizações cujas burocracias contam com operadores com atividades especializadas, mas não qualificados, e recorrem à normalização do processo de trabalho são mais centralizadas que aquelas que recorrem à normalização das habilidades (realizadas pelas corporações de classe) e cujos operadores são profissionais qualificados. Esta distinção entre

burocracias pode iluminar nas organizações municipais de saúde, a diferença entre operadores profissionais e operadores administrativos.

Mintzberg, em síntese, afirma que a organização descentralizada horizontalmente é mais democrática e apresenta-se melhor para a motivação ao trabalho.

#### **5.1.4 O *continuum* centralização descentralização**

Apoiado em sua análise do fenômeno Mintzberg propõe cinco tipos ideais que formam um *continuum*, sendo o primeiro a centralização vertical e horizontal em que o poder concentra-se nas mãos do dirigente geral, ou gestor, localizado na cúpula estratégica. Esse dirigente detém tanto o poder formal quanto o informal, toma todas as decisões e coordena mediante a supervisão direta.

Um segundo tipo seria a descentralização horizontal limitada (seletiva) que corresponde à organização burocrática cujas tarefas não requerem qualificação e recorrem à normalização do processo de trabalho para sua coordenação. Os analistas têm papel importante porque formalizam o comportamento dos demais e os operadores não têm nenhum poder sobre seu próprio trabalho. O mecanismo de coordenação mais utilizado é a normalização em lugar da supervisão direta o que limita o poder dos gerentes de linha. Em consequência, a estrutura fica centralizada na dimensão vertical, pois o poder se concentra na cúpula estratégica, e descentralizada horizontalmente devido ao poder informal obtido pelos analistas, e, além disso, seletiva, pois estes participam apenas das decisões referentes à formalização do trabalho.

Um terceiro tipo é a descentralização vertical limitada (paralela) em que a organização está dividida em unidades departamentais, ou divisões, cujos dirigentes obtêm grande poder formal, por delegação, em relação aos objetivos da unidade. Mas ao não delegar o poder para os escalões inferiores, também é limitada. E o fato de não compartilhar poder com o *staff* e os operadores a caracteriza como centralizada horizontalmente. A cúpula estratégica tem o poder formal definitivo sobre os departamentos e coordena as mesmas por meio da normalização dos resultados, o que dá alguma peso a certos setores da tecnoestrutura.

O quarto tipo é a descentralização seletiva vertical e horizontal: vertical, porque a tomada de decisão sobre distintos temas é delegada às constelações de trabalho de diferentes níveis hierárquicos; horizontal, porque essas constelações utilizam os especialistas do *staff* de modo seletivo, segundo o caráter técnico da decisão a ser tomada. A coordenação tanto entre

as constelações como dentro delas é alcançada mediante a adaptação mútua. O poder se concentra em vários pontos da organização.

Finalmente um quinto tipo, a descentralização vertical e horizontal, na qual o poder se concentra sobretudo no núcleo de operações porque seus membros são profissionais cujo trabalho se coordena principalmente mediante a normalização das habilidades. A organização está fortemente descentralizada no sentido vertical porque o poder se concentra na base e no sentido horizontal porque não está em mãos dos gerentes, mas dos operadores. Há outros centros de poder, mas fora da organização, as escolas profissionais que formam os mesmos e as associações profissionais que regulam sua atividade profissional.

**Quadro 6:** Configurações Estruturais.

<b>Configuração estrutural</b>	<b>Principal mecanismo coordenação</b>	<b>Parte fundamental da organização</b>	<b>Tipo de descentralização</b>
Estrutura simples	Supervisão direta	Ápice estratégico	Centralização vertical e horizontal
Burocracia Máquina	Normalização dos processos de trabalho	Tecnoestrutura	Descentralização horizontal limitada
Burocracia Profissional	Normalização das habilidades	Núcleo de operações	Descentralização vertical e horizontal
Forma Departamental	Normalização dos resultados	Gerencia intermediária	Descentralização vertical limitada
Adhocracia	Adaptação mútua	<i>Staff</i> de apoio	Descentralização seletiva

Fonte: Mintzberg (2003:343)

Nesta perspectiva pode-se pensar o SUS com diferentes instâncias de governo e órgãos colegiados decisores como uma estrutura matricial, composta por constelações de trabalho ou, até mesmo, uma estrutura tridimensional, quando se reúnem os decisores funcionais, territoriais e de produtos (de cuidados).

Em síntese, a leitura instigante da organização proposta pelo autor permite estudar o fenômeno centralização/descentralização e sua relação com a democratização nas organizações sob a ótica das diversas configurações estruturais tomadas pelas mesmas, ou mesmo suas combinações. Entretanto, sua visão da democracia é limitada, pois se restringe à perspectiva fundamentalmente da escolha do governante e não dos mecanismos participativos e deliberativos que são essenciais a sua legitimação, como também não enfatiza os valores que a configuram. Apesar do destaque que atribui à adaptação mútua e aos mecanismos de

articulação em sua proposta é quase ausente a participação no processo decisório do público-alvo da organização, tornando sem importância seu peso decisório.

## **5.2 Valores democráticos e planejamento nas organizações públicas: a contribuição de Carlos Matus**

### **5.2.1 Valores sociais que orientam o pensamento de Matus**

O planejamento situacional surgiu no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e é um enfoque que permite apreender a complexidade dos processos sociais, no contexto das relações entre o Estado e a sociedade. Parte da identificação de problemas e de sua explicação situacional, favorecendo um olhar totalizante que fundamenta a ação do ator, considerando a visão e capacidade de ação de outros atores relevantes que devem, sempre que possível, ser envolvidos no enfrentamento de problemas.

O planejamento é percebido como instrumento para libertar ou controlar. Não há consenso: para uns, libertar-se das contingências e criar seu futuro; para outros, reforçar a racionalidade instrumental, centralizada, por meio de um novo tipo de despotismo esclarecido. Matus estabelece um conjunto articulado de argumentos frente às objeções mais frequentes ao caráter democrático do planejamento: o aumento de poder do Estado cria mais poder para o estrato político-burocrático dirigente; quanto mais eficaz o planejamento do Estado, maior o risco do controle e manipulação da população; o planejamento é centralizador e autoritário porque se baseia na racionalidade e coerência global Matus (1996, p. 182-6). Segundo ele estes argumentos não são contra o planejamento, mas contra as deficiências do sistema democrático e contra certas correntes autoritárias do planejamento. Por isso o debate não pode ser desvinculado dos valores que informam o processo do planejamento. Conhecer é ganhar liberdade para decidir entre mais opções e o planejamento é a mediação entre o conhecimento e a ação. Reconhece que o acesso à informação, o conhecimento dos meandros decisórios e a influência sobre os que decidem criam uma inclinação autoritária que deve ser deliberadamente combatida na definição do sistema de planejamento. Ressalta a importância do planejamento descentralizado e participativo e assevera que o planejamento situacional é comunicativo e participativo, ferramenta acessível ao conjunto das forças sociais que podem criar seus espaços de liberdade de ação em função de seus próprios objetivos. O conceito de situação ajuda a entender a posição dos outros atores, facilita a comunicação e a participação



e abre as portas para uma teoria democrática do planejamento (MATUS, 1996; ARTMANN, 2001).

O caráter democrático do planejamento é externo a ele, depende do sistema social em que está inserido e que o utiliza, no espaço da relação entre Estado e Sociedade. Em um sistema democrático a prática do planejamento situacional possibilita mecanismos que reforçam a capacidade de decisão individual: conflito de planos entre forças sociais cria possibilidades para os atores; participação dos cidadãos na elaboração dos planos que os afetam permite trazer legitimidade e representatividade ao mesmo; se o sistema contar com mecanismos de controle democrático a cidadania pode fazer e refazer suas opções e confirmar ou trocar seus governantes (MATUS, 1996, p. 186). Com base nesses argumentos o autor considera ter respondido às objeções que procuram vincular o planejamento a modelos não-democráticos de gestão e governo.

O autor não limita sua análise do planejamento situacional ao governo e à administração pública e destaca a importância das forças sociais, partidos políticos e outros atores relevantes no cálculo interativo próprio do jogo político que determina o rumo da sociedade e da ação estatal. Enfatiza o papel destes atores no controle democrático, na cobrança dos compromissos assumidos e da prestação de contas como elementos-chaves para reformar os partidos políticos e elevar sua capacidade de governo, renovar seu capital intelectual. Sugere inclusive medidas práticas para criar sistemas de alta responsabilidade nas organizações da sociedade civil e nos partidos políticos que deveriam renovar as estruturas mentais dos dirigentes, criar escolas de alta direção e equipes de estado-maior bem capacitadas para processar tecnopoliticamente os problemas. Sua receita é descentralizar, democratizar e criar sistemas exigentes de cobranças e prestação de contas, que revalorizem a palavra do político e do administrador. “[...] O objetivo é democratizar, distribuir poder e descentralizar até alcançar uma sociedade que não esteja dividida entre governantes e governados” (MATUS, 1996, p. 204). Segundo ele o governado em um nível é governante em outro e para que todos sejam governantes em algum nível é preciso estabelecer o governo de vizinhança, no qual há problemas de baixo valor para as prefeituras, mas de alto valor para associações de bairros e entidades comunitárias. Todo dirigente-dirigido deve exigir prestação de contas e prestar contas por desempenho e estar sujeito à cobrança rigorosa e sistemática. Sugere ainda mudar métodos das campanhas eleitorais para criar consciência de governo na população, organizar o povo para transformar necessidades em demandas e formular planos para comunidades de vizinhos. O aprofundamento da democracia e da descentralização máxima pode desencadear uma dinâmica de criatividade e responsabilidade que, em médio

prazo, ponha freio à baixa capacidade de governo e suas consequências. A democracia responsável elevará as exigências para melhorar a capacidade de governo das lideranças políticas: “[...] deve-se redistribuir o poder e descentralizar as competências de gestão, pois isso permite melhorar o sistema de cobrança e prestação de contas e, por essa via, criar nova capacidade de governo em novos dirigentes” (MATUS, 1996, p. 205). Entretanto, afirma, é necessária uma ação central que busque a coerência global em face das ações parciais dos atores sociais e conduzir o sistema social rumo aos objetivos democraticamente estabelecidos pelas pessoas. Fundamento seu argumento:

Por isso deliberadamente escrevemos ‘governo’ em minúsculas, para enfatizar, desde o princípio, que *planejamento* e *governo* [grifos do autor] de processos são parte da capacidade de todas as forças sociais e de todas as pessoas a partir de qualquer situação, favorável ou adversa. O planejamento a partir do governo do Estado é apenas um caso particular, justificadamente destacado devido à sua importância, mas injustificadamente apresentado como monopolizador do governo e do planejamento (MATUS, 1996, p. 50).

De nosso ponto de vista, esse deslocamento da perspectiva do planejamento para a sociedade civil e o sistema político e orientado aos objetivos democraticamente estabelecidos, contrariando a visão tradicional de que apenas o Estado e as grandes organizações privadas planejam em função de seus próprios interesses, é de vital importância para uma concepção democrática das políticas e organizações públicas. Embora no setor saúde a apropriação hegemônica de Matus foi do planejamento na perspectiva governamental.

### **5.2.2 Conceitos básicos da teoria e do método de Matus**

Entre os conceitos constitutivos do planejamento estratégico-situacional (PES), está o de planejamento, que para Matus remete a um cálculo que precede e preside a ação; o de problema, que suscita à ação, trata-se de uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade. Para se constituir num problema, uma questão precisa ser assim reconhecida e declarada por um ator, com disposição e capacidade de enfrentá-la. O conceito de ator requer o cumprimento de três critérios simultaneamente: ter base organizativa, ter um projeto definido e controlar variáveis importantes para a situação. O ator é sempre uma pessoa, não uma instituição, o secretário de saúde, por exemplo, e é o ator quem assina o plano. Além do ator principal os atores que controlam recursos ou variáveis importantes devem ser considerados (MATUS, 1994).

Matus afirma que os homens na vida prática não dividem a realidade em disciplinas, mas a veem sob a forma de problemas que devem ser enfrentados o que é motivo para a ação. As categorias problemas, por um lado, como articuladoras das varias dimensões da realidade, e atores, por outro, como sujeito social, movimento/organização social (ator coletivo), permeiam toda a obra do autor. Em suas palavras (MATUS, 1996, p. 209): “[...] o ponto central são problemas porque esse é o afazer da prática política, porque a população e as organizações sofrem problemas e porque o planejamento adquire um sentido muito prático em relação a eles”. A célula básica do plano é o problema. O PES pode ser entendido como um modo de processar tecnopoliticamente um conjunto de problemas que foram declarados prioritários para um ator no jogo político em que participa (MATUS, 1993). Para cada problema selecionado pelo governante deve existir análise das causas, proposta normativo-prescritiva com metas e os meios de ação e uma estratégia capaz de atacar as causas e alcançar as metas. O plano geral é composto de vários planos elaborados para enfrentar o conjunto dos problemas.

Os problemas são classificados em: bem estruturados, são aqueles que respondem a leis ou regras claras, cujas soluções podem ser normalizadas; quase-estruturados ou mal-estruturados, que se referem a situações problemáticas de incerteza, quando não é possível se enumerar todas as variáveis envolvidas e se exige intervenções criativas (MATUS, 1996, p. 129-35). Entretanto nem sempre é tarefa simples esta delimitação e alguns problemas quase-estruturados podem ter componentes bem-estruturados e vice-versa.

A seleção de problemas é tarefa descentralizada. Em cada nível hierárquico deve-se focalizar a atenção na tarefa criativa de enfrentar os problemas próprios de cada nível. No nível central faz-se seleção dos grandes problemas, a serem enfrentados por várias organizações. Os problemas não devem ser confundidos com causas, objetivos ou metas. O problema exprime uma inconformidade com a realidade, presente ou futura. Essa insatisfação chega a ser problema quando um ator o declara evitável e o inclui em sua agenda. Se inevitável, é parte da “paisagem social”. Só os atores podem declarar problemas. As necessidades da população não-organizada não têm peso político até o momento em que ela se organiza ou um ator declara o problema em seu nome. Matus considera o valor que a população dá ao problema como critério fundamental e imprescindível no protocolo de seleção de problemas a serem processados.

Se o ator tiver governabilidade sobre o problema, pode incluí-lo em sua agenda, como parte do seu projeto de governo, mas se não tiver comando sobre o problema pode usar sua força política para denunciá-lo. Todo problema atinge os atores como mal-estar impreciso; só

chega a ser formulado como problema quando é descrito apropriadamente. Ao criticar o modelo normativo e tradicional do planejamento Matus afirma que lidar com mal-estar é muito ineficiente e por essa razão só devem chegar à agenda do dirigente os problemas tecnopoliticamente bem-processados. A seleção de problemas do PES utiliza um protocolo de problemas baseado em nove critérios filtrados pela prática que funcionam como orientação, sujeita à revisão, conforme a natureza do caso. Valor político do problema (pelo ator; pelo partido do ator; pela população; pela população afetada); tempo de maturação do problema, para mudanças nas metas propostas (dentro ou fora do período de governo); vetor de recursos exigidos (poder político; recursos econômicos; cognitivos; capacidade organizacional sob controle do ator que governa e o grau em que são exigidos); governabilidade sob o problema (ator que descreve controla causas de maior peso ou não) e resposta dos atores com governabilidade; exigência de inovação; impactos: regional, sobre o balanço político e custos de adiamento. Um problema é descrito (verificado, evidenciado) apenas por fatos verificáveis que o manifestam como tal em relação ao ator que o declara por meio de indicadores que devem ser precisos e monitoráveis. Todo problema conflituoso pode ser entendido como resultado momentâneo do jogo entre atores com diferentes interesses e, às vezes, opostos. A metáfora do jogo ajuda a compreender o problema: ganha-se ou perde-se, nenhum jogador manda nos outros, embora possam ter pesos diferentes. Baseado nestas operações o PES seleciona as operações e as ações que parecem ser mais potentes e práticas para modificar os nós críticos do problema e modificar a situação (Matus, 1996, p. 210-7).

De nosso ponto de vista, o conceito de problema e a forma em que ele é selecionado na perspectiva do PES evidencia a relação entre o poder comunicativo, constituído nas esferas públicas e originado na força motivadora de discursos compartilhados intersubjetivamente, e o poder administrativo, mediada pelo sistema político, na acepção de Habermas, como vimos no capítulo quarto, e nos fornece um mapa para o estudo empírico desta relação. Além disso, o entendimento de que o problema depende também da perspectiva de quem o percebe e o seleciona de forma descentralizada introduz a necessidade da comunicação livre de coerção nas bases da organização e possibilita uma comunicação mais democrática entre seus membros e a população diretamente interessada. É nas esferas públicas onde se formam a vontade e a opinião política do povo e a agenda normativa para a sociedade. A título de exemplo, no SUS a operacionalização do protocolo de seleção de problemas incluiria como valor político diferenciado, com peso maior que os demais, os problemas deliberados durante as conferências de saúde, mesmo que expressos de modo impreciso, como habitualmente o são, o que implica fortalecer os valores democráticos nos critérios de seleção dos problemas.

A descrição e o processamento tecnopolítico do problema caberia às equipes de condução estratégica e dirigentes da gestão da saúde. “A consideração do que é importante para a população remete a essa ideia de bem comum e da solidariedade, é componente ‘comunicativo’ da proposta de Matus, e não pode ficar de fora do processamento de problemas”, nas palavras de Artmann (2001, p. 193).

O autor distingue ação de comportamento, conceito originado no behaviorismo e no qual se apoia a teoria do comportamento social, que informa a economia e o planejamento tradicional. Para ele a ação não tem significado absoluto ou igual para todos os atores, pois sua interpretação é situacional e, para sua compreensão, é necessário explicitar o contexto e a intenção do autor. A ação social pode ser interativa e não-interativa. A ação social interativa dá-se entre sujeitos, “eu” e “você”, e pode ser estratégica ou comunicativa. A estratégica é aberta (conflituosa, cooperativa ou mista) ou oculta (estratagema ou engano inconsciente). A noção de ação social comunicativa (MATUS, 1996, p. 158) toma emprestada de Habermas (1987a). A ação social não-interativa dá-se entre sujeito e objeto, “eu” e “sistema” que pode reagir com comportamento esperado, fixo.

As ações capazes de mudar as situações-problema são definidas em função da natureza das mesmas, assim, as ações não interativas ou instrumentais devem ser aplicadas aos problemas bem estruturados e as ações interativas aos problemas quase-estruturados, considerando que nem sempre a separação é tão rígida.

Matus assevera que a dinâmica de uma organização está nas conversações verticais e horizontais dos seus funcionários e que elas geram as ações e uma rede de conversações (MATUS, 1997). Trabalha com o conceito de ato de fala, de Austin (2008). Este autor assegura que fazemos coisas com as palavras e propõe uma taxonomia muito simples para os atos de fala, adotada por Matus: diretivas ou ordens, que geram obrigações para os outros e validam-se pela capacidade do emitente em ser obedecido; compromissos, que podem ser petições, pedido sobre a possibilidade de receber um compromisso e promessas, que obrigam ao seu cumprimento quem as profere; afirmações, asserções submetidas a verificações do tipo verdadeiro ou falso; declarações, que mudam a realidade pelo simples fato de serem emitidas por quem autorizado; expressões, que qualificam a realidade e manifestam cortesia ou saudação, abrem ou fecham uma conversação. Não há ação sem conversação. Em uma organização todos fazem petições e promessas ou emitem declarações e diretivas. Muito frequentemente as ações não acontecem porque os atos de fala perderam sua eficácia. Reuniões que terminam em nada, atas de reuniões que ficam esquecidas e com o seu conteúdo de compromissos, declarações e ordens sem nenhum valor. A atividade de uma organização

pública consiste na criação e desenvolvimento de conversações que conduzem e completam a ação mediante atos de fala precisos. Para Matus nada se faz sem falar, ainda que o poder nem sempre esteja nos atos de fala, mas nas acumulações, capacidades ou competências que os respaldam de acordo com quem os emite.

Outro conceito importante é o de situação ou explicação situacional, recorte problemático traçado em função de um projeto de ação feito pelo ator quando este analisa a realidade e seus problemas desde dentro da situação. A explicação situacional exige sempre uma visão interdisciplinar, multissetorial, policêntrica, dinâmica, adaptável e ativa. Ativa porque a explicação fundamenta a ação do ator e está sempre voltada para a intervenção e adaptável porque adequa-se à situação nacional, regional, local, ou setorial (saúde), considerando os vários espaços de governabilidade onde atuam as forças sociais. Artmann (2001) vê o conceito de situação e análise de situação, em Matus, como possibilidade para a ação comunicativa e destaca a sua característica policêntrica que torna completamente diferente a explicação de uma realidade problemática do diagnóstico tradicional, objetivo, um monólogo com o objeto inerte. A explicação situacional nesta leitura é um diálogo entre o ator e outros atores, cujo relato é assumido por um dos atores (ator-eixo ou principal), em coexistência em uma realidade conflitante que admite outras visões. Esse enfoque pode ser interpretado à luz da concepção habermasiana tanto como ação estratégica como ação comunicativa. No primeiro caso, o ator principal apenas pretende complementar sua informação e aumentar a eficácia do seu plano. A interpretação comunicativa do policentrismo na explicação situacional seria a possibilidade de um diálogo aberto entre vários atores que explicitam suas posições e constroem cooperativamente seus planos de ação. Uma mesma ação pode ser considerada comunicativa e estratégica, dependendo da situação e do contexto em que é utilizada (ex. a análise dos atores dentro da mesma força social pode ser comunicativa, entre eles, mas estratégica com relação aos oponentes).

Observa-se empiricamente a participação da população em duas situações: por meio da representação de movimentos populares e sociais e a consideração pelo ator principal da posição da população através da tentativa de “colocar-se em situação”. Na segunda possibilidade o ator principal assume a representação dos interesses da população ou parte dela. Em nosso ponto de vista, na última acepção, a representação desses interesses pode ser problemática, como vimos na discussão sobre representação política, a depender das circunstâncias em que se dá. Outra questão é como abrir espaço para a escuta e o cuidado dos sujeitos singulares na explicação situacional dos problemas no planejamento das organizações públicas? As teorias da escolha racional e da escolha pública, apoiadas no individualismo

metodológico, dão respostas parciais a esta questão, sustentando a primazia do interesse individual para suas formulações, mas cremos que o conceito de racionalidade comunicativa de Habermas poderia contribuir para enfrentar este problema. No mundo social, normativo, a ética do ponto de vista do discurso prático considera que a solidariedade, a justiça e o bem-estar correspondem a expectativas de reciprocidade presente na práxis comunicativa cotidiana voltada ao entendimento. Além disso, em nosso entendimento, é possível ampliar a potência comunicativa do conceito de explicação situacional para incluir um componente expressivo, na acepção habermasiana de mundo expressivo, de modo a permitir a inclusão do sujeito que sofre e do cuidado como componentes também importantes da situação a ser explicada. Entretanto a ampliação do conceito de explicação situacional nessa perspectiva implica necessariamente incorporar a concepção de poder comunicativo enquanto variável constitutiva dos sujeitos envolvidos em uma interação intersubjetiva mediada pela linguagem, superando a concepção de poder instrumental, que controla recursos e direcionado para resultados. Esta leitura é compatível com a teoria do PES na qual o plano é um compromisso de ação e, portanto, um conjunto de atos de fala que poderiam incluir petições por cuidados como expressões de um discurso coletivo.

Para Matus a situação está também referida a um ator, à sua própria explicação da realidade, incluindo também o ponto de vista dos demais atores envolvidos. Seu caráter rigoroso requer um modelo teórico de análise da realidade, denominado de Teoria da Produção Social. Esta compreende a realidade a partir de três níveis: a fenoprodução ou nível dos fatos de qualquer natureza; as fenoestruturas ou nível das acumulações (capacidade de produção de novos fatos); e o nível das regras ou leis básicas que regulam as formações sociais, as genoestruturas. Para Matus há maior determinação do nível das regras sobre os demais níveis. Essas são construídas pelos homens e não são imutáveis, entretanto, é preciso muito poder ou acumulações para se mudar as regras sociais que são desiguais, favorecendo mais uns atores que outros.

Artmann (2001) traz um exemplo prático criativo de explicação situacional na esfera municipal a partir do aumento da mortalidade da AIDS, em um município de 300 mil habitantes. Define os atores e seus papéis: o presidente do CMS representa a população. Elabora uma lista de causas e consequências de ordem biológica e médicas-tecnológicas (aumenta contaminação sangue, falta controle sangue, entre outras); sociais, culturais e políticas (liberdade sexual, prostituição, aumento do uso drogas, falta política prevenção, preconceito); econômicas (alto custo medicação, interesse econômico dos laboratórios farmacêuticos e outros). As diversas causas estão relacionadas entre si e constituem uma rede

hierarquizada, onde algumas são fenomênicas (fatos), nível médio de acumulação (capazes de produzir novos fatos) e outras determinantes ou essenciais (regras básicas, como as questões culturais). Uma pré-análise de governabilidade e viabilidade evidencia que é um problema que ultrapassa o espaço municipal e envolve problemas do mundo objetivo, social e normativo e do subjetivo, na acepção habermasiana. No mundo objetivo, os questionamentos ao conhecimento atual da ciência sobre doenças infecciosas; no mundo normativo, varias questões éticas (remédio gratuito versus outras necessidades; tornar publico ou não o diagnóstico?); no plano expressivo, toda a complexidade das relações humanas, de modo que apenas ações intersetoriais poderão gerar o enfrentamento do problema.

A proposta metodológica do PES contempla quatro momentos distintos, mas relacionados entre si: o momento explicativo, que se refere à seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir; o momento normativo, que compreende o desenho do plano de intervenção, detalhando-se a situação futura desejada e as ações necessárias para alcançá-la; o momento estratégico, que consiste na análise de viabilidade do plano, considerando as dimensões política, econômica, cognitiva e organizativa que o envolvem; e o momento tático-operacional, que é o momento da implementação do plano (MATUS, 1993).

O plano, mais que um desenho escrito, representa um compromisso de ação, um ato de fala, que visa resultados sobre os problemas selecionados. O plano apoiado no método PES adquire o caráter de uma aposta com fundamento estratégico que prognostica resultados em cada cenário e cuja confiabilidade possa ser verificada. Matus (1996) adverte para a necessidade de analisar a confiabilidade do plano estratégico porque se falha, decreta a derrota. A confiabilidade passa pela qualidade dos planejadores entre outros critérios. O plano é comunicativo porque é constituído por um conjunto de argumentos cuja pretensão de validade é verificada de modo permanente por meio de discursos práticos que gerem consensos provisórios ou negociações justas entre todos os interessados. Acreditamos que a concepção do plano enquanto ato comunicativo é fundamental para superar a visão tecnicista e positivista da razão instrumental.

No PES planejamento e gestão são inseparáveis e a realização de um plano requer formas adequadas de gerenciamento e monitoramento. Em nossa maneira de pensar esse entendimento de Matus sobre a indissolubilidade entre planejamento situacional e gestão possibilita a superação da clássica distinção entre política e administração. Assim o processo de planejamento no espaço público tem potencialidade para além de instrumento de normalização e pode vir a ser instrumento-ponte que articula formulação e implementação,



articulação entre sociedade civil e sistema político, entre esfera pública e poder administrativo. A gestão corresponde ao momento tático-operacional e implica a existência de organização pública, no caso das políticas públicas, que dê conta dos pressupostos do planejamento situacional.

### **5.2.3 Sistema deliberativo de governo**

Matus também analisa criativamente as condições para o bom desempenho do governo e da organização pública. Usando sua figura de linguagem teríamos que tratar do governo com maiúscula. No âmbito de governo propõe a metáfora do triângulo de governo. Governar exige que se articulem de modo permanente três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. Elas constituem um sistema triangular no qual uma das variáveis depende das demais (MATUS, 1996, p. 50-3).

O projeto de governo refere-se ao conteúdo propositivo das medidas que um ator propõe-se implementar para alcançar seus objetivos. Trata-se da orientação política e ideológica e do capital político e intelectual dos atores que planejam sua execução e está relacionado com a direcionalidade do plano.

A governabilidade do sistema esta relacionada à liberdade de ação do ator frente às variáveis que controla ou não controla durante o processo. Quanto maior o número de variáveis controladas por um ator, maior sua governabilidade. Trata-se do poder que determinado ator tem para realizar seu projeto. Ela é relativa a determinado ator e um sistema não oferece a mesma governabilidade a todos os atores sociais. A governabilidade do sistema é maior se o ator tem alta capacidade de governo.

A capacidade de governo é capacidade de condução ou direção e refere-se ao acúmulo teórico, prático e instrumental que dispõe o ator e sua equipe de governo para atingir seus objetivos declarados de acordo com a governabilidade e o projeto de governo. O domínio de técnicas adequadas de planejamento é uma das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de governo de uma equipe. A capacidade de governo se expressa na capacidade de gestão e administração. Há três aspectos principais da capacidade de governo: a perícia dos dirigentes, os sistemas de trabalho e o desenho organizativo. Em relação ao primeiro destaca as qualidades de liderança e conhecimentos e habilidades para a condução dos processos políticos. Os sistemas de trabalho incluem dois grandes conjuntos: os macrosistemas ou macropráticas e os microsistemas e as micropráticas. As macropráticas referem-se ao sistema de direção que será abordado adiante. As micropráticas envolvem a microengenharia do

processo de trabalho e a administração da conversação, dos atos de fala. Em relação ao desenho organizativo, haveria o macroinstitucional referente ao tipo de organização pública – se administração direta, se empresa pública, etc. – e o desenho da estrutura da organização, ou seja, do organograma (MATUS, 1997).

O autor discute como se dá o sistema de deliberação em uma organização, tendo como referência empírica a organização governamental. Diz que todo governo tem um sistema sensor, um sistema seletor e formulador de problemas, um sistema processador de problemas e um sistema de operação ou gestão. A deliberação ocorre no sistema de processamento tecnopolítico do governo, descentralizado e ramificado em todos os níveis da organização pública, para que os problemas sejam processados criativamente em seu nível. O problema pode apresentar-se sem processamento, “estado de mal-estar” (listas de causas com problemas mal descritos); parcialmente processado, nunca tem as análises técnicas, jurídicas e políticas juntas e integradas; processamento tecnopolítico quando integra as três análises anteriores em uma única qualitativamente superior.

Define o sistema de direção estratégica como conjunto de dispositivos que estruturam práticas de trabalho em uma organização com eficiência, eficácia, reflexão, criatividade, responsabilidade e visão direcional em longo prazo. Propõe a metáfora do triângulo de ferro para descrevê-lo. Matus atribui importância decisiva ao processamento tecnopolítico que para ele é a última instância antes da tomada de decisão do dirigente e carrega o peso principal na mediação entre conhecimento e ação. Suas funções seriam: filtro de qualidade do processamento dos problemas para evitar leitura parcial, técnica ou política; filtro do valor do problema, para que a rotina e os problemas secundários não tomem tempo desnecessário; defender os casos importantes diante dos urgentes, no uso diário do tempo do dirigente; monitoramento situacional do andamento do governo e da agenda do dirigente; assessora a preparação da cobrança e da prestação de contas; estabelece articulação com sistema de planejamento central e com os demais sistemas. Como é órgão *staff*, a coordenação da unidade de processamento tecnopolítico com os demais sistemas ocorre mediante a ação comunicativa ou estratégica. Não se deve confundir a unidade de processamento tecnopolítico com a unidade de planejamento estratégico que é “[...] uma equipe de estado-maior que produz planos” (MATUS, 1996, p. 326).

Matus enfatiza a importância do sistema de cobrança e de prestação de contas por desempenho que define se uma organização é de alta ou baixa responsabilidade. Os critérios para a eficácia deste sistema de prestação de contas são os seguintes: deve ser pública e sistemática; os critérios e indicadores sejam estabelecidos e conhecidos por todos

previamente; sejam verificáveis ou refutáveis; refiram-se a compromissos concretos; constituam um método de avaliação de desempenho pessoal e institucional; implique prêmios ou punições, legitimados pela sociedade ou pela organização. Como se observa, sua proposta de *accountability* inclui tanto o controle interno, quanto o externo, e a prestação de contas não apenas à autoridade hierarquicamente superior, mas também à população o que a aproxima ao conceito de controle social como entendido por Callaham (2006).

No sistema de gerência por operações predomina a ação sujeita a diretivas, mas com espaço para a criatividade, a iniciativa e a inovação. Propõe ciclos de criatividade e de rotina, para estimular a criatividade total e para que ninguém opere de modo rotineiro. Por meio da concentração nos problemas de maior valor e da priorização do desenvolvimento pessoal e organizacional, obtém-se como resultados rotinas de alta qualidade que voltarão, no devido momento, a sofrer o impacto de novos esforços criativos. Afirma que a literatura de boa qualidade sobre gerência por objetivos, por operações e de qualidade total é pertinente para compreender a importância desse sistema. Para Matus (1996, p. 353): “Aqui é decidida a batalha pela eficiência e pela eficácia, ou entre gerência rotineira e gerência criativa”.

Após esta síntese do sistema de deliberações da organização pública podemos tratar da visão de autor sobre a sua relação com a missão, estrutura, competências e desempenho da mesma.

### **5.3 A teoria organizacional de Matus**

Para Matus (1996, p. 344) “macroorganização é um conjunto de sistemas microorganizacionais que operam em um espaço político-institucional de acordo com as regras de direcionalidade, de departamentalização, de governabilidade e de responsabilidade estabelecidas no jogo macroorganizacional”. É um jogo no qual cada organização participante é um jogador com um grau relevante de autonomia, sem relações hierárquicas entre os jogadores. Para ele a característica básica reside em que ninguém tem autoridade suprema absoluta sobre todas as organizações que a integram: coexistem várias organizações, tipos de poderes e operam vários governos. O conceito pode ser aplicado a qualquer espaço político-institucional em que haja mais de uma autoridade sobre as organizações componentes, por exemplo, governo nacional e estadual: “A institucionalidade de um país constitui um jogo macroorganizacional, pois todas as organizações englobadas em suas fronteiras respondem perante diferentes autoridades, mas às mesmas regras gerais” (MATUS, 1996, p. 345). Diz que os limites do jogo dependem no alcance das suas regras e na delimitação da análise. No

caso do Brasil podemos incluir o governo municipal como macroorganização, na medida em goza de autonomia político-administrativa e é ente federativo. Sua proposta do jogo macroorganizacional não incorpora apenas as instituições estatais, o poder administrativo (Habermas, 2003) e permite incluir o sistema político (partidos) e o sistema econômico, grupos organizados de pressão, desde que tenham poder acumulado para isso e aceitem as regras do jogo.

Por outro lado, uma microorganização tem uma estrutura hierárquica, que a comanda em última instância, tem governabilidade sobre as unidades componentes, o que a delimita e define. Os departamentos, ou microorganizações, produzem resultados proporcionais à qualidade das regras que regem o jogo e esse condicionamento estrutural é mais forte que a vontade e a qualidade do dirigente. Dirigentes bem qualificados podem fracassar com regras de baixa responsabilidade, enquanto outros não tão bem preparados podem ter êxito com regras de alta responsabilidade. A coordenação de alta direção, que se realiza nas cúpulas das organizações participantes do jogo macroorganizacional, caracteriza-se por definir as diretrizes para o nível gerencial, por cuidar dos grandes objetivos e por conduzir a estratégia de convivência com as outras organizações do jogo macro. A coordenação de nível gerencial exerce sua criatividade no espaço das diretrizes emanadas da alta direção. Distingue relações hierárquicas, que se estabelecem sob princípios de mando e obediência à autoridade, das relações paralelas, ou de interação, em que os jogadores coexistem e competem sob as regras.

Matus usa a metáfora do jogo e a teoria da produção social para explicar a organização. A metáfora do jogo é a visão segundo a qual a organização é um jogo que, como vimos, consta de uma série de regras básicas, de fato e formais, que atores ou jogadores reconhecem como tais, respeitando-as, e fazem suas jogadas e desenvolvem suas estratégias dentro do espaço de variedade possível definido por essas regras. Estas, embora não sejam fixas, vigem durante períodos mais ou menos prolongados. Para Rivera (1995), a metáfora do jogo comunicativo é uma boa imagem que fala acerca da predominância da comunicação sobre a perspectiva sistêmica do agir estratégico no PES.

A proposta do PES apresenta quatro conjuntos de regras:

- *Regras de direcionalidade*, que definem a missão, os objetivos, as funções da organização;
- *Regras da departamentalização*, que definem como se materializa o conjunto de funções em uma dada estrutura organizacional (diferenciação das funções e da organização);

- *Regras de governabilidade*, que definem como se dá o acesso aos recursos críticos da organização nos seus vários níveis e como se distribuem as competências de cada departamento (o poder de decisão centralizado mata a criatividade enquanto a distribuição do poder enfatiza as relações de coordenação);
- *Regras de responsabilidade*, que definem o sistema de responsabilidade e como se faz a prestação de contas (avaliação do cumprimento das missões e funções assumidas).

O constructo organizacional proposto por Matus tem a qualidade da simplicidade e nos permite pensar inúmeras possibilidades de análise e intervenção no plano da realidade. Observamos a importância de esclarecer que as regras do jogo macroorganizacional, as normas formais e de fato, precisam legitimar-se e a perspectiva de Habermas (2003) contribui para esse entendimento com a distinção entre facticidade, caráter coercitivo da norma, e a validade, legitimidade discursiva que os cidadãos atribuem às mesmas. A eficácia das normas depende de ambos os aspectos, pois em uma sociedade democrática apenas as leis legítimas, validadas discursivamente, podem aplicar sanções. Nesta concepção, por exemplo, há o interesse geral de que as leis garantam a liberdade de todos mesmo que seja preciso recorrer à coerção, que somente contará com o consentimento moral daqueles a quem são aplicadas, se forem leis legítimas. Nesse sentido, mesmo que os atores não tenham suficiente acumulação para mudar as regras do jogo, ou algumas delas, em nossa opinião esta possibilidade deveria estar sempre presente, ao menos do ponto de vista teórico, o que se poderia alcançar com o fortalecimento de uma perspectiva normativa no PES dos pressupostos dos universais pragmáticos da ação comunicativa que, em última análise, embasam a política deliberativa. Nesse sentido, por exemplo, ficaria sempre aberta a possibilidade de trazer para a agenda pública o debate sobre as regras da direcionalidade e da responsabilidade orientarem a missão e a cobrança e prestação de contas apoiadas nos valores democráticos e participativos, finalidade precípua da organização pública nas sociedades democráticas. Do mesmo modo, esta perspectiva normativa orientaria a estruturação das práticas de trabalho da organização com o mesmo peso que a eficácia, a eficiência, a responsabilidade e a criatividade, como proposto por Matus. Assim, todos os interessados, membros ou não da organização, poderiam questionar e propor o debate, por exemplo, se a missão e o desempenho de uma organização pública estão adequados a sua finalidade ou contribuindo para o fortalecimento dos valores societários.

Considerando as quatro regras citadas as organizações podem ser: adequadas ou inadequadas, em função da direcionalidade, do ajuste ou não da oferta às demandas;

simétricas ou redundantes, em decorrência da departamentalização; centralizadas ou descentralizadas, em função da governabilidade; de alta ou baixa responsabilidade, por causa das regras *ad-hoc*. Estão inter-relacionadas e Matus (1996; 1997) considera as mais importantes as de governabilidade e responsabilidade que determinam o grau de descentralização e de responsabilidade da organização.

**Quadro 7:** Regras, acumulações e fluxos nas organizações.

<b>REGRAS</b>	<b>ACUMULAÇÕES</b>	<b>FLUXOS</b>
Normas de fato Normas formais	Capacidade instalada Sistemas organizativos Métodos de trabalho Conhecimentos Tecnologias	Atos de comunicação Atos de fala Ações

Fonte: Matus (1996:348)

No plano das acumulações, Matus distingue os sistemas de produção técnica e os sistemas organizativos, correspondendo à capacidade de oferta e à capacidade de gestão respectivamente, enfatizando a capacidade de gestão nas suas análises. Utiliza a imagem do triângulo de ferro como uma metáfora do funcionamento ideal de um sistema de gestão racional: a agenda do dirigente, que deve priorizar os problemas importantes e delegar os demais, visto que no PES o plano é seletivo e trata das questões consideradas estratégicas; o sistema de prestação de contas, que demanda a necessidade de se pedir e prestar contas sobre cada atividade em cada instituição, inclusive pelos mais altos dirigentes; e o sistema de gerência por operações, que deve ser um sistema recursivo guiado pelo critério da eficácia e que gerencia o orçamento-programa. Matus destaca ainda a importância do sistema de monitoramento e avaliação do plano.

Haveria correspondência entre regras e acumulações. As regras de direcionalidade se expressam através da agenda do dirigente, as de governabilidade materializam-se no sistema de gerência e as de responsabilidade no sistema de prestação de contas. A lógica de funcionamento ideal do triângulo de ferro seria a seguinte: a necessidade de uma prestação de contas ou a cobrança de resultados obrigaria o dirigente a planejar sua atuação e a organizar sua agenda, o que implicaria na definição de prioridades ou de compromissos estratégicos (operações) a serem permanentemente acompanhados; nesta medida, a agenda do dirigente seria racional, pois destacaria problemas e formas de atuação importantes ou alto valor (o oposto seria a improvisação e a ocupação do tempo com rotinas e emergências); a demanda por planejamento e a racionalização da agenda do dirigente cria oportunidades para a gerência de operações, no sentido de ter atribuições descentralizadas e sua implementação implicaria

em nova redistribuição do poder e atribuições até os níveis mais operacionais de uma organização: esta gerencia seria criativa, com muita autonomia e focada em resultados.

A existência de regras de baixa responsabilidade (não haveria prestação de contas) desencadearia uma dinâmica inversa que culminaria com uma gerencia centralizada, rotineira e de procedimentos (não criativa) e com um sistema de planejamento ritualístico ou inexistente. Este circuito reproduz-se em todos os níveis: central diretivo, central operacional médio, central operacional de base, descentralizado diretivo, médio e operacional do aparelho organizacional.

No âmbito dos fluxos, Matus (1997) diferencia entre atos de fala e ação. Os atos precedem a ação (operações e ações) e seriam entendidos como compromissos de ação.

A ênfase dada por Matus à responsabilidade é parte de uma acumulação histórica na América Latina: a cultura organizacional. Atribuindo a essas regras, da responsabilidade, o caráter prévio de uma cultura organizacional e avaliando o impacto que elas têm no desempenho das organizações, Matus sugere enfrentamento da cultura de baixa responsabilidade com teoria e treinamento, por meio de ações voltadas para as estruturas mentais (cultura organizacional). Rivera (1995) evidencia a dificuldade da transformação cultural, pois a cultura organizacional seria como o mundo da vida compartilhado da organização e não seriam simples acumulações parciais ou configurações simbólicas ou cognitivas de atores particulares, alguns dos quais poderiam ter cultura de alta responsabilidade. Esse conjunto poderia ser tratado como dominado pela cultura organizacional, como um projeto prévio, uma pré-compreensão que pré-determina a organização. Assim a cultura dominaria a sistema de regras, considerando acima de tudo o poder de sobredeterminação da responsabilidade. Esta indicação de Rivera adquire maior importância quando a confrontamos com a discussão sobre as organizações públicas no Brasil, no capítulo anterior, que ressaltou o peso atribuído à cultura na determinação dos componentes estruturais das mesmas. Entretanto, seja porque foge ao escopo da nossa tese, seja porque nos tomaria tempo e espaço que não temos, apenas registramos a importância do tema, em particular para informar as propostas de mudança.

O PES destaca sete princípios para elevar o desempenho da macroorganização, em um sistema de direção estratégica. Desse modo temos os princípios:

- da responsabilidade e da criatividade, são as regras do jogo e apoia-se no sistema de prestação de contas de todos, sem exceções, o que caracteriza a alta responsabilidade e na verificação periódica do cumprimento dos compromissos do plano que devem ser relacionados à missão da organização;

- da descentralização, nenhum problema quase-estruturado deve ser processado em um nível no qual vá receber tratamento rotineiro, pois todos os problemas devem ser processados criativamente, no nível no qual tenha alto valor, e cada nível hierárquico organizacional deve ter governabilidade sobre os problemas de alto valor que o afetam;
- da centralização, um problema deve ascender até encontrar o nível mais centralizado que o possa abordar com maior criatividade, visão de conjunto, responsabilidade e controle das variáveis pertinentes;
- da normatização, se um problema é bem-estruturado, deve ser processado em série, ou seja, deve ter o processamento normatizado mediante um protocolo, ou um manual, ou qualquer método que estabeleça uma rotina, para ter tempo para lidar com os problemas quase-estruturados;
- da modularização, por meio do qual se produz módulos de problemas e de operações semi-processados para enfrentar os problemas quase-estruturados repetitivos, o que permite a montagem rápida de um plano, baseado em módulos estocados;
- do planejamento, planeja-se o processamento de problemas criativos e programa-se as atividades relativas aos problemas normatizados, pois nenhum problema é óbvio, todo problema tem de ser processado tecnopoliticamente antes da tomada de decisão;
- da subordinação da organização formal à organização real, que se impõe àquela porque se apóia em práticas de trabalho arraigadas.

Uma organização está equilibrada em relação à centralização e a descentralização quando todos os problemas são de alto valor no nível em que são processados e todos os problemas são enfrentados no espaço de governabilidade mais eficaz.

O desempenho de uma organização ainda depende da relação que se estabelece em cada departamento entre as estruturas mentais (cultura organizacional), as práticas de trabalho e as formas organizacionais. A organização realiza-se em suas práticas de trabalho e justifica-se pelos resultados das mesmas, ou seja, o que é relevante em uma organização são a propriedade, a eficiência e a eficácia de seus procedimentos de trabalho. As formas organizacionais (leis, normas, organogramas, manuais, etc.) constituem a base estrutural que condiciona as práticas de trabalho, mas estas últimas são muito mais sólidas que as formas organizacionais e são independentes delas. Um manual de procedimentos não cria práticas de



trabalho, elas são moldadas pela cultura institucional. As estruturas mentais, ou a cultura organizacional, definem as práticas de trabalho de modo que para avaliar uma organização deve-se conhecer com precisão sua cultura organizacional, em sua relação com as práticas de trabalho vigentes.

Para a mudança da organização Matus (1996) propõe o seguinte modelo: estruturas mentais – práticas de trabalho – formas organizativas. As estruturas mentais mudam por meio de teorias e educação permanente; as práticas de trabalho com métodos e sistemas baseados em treinamento; as formas organizacionais por meio de decisões formais, que são ineficazes para mudar estruturas mentais. Nas reformas, as leis e os organogramas têm pouco peso e as práticas de trabalho, muito; o planejamento só é efetivo se consegue mudar as práticas de rotinas e improvisação e processamento parcial dos problemas. A implantação da mudança supõe uma sequência geral: necessidade de um centro de treinamento para introduzir práticas e sistemas referidos por meio da mudança das estruturas mentais: introdução da lógica do planejamento por problemas com racionalidade da agenda; desenvolvimento de sistema de monitoramento e de sistema de prestação de contas baseado no plano para, finalmente, enfrentar a mudança da estrutura organizacional. A mudança exige duas condições: pensar a organização em termos de seus produtos e organizar estratégias de educação formal e informal de modo permanente, relacionadas às práticas de trabalho, para que possam influenciar decisivamente as estruturas mentais, entendidas como cultura organizacional. A improvisação caracteriza-se pelo desperdício de tempo porque trata problemas um a um, porque não faz a seleção sistemática dos problemas, que são processados rotineiro ou parcialmente, e porque, nessa situação, todo cálculo é reativo, nunca preventivo.

Em síntese, o planejamento só é efetivo se conseguir modificar as práticas da rotina, improvisação e processamento incompleto e parcial dos problemas.

#### **5.4 A crítica propositiva**

Rivera (1995) assinala de modo pertinente que a ênfase atribuída por Matus ao sistema de direção leva-o a subestimar outras acumulações e atores que controlam acumulações.

Por isso enfatiza a importância da comunicação no contexto da organização e a dependência de ambas de uma estratégia política global e das características culturais da organização (poder e sistema de ideias e valores) que exigem que as propostas de reforma administrativa sejam projetos globais e abrangentes. Afirma que a teoria macroorganizacional do PES informa a estratégia para o desenvolvimento de uma organização comunicativa e discute a necessidade de um novo tipo de gerência, comunicativa, para dar conta das

organizações de tipo profissional, na acepção de Mintzberg. Rivera (1996) propõe a gestão situacional e enfatiza o caráter comunicativo do PES mediante a análise articulada dos princípios da responsabilidade, da descentralização e da subordinação da estrutura organizacional às práticas de trabalho e afirma que a centralidade da gestão repousa na comunicação interna e externa dos grupos de trabalho da gerência descentralizada e da direção estratégica articulados por um processo de planejamento por problemas. Afirma que as palavras-chave são: “processamento sistemático de problemas e soluções” e “processamento criativo em grupos” (RIVERA, 1996, p. 363). A clara definição dos produtos organizacionais requer uma boa declaração da missão que envolva todos os níveis da organização e que opere como uma espécie de norma máxima institucional. Por isso, deve ser elaborada participativamente, em fóruns adequados, pois gera maior motivação, adesão e comunicação intraorganizacional. Em sua opinião, no caso da especificidade da organização profissional de saúde, não se justificam a separação e a hipertrofia de um nível superestrutural de planejamento e um sistema de direção como proposto por Matus que deve ser substituído pela maior incorporação possível de práticas de gestão pelo maior número de atores possível.

Concordando com Rivera, também julgamos haver uma tensão entre a concepção democrática, participativa e descentralizada da proposta de Matus com a ênfase por ele atribuída ao poder de decisão concentrado no sistema de direção. Sua visão dos processos de seleção de problemas, da análise da situação, do controle e cobrança, claramente privilegia a descentralização, assim como o processo de intervenção, os atos de fala, as operações e ações. Em nosso modo de ver a origem do problema está em sua concepção de poder, centrado no controle de recursos e orientado para resultados, que desconsidera o poder comunicativo, na acepção habermasiana. Em nossa leitura a concepção de Matus sobre a descentralização é funcional e, portanto, insuficiente, na medida em que a autonomia decisória das instâncias gerenciais e da linha de frente da organização é dependente da estrutura de poder formal, hierárquico, da organização e limita sua participação na definição da missão, dos valores e da estratégia da organização, além de restringir as possibilidades de maior participação no interior da organização entre seus membros e entre estes e a população. A concepção de Matus teria correspondência com o conceito de descentralização vertical seletiva de Mintzberg (2002), sintetizada no quadro 6, neste capítulo. Cremos que a adoção de uma abordagem que articula diferentes desenhos organizacionais com tipos de descentralização, proposta por Mintzberg, combinando descentralização vertical e horizontal, seletiva e paralela, por exemplo, permitiria outras possibilidades de coordenação do processo decisório como nas estruturas orgânicas ou nas organizações tipo *adhocráticas*, ou ainda, nas

organizações profissionais, cujos núcleos operacionais detêm o conhecimento e tomam decisões estratégicas, como hospitais e centros acadêmicos de pesquisa. Nunca é demais salientar que o papel político desempenhado pela burocracia nas organizações públicas é muito importante (LABRA, 1988), especialmente nas áreas sociais, e pode favorecer ou não a gestão democrática e participativa a depender de sua inserção na organização e do compartilhamento dos valores desta.

A compatibilização entre a importância atribuída ao conhecimento especializado e a inevitável concentração de poder em mãos dos especialistas da tecnoestrutura –processadores tecnopolíticos, analistas políticos, planejadores estratégicos e outros especialistas- e a estruturação democrática do processo decisório na organização pública é outra questão em aberto no debate contemporâneo sobre o tema, assinalado por diferentes autores (MINTZBERG, 2004). Neste contexto cabe perguntar se não teríamos necessidade de contrapesos que pudessem limitar o risco sempre presente do excessivo fortalecimento de um novo centro de poder no seio da organização. A solução apresentada por Matus é que o caráter democrático do processo de planejamento está ancorado nos valores prevalentes na sociedade, na organização e nos próprios planejadores. Mesmo não explicitado, é evidente que esse caráter normativo permeia o próprio método proposto pelo autor. Esta subordinação do método é importante para reduzir ou eliminar a inclinação autoritária do planejamento, como ele próprio reconhece. Afinal, quem pode garantir que os governantes, a cúpula estratégica e os processadores tecnopolíticos sempre representam os interesses populares e os valores da sociedade? E se os problemas de alto valor para o governante e a cúpula estratégica sejam apenas manter o poder pelo poder?

Finalmente é importante assinalar que a teoria do planejamento situacional e das organizações de Matus são contribuições relevantes para pensarmos a superação do modelo burocrático da organização pública. O deslocamento da perspectiva do planejamento para a sociedade civil e o sistema político e orientado aos objetivos democraticamente estabelecidos, contrariando a visão tradicional de que apenas o Estado e as grandes organizações privadas planejam em função de seus próprios interesses, é de vital importância para uma concepção democrática das políticas e organizações públicas. Como afirma Matus (1996), o aprofundamento da democracia e a descentralização máxima podem desencadear uma dinâmica de criatividade e responsabilidade que, em médio prazo, ponha freio à baixa capacidade de governo e suas consequências. A concepção do PES destaca o papel dos movimentos sociais e dos partidos políticos no controle democrático da organização pública, na cobrança dos compromissos assumidos e da prestação de contas, ou seja, no

*accountability*, como elementos indispensáveis para a reforma do Estado. Sua proposta do controle social é radicalizar a democracia.

A integração que propõe entre planejamento e gestão é uma noção fundamental que permite a superação da tradicional dicotomia entre política e administração, formulação e implementação, que está presente na maior parte da literatura sobre teoria organizacional e análise das políticas públicas. Já foi ressaltada a importância dos conceitos de situação e análise situacional, problemas e sua seleção valorativa, e de ação comunicativa e estratégica na teoria de Matus.

Para encerrar queremos afirmar nossa concordância com a perspectiva deliberativa: mais importante que determinar uma instituição ideal *a priori*, no plano teórico, é submetê-la à constante revisão e reformulação por meio do debate público em que prevaleçam as propostas que obtenham consenso ou por meio de uma negociação justa entre todos os interessados, dentro e fora da organização, nos sistemas administrativos e políticos, e que tenha validade, ou seja, legitimidade discursiva entre os cidadãos. Fica a questão: daremos conta de superar a organização pública burocrática?

## CAPÍTULO VI. POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL, DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO

A proposta de municipalização da saúde no Brasil nasce na década de 50 no seio do denominado sanitarismo desenvolvimentista, tendo como grande defensor Mário Magalhães da Silveira e apoiado com vigor pelo último Ministro da Saúde do governo Goulart, Wilson Fadul. A proposta foi aprovada na III Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 1963 e, com a implantação do regime militar em 1964, perdeu sua vigência. A IIIª Conferência Nacional de Saúde aprovou a municipalização da saúde porque a “única maneira de se realizar uma estrutura nacional de saúde seria criar no município, unidade administrativa do país, um órgão de saúde” (FADUL, 1978).

Ainda na década de 70 um importante documento foi produzido no primeiro encontro de Secretários Municipais do Sudeste, realizado em Campinas, em 1978, e aprovado por 60 municípios de 16 estados brasileiros presentes: prioridade dos municípios para a atenção primária através dos postos de saúde, priorização pelo Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social (FAS) às solicitações dos municípios para investimentos na rede física de serviços, descentralização tributária, aumento da dotação tributária das prefeituras para a saúde e integração interinstitucional (CEBES, 1978).

O documento apresentado em 1979, “A questão democrática na área da saúde”, do CEBES, definiu claramente a questão da descentralização:

[...] organizem este sistema (refere-se ao SNS) de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país em seus níveis federais, estadual e municipal, estabelecendo unidades básicas, *coincidente ou não com os municípios* (grifo nosso). Esta descentralização tem por fim viabilizar uma autêntica participação democrática da população (CEBES, 1980).

A crise da política assistencial vigente até então, esboçada na década de 1970, aprofunda-se nos primeiros anos da década de 1980, associada à crise do modelo econômico e do poder autoritário. Como alternativa à crise são tomadas diversas medidas, entre elas, a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), objetivando a reforma do sistema. As AIS transformaram-se em eixo fundamental da política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática a partir de 1985, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde. A adesão ao programa toma grande impulso em 1985 e, ao final de 1986, mais de 2500 municípios brasileiros participam da nova política. De acordo com Neves (1987) um dos maiores méritos das AIS foi o de constituírem oportunidade ímpar para

que os municípios desfizessem o mito da “incompetência congênita” que dificultava as propostas descentralizadoras assim como também o de estabelecer certa divisão de trabalho entre as três esferas de governo, reduzindo os males das competências concorrentes.

A VIIIª Conferência Nacional de Saúde foi outro marco fundamental na luta pelas mudanças dos serviços de saúde. Além da ampliação das bases de apoio ao movimento reformador, operou-se uma profunda transformação conceitual que colocou as ideias reformistas no centro dos debates. A questão da descentralização ocupou um espaço importante nos debates, sendo aceita como um dos princípios de reformulação do sistema de saúde juntamente com o princípio do comando único em cada nível de governo. Ao final da mesma acabou prevalecendo a proposta encaminhada pelos representantes municipais presentes, de que competiria ao município não só a gestão mas também a formulação de políticas e a definição de planos locais de saúde (MULLER NETO, 1991).

Os debates durante a Assembleia Nacional Constituinte em 1987/88 tiveram como referência básica as ideias propostas na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, apesar do texto final refletir uma composição com forças políticas conservadoras e resistentes ao processo da Reforma Sanitária, particularmente nos aspectos referentes ao financiamento e a relação dos subsetores público/privado. Entretanto foram incorporados ao novo texto constitucional o conceito de saúde como direito de cidadania e, portanto, dever do Estado, assim como os princípios do SUS, descentralizado e participativo. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), de 1990, ratificou estes princípios, e a Lei 1842/90 a completou, incluindo aspectos referentes ao controle social e à descentralização financeira e assegurando o repasse regular e automático de recursos para os estados e municípios.

A democratização do país e a conseqüente revalorização do município, enquanto instância de organização estatal mais próxima ao cidadão, a intenção descentralizadora das políticas oficiais de saúde no período e a entrada em cena de novos atores como o movimento municipalista da saúde, dirigido pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), levaram o debate sobre a descentralização a assumir uma maior importância nos últimos anos da década de 1980 (MULLER NETO, 1991). O debate ganhou novo contorno com a implementação das novas diretrizes e surgiram novos conceitos como os de distritalização, prefeiturização e inampização da saúde, associados ao de municipalização. O aparente consenso em torno à descentralização (como também em relação ao SUS) começa a chocar-se com as diferentes práticas e políticas descentralizadoras, conseqüência das diversas concepções e interpretações a respeito.

O conjunto de prioridades definidas na política nacional de saúde teve raízes também nas políticas internacionais de saúde da década e sofreu influência da Organização Mundial da Saúde e da OPS (1989), sendo que algumas diretrizes para a reorganização do setor tiveram origem no Congresso de Alma-Ata, em 1978, cuja deliberação inclui questões como a descentralização, participação da comunidade e ênfase na atenção primária, numa perspectiva restritiva do acesso integral e do direito à saúde. Outras organizações internacionais também influenciaram a agenda descentralizadora das políticas públicas, incluindo a saúde, como o Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento Econômico, Fundo Monetário Internacional e sistema das Nações Unidas propondo programas de cestas básicas focalizadas em regiões e clientela específicas. De acordo com Ribeiro (2007, p. 50) como estas instituições atuam por meio de recomendações técnicas ou estabelecendo condições para financiamentos externos, têm capacidade de influir e disseminar suas propostas, agendas e modelos analíticos no campo das políticas públicas, sobretudo nos países em desenvolvimento. Segundo a autora, as propostas destas agências internacionais recomendavam a descentralização associada à diminuição da intervenção do Estado na economia e à redução do tamanho do setor público, configurando uma agenda de reformas liberais no campo social.

### **6.1 Municipalização das políticas e da gestão da saúde**

As diferentes leituras do processo de descentralização e reconfiguração das relações Estado e Sociedade influenciam em maior ou menor grau a formulação das políticas de saúde na década de 1990 que, por isso mesmo, precisam ser analisadas no contexto mais amplo da correlação de forças políticas e dos diferentes projetos dos atores sociais no cenário nacional, mas também, estadual e municipal.

Levcovitz et al. (2001), ao analisarem o período, assinalam que a tendência internacional conservadora se expressou no Brasil através da adoção de políticas de abertura econômica e de ajuste estrutural; privatização das empresas estatais e medidas de redução do Estado, incluindo a reforma da previdência e a reforma do aparelho do Estado. Neste contexto, estes autores afirmam que a agenda da Reforma Sanitária foi constituída na contra corrente das tendências hegemônicas da “Reforma do Estado”, na década de 1980 e sua implementação, na década de 1990, se deu numa conjuntura de crise de dimensão fiscal, política e do aparelho de Estado. O novo modelo de organização do sistema e dos serviços de saúde, proposto na Reforma Sanitária Brasileira, exigiu a construção de consensos e novos

pactos federativos para sua implementação. A forte centralização administrativa e financeira dos recursos, no âmbito federal, e o modelo de atenção à saúde predominante no país, centrado na doença, na medicalização e na medicina de lucro, impuseram um cenário de lutas e conflitos de interesses.

Nesta mesma direção Ribeiro (2007) assinala a existência de um projeto econômico transnacional, de origem liberalizante, de modernização e diminuição do papel regulador do Estado e um projeto nacional, socialmente construído, de ampliação e universalização de direitos de cidadania e redemocratização do Estado. Apesar do contexto conflituoso de implementação do SUS a autora afirma que ocorreram mudanças significativas na organização político-institucional setorial, nas relações intergovernamentais, na configuração do sistema de saúde nas três esferas de governo e na redistribuição de decisões entre os três níveis de governo (RIBEIRO, 2007, p. 155). Em sua análise, os constrangimentos econômicos e político-institucionais já citados levaram o debate setorial intergovernamental a ficar confinado à viabilização financeira do custeio da oferta pública, em reorganização nas três esferas de governo, sob forte regulação federal, com dispositivos detalhados para o controle do gasto público descentralizado.

Também Machado (2007) aponta as diferentes concepções político-ideológicas que informaram a agenda da implementação da descentralização do SUS na década dos 1990: a da reforma sanitária propriamente dita e a da reforma do Estado, em relação dialética de conflito e convergência. Em ambas agendas a descentralização é percebida como valor, mas na primeira ela é associada à democratização e ao papel protagonista da administração pública enquanto na segunda ela é relacionada à transferência de encargos, à redução de custos e a eficiência gerencial, restando pouca importância ao processo democrático. A autora afirma a existência de um processo de descentralização político-administrativa na saúde sem precedentes no período, sob forte regulação federal, mas também assinala os seus limites: desproporção entre atribuições e recursos; competição entre esferas de governo por recursos insuficientes; prevalência entre gestores subnacionais de uma concepção de autonomia auto-suficiente, não cooperativa, o municipalismo autárquico; hegemonia de modelos assistenciais centrados nas práticas curativas e na doença; situação econômico-social adversa da imensa maioria dos municípios: população pequena, baixa capacidade tributária, dependência da transferência de recursos intergovernamentais, renda insuficiente da maioria da população; incapacidade do sistema de considerar a diversidade e as especificidades dos estados e municípios na formulação das políticas além da insuficiente articulação com políticas intersetoriais.



Bodstein (2002) assinala a década de 1990 como o marco da descentralização da rede de serviços de saúde para os municípios. Ocorreu uma crescente responsabilização dos municípios com a oferta e a gestão direta da maioria dos serviços e um grande envolvimento de novos atores e contextos locais, com o deslocamento do processo decisório. Na descentralização e municipalização surgiram novas variáveis no contexto da gestão como: compromisso, responsabilidade, capacidade política e administrativa. Em relação ao processo de descentralização da gestão da política de saúde há algum consenso quanto aos avanços ocorridos na década de 1990, com evolução para um modelo político administrativo, envolvendo não somente a transferência de serviços, mas também de poder, responsabilidade e recursos para as esferas estadual e municipal. Esse ponto de vista é compartilhado por grande número de autores que analisaram o tema (CARVALHO et al., 2004; CORDEIRO, 2001; COSTA, 2001; LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001; MENDES, 2001; VIANA, 2002). Para Viana, Lima e Oliveira (2002) o período também foi caracterizado pela adoção de novos critérios de alocação e de transferência de recursos; criação das novas instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão (CIB, CIT e os Conselhos de Saúde); incorporação de novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão. Para as autoras o SUS é um modelo complexo que envolve múltiplas variáveis e só se concretiza através do estabelecimento de relações interinstitucionais, intergovernamentais e entre os distintos serviços, favorecendo a formação de modelos singulares, tanto regionais como locais, como resposta às pressões por maior participação dos municípios, bem como a heterogeneidade socioeconômica, política, cultural, demográfica e epidemiológica. A política de descentralização na saúde sofreu forte indução do centro através dos instrumentos reguladores, as normas operacionais básicas (NOB) e a norma assistencial (NOAS), gerando novos ordenamentos e fortalecimento dos atores e a busca de um processo menos heterogêneo frente as desigualdades. A característica democratizante do processo permite assegurar alguma estabilidade no processo de implementação e neutralizar coalizões anti-reformas. Advertem, entretanto, que:

[...] a complexidade e diversidade de modelos de gestão e gerenciamento do SUS, associadas às fortes desigualdades regionais e ao contexto de relações federativas altamente competitivas e predatórias, podem novamente tencionar a tríade formada por racionalidade sistêmica, financiamento e modelo de atenção (VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002, p. 506).

O papel indutor das normas é enfatizado também por outros autores (ARAÚJO et al., 2004) que assinalam a criação de mecanismos de articulação entre os gestores, contudo mantendo fortalecido o poder do gestor federal

Mendes (2001) avaliou que os resultados da municipalização da saúde foram indiscutíveis, mesmo tendo ocorrido de forma autárquica, dentro das fronteiras municipais, sem estruturar o espaço microrregional e regionais. Estes resultados foram vistos principalmente nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, os quais reforçaram a capacidade gestora de regulação do sistema, viabilizando a negociação com os prestadores, e procederam à reorientação de investimentos. Para Carvalho (2004) os avanços na implementação do SUS na década de 1990 e na organização do sistema de saúde fortaleceram a capacidade pública de gestão e promoveram a expansão e a desconcentração da oferta de serviços e uma maior adequação da oferta à necessidade da população. No entanto, ainda predominam a heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios e persistem distorções relacionadas ao modelo anterior; superposição de oferta de algumas ações, insuficiência de outras e a pouca integração entre os serviços.

Gerschman (2001) destaca a ocorrência de inovações gerenciais em pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro principalmente relativas à área de recursos humanos (treinamento de gerentes e profissionais e inclusão de processos participativos na elaboração do plano de carreira) e à democratização da gestão com criação de gerências distritais e conselhos gestores de unidade com a participação da comunidade além de outras inovações como formação de consórcios intermunicipais de saúde, maior participação da saúde nos orçamentos municipais. Segundo esta autora, quando analisados os diferentes municípios os resultados são diferenciados: em alguns observam-se iniciativas próprias, indo além das diretrizes federais/estaduais, enquanto em outros registra-se apenas a implantação de programas e experiências formuladas exclusivamente pela esfera federal.

A relação entre municipalização é inovação também é enfatizada por outros autores como Mendes (2001) e Silva Júnior et al. (2007) que destacam as mudanças promovidas nos modelos assistenciais por iniciativas locais. Mendes enfatiza a importância do processo de municipalização na implantação e expansão da atenção primária por meio do programa de saúde da família e Silva Júnior evidencia a importância deste processo para a implementação e experimentação dos diferentes modelos observados nos municípios de Niterói, Curitiba e no distrito de Pau da Lima, em Salvador, Bahia.

É preciso ressaltar outro tema, o da federação e das relações federativas, que não é nosso objeto, mas que também modela os processos políticos e institucionais relacionados à

descentralização das políticas e da gestão da saúde. Nesse sentido, para Viana, Lima e Oliveira (2002) a descentralização das políticas de saúde no contexto do pacto federativo, no período citado, esteve associada à reformulação dos papéis e das funções dos entes governamentais na oferta de serviços, adoção de novos critérios para alocação e transferência de recursos, criação de novas instâncias de negociação, integração e decisão. Ribeiro (2007) afirma que a compreensão do federalismo brasileiro é condição para a reorganização político-administrativa da ação estatal no campo sanitário: a descentralização tributária, a política econômica e o ajuste fiscal, as novas políticas sociais e as reformas administrativas não somente afetam a capacidade de gasto e investimento público de cada ente federado, mas também determinam novos padrões nas relações intergovernamentais e a escolha dos governos na implementação de políticas públicas. O regime federativo impõe a coordenação intersetorial e intergovernamental para a gestão do sistema. Para Guimarães e Giovanella (2004) a descentralização do setor saúde no Brasil tem raízes no sistema federalista, mediante incentivos políticos, financeiros e técnicos. Este processo ocorreu em meio à crise econômica, fiscal e a contenção de gastos e como modelo prevaleceu à municipalização, que acentuou a fragmentação e a dificuldade de integrar o sistema e promover a integralidade da atenção, gerando situações de competição entre as esferas de governo. Outros fatores como a extensão continental do país, as assimetrias na distribuição de recursos humanos, concentração da rede de serviços nas capitais dos grandes estados, a heterogeneidade de porte populacional, o surgimento de pequenos municípios continuam desafiadores na efetivação do SUS. As autoras assinalam que a descentralização em regimes federativos, na perspectiva das relações intergovernamentais, deve resultar do equilíbrio entre autonomia e interdependência na execução de responsabilidades dos entes governamentais. Vários estudos têm demonstrado a importância da esfera estadual na implantação de incentivos para além das capacidades prévias dos municípios.

No período mais recente, 1998-2005, ficam patentes alguns dos limites e desafios da descentralização da política de saúde. Houve uma grande expansão de serviços municipais e foram priorizados novos modelos de atenção voltados para a atenção primária da saúde, tendo como proposta estruturante o programa de saúde da família. O esforço de mudança do modelo de atenção exigiu e exige estratégias de grande abrangência e de realização em curto prazo. A expansão acelerada e em grande escala dos serviços ocasionou mudanças significativas na composição e estruturação da força de trabalho em saúde, com concentração nas esferas de governo estaduais e municipais. A situação nos municípios é de difícil governabilidade. Publicação do CONASEMS (2006) analisa a evolução da situação do emprego no Brasil, com

base nos dados da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE), de 2003, e revela a profunda transformação ocorrida no país nas duas últimas décadas: de 1980 para 2003, o número de empregos na área da saúde nos municípios saltou de 43.086 (16,2% do total de empregos públicos na saúde) para 791.397 (66,3%) enquanto o número de empregos na área federal diminuiu de 113.297 (42,6%) para 96.064 (8,1%), aqui incluídos os servidores do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), transferidos para os estados e municípios. Apesar dos empregos nos estados terem aumentado 200% nesse período, o seu peso relativo no conjunto do emprego público diminuiu, de 41,2% para 25,6%, em decorrência do explosivo aumento na esfera municipal (1740%). Cada novo programa implantado no sistema público de saúde ou cada nova expansão do programa de saúde da família, por exemplo, impacta fortemente esses números. Uma das consequências desse fenômeno é o aumento de vínculos precários de trabalho, como mostra o estudo “Monitoramento da Implementação e do Funcionamento das Equipes de Saúde da Família”, realizado em 2001/2002, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), do MS: 30 % de todos os trabalhadores inseridos nessa estratégia apresentaram vínculos precários de trabalho, contribuindo para a alta rotatividade e a insatisfação profissional. O caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é ainda mais complexo, pois a maioria dos 190 mil trabalhadores em atividade no país apresenta inserção precária no sistema e está desprotegida em relação à legislação trabalhista.

A questão do financiamento também apresenta sérios desafios para a continuidade das políticas descentralizadoras. Análise do CONASS (2006) mostra a tendência histórica à redução da participação proporcional do governo federal no gasto total da saúde, em comparação com os gastos dos estados e municípios. Apenas no período 2000-2004, o governo federal reduziu sua participação de 60 para 50%, aproximadamente, no total dos gastos públicos com a saúde, enquanto estados e municípios, juntos, aumentaram de 40 para 50%, aproximadamente, com uma participação equivalente entre eles. O mesmo estudo do CONASS conclui que, mesmo se tivesse sido aprovado o projeto de lei que regulamenta o financiamento e o gasto em saúde (PL n. 01/2003), continuaria havendo constrangimentos significativos no financiamento da saúde, frente à demanda de consolidação do sistema público, devido a baixa participação proporcional do gasto público no total dos gastos.

Há evidências que a combinação de distribuição de recursos fiscal e setorial (modelo do federalismo fiscal e as regras de partilhas internas do SUS) delineou um SUS com características muito diversas segundo regiões e portes dos municípios, gerando um processo de descentralização desigual (GERSCHMAN e VIANA, 2005). Outro trabalho analisa os

aspectos redistributivos da descentralização da política de saúde no Brasil e conclui que a orientação redistributiva das transferências financeiras inter-regionais não gerou redução das desigualdades na oferta de serviços e que a total transferência dos serviços básicos para os municípios não produziu equidade na oferta desses serviços nem tendências nessa direção, ressaltando, entretanto, que não se pode negar a hipótese do potencial impacto redistributivo dessa política (ARRETCHE e MARQUES, 2007). Campos (2006) sustenta que a heterogeneidade decorrente da municipalização tem contribuído para a iniquidade, citando como exemplo as dificuldades e problemas enfrentados pelos programas de malária, dengue, tuberculose e hanseníase para obter os resultados esperados. Também afirma que a falta de legislação para as propostas de reformulação do paradigma tradicional da atenção à saúde tem dificultado as transformações necessárias e favorecido a manutenção em muitos municípios do modelo centrado no atendimento médico de urgência e hospitalar, a exemplo da maioria dos municípios da região metropolitana de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador. Para o autor, as diferentes capacidades da gestão municipal também acarretam iniquidades. Lucchese (2006) assinala que diversos estudos e indicadores evidenciam persistência de importantes iniquidades, relacionadas: à distribuição espacial da oferta de recursos humanos e da capacidade instalada; ao acesso e utilização dos serviços públicos e a qualidade da atenção; às condições de vida da população nas diferentes regiões e municípios. A autora afirma a necessidade de políticas explícitas para o enfrentamento das desigualdades atualmente existentes nos modelos de financiamento das políticas descentralizadas e sugere alguns requisitos políticos, institucionais e administrativos para dar sustentabilidade a processos de gestão orientados à equidade.

Lobato (2005), por sua vez, sinaliza o possível esgotamento do atual modelo de descentralização em decorrência da inexistência: de novos incentivos financeiros para induzir a adesão dos municípios às políticas de construção do SUS; de estímulos à regionalização e a integração intermunicipal; de estagnação dos conselhos de saúde, como mecanismo acessório e não central no processo de consolidação; e a não inclusão das necessidades sociais à agenda da descentralização, devido a prevalência do modelo assistencial curativo de baixa resolubilidade. Campos (2006) afirma ser consenso a existência de um movimento real de descentralização, mas que esta parou nos municípios, não chegando até as unidades prestadoras de serviços de saúde, entre outras limites. Também assinala os tempos diferentes da descentralização dos serviços de assistência à saúde e aqueles do campo da vigilância à saúde o que ocorreu somente no fim da década dos 1990. Como outros autores já citados ressalva que a transferência de atribuições e recursos financeiros não necessariamente

implicou ampliação da autonomia, em decorrência da concentração de poder, recursos financeiros e capacidade de indução do MS. O autor assinala alguns paradoxos do processo de descentralização da saúde. Afirma que a descentralização transformou-se de meio para alcançar um funcionamento mais eficiente e eficaz do SUS em fim em si mesma, valor ético e político incorporado pelos movimentos democráticos (CAMPOS, 2006, p. 425), pressupondo distribuição do poder e maior participação da sociedade e controle sobre o Estado. Em decorrência, sugere que a avaliação da potência e dos limites da descentralização considere essas duas lógicas, ou seja, sua capacidade de produzir contextos mais democráticos e sua contribuição para o funcionamento adequado do sistema de saúde. Também destaca o paradoxo entre a lógica da descentralização e a lógica de sistema: na primeira haveria ruptura da rede de compromissos, responsabilidades e da hierarquia, gerando fragmentação e funcionamento autárquico ou departamental e isolamento dos municípios; a segunda pressupõe rede de relação entre pólos, funcionamento harmônico entre as distintas partes em função dos objetivos sistêmicos que seriam gerais ou coletivos, voltados ao interesse público. Afirma que a superação destas diferentes lógicas no SUS –municípios autônomos, mas com integração, solidariedade e co-responsabilidade –, cabe à legislação, às funções de coordenação exercidas pelo MS e pelas secretarias estaduais e pelos órgãos de direção colegiada do sistema, comissões tri e bipartites e conselhos de saúde. Entretanto assinala que esta coordenação é dificultada por uma leitura radical da autonomia municipal que tende a produzir um sistema com redes locais e regionais muito heterogêneas em suas capacidades. Um terceiro efeito paradoxal da implantação da descentralização do SUS é a dificuldade de alcançar atenção integral á saúde conforme a necessidade do usuário, cuja responsabilidade cabe exclusivamente ao município. Afirma que a criação de regiões de saúde é condição indispensável para a constituição de um sistema público e universal porque a imensa maioria dos municípios não pode ter em seu território toda a rede de serviços necessária para as demandas da população. O Ministério e as secretarias estaduais de saúde ainda não apresentaram proposta para a coordenação dos sistemas regionais de saúde e têm pouca capacidade para apoiar e cooperar com os gestores municipais e que os modelos de colegiados regionais são adequados ao estabelecimento de acordos e pactos, mas não para a gestão e monitoramento dos planos e programas. O autor destaca que a experiência de negociação sistemática entre esferas de governo e do funcionamento permanente de órgãos colegiados intergovernamentais e de órgãos com a participação da sociedade civil tem modificado a cultura da organização pública brasileira (CAMPOS, 2006, p. 433). A assimetria de poder existentes nestes órgãos não os impede de incorporar novas visões, novos temas e novas

negociações, além de contribuir para a conformação de novos sujeitos sociais. Segundo ele há impasses sobre como seguir o processo de descentralização e reordenar o sistema de saúde e sugere alguns desafios estratégicos a serem enfrentados, entre outros: rever a atribuição das três esferas de governo; estabelecer o novo pacto de gestão, com responsabilização sanitária; regionalização solidária; plano de carreira nacional do SUS; restrições ao partidatismo e clientelismo, com a definição de critérios técnicos para os cargos de direção; e aumento do poder dos usuários e trabalhadores em todas as instâncias de gestão do sistema. Concordamos com as questões assinaladas por Campos, mas pensamos que há pelo menos três aspectos não suficientemente enfatizados pelo autor que são grandes desafios ainda sem alternativas de solução no horizonte próximo: o problema do financiamento público para a saúde ainda insuficiente e no limite da exaustão; o problema da política para a gestão de pessoas e educação em saúde, nas três esferas de governo, que considere a diversidade regional e local, o perfil da força de trabalho, a insuficiência quantitativa de profissionais e trabalhadores de saúde nas regiões mais afastadas e carentes, e, sobretudo, os salários aviltantes praticados atualmente; finalmente, novas perspectivas de reorganização dos sistemas e serviços de saúde descentralizados e regionalizados que deem conta das demandas da população de modo universal, integral e equitativo. Neste sentido, o debate existente no país e no âmbito internacional sobre redes de atenção à saúde pode apontar alternativas promissoras para o quadro atual, em uma perspectiva mais racionalizadora e integrada, mas enfrenta os limites assinalados acima. As redes de atenção à saúde, segundo Mendes (2009, p. 140) são:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade e com responsabilidade sanitária e econômica e gerando valor para a população.

As redes focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde, a linha de cuidado, e os pontos de atenção são locais onde é prestado um atendimento singular, também conhecido como os nós da rede de saúde. Ainda segundo o autor as redes têm três elementos: o território, a estrutura operacional e o modelo de atenção, diferentes para os eventos agudos e crônicos.

Um caminho longo, difícil, mas inevitável para o enfrentamento destes grandes desafios do SUS, em nossa opinião, é indicado por Fleury (2007), quando enfatiza a importância do processo de democratização decorrente da implantação descentralizada do

SUS. Para a autora o modelo do SUS é uma combinação de gestão descentralizada com participação e negociação e que este é o caminho para a construção de um sistema democrático, modelo que dever ser incorporado ao conjunto dos serviços de saúde. Para a autora é necessário ampliar a democratização da gestão pública, no interior do setor saúde e no conjunto do Estado, o que não se alcança apenas com gestão eficiente, mas com a participação social e aliança das correntes e movimentos democráticos. A questão colocada por Fleury nos remete ao debate sobre a relação entre descentralização e democratização, nem sempre tratada com a importância que merece.

## **6.2 Democratização e participação nas políticas públicas de saúde**

A gestão democrática no âmbito do SUS é uma luta da sociedade brasileira, concebida através do movimento pela Reforma Sanitária, como processo social e político permanente. O documento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) “A questão democrática na área da saúde”, de 1979, é marco divisório e baliza deste processo. O debate sobre a democratização influenciou decisivamente a organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a formulação do anteprojeto do setor saúde aprovado no texto da Constituição Federal de 1988. A formulação do SUS como política de Estado afirmou a saúde como direito e componente da seguridade social e enfatizou a necessidade de fortalecer o processo de democratização e descentralização, já iniciado anteriormente, para garantir a equidade e a universalidade do acesso. O relatório final da VIIIª Conferência Nacional de Saúde aponta os conselhos como órgãos ou instâncias participativas externas ao poder público, de controle pelos usuários do sistema de saúde e de todas as etapas de seu ciclo de políticas, devendo contrapor-se aos interesses e demandas do mercado na disputa pelos recursos públicos. Estas foram as referências que orientaram as práticas iniciais dos conselhos e modelaram sua identidade política (CARVALHO, 1997 apud ESCOREL e MOREIRA, 2008, p. 1000). Este movimento é parte do processo mais amplo da criação de mecanismos participativos em diversas áreas e níveis da administração pública no Brasil ocorrido após a promulgação da nova Constituição e cuja expressão mais evidente foi a constituição dos conselhos de políticas públicas, sobretudo no âmbito do sistema de proteção social (DAGNINO, 2002; GOHN, 2005; SANTOS JÚNIOR, AZEVEDO e RIBEIRO, 2004). Aqui preferimos a denominação de conselhos de políticas à de conselhos gestores, também frequente na literatura, porque cremos mais adequada à suas finalidades e práticas.



No contexto geral da descentralização e da implementação do SUS, a participação social teve um espaço importante na agenda da política de saúde. Carvalho (1995), em trabalho pioneiro, conclui que os conselhos emergentes assumiram, ao lado de atribuições de planejamento e controle das políticas de saúde, um papel de proteção dos direitos e implementação de políticas sociais universalistas, com forte indução legal e administrativa originada na esfera federal. O autor afirma que houve uma mudança qualitativa na forma da participação na saúde. Na década de 1970 surgiu a participação comunitária em programas de extensão de cobertura preconizados pelas agências internacionais e que aproveitava o trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias, mas valorizavam a organização autônoma da comunidade como meio de alcançar melhorias sociais. Na década de 1980 predomina a proposta de participação popular que incorpora os atores sociais excluídos no aprofundamento da crítica ao sistema dominante, tendo abrangência geral na dinâmica social e não apenas em ações simplificadas nas ações e serviços de saúde. São contemporâneas aos movimentos sociais urbanos. Na década de 1990 predomina a noção de participação social que deixa de se referir apenas aos segmentos sociais excluídos e passa a reconhecer e acolher a diversidade de interesses e projetos existentes. Deixa de ser participação como pedagogia e passa a ser luta pela universalização dos direitos sociais e ampliação do conceito de cidadania. O deslocamento de sentido sofrido pelo conceito de participação no processo histórico de construção do SUS também é analisado em outra perspectiva (GUIZARD F.L; PINHEIRO R.; MATTOS R.A. *et al.*, 2004). Para os autores, o conceito, que é pensado na VIIIª CNS a partir da sua inserção na constituição da política de saúde, como determinante na formulação e controle da mesma e, portanto, como acesso à decisão, adquire a conotação restrita aos espaços institucionalizados, conselhos e conferências, durante a IXª CNS, consolidada na Xª CNS, sendo identificada com a noção do controle externo sobre a política de saúde com objetivo de fiscalizar a implementação do SUS. Para Guizard, Pinheiro e Machado (2005) a participação política não se assegura com a existência formal dos espaços de controle social, institucionalização que tem limitado o exercício de suas prerrogativas, e questionam a necessidade de adaptar os representantes, sobretudo usuários, à complexa dinâmica desses espaços ao invés de questionar sua organização e as relações de poder e assimetrias que produzem.

A Lei 8142/90 regulamentou a participação social no sistema por meio de duas instâncias colegiadas, conselhos e conferências de saúde, as únicas obrigatórias, constituindo um sistema de controle social e delegou a regulamentação do funcionamento dessas instâncias aos próprios conselheiros. O termo controle social adquire, no contexto do SUS, um

significado diferente daquele da sociologia e da ciência política clássicas, indicando a possibilidade da sociedade controlar o Estado e fiscalizar os recursos públicos via participação social. A lei atribuiu às conferências a competência de formular diretrizes para as políticas a partir da análise da situação de saúde e aos conselhos coube a formulação de estratégias e o controle da implementação das políticas e das ações governamentais. O conselho nacional de saúde por meio da resolução 33/92, ratificada pela resolução 333/03, estabeleceu o critério da paridade para a representação dos segmentos nos conselhos e conferências nas três esferas de governo, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços.

O cadastro nacional de Conselhos de Saúde, elaborado pela Secretaria de Gestão Participativa do MS, contabilizou a existência de 5.559 conselhos municipais de saúde no país no ano de 2005, composto por aproximadamente 70.000 conselheiros, dos quais a metade participa como representante de usuários (BRASIL, 2005). O número de delegados presentes nas conferências de saúde também cresceu: de 1000 delegados presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde para 4000 delegados na 12ª Conferência Nacional de Saúde (ESCOREL e BLOCH, 2005). As entidades representadas nos conselhos e conferências de saúde são de natureza diversa, entre elas as associações de moradores, associações de portadores de patologias, representações de trabalhadores urbanos e rurais, representações de movimentos sociais ligados aos direitos da mulher, crianças, população negra, entre outros. Análise feita com base na pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS” evidencia que nos conselhos de saúde dos municípios com mais de cem mil habitantes foram identificadas 1610 entidades de usuários representadas, das quais as associações de moradores, os trabalhadores organizados e os portadores de deficiências e patologias totalizam 54, 47 % (MOREIRA *et al*, 2008). Esses dados revelam que a existência dos conselhos de saúde e a mobilização em torno das conferências colocaram no cenário inúmeros atores sociais, que contribuíram para a formação de um tecido social de reflexão, negociação e de formação de opinião.

Decorridos 20 anos de implantação do SUS, os conselhos de saúde se consolidaram, acumularam cultura democrática e transformaram-se em sujeitos na política local. Côrtes (2007, 126-7) destaca o ineditismo, a magnitude e longevidade do fenômeno sociopolítico e afirma que por sua vitalidade, envolvimento de participantes, grau de disseminação pelo país e pelas diversas áreas das políticas sociais não encontra paralelos na Inglaterra, Itália, Estados Unidos e Canadá. Labra (2005) destaca que os conselhos e conferências de saúde constituem uma inovação política, institucional e cultural da maior relevância para o avanço da

democracia e uma singularidade no contexto latino-americano. O relatório da Organização Mundial da Saúde de 2008 sobre a situação da saúde no mundo cita o exemplo brasileiro das conferências de saúde como experiência importante de participação social nos processos decisórios (WHO, 2008, p. 110).

Neste texto vamos discutir com mais detalhes dois temas entre os vários aspectos relativos ao funcionamento dos conselhos e conferências de saúde: a questão da representatividade e o da influência e efetividade no processo decisório das políticas de saúde. Côrtes (2006) assevera que ambos, conselhos e conferências, são espaços políticos de democracia direta e de manifestação de interesses divergentes e conflitos e classifica os autores que tratam do tema em dois grandes grupos: os céticos em relação às possibilidades dos fóruns participativos contribuírem para democratização da gestão pública e aprimoramento da implementação de políticas e os esperançosos que respondem a esta questão de modo afirmativo. Para Vianna (1998), os Conselhos têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros, de modo que a característica da gestão local pode interferir na dinâmica do funcionamento dos mesmos. A organização centralizada da gestão municipal não favorece a dinâmica autônoma dos conselhos, que na maioria das vezes passa a existir como instância burocrática. O impacto do poder de direcionamento do executivo municipal pode ser minorado pelas formas de organização e grau de desenvolvimento das estruturas administrativas das Secretarias de Saúde Municipais. Ou seja, quanto mais autonomia administrativa e financeira, gestão e organização descentralizada dos serviços as Secretarias Municipais tiverem, maior será a influência dos conselhos existentes na política local de saúde e novas modalidades de participação de usuários e profissionais de saúde poderão surgir, afirma a autora, para quem o conselho é um espelho da política local e da representação dos interesses políticos. Um bom exemplo da situação apontada por Vianna nos é fornecido por Moreira *et al* (2008), quando analisam o grau de intervenção dos conselhos de saúde na elaboração do plano municipal de saúde e constatam que em 30% dos municípios eles foram elaborados de modo participativo com o executivo, em 46% o conselho apenas aprovou o plano elaborado pelo executivo enquanto que em 12% dos municípios não havia planos de saúde.

Côrtes (2002; 2007; 2009) assinala que a existência de canais institucionalizados de representação de interesses da sociedade civil é consequência da indução promovida pelo processo de descentralização que condicionava a transferência de recursos financeiros à criação desses fóruns, mas que sua existência não implica que sejam exitosos como

promotores da participação. Para que isso aconteça são necessárias algumas condições: as características institucionais da área da política pública; a capacidade organizativa dos movimentos popular e sindical e de grupos de interesse de usuários; posição dos gestores municipais em relação à participação e a natureza da comunidade de política. Em relação às características institucionais, a autora enfatiza as normas da cada área da política pública; os padrões históricos de organização político-administrativa, financiamento e provisão de serviços e a descentralização na área. A capacidade organizativa dos segmentos sociais assegura que a participação de seus representantes seja legítima e autônoma. Profissionais e servidores em organizações públicas modernas são atores centrais de decisão política e a posição político-ideológica de gestores e de servidores públicos em postos de mando pode favorecer ou prejudicar o processo de participação. Mas é a ação dos diversos atores sociais e estatais e da comunidade de política que viabiliza a participação. Segundo esta autora, as decisões políticas não ocorrem em instâncias centralizadas claramente definidas, mas em um contexto de redes de políticas onde se estabelecem relações entre especialistas, grupos de interesses e setores governamentais. Nestas redes podem se formar comunidades de política, compostas por atores sociais e estatais – acadêmicos, profissionais e grupos de interesses - que compartilham valores e visão sobre os resultados desejáveis da política setorial. Para a autora, a consolidação dos conselhos de políticas públicas teve maior sucesso onde se formou uma comunidade de política integrada por profissionais e servidores públicos reformistas aliados às lideranças populares, sindicais e representantes de grupos de interesse de usuários. Concordamos com a análise de Côrtes e, nesse sentido, é importante assinalar que no setor saúde brasileiro a participação social tem sido um valor essencial defendido historicamente por diferentes instituições entre as quais cabe destacar o CEBES, a ABRASCO, entidades representativas dos trabalhadores da saúde, de gestores e inúmeros movimentos sociais.

Apesar do reconhecimento dos aspectos positivos e inovadores da participação em instâncias de decisão do sistema de saúde, é preciso ter claro as possibilidades concretas de participação dos usuários no controle dos serviços de saúde (PINHEIRO e DAL POZ, 1998). Para os autores, essa complexidade do processo é dada, primeiramente, pela responsabilidade do conselho na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde; segundo, pela diversidade de temas, problemas e conflitos relacionados à organização do sistema e dos serviços; terceiro, pela diversidade dos atores e interesses envolvidos na composição dos conselhos. Labra e Figueiredo (2002) afirmam que muitas das dificuldades para o bom funcionamento dos conselhos decorrem da falta de tradição de participação e cultura cívica no país, mas ressaltam sua importância, sobretudo para o controle social da

gestão da *res publica* na saúde, uma nova modalidade de *accountability* social, características das inovações institucionais da construção democrática da sociedade brasileira.

De acordo com Costa e Barros (2000), a realização de seus fins (dos conselhos) pressupõe a existência de sujeitos políticos e sociais dotados de representatividade e de legitimidade, pois a ação individual, ainda não é suficiente para a ação política. Para Barros (1998), o reconhecimento da representação confere legitimidade e poder, pois a representação só pode exercitar o poder que lhe é facultado. Tatagiba (2002) assinala, em relação aos conselhos gestores de políticas sociais, que a dificuldade dos atores da sociedade civil têm em manter os vínculos de representação com suas entidades e em lidar com a pluralidade e a heterogeneidade constitutiva dos campos societal e estatal, está relacionada à fragilidade da capacidade propositiva dos mesmos e do seu poder de influenciar o processo de definição das políticas públicas. Gerschman (2004) afirma que a representatividade é difusa nos conselhos municipais, pois a escolha do representante ocorre por designação, a exemplo das associações de bairros ou outro tipo de associação comunitária, e também por meio de eleições em assembleias ou em instâncias institucionais da política de saúde, como a conferência municipal de saúde. A autora também afirma que a falta de conhecimentos especializados sobre o setor saúde restringe a capacidade dos conselheiros de deliberar sobre assuntos relevantes para o setor. Labra (2005), baseada em pesquisa realizada nos conselhos municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro, afirma que a questão da representatividade nos conselhos é muito difícil de ser atendida, chamando a atenção para a polissemia do termo representação e suas modalidades de apresentação. Afirma que a representação nos conselhos de saúde ora lembra o modelo por delegação, ora o sociológico, ora o comunitário, mas que nenhum deles dá conta de explicar o processo. Problemas de representação ocorrem no âmbito dos usuários: pressão dos grupos e ausência de critérios para definir quem participa. A definição da resolução 333/2003 estabelece que a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e complementaridade do conjunto de forças sociais e inclui uma relação de variadas representações que poderão ter assento nos conselhos de saúde. Como atender os critérios de abrangência e heterogeneidade das possíveis representações? Ainda de acordo com a autora, nos conselhos municipais a questão de quem participa se torna ainda mais intrincada, pois os problemas variam segundo a cultura local, o grau de associativismo, a profissionalização do conselheiro. Relaciona o baixo grau de participação dos brasileiros na vida associativa com o processo de escolha de representantes das entidades e associações de usuários, em geral sem consulta aberta à coletividade, e com a débil vinculação entre o representante e os representados, habitualmente sem ocorrência de

consulta prévia para discutir ou propor temas da agenda e sem devolução dos resultados da deliberação. Em sua leitura parece inevitável a formação de um estamento profissional de conselheiros em decorrência do conhecimento e experiência necessários ao exercício da função e questiona se isto é positivo ou não. A questão levantada por Labra é pertinente e tem relação com os problemas analisados no primeiro capítulo desta tese quando se tratou do surgimento da categoria dos políticos de profissão enquanto representantes dos interesses gerais e que, geralmente restringem ou substituem a participação do conjunto da cidadania no debate público. Por outro lado, o conhecimento e a experiência sobre o tema tornaram-se questões polêmicas: para Avritzer (2007), são essenciais no exercício adequado da representação no âmbito das políticas públicas; para Guizard, Pinheiro e Machado (2005), são aspectos limitantes do exercício da representação e mecanismo de exclusão de grupos desfavorecidos e de manutenção das coalizões de poder entre elites e tecnoburocracia.

Trabalhos mais recentes adotam o referencial teórico da política deliberativa para conceituar deliberação política como a tomada de decisões por meio do debate entre cidadãos livres e iguais e pode ser traduzida como articulação entre diferentes atores em busca de consenso ou o acordo possível sobre políticas sem excluir nenhum dos interesses envolvidos. Esta perspectiva, que se apoia na teoria discursiva da democracia proposta por Habermas e discutida nos dois primeiros capítulos desta tese, sustenta que a formação democrática da vontade legitima-se por meio de pressupostos comunicativos que permitem aos melhores argumentos entrarem em ação em várias formas de deliberação, bem como dos procedimentos que asseguram processos justos de negociação. Na perspectiva da teoria discursiva da democracia a interpretação que os atores sociais dão às ações de saúde está ancorada no contexto cultural em que estão inseridos, seu mundo da vida, e o pesquisador ou técnico só terá acesso a ele por meio da interação intersubjetiva mediada pela linguagem. Nessa perspectiva, a intervenção sobre a realidade social e sanitária de uma determinada comunidade, ou seja, a implementação de uma determinada política pública de saúde no âmbito local seria fortalecida e teria a legitimidade necessária para ganhar o apoio e adesão da população (MELO E.M., FARIA H.P., MELO M.A.M., CHAVES A.B, MACHADO G.P., 2005). As práticas correntes hegemônicas de formulação e implementação de políticas de saúde no SUS partem do universo cultural dos gestores e técnicos de saúde em direção ao universo cultural dos grupos demandantes, sem considerar que quando grupos pertencentes a diferentes mundos da vida interagem, a decisão não pode ser tomada a partir dos valores e normas de um só grupo. Os atores sociais devem ser reconhecidos como sujeitos com valores,

direitos e capacidades para agir comunicativamente' afirmam os autores citados acima apoiados na ética do discurso de Habermas.

Fleury e Ouverney (2008, p. 51) caracterizam a estrutura decisória da política de saúde no Brasil em três instâncias: mecanismos de participação e controle social, os conselhos de saúde; mecanismos de formação da vontade política, as conferências de saúde; mecanismos de negociação e pactuação intergovernamentais, onde incluem os consórcios, as comissões bipartites e tripartites.

Moreira e Escorel (2010, p. 52-4), apoiados em Fung (2004), consideram os conselhos municipais de saúde como exemplos de minipúblicos do tipo governança democrática participativa porque os conselheiros representam os segmentos interessados na política de saúde e por atuarem na formulação dessas políticas. Entretanto, ponderam, para que o conselho possa ser considerado uma instituição de democracia deliberativa há o problema da tomada de decisão, pois a interpretação hegemônica entre os conselhos é que deliberação é resultado da votação realizada no plenário dos conselhos, formalizada e tornada pública, que deve ser homologada e colocada em prática, muitas vezes excluindo um determinado tema, votando sem debate pelo seu veto. Segundo os autores em cerca de 90% dos conselhos, em 2007, pelo menos uma em cinco das suas últimas deliberações não foi homologada pelo executivo municipal em decorrência da inexistência de deliberação ou da falta de consenso ou negociações adequadas. Para os autores poder-se-ia alegar o descumprimento da lei por parte do executivo, o que levaria o problema para a esfera jurídica. Mas o grau de generalização do problema indica ausência de norma legal sobre o papel e o poder dos conselhos, antes que descumprimento da lei. Outro problema é que em 70% dos conselhos não há quórum mínimo para deliberação e votação e as decisões podem ser tomadas por qualquer número de conselheiros e na ausência de segmentos que eles representam. Afirmam que estes problemas fragilizam a legitimação do processo decisório e, associados à compreensão prevalente dos conselhos sobre a deliberação política, aumentam a insegurança dos gestores envolvidos no processo em função da indefinição das regras. Concluem afirmando que o conjunto dos conselhos tem características e tendências deliberativas, um ambiente que favorece o debate público, mas os enfoques conceitual e procedimental hegemônicos afastam-se da proposta teórica do modelo democrático deliberativo, reduzem sua possibilidade de intervir na política, dificultam a inclusão de novos atores e podem esvaziar os próprios conselhos. Propõem a mudança na postura deliberativa dos conselhos para aumentar sua legitimidade e efetividade.

Almeida e Cunha (2009) também estudam a questão da representação na perspectiva da política deliberativa. Afirmam as autoras que o conceito de representação traz duas

questões: a autorização e controle dos representantes por parte dos representados, como analisado no primeiro capítulo desta tese. Para as autoras a definição de quem participa nos conselhos previamente definida nos regimentos internos gera um déficit normativo no acesso e na pluralidade da representação, mas por outro lado, é necessário definir critérios de legitimidade dessas experiências que diferem da lógica tradicional da autorização e *accountability* eleitoral e possam garantir igualdade política e consentimento de todos os cidadãos. Nesse sentido, propõem o referencial teórico que considera a deliberação no seu sentido argumentativo como aspecto central do processo democrático, devendo preceder as decisões e estar apoiada em procedimentos democráticos (ALMEIDA e CUNHA, 2009, p. 12). O processo decisório é mais legítimo se envolve todos os interessados, em particular os que serão objeto da decisão. As autoras sustentam que os princípios da publicidade, pluralidade e igualdade de participação, destacados pelos defensores da teoria deliberativa, são essenciais para o sucesso da deliberação (HABERMAS, 2002, 2003; BENHABID, 2004; FUNG, 2004; SANTOS e AVRITZER, 2002). Assim, o conceito abrangente de publicidade incorpora a transparência e a visibilidade; debate público e aberto pelos recursos públicos; definição coletiva do interesse público. A pluralidade expressa a diversidade, a possibilidade de dissenso e a abertura reflexiva para o discurso conflitante enquanto a igualdade deliberativa refere-se à garantia de chances iguais de acesso e participação no debate e de influenciar os resultados da deliberação.

Almeida e Cunha baseiam sua análise em pesquisa realizada em nove cidades do Ceará, Bahia e Pernambuco, incluído as capitais, onde foram entrevistados 132 conselheiros de saúde. Verificaram que 56,1% dos entrevistados foram autorizados por meio de eleições e sugerem que a combinação da experiência com o tema e os métodos de seleção dos conselheiros pode contribuir para um processo de autorização mais democrático e inclusivo. Entretanto, afirmam que há pouco espaço para a inclusão de novas organizações aos conselhos, considerando que mais de 70% das entidades ou organizações participantes nos mesmos estavam previamente definidas no regimento interno. Em relação ao vínculo entre representantes e suas entidades, constataram que 41,1% discutem previamente as pautas nas reuniões da entidade e 28% o fazem quando o tema interessa ao segmento. Em quanto à devolução das deliberações e decisões dos conselhos para as entidades, 22,7% o fazem por meio de reunião específica e 51,5% por meio de reuniões gerais de rotina. Concluem, com base nesta resposta, que a maioria dos representantes mantém vínculos regulares com suas entidades. A resposta à questão de quem orienta o voto do conselheiro, se ele próprio ou se decisão da entidade/segmento, revela que para 50,8% dos respondentes é sua própria opinião,



enquanto que para 27,3% prevalece o ponto de vista da entidade, sendo os representantes do governo os mais fieis à orientação governamental e os usuários (60,6) mais orientados por sua própria opinião. Há forte indicação de independência de mandato, e não delegação, o que sugere que o vínculo entre representantes e representados não seja prática consolidada ou tão fortalecida como parece indicar a resposta à questão anterior. As autoras ponderam que o projeto político de governo, a vida associativa, o formato e a característica institucional e existência de públicos fortes são condicionantes importantes no processo deliberativo.

A maior parte dos trabalhos sobre os novos espaços de participação social na saúde tem como objeto os conselhos. Entretanto, nos últimos anos as conferências de saúde também passam a merecer estudos mais detalhados. Escorel e Bloch (2005) enfatizam a análise das conferências de saúde e sustentam que estas e os conselhos de saúde materializam e qualificam o princípio e o valor da democracia no projeto da Reforma Sanitária e, portanto, integram um mesmo componente de análise. São fóruns nos quais se identificam alterações no padrão de recepção e processamento de demandas na área da saúde. As autoras ressaltam, porém, que os conselhos são fóruns permanentes e com atribuições bem definidas e ampliadas, enquanto as conferências são fóruns pontuais, com atribuições pouco claras e cujos resultados são sistematicamente desconsiderados. As conferências de saúde vêm ocorrendo na maioria dos municípios, embora por indução nacional. Cresce o número de delegados presentes na etapa nacional e é cada vez maior o número de etapas municipais, configurando espaços próprios de debate e formulação de políticas, com direito à participação dos usuários. Segundo Luz (2005) a Conferência é um espaço de trocas de informação, experiência, cooperação e apoio mútuo, um tecido social comunicativo.

As Conferências Nacionais de Saúde fazem parte da história oficial da política de saúde brasileira desde 1937, com a Lei n. 378, de 13/01/1937, que instituiu a Conferência Nacional de Saúde e Educação. No Brasil foram realizadas 13ª Conferências Nacional de Saúde até 2007, sendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde considerada como marco de transformação que estabeleceu a nova dinâmica e alterou a composição dos delegados, incorporando a participação da sociedade civil organizada e uma nova institucionalidade e vida própria às conferências (SCOREL e BLOCH, 2005). Segundo as autoras as conferências são fóruns que conformam espaços de formação de opinião e vontade política e atuam na tematização da agenda pública. Uma forma de organização inovadora que trabalha com conflitos e interesses. Fórum de negociação política e de democracia direta, de manifestação de interesses divergentes e conflitos, que possibilitam a ampla divulgação de temários para discussão na sociedade em geral e interferem no rumo da política.

As conferências nacionais são precedidas pelas estaduais e estas pelas municipais, configurando um movimento participativo descentralizado, amplo e de abrangência nacional. As conferências municipais encaminham suas deliberações para as estaduais e estas para a nacional, mas todas elas mantêm seu caráter terminativo nas respectivas instâncias federativas. As normas gerais que orientam o processo conferencista são definidas no conselho nacional de saúde: o temário, período de realização, duração, organização e formato da conferência, número e proporção de delegados por segmentos. De acordo com Escorel e Moreira (2008, p. 1006): “[...] as regras de organização e funcionamento das conferências são essenciais para que a força dos argumentos e a construção de consensos constituam a base das políticas deliberadas”.

Para Côrtes (2009) o fato de a maioria dos participantes das conferências ser proveniente da sociedade civil não significa que estes sejam os principais formadores da agenda de discussão ou os atores mais influentes no processo decisório das mesmas. A modalidade de participação e o papel dos atores sociais e estatais dependem da conjuntura política, setorial e geral, em cada esfera de governo, e da configuração das relações sociais do setor saúde e da posição dos atores nessa configuração. Também chama a atenção para a importância daqueles atores que decidem as normas de organização e funcionamento das conferências, no caso membros do conselho nacional de saúde, e aqueles que conduzem o processo conferencista, em cada esfera de governo. A autora afirma ainda que estes fóruns – conselhos e conferências – exercem papel importante ao fiscalizarem a implementação das ações, ao apresentarem demandas dos atores sociais e deliberarem sobre diferentes temas de interesse da sociedade. Também são espaços de congregação de atores individuais e coletivos na defesa de princípios do SUS e de articulação entre conselheiros. Entretanto, segundo a autora, estes espaços públicos não têm uma posição garantida ou estável no centro do processo decisório da área, na medida em que os gestores estaduais e municipais escolheram as comissões intergestores como fóruns preferenciais para deliberação das políticas e encaminhamento de suas demandas. Para isso contribuiu a estratégia de conselheiros provenientes de entidades sociais, no conselho nacional de saúde, de priorizar o debate sobre o funcionamento do próprio controle social e restringir a participação dos representantes de mercado, dos médicos e dos gestores o que levou estes atores a defender seus interesses em outros espaços políticos. Para a autora não se deve desconsiderar a capacidade dos gestores da saúde influenciar o processo conferencista em decorrência do nível de informações que detém sobre o setor e da experiência na formulação de políticas e implementação de ações de saúde (CÔRTEZ, 2009).

Documento recente dos gestores estaduais (CONASS, 2009) confirma análise de Côrtes e afirma, com base na análise da 13ª CNS, haver um distanciamento entre os gestores do SUS e as conferências e conselhos de saúde, problema considerado grave e tendente a gerar impasses contraproducentes para o SUS e para as necessidades de saúde da população, a exigir mudança de postura de todos os atores para sua superação. Segundo os gestores estaduais:

Se as conferências estaduais não forem capazes de indicar o que é mais relevante e tudo igualar em termos de importância, torna-se impossível identificar que ações devem ter precedência e fica comprometido o esforço de análise e acompanhamento do planejamento da ação governamental que deve ser realizado pelos Conselhos de Saúde (CONASS, 2008, p. 33).

Defendem ainda que as conferências municipais e estaduais, em comparação com a nacional, tenham maior especificidade em suas deliberações para atender as particularidades locais e regionais e que os conselhos sejam capazes de apontar se os planos, programas e orçamentos conduzem aos objetivos expressos pelas conferências e, caso isto não ocorra, assinalar as alternativas, pois é o lugar da explicitação dos conflitos de interesses, da negociação e da busca de acordos que possibilitam o alcance dos objetivos. Assim, no discurso dos gestores estaduais, as conferências são responsáveis pela imagem-objetivo – situação futura que se deseja alcançar – e os conselhos pela direcionalidade das intervenções propostas por meio de estratégias e ações adequadas. Finalmente, sugerem mudanças na agenda aprovada pelas conferências, com menor número de resoluções que tenham caráter mais geral e abrangente para superar a extrema particularização das demandas, e no formato das mesmas para que seja aprofundado o debate e as questões não sejam tratadas superficialmente de modo que reflitam os interesses concretos da sociedade e as necessidades reais da política de saúde.

Os gestores municipais de saúde também manifestam sua preocupação com a divisão observada durante a realização da 13ª CNS entre a sociedade civil organizada e os gestores do SUS e assume parcela da responsabilidade pelo problema:

[...] mas é a expressão de certo grau de medo do gestor em participar das instâncias de controle social, negligenciando sua importância e negando informações. Isto cria espaços para enfrentamentos políticos partidários ou corporativos, minimizando a discussão da política de saúde, sua construção e seu fortalecimento (CONASEMS, 2009, p. 3).

O documento citado “Participação social no SUS: o olhar do gestor municipal” enfatiza a importância das conferências municipais de saúde, sua preparação por meio de pré-conferências nos bairros, os debates e as propostas, a necessidade de prestação de contas dos gestores sobre as deliberações das conferências anteriores e também nos ajuda a entender uma das raízes mais profundas do conflito explicitado por meio do debate público, relativo aos diferentes significados atribuído ao papel das conferências:

Em cada município deste país reúnem-se representantes da sociedade civil, pessoas interessadas nas questões relativas à saúde e a qualidade de vida, para decidir o que o povo quer *recomendar* (grifo nosso) aos gestores do SUS e às esferas de governo sobre as políticas de saúde (CONASEMS, 2009, p. 9).

Portanto fica evidente que este é um dos fulcros da questão da maior ou menor efetividade das resoluções das conferências: enquanto para os atores sociais elas são, ou deveriam ser, declarações com caráter vinculativo, de cumprimento obrigatório, para os atores governamentais elas têm caráter indicativo, são recomendações. A ABRASCO, por meio de seu boletim informativo, também se posicionou criticamente em relação às deliberações da 13ª CNS e assinala que a miríade de propostas aprovadas sinaliza as lacunas de efetivação das políticas e ações de saúde, mas que o teor assertivo e a fragmentação das mesmas impedem sua consolidação como diretrizes para o SUS (ABRASCO, 2007, p. 4-5). O documento critica ainda os aspectos procedimentais que impediram o debate e a deliberação adequada sobre temas relevantes como a descriminalização do aborto e as fundações estatais e defende a necessidade de promover um amplo processo de avaliação e perspectivas das instâncias de controle social, tarefa a que se propôs o Fórum de Entidades da Reforma Sanitária, coordenada pelo CEBES em 2008 e que realizou diversos seminários, oficinas e debates sobre o tema nos anos 2008 e 2009 que resultaram em inúmeras contribuições acadêmicas, muitas das quais aproveitadas neste texto.

Outra leitura, também crítica, contrapõe-se ao discurso dos gestores e afirma que a população não se percebe agente de constituição e produção da política pública de saúde (GUIZARD; PINHEIRO; MACHADO, 2005). Segundo os autores, nos espaços institucionais o exercício do poder dá-se principalmente pelo uso e controle da informação, legitimada pelo conhecimento técnico-científico, que define as prioridades das ações e da organização dos serviços, relegando a participação dos grupos populares a simplesmente serem informados, restringindo ou impossibilitando o processo deliberativo. Relações pautadas por discursos autorizados versus discursos envergonhados. Como propor que usuários participem e

intervenham quando se coloca como condição para a participação o recurso a instrumentos conceituais específicos do campo técnico-científico? Sustentam que a participação como princípio de constituição das políticas públicas em saúde só se concretiza quando vozes diversas se apresentam ao diálogo como sujeitos da construção de sentidos e mundos e não se esgota nos espaços institucionalizados. E, concluem os autores, a construção social da demanda em saúde permite colocar em questão o que os serviços de saúde respondem e como respondem.

Como vimos, na prática as deliberações das conferências não têm caráter vinculativo e sua implementação tem outros condicionantes. A pequena capacidade das conferências municipais de saúde de influenciarem a formulação e implementação do plano municipal da saúde em 16 municípios de Mato Grosso foi evidenciada por Müller Neto et al. (2006) que ressaltam a importância das conferências para a explicitação e debate das demandas sociais. No estudo citado os autores procuraram analisar o papel da gestão e do conselho municipal de saúde no processo de incorporação das demandas populares às prioridades das políticas de saúde nos municípios.

Outros mecanismos formais de controle social foram incorporados ao SUS na defesa do direito à saúde, tais como, ouvidorias e disque denúncia, criando novas formas de expressão e de defesa dos interesses dos indivíduos, grupos e comunidade. O voto sufragado na escolha dos governantes (executivos e legislativos), plebiscito, projeto de lei de iniciativa popular, ministério público, órgãos de defesa do consumidor, mobilização popular e a mídia em geral, são outras formas de controle social (MATTOS, 2005). Para além dos conselhos e conferências e dos mecanismos institucionais de participação, muitos espaços são criados e reformulados no cotidiano da vida das comunidades, seja de reflexão, auto-ajuda, resistência, solidariedade, reivindicação e mobilização em torno de necessidades concretas da população. Essas iniciativas formam uma expressão viva da sociedade civil em torno das relações sociais, do cotidiano e da cultura e atuam para além dos espaços institucionais de participação popular, no micro espaço de poder local, inclusive nos serviços de saúde (LACERDA et al, 2006).

### **6.3 Uma síntese provisória**

A revisão da literatura sobre a descentralização das políticas e da gestão da saúde nos permite afirmar a existência de alguns consensos ou fortes concordâncias. O primeiro da existência de dois projetos em conflito, um de modernização e diminuição do papel regulador

do Estado, e outro de ampliação e universalização de direitos de cidadania e redemocratização do Estado. Ambos os projetos têm origem em âmbito internacional, como vimos no terceiro capítulo desta e obedecem a diferentes teorias e orientações políticas e ideológicas. Estes projetos também se manifestam na realidade nacional, sendo que o último é fortalecido na luta contra o regime autoritário na década dos 1980, já na contramão da tendência internacional que, neste período, privilegiava a tendência à reforma do Estado de cunho neoliberal. No campo da saúde estes projetos tomam corpo no movimento pela reforma sanitária e no movimento pela reforma do Estado. Neste quadro, a descentralização da saúde incorpora estes valores, deixando de ser vista como uma estratégia ou simples delegação de atribuições das esferas nacionais para as subnacionais de governo, assumindo a característica de um fim em si mesma. Também existe forte concordância sobre o crescente papel dos municípios na prestação de serviços; na construção de novos modelos de atenção, mesmo que não estendidos ao conjunto de municípios; ampliação da atenção básica e seus impactos nos indicadores de saúde; novos espaços de coordenação e articulação regional, estadual e nacional; um sem número de inovações gerenciais, trazido pela pluralidade de experiências dos atores locais; muitas experiências de democratização da gestão; mudanças importantes no padrão das relações intergovernamentais. O aumento do número de servidores e do gasto em saúde dos municípios em proporções que abalam a própria governabilidade e capacidade de governo dos mesmos são confirmados por diferentes estudos (CONASEMS, 2006; MACHADO, 2007; RIBEIRO, 2007). Os autores estudados concordam com a existência da descentralização de atribuições, de recursos e de poder, mas restringidos por mecanismos financeiros e controles administrativos por parte do MS e de muitas secretarias estaduais de saúde. Entretanto, em nossa opinião, esta situação não caracteriza a figura jurídica da tutela, que impossibilita completamente a autonomia dos entes locais, como analisado no capítulo três. Os limites do sistema político e da cultura política brasileira, que transforma o voto em barganha, associado ao clientelismo, ao corporativismo, os interesses privados, o formalismo da organização pública, entre outros, também cobram seu tributo ao processo de descentralização da saúde, como analisado no quarto capítulo. Em suma podemos afirmar que há entre os autores conformidade sobre o quadro de governabilidade restrita no conjunto de sistemas municipais de saúde e, além disso, na maioria dos pequenos municípios, também uma capacidade de governo limitada.

Entretanto há conflito entre as concepções de autonomia municipal: uma auto-suficiente, que não enfatiza a coordenação e a comunicação, e outra cooperativa, que caracteriza as relações intermunicipais e a região como o espaço de articulação, assim como a

busca de alianças com a gestão estadual , processo que apenas existe se houver mão dupla. Este conflito de concepções sobre a autonomia e o papel do município, entre outros aspectos, tem dificultado o processo de regionalização no âmbito dos estados federativos, processo que podemos denominar de regionalização retardatária e responsável por alguns dos impasses vividos na atualidade no processo de organização dos serviços de saúde, em especial das redes de atenção à saúde. As políticas voltadas para a regionalização encontram muita dificuldade para serem implementadas, seja por falta de acordos políticos, seja por falta de recursos financeiros, seja por falta de recursos técnicos. O chamado federalismo cooperativo exige que as macroorganizações do SUS – ministério da saúde, secretarias estaduais e municipais – trabalhem muito mais articuladas, em redes cooperativas intergovernamentais e interinstitucionais, modelo de governança democrática. O debate sobre a iniquidade no sistema de saúde também produz discursos conflitantes, um que a atribui às desigualdades e heterogeneidades estruturais – sociais, regionais, de capacidade financeira e de governo –, previamente existentes e outro que a atribui ao processo de descentralização. É uma questão em aberto, mas também há conformidade que não há políticas nacionais que considerem esta diversidade das realidades locais e que tenham por objeto a diminuição destas iniquidades.

A relação entre a democratização e o processo de descentralização revela existência de forte concordância sobre o aumento e fortalecimento da participação social na saúde a par do processo de descentralização, induzida por políticas nacionais neste sentido, demonstrado pelo aumento do número de atores envolvidos nos processos deliberativos. Há concordância ainda sobre o deslocamento que o conceito de participação sofreu nas três últimas décadas, sendo o entendimento prevalente atual aquele que propõe o não isolamento em relação ao Estado e às políticas públicas, mantida a autonomia dos sujeitos participantes. Os aspectos relacionados ao grau de participação social no âmbito das políticas públicas de saúde mais citados são: a ação política dos movimentos sociais, sindicais e outros, associados ou não a agentes governamentais; a cultura cívica local; a maior ou menor da autonomia da gestão municipal da saúde e sua capacidade de intervenção; a conformação institucional da política; a posição político-ideológica dos dirigentes ou ocupantes de cargos no governo municipal. Entretanto há dois temas sobre os quais há controvérsias e diferentes entendimentos: a relação entre participação e representação e a influência ou efetividade da participação e deliberação no processo decisório da política de saúde. O tema da representação envolve desde discursos que negam a legitimidade dos representantes dos atores sociais nos fóruns deliberativos, por diversas razões, até aqueles que não julgam necessário nenhum processo de autorização formal para o exercício da representação. Como vimos no capítulo primeiro, o conceito de

representação é polissêmico e envolve, entre outros, o processo de escolha e autorização e o vínculo entre representantes e representados. A questão da influência e efetividade dos fóruns deliberativos, conselhos e conferências, sobretudo destas, é ainda mais complexo e, mais recentemente, seu entendimento gerou importantes divergências entre os atores participantes da esfera pública sanitária, sobretudo entre gestores e representantes da sociedade civil representada nestes fóruns, como durante o processo da XIIIª Conferência Nacional de Saúde.

Atualmente o debate sobre a descentralização e a democratização da saúde no país coloca a seguinte questão: os municípios teriam alcançado os objetivos e metas propostas inicialmente pelas políticas nacionais de saúde nos aspectos políticos, técnicos e financeiros: criaram fundos, conselhos, secretarias de saúde, contrataram trabalhadores de saúde, realizaram conferências de saúde, fizeram planos de saúde, cumpriram os requisitos das diferentes normas, implantaram novos modelos de atenção, entre outras iniciativas. No entanto, estariam no limite de suas possibilidades de enfrentar os novos desafios no âmbito exclusivo de suas fronteiras, apenas com suas próprias forças e recursos. As novas demandas da população exigem a garantia da sustentabilidade financeira dos sistemas municipais, a garantia da estabilidade da força de trabalho, o planejamento estratégico do espaço regional, a implantação de redes integrais de serviços, a provisão de insumos e procedimentos cada vez mais complexos e custosos. São necessidades básicas para que os municípios possam seguir desenvolvendo suas capacidades técnicas e de gestão e possam implementar modelos de atenção de qualidade com protocolos de atenção, projetos terapêuticos, cuidado humanizado, redes integradas de serviços, entre outros. Também é necessário fortalecer a participação social e efetividade dos fóruns deliberativos sobre a política e a gestão municipal da saúde.

São questões que ocupam parte importante da agenda de debates, ainda sem respostas satisfatórias, e que necessitam ser enfrentadas de modo articulado, com a participação muito mais ativa e cooperativa dos estados e do governo federal. Em uma perspectiva otimista pode-se afirmar que o pacto pela vida, pelo SUS e de gestão dará conta de alguns desses desafios, mas seguramente não desatará todos os nós assinalados, a exemplo, do financiamento e da força de trabalho. Para encerrar com uma leitura otimista trazemos novamente a proposta formulada por Fleury (2007), citada anteriormente: é necessário ampliar a democratização da gestão pública, no interior do setor saúde e no conjunto do Estado, o que não se alcança apenas com gestão eficiente, mas com a participação social e aliança das correntes e movimentos democráticos.



## **CAPITULO VII. INFLUÊNCIA DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA POLÍTICA E GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM CINCO (5) MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO**

Neste capítulo apresentamos a análise de resultados do estudo de caso múltiplos realizado em cinco municípios de Mato Grosso, em três partes . Na primeira delimitamos, em breves linhas, os contextos históricos, sociais e econômicos do estado e dos municípios selecionados para o estudo e uma caracterização do setor saúde, compreendendo o processo de institucionalização, uma análise resumida das condições de saúde, da rede de serviços e de aspectos relativos ao financiamento e ao perfil da força de trabalho. Na segunda realizamos uma análise sobre as conferências municipais e sua relação com a gestão municipal da saúde apoiado no referencial teórico da política deliberativa e do planejamento estratégico situacional, por meio das matrizes analíticas apresentadas na estratégia metodológica. Na terceira, trazemos os discursos coletivos sobre as conferências, sua influência e suas características deliberativas e participativas, construídos a partir da fala individual de diferentes atores que participaram da mesma. Nas considerações finais procuramos estabelecer os vínculos entre estas abordagens metodológicas e apresentar uma síntese dos achados no estudo.

### **7.1 Território Vivo**

#### **7.1.1 Características gerais do estado e dos municípios**

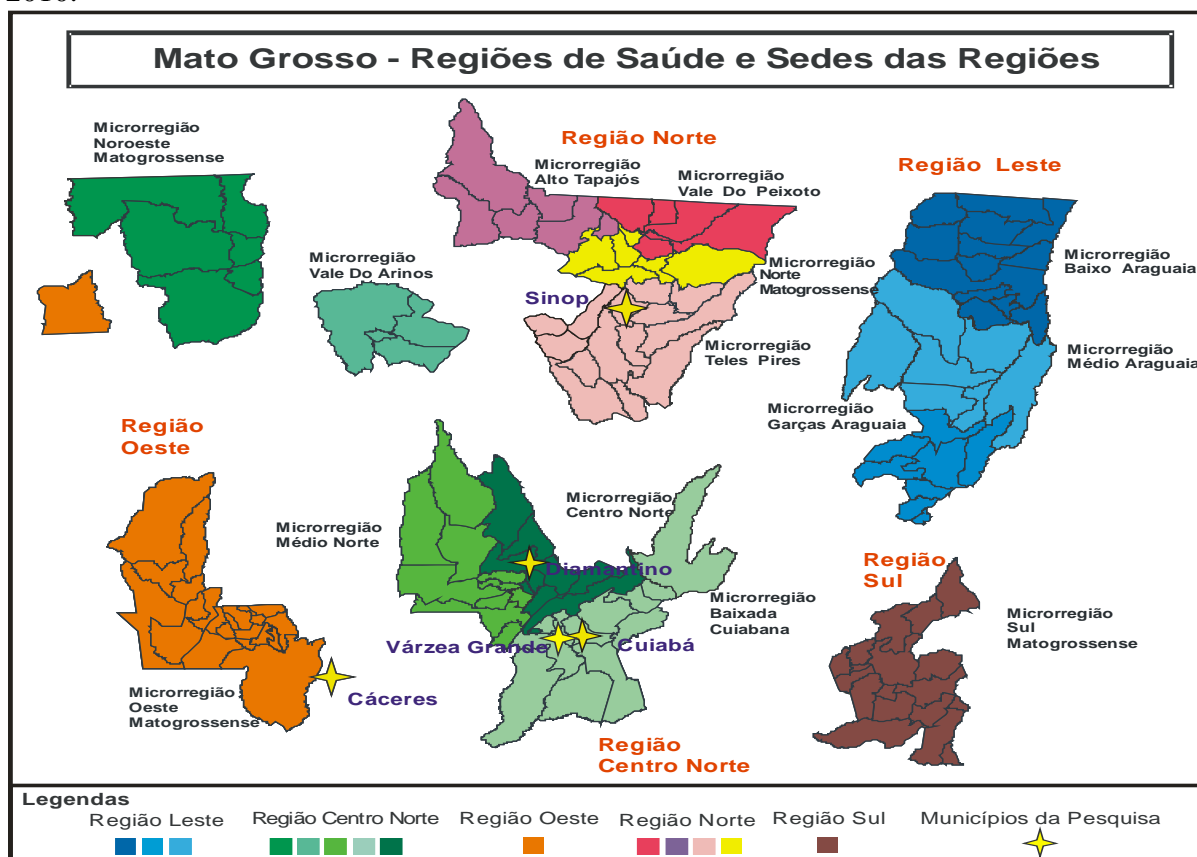
Os municípios escolhidos situam-se no estado de Mato Grosso, região centro-oeste do Brasil, população residente em 2007 de 2.854.642 habitantes, dimensão territorial de 903.386 Km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 2,76 hab/Km<sup>2</sup>, incorpora três grandes ecossistemas – Pantanal, Cerrado e Amazônia – e uma extensa bacia hidrográfica. Economia predominantemente primária é grande produtor nacional de soja, algodão e arroz e possuidor do segundo maior rebanho bovino do país. Entretanto o setor que mais gera empregos é o terciário, responsável por mais de 50% do PEA (MORENO e HIGA, 2005). Povoados pelos bandeirantes paulistas durante o ciclo do ouro no mesmo período das cidades históricas de Minas Gerais e Goiás Velho. A povoação do território durante o período colonial seguiu a estratégia portuguesa de expansão de fronteira. Durante o Império seu território foi invadido e ocupado por tropas paraguaias, sendo cenário de batalhas sangrentas.

No século XX deu origem por desmembramento aos Estados de Rondônia e Mato Grosso do Sul. Durante o regime militar as regiões leste e norte do Estado, pertencente à Amazônia Legal, foram objeto de intenso processo de colonização por meio de projetos públicos e privados que mudaram a feição da economia, do território e da população, composta, no ano 2000, por 43,37% de migrantes, sobretudo dos estados do sul e sudeste do país. A primeira universidade, federal, foi implantada em 1970. Possui cinco mesorregiões, 22 microrregiões e 142 municípios. Hoje Mato Grosso se caracteriza por grande diversidade cultural, considerando ainda os 27 povos indígenas, conhecidos, que habitam o estado em 68 reservas, com inúmeros troncos e famílias linguísticas (MORENO e HIGA, 2005).

Os Municípios selecionados para o estudo foram:

Regionais de Saúde	Municípios
Cuiabá	Cuiabá (capital)
	Várzea Grande
Cáceres	Cáceres
Sinop	Sinop
Diamantino	Diamantino

**Mapa 1:** Mapa Geral de Mato Grosso por Microrregião de Saúde e Municípios Selecionados, 2010.



Cuiabá, capital de Mato Grosso, fundada em 08 de abril de 1719, nasceu da expansão das bandeiras em busca de ouro e na conquista de novas fronteiras. O processo de urbanização acelerou-se no final dos anos 1930 do século passado e intensificou-se na década de 1960, quando o município assumiu a condição de pólo de apoio à ocupação da Amazônia meridional brasileira. Localiza-se na região centro-sul do estado e suas atividades econômicas predominantes são serviços e comércio, com pólo industrial relativamente desenvolvido (FERREIRA e SILVA, 2005).

O município de Cáceres foi fundado em 06 de outubro de 1778, data da fundação do arraial, elevado à categoria de Vila, em 1859 e de município em 1874. A partir dos anos 1960/70, o município foi alvo de intensa imigração e consequente desenvolvimento agrícola que o projetou como pólo de produção agropecuária no Estado. Nos últimos anos Cáceres estruturou-se como importante porto fluvial e turístico no contexto estadual, pois está situado na região do Pantanal, centro-sul do estado, às margens do Rio Paraguai. Faz fronteira com a Bolívia. O acesso terrestre pode ser feito através da BR 364, distante 209 km de Cuiabá (FERREIRA e SILVA, 2005).

Data de 1728 a fundação do Arraial de Diamantino que deu origem ao município de mesmo nome em 1918. Região de garimpo de ouro e diamante do período colonial até o século XX, o município foi porta de entrada para a colonização da Amazônia mato-grossense, na década de 1970. A economia está baseada na agricultura com culturas de soja, milho, arroz e algodão bem como a pecuária. Diamantino está situado na Chapada dos Parecis, divisor de águas da Bacia Amazônica e Platina, na região norte do estado. O acesso ao município é feito através das BR 364 e BR 163, distante 199 km de Cuiabá (FERREIRA e SILVA, 2005).

O município de Sinop foi instituído em 17/12/1979 a partir de um projeto de colonização privado da Sociedade Imobiliária Noroeste do Paraná (SINOP), com sede em Maringá, iniciado em 1974 com apoio do governo federal, que financiou a construção de uma destilaria. Situado às margens da BR 163, projetada para ligar Cuiabá à Santarém, rodovia no sentido sul-norte no coração da Amazônia Legal, dista 472 km da capital do estado. O município serviu de base para outros projetos de colonização do norte do estado, pois era base de conservação e expansão da rodovia. Transformou-se em centro de serviços, comércio e rizicultura mais importante da região norte, além de sediar a maioria das madeireiras do estado (FERREIRA E SILVA, 2005).

O município de Várzea Grande tem sua fundação ligada a ações realizadas pelo governo provincial em função da Guerra do Paraguai, local onde foi criado o campo de refugiados para abrigar paraguaios. A data oficial desse município é registrada como 15 de

maio de 1867, e em 1942, foi inaugurada a primeira ponte unindo Cuiabá e Várzea Grande e apenas em 23 de setembro de 1948 o território foi desmembrado e transformado em município. A indústria e o comércio são as principais atividades econômicas que geram emprego no município. A agricultura é de subsistência e a pecuária é pelo sistema de cria, recria e corte. O transporte aéreo tem como ponto de partida o município visto que abriga em seu território o Aeroporto Marechal Rondon. Nos distritos ribeirinhos, por vezes ainda se utiliza transporte fluvial realizado em canoas e pequenos barcos (FERREIRA e SILVA, 2005).

No quadro 8 observa-se que o município de Sinop apresenta uma alta taxa geométrica de crescimento anual (10,01) seguido pelo município de Várzea Grande (4,15), ambos acima da média estadual, que é 50% maior que a nacional (IBGE, 2000). Quatro dos municípios tem o Índice de Desenvolvimento Humano acima da média nacional e estadual, com exceção de Cáceres, abaixo das duas (IBGE, 2000). O grau de urbanização dos municípios de Cuiabá, Várzea Grande e Sinop também estão acima da média nacional e estadual, diferente de Cáceres e Diamantino, abaixo das duas (IBGE, 2000).

A proporção de população alfabetizada no ano de 2000 nos municípios de Cuiabá (82,74%), Várzea Grande (78,55%) e Sinop (77,78%) são maiores que a do Brasil (75,25%) e a do Estado (76,41%), enquanto as de Cáceres e Diamantino são menores (IBGE, 2000).

**Quadro 8:** Características gerais dos municípios, Mato Grosso e Brasil, 1991, 2000 e 2007.

Localidade	População 2007	Taxa Geométrica de Crescimento anual 1991/2000	IDH 2000	% Alfabetização 2000	Grau de Urbanização 2000
Cáceres	91.713	1,47	0.737	73,65	77,40
Cuiabá	551.857	2,64	0.821	82,74	98,59
Diamantino	20.772	1,61	0.788	73,63	77,05
Sinop	108.209	10,01	0.807	77,78	90,48
Várzea Grande	260.690	4,15	0.79	78,55	98,14
Mato Grosso	2.910.255	3,07	0.773	76,41	79,37
Brasil	189.335.191	2,10	0.757	75,24	81,25

Fonte: IBGE - Censos Demográficos 1991 e 2000 e DATASUS/2007

## 7.1.2 Caracterização do setor saúde no município

### 7.1.2.1 Institucionalização do Setor saúde

Dos cinco municípios que foram objetos do estudo todos possuem em sua Lei Orgânica o Capítulo da Saúde, sendo que as leis expressam os princípios e as diretrizes do SUS, considerando que foram editadas após a Constituição de 1988. Quatro municípios tem

Lei Complementar da Saúde e apenas Sinop não tem lei específica para o setor. O Fundo Municipal de Saúde está instituído por lei nos cinco municípios.

Todos os municípios têm Secretaria Municipal de Saúde criada por lei, sendo quatro por Lei Complementar e apenas Sinop por Lei Ordinária (pouco detalhada), mas com funcionamento orientado por Decreto Municipal. Todos os municípios possuem lei que regulamenta os cargos comissionados da Secretaria de Saúde. Em Cuiabá e Cáceres a Secretaria de Saúde tem sede própria, nos demais as Secretarias funcionam em prédios alugados.

As Secretarias de Saúde de Cuiabá e Várzea Grande dispõem de organograma definido por lei e Diamantino por portaria. Nos demais não há documentação sobre a regulamentação do organograma. Todos os municípios têm leis que regulamentam o Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) dos servidores da Prefeitura, porém só Cuiabá tem Plano específico para os profissionais da Saúde, sendo que servidores da área meio, embora lotados na Secretaria de Saúde, estão contemplados no PCCS da Prefeitura.

#### 7.1.2.2 Condições de saúde: mortalidade e morbidade

As doenças do aparelho circulatório apresentam-se como primeira causa de mortalidade nos cinco municípios em 2007, assim como em Mato Grosso (12,60) e no Brasil (16,29), sendo que Cuiabá (14,10), Cáceres (15,81) e Várzea Grande (13,0) registram os maiores coeficientes de mortalidade proporcional. As causas externas apresentam-se como segundo maior grupo de causas de mortalidade que atinge a população dos cinco municípios e do estado (8,47), diferente da situação do país (6,92) em que ocupa o terceiro grupo de mortalidade. Nesse grupo Cáceres (8,94), Sinop (8,69) e Cuiabá (8,59) apresentam maior coeficiente de mortalidade que os demais (tabela 1).

As neoplasias são a terceira causa de mortalidade nos cinco municípios e em Mato Grosso (5,89) e a segunda no Brasil (8,53). Todos os municípios estão abaixo dos coeficientes nacionais. As doenças do aparelho respiratório constituem a quarta principal causa de mortalidade em quatro dos municípios, com exceção de Diamantino. Algumas doenças infecciosas e parasitárias formam o quinto grupo de causas de mortalidade em Cuiabá, Várzea Grande e Cáceres, situação que os coloca bem acima da média nacional (2,43), onde a mortalidade nesse grupo aparece como oitava causa. O padrão de mortalidade encontrado chama a atenção pela importante presença das causas externas, tanto nos municípios, quanto no estado.

**Tabela 1:** Distribuição do número de óbitos e coeficiente de mortalidade (CM) por 10.000 habitantes, segundo grupo de causas na população dos municípios, Mato Grosso e Brasil, 2007.

GRUPO DE CAUSAS Capítulo CID-10 / 2007	Cuiabá		Cáceres		Diamantino		Sinop		Várzea Grande		Mato Grosso		Brasil	
	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM	Nº	CM
Doenças do aparelho circulatório	778	14,10	145	15,81	18	8,67	108	9,98	339	13,00	3.668	12,60	308.466	16,29
Causas externas de morbidade e mortalidade	474	8,59	82	8,94	16	7,70	94	8,69	221	8,48	2.465	8,47	131.032	6,92
Neoplasias (tumores)	394	7,14	56	6,11	10	4,81	53	4,90	176	6,75	1.714	5,89	161.491	8,53
Doenças do aparelho respiratório	275	4,98	43	4,69	03	1,44	33	3,05	97	3,72	1.170	4,02	104.498	5,52
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	172	3,12	23	2,51	03	1,44	22	2,03	81	3,11	699	2,40	45.945	2,43
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	152	2,75	16	1,74	04	1,93	27	2,50	63	2,42	724	2,49	61.860	3,27
Doenças do aparelho digestivo	128	2,32	22	2,40	05	2,41	16	1,48	61	2,34	633	2,18	53.724	2,84
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	68	1,23	22	2,40	04	1,93	07	0,65	19	0,73	462	1,59	80.244	4,24
Doenças do aparelho geniturinário	53	0,96	16	1,74	01	0,48	11	1,02	22	0,84	222	0,76	18.301	0,97
<b>TOTAL</b>	<b>2494</b>	<b>45,19</b>	<b>425</b>	<b>42,34</b>	<b>46</b>	<b>30,86</b>	<b>371</b>	<b>30,81</b>	<b>379</b>	<b>41,49</b>	<b>11.707</b>	<b>40,54</b>	<b>965.561</b>	<b>17,71</b>

Fonte: DATASUS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2007.

Para análise da proporção de internações hospitalares por grupo de causas na população foram excluídos os atendimentos ao parto, gravidez e puerpério (tabela 2), eventos fisiológicos. As internações por doenças do aparelho digestivo aparecem como principal causa em Cuiabá (12,8%) e Cáceres (13,2%), segunda em Várzea Grande (14,6%), Sinop (13,6%) e Mato Grosso (11,8). Em Diamantino é a terceira causa, similar a situação no país. As doenças do aparelho circulatório configuram a primeira causa de internação hospitalar em Várzea Grande, a segunda em Cuiabá e Diamantino, que acompanham o padrão nacional. Em Mato Grosso é apenas a quarta e, em Cáceres, a quinta. As doenças do aparelho respiratório aparecem como primeira causa de internação em Diamantino e Sinop, que acompanham o padrão estadual e nacional, mas é apenas a terceira causa de internação nos municípios de Cuiabá, Cáceres e Várzea Grande. Nesse grupo chama atenção a situação do estado de Mato Grosso, com 20,4% das internações. As doenças do aparelho geniturinário são elevadas em dois municípios, pois aparecem como segunda causa de internação em Cáceres (12,9%) e terceira em Diamantino (14,4%). Os demais acompanham a proporção estadual (10,1%), mas todos estão acima da situação no país (8,6%). As internações por neoplasias são elevadas no município de Cuiabá (10,5%), quarta principal causa de morbidade hospitalar, superior as taxas de Mato Grosso (6,2%) e do Brasil (7,2%). Os municípios de Diamantino (13,4%) e Sinop (11,5%) possuem alta proporção de internação por algumas doenças infecciosas e parasitárias quando comparados a Mato Grosso e ao Brasil. Sabe-se que o perfil de morbidade decorrente do sistema de informações hospitalares apresenta muitos vieses, entre eles, a oferta de leitos disponíveis, o perfil de leitos gerais e especializados, problemas do próprio sistema de informação, entre outros, além do perfil epidemiológico. Entretanto cabe assinalar a proporção mais elevada de internações por doenças do aparelho respiratório e por algumas doenças infecciosas e parasitárias nos municípios de Diamantino e Sinop, que estão localizados na região norte do estado, na denominada Amazônia Legal, região submetida a frequentes queimadas e às doenças endêmicas, não tão frequentes nas demais regiões do estado. Uma possível explicação para a elevada proporção de internações por neoplasias em Cuiabá, comparada ao padrão estadual e nacional, seria a concentração dos serviços e leitos especializados de oncologia na capital.

**Tabela 2:** Proporção de internações hospitalares por grupos de causas no SUS na população residente nos municípios, Mato Grosso e Brasil, 2007.

GRUPO DE CAUSAS Capítulo CID-10 / 2007	Cuiabá		Cáceres		Diamantino		Sinop		Várzea Grande		Mato Grosso		Brasil	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Doenças do aparelho digestivo	2894	12,8	595	13,2	118	12,8	653	13,6	1.890	14,3	16.309	11,8	996.335	11,3
Doenças do aparelho circulatório	2781	12,3	439	9,7	139	15,1	318	6,6	1.934	14,6	14.798	10,7	1.157.509	13,1
Doenças do aparelho respiratório	2600	11,5	512	11,3	143	15,5	861	17,9	1.720	13,0	28.132	20,4	1.550.295	17,5
Neoplasias (tumores)	2373	10,5	377	8,3	46	5,0	286	6,0	1.088	8,2	8.611	6,2	640.325	7,2
Doenças do aparelho geniturinário	2210	9,8	584	12,9	133	14,4	495	10,3	1.359	10,3	13.952	10,1	762.458	8,6
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	1947	8,6	474	10,5	49	5,3	597	12,4	1.211	9,2	13.420	9,7	831.051	9,4
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	1.450	6,4	387	8,6	123	13,4	551	11,5	748	5,7	14.998	10,9	915.763	10,4
Outras	6.347	28,1	1147	25,4	170	18,5	1041	21,7	3259	24,7	27610	20,0	1.990.055	22,5
<b>Total de Internações*</b>	<b>22.602</b>	<b>100,0</b>	<b>4.515</b>	<b>100,0</b>	<b>921</b>	<b>100,0</b>	<b>4.802</b>	<b>100,0</b>	<b>13.209</b>	<b>100,0</b>	<b>137.830</b>	<b>100,0</b>	<b>8.843.791</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2007.

\* Excluídas do total geral as internações por Gravidez parto e puerpério.



### 7.1.2.3 Cobertura de serviços

Todos os municípios (quadro 9) possuem equipes de Saúde da família, sendo que Diamantino (79,01) e Sinop (53,14) apresentam a maior cobertura populacional por equipes e Várzea Grande (17,55) e Cuiabá (19,62), a menor cobertura (BRASIL, 2007a). Há 1926 leitos hospitalares relacionados ao SUS nos cinco municípios, sendo 1159 deles em Cuiabá, que detém a maior concentração de especialidades, tecnologias e leitos públicos. O coeficiente leitos por mil habitantes de Cuiabá (1,9) é similar ao do estado e pouco abaixo do nacional (2,0). Diamantino, com 3,4, apresenta elevado índice de leitos por 1000 habitantes enquanto Sinop (0,7) possui um número muito baixo, comparado aos demais, de leitos/1000 habitantes (BRASIL, 2007b). Cabe explicar que Sinop é o único dos cinco municípios que não possui hospital público, apenas um pronto-socorro municipal e leitos contratados, utilizando como referência o Hospital Regional de Sorriso, da rede estadual, e sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires. Diamantino possui um antigo e grande hospital filantrópico, ligado à Igreja Católica, cujas taxas de ocupação são muito baixas.

**Quadro 9:** Proporção de população coberta com equipes de saúde da família e leitos SUS em municípios, Mato Grosso e Brasil, 2007.

Localidade	Nº de ESF	% população com cobertura da ESF	Nº Leitos SUS	Nº Leitos SUS/ 1000 hab.
Cáceres	10	36,33	214	2,0
Cuiabá	31	19,62	1.159	1,9
Diamantino	05	79,01	71	3,4
Sinop	16	53,14	79	0,7
Várzea Grande	13	17,55	403	1,5
MT	500	54,85	5.351	1,9
Brasil	27.324	46,62	36.397	2,0

Fonte: Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica (DAB), 2007.

### 7.1.2.4 Financiamento e Recursos Humanos

Os gastos públicos *per capita* com saúde, entre os anos 2000 e 2007, registraram um aumento médio superior a 100% nos municípios de Cuiabá, Várzea Grande e Cáceres, sendo que em Sinop e Diamantino superaram os 200% (Quadro 10).

A despesa com pessoal em relação à despesa total no mesmo período aumentou nos municípios de Cuiabá (+2,49), Várzea Grande (+6,23), Sinop (+15,21) e Diamantino (+20,98), enquanto em Cáceres (-12,64) houve uma retração. Observe-se que Diamantino e

Sinop, que apresentam o maior crescimento em gastos com pessoas, são os municípios com maior cobertura do programa de saúde da família. A transferência SUS em relação à despesa total de saúde neste período registra crescimento nos municípios de Cuiabá (+3,27), Sinop (+10,34) e Diamantino (+15,92). Nos municípios de Várzea Grande e Cáceres houve decréscimo da transferência.

O percentual de recursos próprios aplicados em saúde no ano 2007 ultrapassou o limite previsto na Emenda Constitucional 29, de no mínimo 15% da receita própria, em todos os cinco municípios. Também houve um crescimento no percentual de recursos próprios aplicados em quatro municípios, quando comparamos os anos 2000-2007, mas em Cuiabá houve uma diminuição de 24,07% para 16,58%.

Se compararmos as transferências federais com os recursos próprios, observaremos que no período 2000-2007, ambos aumentaram em Diamantino e Sinop, mas em Cáceres e Várzea Grande as transferências federais diminuíram enquanto os recursos próprios aumentaram. Cuiabá foi o único em que ocorreu aumento da transferência de recursos federais e diminuição dos recursos próprios, até mesmo porque as despesas com saúde no município em 2000 eram equivalentes a um quarto de sua receita o que, podemos supor, gerava desequilíbrio em seu orçamento.

**Quadro 10:** Indicadores do orçamento público em saúde em municípios de Mato Grosso, 2000 e 2007.

Indicadores	Cuiabá		Várzea Grande		Cáceres		Sinop		Diamantino	
	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	178,17	352,48	67,30	181,89	49,03	115,36	63,34	73	67,49	394,30
Despesa pessoal em relação à despesa total (%)	44,57	47,06	60,79	67,02	68,73	56,09	41,29	56,50	36,82	57,78
Transferência SUS em relação à despesa total com saúde (%)	56,25	59,52	54,24	45,82	53,41	42,17	28,52	38,86	28,80	44,72
Recursos próprios aplicados em saúde conforme EC 29/2000 (%)	24,07	16,58	14,73	25,13	14,85	17,30	16,25	22,99	16,96	17,12

Fonte: DATASUS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), 2000 e 2007.

O quadro 11 indica que os trabalhadores de saúde médicos, enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem estão distribuídos de forma desigual nos municípios, com maior concentração por 1000 habitantes em Cuiabá, a capital que concentra a maior parte da rede pública e privada, além dos serviços especializados e os denominados da alta complexidade. Cáceres aparece como segundo município a ter o maior contingente destes trabalhadores e também é sede de um grande hospital regional, da rede estadual, e de hospitais filantrópicos e privados. Diamantino e Sinop apresentam indicadores de fixação de trabalhadores de saúde abaixo do padrão estadual e nacional, apesar de serem os municípios com maior cobertura populacional do programa de saúde da família, quadro que poderia ser explicado pela ausência de hospital público em Sinop e, em Diamantino, pela presença de hospital com muitos leitos, mas com baixa taxa de ocupação. Observa-se que em Diamantino há apenas 12 médicos, dos quais cinco integram o PSF.

**Quadro 11:** Recursos humanos em saúde por categoria profissional/1000 hab em município, Mato Grosso e Brasil, dezembro/2007.

Município	Total Médico	Médicos/ 1000 hab.	Total Enfermeiro	Enfer/ 1000 hab.	Total Técnicos e Auxiliar de Enfermagem	Tec.e aux. Enfer/ 1000 hab
Cáceres	106	1,15	47	0,51	294	3,20
Cuiabá	1271	2.30	373	0,67	1813	3,28
Diamantino	12	0,57	10	0,48	24	1,15
Sinop	99	0,91	31	0,28	167	1,54
Várzea Grande	81	0,31	29	0,11	183	0,70
Mato Grosso	2820	0,96	1289	0,44	5498	1,88
Brasil	246.338	1,30	94.181	0,49	387.753	2,04

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2007.

Também é ilustrativo o perfil da força de trabalho em Várzea Grande, município populoso, cujo indicador de empregos médicos, de enfermagem e de técnicos e auxiliares é o menor dos cinco municípios, equivalente a um terço do padrão estadual no caso dos médicos e de um quarto no caso dos enfermeiros. Este perfil é compatível com a ausência de estabelecimentos públicos federais e estaduais de saúde e uma rede privada pouco expressiva, como se vê no quadro 12, que evidencia a concentração destes serviços no município vizinho, Cuiabá.

**Quadro 12:** Recursos humanos em saúde por esfera administrativa em cinco municípios de Mato Grosso, dezembro de 2007.

Recursos Humanos	Nível Superior					Nível Técnico e Médio				
	Fe	Est	Mun	Priv	Total	Fe	Est	Mun	Priv	Total
<b>Cáceres</b>	0	85	85	82	252	0	172	200	114	486
<b>Cuiabá</b>	302	436	764	1321	2823	196	374	1131	1285	2986
<b>Diamantino</b>	0	0	34	13	47	0	0	90	34	124
<b>Sinop</b>	0	9	108	117	234	0	33	414	231	678
<b>Várzea Grande</b>	0	0	158	74	232	0	0	452	59	511
<b>Mato Grosso</b>	302	794	3831	2667	7594	196	1327	12360	2831	16714
<b>Brasil</b>	22619	69814	218869	242347	553649	24579	116339	564021	223935	928874

Fonte: DATASUS – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2007.

## 7.2. Conferências de saúde, políticas deliberativas e gestão municipal de saúde.

Aqui abordamos parte dos resultados obtidos no estudo de campo, especificamente os dados obtidos a partir de documentos fornecidos pelas secretarias municipais de saúde e entrevistas semi-estruturadas com atores-chaves: assessor de planejamento, coordenador da conferência municipal de saúde e secretário-executivo do conselho. Conforme explicitado na estratégia metodológica, eles são apresentados com base nas matrizes construídas com esta finalidade com as respectivas categorias analíticas e operacionais, indicadores e critérios de classificação. A primeira matriz (Quadro 1, p. 35) aponta as características deliberativas das conferências municipais de saúde por meio das categorias analíticas publicidade, pluralidade e condições para igualdade deliberativa; a segunda (Quadro 2, p. 38) caracteriza a organização e gestão da saúde no governo municipal e os requisitos que o habilitam, ou não, a dar respostas às demandas das conferências, por meio das categorias analíticas governabilidade, capacidade e projeto de governo; a terceira (Quadro 3, p. 41), intimamente vinculada à segunda, aponta o sistema de direção estratégica da gestão da saúde no município e a importância atribuída pela gestão às resoluções da conferência, por meio das categorias analíticas agenda do dirigente, gerência por operações e cobrança e prestação de contas. Nos quadros apresentados a seguir que não possuem classificação, como o Q. 16 e o Q. 19, o registro de um (1) e zero (0) equivalem a resposta positiva (sim) e negativa (não).

## 7.2.1 Análise dos resultados da política deliberativa nas conferências municipais de saúde

### 7.2.1.1 Publicidade

A publicidade é um dos princípios básicos da esfera pública (HABERMAS, 2003; KRITSCH, 2010), ao possibilitar o controle do Estado por parte da sociedade civil nas democracias modernas, essencial em qualquer processo participativo e deliberativo. A conferência da saúde, como espaço de debate e deliberação dos interesses da sociedade pressupõe um processo amplo de divulgação do evento em si, do processo e dos seus resultados, potencializando o interesse e a participação dos atores. Como observado no quadro 13, a publicidade da realização da conferência ocorre de forma distinta nos cinco municípios estudados utilizando comunicação impressa, internet, faixas e de massa (rádio e TV), sendo que Várzea Grande e Cáceres utilizam até quatro meios, classificado como valor médio e os demais até três, indicando uma baixa divulgação. O folder e o cartaz são os meios impressos mais utilizados para divulgar e dar publicidade à conferência, seguidos da internet e faixas. A TV e o rádio são os meios menos utilizados para esta finalidade, o que pode limitar do alcance da divulgação do evento.

**Quadro 13:** Meios de comunicação utilizados na publicidade da realização das conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

Meios de comunicação	Cuiabá	Várzea Grande	Cáceres	Diamantino	Sinop
Impressos	0	1	1	1	1
Rádio	1	0	1	0	0
TV	0	0	1	0	0
Internet	0	1	1	1	0
Faixas	1	1	0	1	0
Outros	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Classificação</b>	<b>Baixo</b>	<b>Médio</b>	<b>Médio</b>	<b>Baixo</b>	<b>Baixo</b>

A formalização dos atos legais constitutivos da conferência pela Secretaria Municipal e ou Conselho de Saúde é importante para a publicidade das regras e procedimentos de organização e da participação dos atores no processo. Em relação a este tópico na conferência municipal de 2007, quadro 14, Cuiabá e Diamantino apresentam alto grau de formalização, enquanto os demais apresentam grau médio. A publicidade da conferência por meio de ato legal de convocação ocorre em todos os municípios e o ato de constituição da comissão

organizadora da conferência ocorre em quatro. Entretanto, a aprovação do regimento da conferência no Conselho Municipal de Saúde ocorre em apenas três dos municípios.

**Quadro 14:** Formalização dos atos legais de organização da conferência de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Formalização dos atos legais constitutivos das conferências</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Ato de convocação	1	1	1	1	1
Constituição da comissão organizadora	1	1	1	1	0
Aprovação do regimento no Conselho Municipal de Saúde	1	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Classificação</b>	<b>Alto</b>	<b>Médio</b>	<b>Médio</b>	<b>Alto</b>	<b>Médio</b>

O quadro 15 demonstra como a publicidade do resultado da conferência traduzido pelo relatório final não recebe a devida prioridade nos municípios, pois em apenas dois eles são homologados e tornados públicos e em dois outros não ocorre nem uma, nem outra ação.

**Quadro 15:** Publicidade dos resultados da conferência de saúde em municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Publicidade dos resultados</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Ato legal de homologação do relatório	1	0	0	1	0
Publicidade do relatório	1	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Classificação</b>	<b>Alto</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Alto</b>	<b>Baixo</b>

Em resumo, podemos afirmar que a publicidade da realização da conferência oscila entre média e baixa, enquanto dos resultados, é alta em dois municípios e baixa ou inexistente nos demais, o que talvez possa contribuir para explicar alguns dos problemas em sua efetivação. Também são menos utilizados o rádio e a TV como meios de divulgação o que pode limitar o alcance do público atingido. E, se em todos os municípios há convocação por meio de ato legal, em dois não há prévia aprovação do regimento, sinalizando uma omissão dos conselhos, pois o regimento define as regras básicas para a deliberação.

#### 7.2.1.2 Pluralidade

A pluralidade das formas de vida, subculturas e credos religiosos existentes nas sociedades contemporâneas origina o procedimentalismo social e participativo que caracteriza o processo de deliberação e é essencial para que as associações da sociedade civil possam

manter sua autonomia e espontaneidade, como analisado no capítulo dois desta tese (HABERMAS, 2003, p. 106; COHEN, 2003; SANTOS, 2002). Ela está ancorada na liberdade de opinião, reunião e de organização e define o espaço para que as associações interfiram na formação da opinião pública e no debate dos temas de interesses gerais, e representem interesses e grupos, visando fins culturais, ambientais, humanitários, políticas públicas e outros. A pluralidade implica a deliberação coletiva dos interesses gerais, a representação dos diferentes interesses dos grupos sociais e a inclusão no processo deliberativo dos sujeitos interessados. A conferência de saúde é um espaço de participação de diferentes segmentos sociais para deliberar sobre suas necessidades e demandas de saúde como das demandas do conjunto da população.

No quadro 16 identificamos que as deliberações das conferências de 2007 refletem os problemas de saúde dos segmentos sociais com destaque para as demandas dos moradores de bairro e dos trabalhadores de saúde, presentes em todos os cinco municípios. Já as demandas relativas à saúde das mulheres, dos trabalhadores rurais e dos idosos são deliberadas em quatro dos municípios e a demanda das pessoas com deficiência em três deles. Os problemas de saúde da população indígena não foram citados pelos entrevistados como demanda em nenhum dos municípios, o que está a merecer uma explicação, pois o Estado de Mato Grosso abriga considerável contingente populacional e etnias indígenas.

**Quadro 16:** Inclusão de temas de interesse dos segmentos sociais para deliberação nas conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Temas de interesse dos segmentos sociais</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Moradores de bairro	1	1	1	1	1
Trabalhadores da saúde	1	1	1	1	1
Mulheres	1	0	1	1	1
Trabalhadores rurais	1	1	1	1	0
Idosos	1	Não sabe	1	1	1
Portadores de necessidades especiais	1	1	0	0	1
População negra	1	1	0	0	0
Portadores de transtornos mentais	Não sabe	1	0	1	0
Crianças e adolescentes	Não sabe	1	1	0	0
LGBT	1	Não sabe	1	0	0
População indígena	0	0	0	0	0
Outros	1	1	0	0	0

A dinâmica de preparação da conferência, tendo como pressuposto a inclusão dos segmentos sociais interessados na deliberação, assim nominado por nós, “processo prévio de ampliação da participação”, ainda é relativamente pouco desenvolvido e explorado como

prática sistemática para incorporação da população e dos trabalhadores às conferências municipais de saúde, como demonstrado no quadro 17. A realização de pré-conferência com eleição de delegados e a realização de fóruns prévios entre os segmentos sociais ocorreu apenas em Cuiabá e Cáceres. Em Várzea Grande e Sinop foram realizados apenas fóruns por segmentos e em Diamantino não se realizou nenhuma dessas atividades.

**Quadro 17:** Processo prévio de ampliação da participação nas conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Processo prévio de escolha de delegados</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Escolha de delegados nas pré-conferências	1	0	1	0	0
Escolha de delegados nos fóruns por segmentos	1	1	1	0	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Classificação</b>	<b>Alto</b>	<b>Baixo</b>	<b>Alto</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Baixo</b>

A paridade na composição da representação entre usuários e não-usuários entre delegados à conferência procura garantir uma maior presença das associações da sociedade civil e dos movimentos sociais, conforme determina a Lei 8142/90, é realizada em quatro dos municípios, com exceção de Cáceres. Porém, não fica claro como acontece esse processo nos fóruns e pré-conferências, pois os relatórios não dispõem dessas informações e não há outras fontes documentais. Seria de maior importância a recuperação de informações sobre a escolha e seleção dos sujeitos sociais para o processo conferencista, assim como o debate quanto ao significado, a necessidade e as prerrogativas da proporcionalidade e da paridade em pré-conferências no contexto local, na medida em que o escopo da participação não deveria limitar a participação dos interessados de acordo com a teoria deliberativa.

Em relação à influência dos atores na elaboração da agenda local, como garantia da pluralidade na proposição do temário das conferências municipais realizadas em 2007, observa-se a forte influência do Conselho Nacional e das normativas emanadas para a 13ª Conferência Nacional em contraposição da pouca ou nenhuma influência dos atores locais, com a exceção do município de Cuiabá, onde ocorreu uma participação significativa dos delegados e membros do Conselho Municipal na definição dos temas (quadro 18). Também é significativa a pouca influência do gestor municipal na conformação da agenda da conferência em dois municípios, Cuiabá e Diamantino, e a nenhuma influência nos demais municípios, diferente dos achados na literatura sobre a importância dos gestores sobre constituição da



agenda nos conselhos de saúde municipais (GERSHMANN, 2004; LABRA, 2005; ALMEIDA E CUNHA, 2009).

**Quadro 18:** Influência dos atores na proposição dos temas para as conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

Inclusão de temas para a conferência por diferentes atores	Cuiabá	Várzea Grande	Cáceres	Diamantino	Sinop
Delegados e ou membros do CMS	Todos	Nenhum	Alguns	Alguns	Nenhum
Secretário Municipal da Saúde	Alguns	Nenhum	Nenhum	Alguns	Nenhum
Conselho Nacional de Saúde 13 <sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde	Alguns	Todos	Todos	Alguns	Todos

Em resumo, a análise da categoria pluralidade nos indica que há nas conferências a representação dos interesses dos diferentes grupos sociais, sendo importante destacar as demandas de alguns segmentos sociais tradicionalmente excluídos da agenda pública, mas há muita diversidade e problemas no processo de seleção e escolha de representantes à conferência, apesar da orientação normativa de garantir iguais espaços de representação aos usuários do sistema. Também a definição da agenda da conferência é pouco influenciada pelos sujeitos sociais locais, inclusive o gestor, predominando a agenda definida pelo conselho nacional de saúde.

#### 7.2.1.3 Condições para igualdade deliberativa

As ações para facilitar o acesso igualitário à informação durante o debate na conferência são importantes indicadores sobre a prioridade e a responsabilidade da gestão perante o processo deliberativo. O acesso à informação tem mão dupla. Interessa aos participantes que têm menos acesso, tempo e treinamento para obtê-la e é essencial para a qualidade da deliberação, pois aumenta suas oportunidades e capacidades para a elaboração de propostas e demandas. Também interessa ao gestor responsável conhecer as demandas e necessidades da população, assim como o que funciona e o que não funciona na gestão da saúde. Importa salientar que a deliberação é em si mesma um procedimento para tornar-se informado, pois não é razoável supor que as pessoas deliberem apenas quando estão bem informadas (MANIN, 2007) e, como observado no quadro 19, para o coordenador da conferência e o assessor de planejamento dos municípios houve informação aos delegados das conferências sobre a situação das doenças e as causas de morte no município de Cuiabá e Diamantino. Para o coordenador da conferência de Várzea Grande e Cáceres houve esse tipo

de informação durante a sua realização, mas o assessor do planejamento informa que não houve esse tipo de informação em Várzea Grande, indicando divergência na resposta da questão nesse município. Em Cáceres o assessor do planejamento respondeu não saber da ocorrência da disponibilidade da informação em tela. Deve-se destacar que os relatórios das conferências são omissos em relação a esta questão em todos os municípios. No caso de Sinop, as entrevistas e os documentos confirmam que não foram disponibilizadas essas informações durante a conferência. Não encontramos nos relatórios das conferências registro da ocorrência de prestação de contas da gestão, inclusive em relação às deliberações da conferência anterior.

**Quadro 19:** Ações da gestão municipal para facilitar o acesso igualitário às informações nas conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Tipo de informação para facilitar o acesso dos delegados ao processo deliberativo</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Prestação de contas pela gestão nos relatórios das conferências	0	0	0	0	0
Situação das doenças no município (AD)	0	0	0	0	0
Situação das doenças no município (ECC)	1	1	1	1	0
Situação das doenças no município (EAP)	1	0	Não sabe	1	0
Situação das causas de morte (AD)	0	0	0	0	0
Situação das causas de mortes (ECC)	1	1	1	1	0
Situação das causas de mortes (EAP)	1	0	Não sabe	1	0

A gestão pública da saúde deve procurar garantir a inclusão e ampliação dos participantes ao debate público, sobretudo durante a conferência de saúde. O apoio do governo para facilitar acesso igualitário dos participantes à conferência foi alto em Várzea Grande e Sinop, na medida em que foi avaliada pelo entrevistado que houve alta disponibilização do apoio necessário (disponibilização de pessoal, comunicação e divulgação, apoio logístico e recursos financeiros) para a realização do fórum. Na análise do apoio dos governos municipais em relação aos indicadores selecionados observa-se que em todos houve disponibilidade de pessoal em quantidade suficiente (quadro 20). O apoio à comunicação e divulgação foi informado como total em quatro municípios, com exceção de Cuiabá, parcial, o que em certa medida, conflita com a avaliação feita com base nas respostas dadas pelos mesmos informantes à publicidade da conferência. Uma possível explicação é que em relação à publicidade são especificados os meios de comunicação utilizados como critério para a valoração, enquanto aqui a resposta é classificada de modo genérico: total, parcial, inexistente. Outra possibilidade é que tenha sido dado o apoio, mas não foi efetivado por “n”

razões. O apoio logístico e a disponibilidade de recursos financeiros foram informados como total em três municípios enquanto o apoio governamental para a articulação e mobilização para garantir a participação na conferência foi total em dois, parcial em outros dois e em um deles não houve nenhum apoio.

**Quadro 20:** Apoio governamental para facilitar o acesso igualitário às conferências de saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Recursos disponibilizados pelo governo para a organização das conferências</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Logística	Total	Total	Parcial	Parcial	Total
Disponibilidade de pessoal	Total	Total	Total	Total	Total
Recursos financeiros	Total	Total	Parcial	Parcial	Total
Articulação e mobilização	Parcial	Total	Nenhum	Parcial	Total
Comunicação e divulgação	Parcial	Total	Total	Total	Total

A deliberação e a aprovação do regimento da conferência em plenária ocorreram em todos os municípios, informação confirmada pela análise documental e pela entrevista, indicando a existência de regras explícitas, aprovadas por todos, que facilitam a livre participação dos delegados no processo deliberativo. Desse modo, consideramos que houve um procedimento mínimo para garantir a deliberação livre e pública.

Portanto, considerando-se os resultados da categoria “condições para a igualdade deliberativa”, constata-se que houve regras aprovadas por todos para a deliberação, mas há controvérsias sobre a disponibilidade de informações básicas aos participantes sobre as causas de doenças e mortes, e não há registro escrito sobre a prestação de contas da gestão. Em relação ao apoio governamental para facilitar o acesso dos participantes à conferência observa-se que foi total em dois municípios, de parcial à total em um e, em outros dois, apenas parciais. Portanto, mesmo constatada a existência de acesso à informação e à deliberação, estas ainda são questões a serem resolvidas de modo mais satisfatório pela gestão municipal da saúde para que o processo de deliberação pública possa ser mais inclusivo e legítimo nos municípios estudados de acordo com as proposições da política deliberativa (HABERMAS, 2003; FUNG, 2004; BENHABID, 2007).

Em síntese, podemos afirmar a partir das categorias utilizadas para a análise da política deliberativa que as cinco conferências municipais de saúde estudadas têm características de um espaço público deliberativo. Em relação à publicidade, constatamos a existência de divulgação da realização, que poderia ser maior, mas pouca publicidade dos resultados, o que provavelmente está associado à questão da efetividade das deliberações.

Também são atendidos alguns princípios formais da publicidade em todos os municípios. A análise da categoria pluralidade nos indica que há nas conferências a representação dos interesses dos diferentes grupos sociais, inclusive de alguns historicamente excluídos da agenda pública, mas há muita diversidade de procedimentos e problemas no processo de seleção e escolha de representantes à conferência, mesmo existindo orientação normativa para garantir representação igualitária aos usuários do sistema. A escolha da agenda aponta a influência determinante dos atores de âmbito nacional, sobretudo o conselho nacional de saúde, sobre os atores locais. Finalmente os critérios para avaliar as condições para a igualdade deliberativa evidenciaram que houve regras aprovadas por todos para a deliberação, mas o acesso à informação e à deliberação ainda é insatisfatório para que o processo de deliberação pública possa ser mais inclusivo e legítimo nos municípios estudados. Merece registro também a omissão dos relatórios finais das conferências sobre informações relevantes do processo conferencista, em especial, de sua etapa preparatória e da deliberação em si mesma.

### **7.2.2 Análise de resultados da organização e gestão municipal da saúde com base no triângulo de governo**

Como vimos no capítulo quinto, na acepção de Matus (1996; 1997) governar exige que se articulem de modo permanente três componentes: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade que constituem um sistema triangular, articulado e interdependente. O projeto de governo refere-se às propostas que um ator deseja priorizar para alcançar seus objetivos, está ancorada nos seus projetos político-ideológicos e pode orientar o rumo do governo. A governabilidade está dada pelo controle, ou sua ausência, de variáveis determinantes para o alcance dos objetivos. Quanto maior o número de variáveis controladas por um ator, maior sua governabilidade, ou poder sobre recursos essenciais. Ela distribui-se desigualmente entre os atores sociais. A capacidade de governo é capacidade de condução ou direção e se expressa diretamente na gestão e administração. Está baseada nos conhecimentos, habilidades e ferramentas de que dispõe o ator e sua equipe de governo para atingir seus objetivos. O domínio das práticas adequadas e participativas de planejamento é uma das variáveis mais importantes para a capacidade de governo. A governabilidade do sistema é maior se o ator tem alta capacidade de governo. Na matriz de análise proposta procuramos avaliar a gestão da saúde do governo municipal no sentido de verificar suas possibilidades e capacidade de dar respostas às demandas originadas das conferências de saúde.

### 7.2.2.1 Governabilidade

Para compreender a governabilidade do gestor municipal da saúde priorizamos a análise da autonomia da gestão dos recursos financeiros e de recursos humanos no contexto da descentralização da saúde e da habilitação na condição de gestor pleno ou parcial do sistema municipal, na medida em que são recursos estratégicos para a implementação do sistema. A condição de gestão é dada pela habilitação às normas do SUS. Como observado no quadro 21a a autonomia do gestor da saúde na condução do sistema municipal em relação à gestão financeira ocorre de forma plena somente nos municípios de Cuiabá e Diamantino, na medida em que controlam o Fundo Municipal de Saúde e ordenam as despesas, sendo que os demais não têm nenhuma autonomia financeira. Os dois municípios com autonomia financeira também controlam a totalidade dos recursos transferidos pelo MS, facilitada pela condição de gestor pleno do sistema municipal ao habilitar à Norma Operacional da Saúde (NOB/01/96) e/ou a Norma Operacional da Assistência – NOAS/01/2002. Os outros três municípios controlam apenas os recursos transferidos pelo MS para a atenção básica, indicando que foram habilitados nessa condição de gestão antes da adesão ao Pacto da Saúde. Já em relação à gestão de pessoas três municípios, Cuiabá, Diamantino e Sinop apresentam autonomia plena, indicando alta governabilidade dos gestores neste aspecto, e dois, Várzea Grande e Cáceres, autonomia restrita e, portanto, governabilidade limitada. Deve-se ressaltar que os cinco têm autonomia para gerenciar a folha de pagamentos (quadro 21b).

**Quadro 21a:** Grau de autonomia da gestão financeira do SUS em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Autonomia de gestão financeira</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Controla o Fundo Municipal de Saúde	1	0	Não sabe	1	0
Ordena despesa da saúde	1	0	1	1	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Classificação</b>	<b>Autonomia</b>	<b>Sem autonomia</b>	<b>Autonomia restrita</b>	<b>Autonomia</b>	<b>Sem autonomia</b>

**Quadro 21b:** Grau de autonomia da gestão de pessoas do SUS em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Autonomia de gestão de pessoas</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Para nomear e exonerar	1	1	Não sabe	1	1
Para realocar e transferir	1	0	Não sabe	1	1
Para gerenciar a folha de pagamento	1	1	1	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Classificação</b>	<b>Autonomia</b>	<b>Autonomia restrita</b>	<b>Autonomia restrita</b>	<b>Autonomia</b>	<b>Autonomia</b>

O quadro a seguir sintetiza as condições de governabilidade da gestão municipal da saúde atribuídas aos cinco municípios.

**Quadro 21c:** Grau de autonomia e condição de gestão do SUS em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Autonomia</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Gestão Financeira	Autonomia	Sem autonomia	Autonomia restrita	Autonomia	Sem autonomia
Condição de gestão	Autonomia total (gestão plena)	Autonomia parcial (gestão da atenção básica)	Autonomia parcial (gestão da atenção básica)	Autonomia total (gestão plena)	Autonomia parcial (gestão da atenção básica)
Autonomia gestão de pessoas	Autonomia	Autonomia restrita	Autonomia restrita	Autonomia	Autonomia

#### 7.2.2.2 Capacidade de Governo

Em relação à capacidade de condução do sistema municipal de saúde priorizamos as variáveis sobre a suficiência de recursos financeiros e de planejamento, a disponibilidade pessoal da saúde, juntamente com as iniciativas de articulação e alianças setoriais e extra-setoriais do gestor para solucionar problemas fora da governabilidade do poder local. Como vimos no quadro sobre orçamento público no quadro 10, item 7.2.4 do sub-capítulo I, todos os municípios cumprem acima da meta estabelecida pela Emenda Constitucional 29/2000, que é de 15% da receita de recursos próprios do município aplicados em saúde. Importante salientar que esta avaliação considerou a norma legal, mas sabemos que o mínimo exigido por esta nem sempre é suficiente para assegurar a capacidade de custeio e investimento dos governos, frente às necessidades e demanda por saúde da população. Entretanto, para nossa finalidade, consideramos existir suficiente capacidade financeira nos cinco municípios. Em relação à existência de trabalhadores da saúde suficientes para o enfrentamento dos problemas no âmbito dos cinco municípios, também analisados nos quadros 11 e 12 do item 7.2.4 do sub-

capítulo I, vimos que Cuiabá e Cáceres apresentam indicadores referentes à presença de médicos, enfermeiros e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem superiores a média estadual e nacional, enquanto nos demais municípios o padrão é oposto. Para nossa finalidade podemos afirmar que apenas em dois municípios há disponibilidade suficiente de pessoal para a saúde.

Quanto à capacidade de planejamento da equipe gestora dos municípios observa-se que apenas Cuiabá apresenta todos os requisitos mínimos considerados necessários para o desempenho dessa função essencial: pessoal habilitado e em número suficiente, equipamentos e ferramentas de informática, projeto de capacitação da equipe e equipamentos e ferramentas de comunicação. Diamantino possui capacidade parcial de planejamento apresentando a maioria dos indicadores, com exceção de pessoal habilitado em número suficiente. Várzea Grande e Sinop não possuem os recursos mínimos necessários para planejamento em saúde. Cáceres não respondeu a questão.

**Quadro 22:** Capacidade de planejamento da gestão da saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Recursos disponíveis para planejamento da saúde</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Pessoal capacitado e em número suficiente	1	0	Não respondeu	0	0
Equipamentos e ferramentas de informática	1	0	Não respondeu	1	1
Capacitação da equipe	1	0	Não respondeu	1	1
Equipamentos e ferramentas de comunicação	1	0	Não respondeu	1	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Classificação</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>-</b>	<b>Parcial</b>	<b>Insuficiente</b>

A construção de viabilidade no município e na região para lidar com problemas fora da competência da Secretaria de Saúde é presente em quatro dos municípios (o quinto não sabe informar), indicando que os gestores municipais são proativos, mas demandam preferencialmente as instituições do setor saúde, como CMS, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/MT). As instituições externas à área da saúde, extra-setoriais, como Câmara de Vereadores, Ministério Público e outras, são pouco demandadas pelos gestores, no caso em apenas dois dos municípios, (quadro 23).

**Quadro 23:** Construção de viabilidade pelo gestor municipal no espaço loco-regional em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Instituições demandas para problemas fora da governabilidade do gestor</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Setorial (Conselho Municipal de Saúde, CIB e COSEMS)	1	1	Não sabe	1	1
Extrasetorial (Câmara de Vereadores, Ministério Público e outros)	0	1	Não sabe	1	0
<b>Classificação</b>	<b>Proativo setorial</b>	<b>Proativo setorial e extrasetorial</b>	<b>Não sabe</b>	<b>Proativo setorial e extrasetorial</b>	<b>Proativo setorial</b>

### 7.2.2.3 Projeto de Governo

As prioridades do prefeito para o setor saúde referente ao Plano Plurianual de Governo (PPA) 2005-2008 foram implementadas na opinião dos responsáveis pelo planejamento em quatro dos cinco municípios, indicando o peso do chefe do executivo municipal na definição de prioridades e na tomada de decisão política. O Plano de Saúde 2005-2008 elaborado pela gestão foi aprovado no Conselho Municipal de Saúde em três dos municípios, mas em outros dois, Sinop e Cáceres, o plano não foi elaborado. A incorporação das diretrizes da saúde no Plano Plurianual de Governo (PPA) é considerada completa em Várzea Grande e parcial em Cuiabá e Diamantino (quadro 24).

**Quadro 24:** Projeto de governo para a saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Projeto de governo para saúde</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Implantação das prioridades da saúde definidas pelo prefeito referente ao plano de governo (PPA) 2005-2008	Sim	Sim	Não sabe	Sim	Sim
Formulação do Plano de Saúde 2005-2008	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Aprova no Conselho	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Incorporação das diretrizes da saúde ao PPA	Parcial	Total	Não tem plano	Parcial	Não tem plano

A Programação Anual de Saúde, como instrumento de detalhamento das atividades do Plano de Saúde, foi elaborada conforme análise documental em apenas dois municípios, Cuiabá e Diamantino, sendo aprovado no Conselho apenas no último (quadro 25).



**Quadro 25:** Formulação da Programação Anual de Saúde com debate e aprovação no Conselho de Saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Programação Anual de Saúde</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Elabora a Programação Anual (AD)	Sim	Não	Não	Sim	Não
Aprova no Conselho de Saúde	Não	-	-	Sim	-
Quantidade de reuniões realizadas para aprovação	-	-	-	Sim	-
Existência de debate no Conselho	-	-	-	Não	-

A avaliação do grau de participação e envolvimento dos trabalhadores de saúde no processo de programação de 2008 considerou a articulação com outras áreas técnicas e com os profissionais das unidades de saúde, assim como a realização de plenárias com trabalhadores de saúde. Estas ações ocorreram somente em Cuiabá e Diamantino, pois os demais não realizaram a programação anual. A articulação com outras áreas técnicas da secretária é forte em Cuiabá e Diamantino. A participação dos profissionais das unidades de saúde foi considerada forte, em Diamantino, e média em Cuiabá. A realização de plenárias com participação dos profissionais de saúde é forte em Cuiabá e média em Diamantino. Não consideramos as entrevistas de Sinop, Cáceres e Várzea Grande devido à inexistência da programação.

**Quadro 26:** Participação dos trabalhadores da saúde no processo de elaboração da Programação Anual de Saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Participação dos trabalhadores da saúde no processo de programação</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Articulação com outras áreas técnicas	Forte	Fraco	Não respondeu	Forte	Médio
Profissionais das unidades de saúde	Médio	Fraco	Não respondeu	Forte	Fraco
Plenárias com profissionais de saúde	Forte	Fraco	Não respondeu	Médio	Fraco

Em resumo podemos afirmar que os municípios estudados possuem relativamente alta governabilidade em relação à gestão de pessoas, mas baixo grau de governabilidade em relação à gestão financeira, constatada em apenas dois dos cinco municípios. Já a capacidade de governo é alta em relação à disponibilidade de recursos financeiros (comparados à norma legal). Em relação à disponibilidade de trabalhadores de saúde (comparados ao padrão estadual), ela é alta em dois municípios, mas é baixa nos demais. A capacidade de planejamento é insuficiente em três municípios, sendo exceção o município de Cuiabá, a capital, que apresenta todos os requisitos de capacidade institucional e infra-estrutura para esta atividade, e Diamantino, que apresenta capacidade parcial. A existência da capacidade

para o processo de planejamento nestes dois municípios é confirmada pela existência do plano plurianual de saúde e da programação anual, com características que incluem a participação dos trabalhadores de saúde. Entretanto em outros dois municípios, Cáceres e Sinop, ocorre o inverso, e a baixa capacidade de planejamento também se reflete na inexistência do plano plurianual e da programação anual da saúde. Várzea Grande elaborou seu plano plurianual, apesar da baixa capacidade de planejamento, mas não realiza a programação anual. Também fica patente o poder do chefe do executivo municipal na definição das prioridades da saúde. Os gestores municipais são proativos na construção de viabilidade, mas acionam preferencialmente as instituições do setor saúde e bem menos as instituições extra-setoriais, configurando uma tendência ao insulamento setorial.

### **7.2.3 Análise de resultados do sistema de direção estratégica da gestão municipal de saúde com foco no controle social e com base no Triângulo de Ferro**

Para Matus (1996) todo governo tem um sistema sensor, um sistema seletor e formulador de problemas, um sistema processador de problemas e um sistema de operação ou gestão. A deliberação ocorre no sistema de processamento tecnopolítico do governo, descentralizado, para que os problemas sejam processados criativamente em seu nível o que implica valorizar as demandas da população local no caso dos governos municipais. Para o autor, o valor que a população organizada dá ao problema é critério fundamental e imprescindível no protocolo de seleções de problemas a serem processados. Propõe a metáfora do triângulo de ferro para descrever o sistema de direção estratégica da gestão que seria o conjunto de dispositivos que estruturam as práticas de trabalho na organização pública, como visto no capítulo quinto. O funcionamento ideal de um sistema de gestão racional baseado no modelo seria: a agenda do dirigente, que deve priorizar os problemas importantes e delegar os demais; o sistema de cobrança ou petição de prestação de contas, que demanda a necessidade de se pedir e prestar contas sobre cada atividade, inclusive pelos mais altos dirigentes; e o sistema de gerência por operações, que deve ser um sistema guiado pelo critério da eficácia. Matus destaca ainda a importância do sistema de monitoramento e avaliação do plano e enfatiza a importância do sistema de cobrança e de prestação de contas por desempenho que define se uma organização é de alta ou baixa responsabilidade. Os critérios para a eficácia deste sistema de prestação de contas são, entre outros: deve ser pública e sistemática; os critérios e indicadores devem ser estabelecidos e conhecidos por todos previamente; deve referir-se a compromissos concretos; deve ser legitimada pela

sociedade ou pela organização. A existência de regras de alta responsabilidade com a exigência da prestação de contas e cobranças de resultados gera a necessidade de planejar e racionalizar a agenda do dirigente que implica a definição de prioridades, problemas de alto valor, a serem monitoradas e a delegação de atribuições à gerência de operações, que deve ser orientada pela busca de resultados. A existência de regras de baixa responsabilidade (não haveria prestação de contas) desencadearia uma dinâmica inversa que culminaria com uma gerência centralizada, rotineira e de procedimentos (não criativa) e com um sistema de planejamento ritualístico ou inexistente. A matriz analítica proposta avaliou a importância atribuída aos problemas e demandas da conferência de saúde por parte do gestor e da gerência de operações, o sistema de cobrança exercido pelo conselho de saúde e o sistema de prestação de contas da gestão.

#### 7.2.3.1 Agenda do Dirigente

O valor atribuído às resoluções da conferência pelo gestor é baixo em todos os municípios e, em consequência, é incipiente a prática de discussão do relatório da conferência com sua equipe, assim como, da utilização do relatório da conferência para definição das prioridades do setor em 2008 (quadro 27). A prática gestora de pautar o relatório da conferência para debate no Conselho de Saúde foi constatada em três dos municípios.

**Quadro 27:** Valor atribuído às resoluções da conferência pelo gestor em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Utilização do relatório da conferência pelo gestor da saúde</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Delibera com equipe	0	0	0	1	0
Delibera com Conselho de Saúde	1	1	0	0	1
Referência do relatório da Conferência para definição de prioridades	0	0	1	0	0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Classificação</b>	<b>Baixo</b>	<b>Baixo</b>	<b>Baixo</b>	<b>Baixo</b>	<b>Baixo</b>

#### 7.2.3.2 Gerência de Operações

A utilização pela gestão de um conjunto de ferramentas como ouvidoria geral ou da saúde, disque-denúncia, coleta de opinião dos usuários, consulta pública e plenária, como

instrumentos (sistema sensor de problemas) que valorizam e facilitam o acesso da população no encaminhamento dos problemas cotidianos da gestão não é prática usual nos municípios estudados (quadro 28). Observa-se que a ferramenta mais utilizada é a Ouvidoria Geral ou da Saúde, presente em três municípios, e coleta da opinião dos usuários e plenárias em dois deles.

**Quadro 28:** Ferramentas utilizadas pela gestão para facilitar o acesso da população no encaminhamento dos problemas em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

Ferramentas de acesso da população	Cuiabá	Várzea Grande	Cáceres	Diamantino	Sinop
Ouvidoria (geral ou da saúde)	1	0	1	0	1
Disque-denúncia	0	0	0	0	1
Coleta de opinião dos usuários	1	0	0	1	0
Consulta pública	0	1	0	0	0
Plenárias	0	1	1	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Classificação</b>	<b>Baixo</b>	<b>Baixo</b>	<b>Baixo</b>	<b>Baixo</b>	<b>Baixo</b>

A análise da situação de saúde para elaboração da programação anual em 2008 ocorreu em quatro municípios e a utilização do relatório da conferência como subsídio para a análise da situação de saúde e valorização das resoluções aprovadas na conferência de 2007 foi verificada em três municípios, Cuiabá, Várzea Grande e Diamantino, mas inexistiu em Sinop e, em Cáceres, não se obteve a informação (Quadro 29).

**Quadro 29:** Valorização das resoluções da conferência para análise da situação de saúde e programação em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

	Cuiabá	Várzea Grande	Cáceres	Diamantino	Sinop
Realiza análise da situação da saúde para programação de 2008	1	1	NR	1	1
Utilização do relatório da conferência para análise da situação de saúde	1	1	NR	1	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Classificação</b>	<b>Alto</b>	<b>Alto</b>	<b>-</b>	<b>Alto</b>	<b>Médio</b>

### 7.2.3.3 Cobrança e prestação de contas

A prestação de contas da programação da saúde referente ao ano de 2008 pelo gestor ocorreu em quatro municípios, mas com a participação do Conselho de Saúde Municipal, Legislativo e Ministério Público aconteceu em três dos municípios. O controle da correlação

entre as metas programadas e realizadas sucedeu apenas em Cuiabá o que denota a característica formalística da prestação de contas (quadro 30).

**Quadro 30:** Prestação de contas pelo gestor da saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Prestação de contas do gestor</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Presta conta da programação da saúde	1	1	NR	1	1
Abrange CMS, Legislativo e MP	1	0	0	1	1
Controla correlação entre as metas programadas e realizadas	1	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Classificação</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Insuficiente</b>

A existência de condições para deliberação autônoma do conselho de saúde, aqui considerada órgão de cobrança e controle social por excelência da saúde no município, considerou os seguintes indicadores: existência de regimento interno, compor a estrutura formal da secretaria municipal de saúde (organograma), ter orçamento e infra-estrutura próprios e secretaria executiva. Estas condições foram avaliadas como insuficientes pelos secretários executivos dos Conselhos em três dos municípios, parcial em um, Várzea Grande, e suficiente apenas em Cuiabá, único a dispor de todos os quesitos avaliados (quadro 31).

**Quadro 31:** Estrutura organizativa do Conselho Municipal de Saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Estrutura do Conselho Municipal de Saúde</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Regimento interno	1	1	1	1	1
Faz parte da estrutura formal da SMS (organograma)	1	1	0	0	0
Orçamento próprio	1	1	1	1	0
Infraestrutura	1	0	0	0	0
Secretaria executiva	1	1	0	1	1
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Classificação</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Parcial</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Insuficiente</b>

Os procedimentos deliberativos no âmbito do conselho municipal de saúde foram avaliados como suficientes em três municípios (Várzea Grande, Cáceres e Diamantino), parcial em Cuiabá, que não elege o presidente, e insuficiente em Sinop.

**Quadro 32:** Procedimentos deliberativos no Conselho Municipal de Saúde em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

<b>Procedimentos deliberativos do Conselho de Saúde</b>	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Reuniões públicas	1	1	1	1	1
Reuniões regulares	1	1	1	1	1
Membros definem agenda (pauta)	1	1	1	1	1
Presidente eleito	0	1	1	1	0
Formaliza deliberações através de resoluções	1	1	1	1	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Classificação</b>	<b>Parcial</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Insuficiente</b>

O valor atribuído pelos conselhos de saúde às resoluções das conferências foi avaliado pelas atividades relativas ao tema desenvolvidas pelos mesmos. Dois municípios, Cuiabá e Diamantino, atribuem baixo valor ao encaminhamento das resoluções das conferências. Nos outros três não se atribuiu nenhum valor (Quadro 33). Deve-se considerar este resultado com cautela porque o registro em atas também é incompleto e apresenta vieses.

**Quadro 33:** Valor atribuído pelo conselho de saúde às resoluções da conferência em cinco municípios de Mato Grosso, 2007.

	<b>Cuiabá</b>	<b>Várzea Grande</b>	<b>Cáceres</b>	<b>Diamantino</b>	<b>Sinop</b>
Delibera sobre o tema	1	0	0	1	0
Aprova resoluções sobre o tema	1	0	0	0	0
Dá publicidade às deliberações	0	0	0	0	0
Monitora o cumprimento das deliberações	0	0	0	0	0
Cobra o cumprimento das deliberações	NE	NE	NE	NE	NE
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Classificação</b>	<b>Baixo</b>	<b>Nenhum</b>	<b>Nenhum</b>	<b>Baixo</b>	<b>Nenhum</b>

Em síntese, as resoluções das conferências são incorporadas de modo incipiente à agenda dos gestores, que lhes atribuem pouco valor, assim como os problemas cotidianos da população são pouco valorizados pela gerência por operações. É muito provável que ambas as atitudes estejam relacionadas. A análise de situação de saúde é relatada como prática comum e três municípios incorporam as resoluções das conferências ao processo de análise, o que evidencia o reconhecimento de sua importância pela gerência, mas também a necessidade de sua universalização como prática democrática de gestão. A prestação de contas é realizada, mas com caráter formalístico, à exceção do município de Cuiabá que correlaciona as metas aos resultados. Torna-se manifesta também a insuficiente estrutura organizativa do conselho para o exercício da cobrança e controle das ações do executivo, também à exceção de Cuiabá,

mas, apesar disso, os procedimentos deliberativos para o exercício das suas funções é avaliada como suficiente em três deles, parcial em um e insuficiente em outro. Finalmente o valor atribuído às resoluções das conferências por parte dos conselhos de saúde foi baixo em dois municípios, e, em outros três, inexistente, evidenciando ausência de continuidade entre os dois processos deliberativos, em prejuízo, sobretudo do processo de monitoramento e avaliação das resoluções e, conseqüentemente de sua efetividade.

### **7.3. Discursos do Sujeito Coletivo sobre as conferências de saúde e sua influência na política e gestão municipal da saúde**

A pesquisa analisou os discursos de atores sociais que participaram direta ou indiretamente das conferências municipais de saúde em 2007 e permitiu conforme o objetivo específico quatro (4) desta tese:

- conhecer os discursos desses atores sobre o papel, a representatividade e a influência da conferência na formulação e implementação das políticas e na gestão municipal de saúde;
- identificar as medidas adotadas pela gestão municipal da saúde para o cumprimento das deliberações da conferência bem como as medidas adotadas pelo conselho municipal de saúde, a câmara de vereadores e o ministério público estadual, para incorporar as deliberações da Conferência em sua agenda;

O perfil dos entrevistados nos aponta alto grau de escolaridade e um número significativo de atores provenientes de outros estados da federação, característica do processo de ocupação do território em Mato Grosso nas últimas décadas. Também deve ser destacado que 27 dos 30 entrevistados participam ou participaram de algum movimento social.

**Quadro 34:** Perfil dos entrevistados para o Discurso do Sujeito Coletivo.

<b>Ator</b>	Gestor	<b>4</b>
	Assistente de Planejamento	<b>5</b>
	Conselheiro Usuário	<b>5</b>
	Conselheiro Trabalhador	<b>5</b>
	Vereadores	<b>7</b>
	Ministério Público	<b>4</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	<b>16</b>
	Feminino	<b>14</b>
<b>Idade</b>	De 20 a 39 Anos	<b>9</b>
	De 40 a 69 Anos	<b>20</b>

<b>Naturalidade</b>	Mato Grosso	<b>12</b>
	Outros Estados	<b>18</b>
<b>Tempo de Residência no Município</b>	> 5 Anos	<b>28</b>
	< 5 Anos	<b>2</b>
<b>Escolaridade</b>	Ensino Médio	<b>8</b>
	Ensino Superior	<b>22</b>
	Atualmente exerce mandato e/ou cargo de confiança?	<b>11</b>
	Tem filiação em partido político?	<b>13</b>
	Participa ou já participou de algum movimento social?	<b>25</b>

As principais expressões-chave em cada depoimento, referente a uma dada questão do roteiro de entrevista, foram agrupadas nas diferentes ideias-centrais encontradas. Apoiados nas expressões-chaves das diferentes sínteses das ideias centrais, reconstruímos os discursos, respeitada as falas dos diversos atores entrevistados. Em algumas ocasiões diferentes questões foram abordadas de modo imbricado, o que nos levou a analisá-las estabelecendo suas relações e priorizando o sentido e as relações manifestadas pelos depoimentos. Esta característica de alguns depoimentos, natural na linguagem cotidiana, produziu algumas dificuldades para a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo que, acreditamos, tenham sido superadas. Como afirmado anteriormente, as perguntas sexta, sétima, oitava e nona expressam Discursos de Sujeito Coletivos específicos, ou seja, DSC de gestores, conselheiros, vereadores e promotores. Importante ressaltar também que o termo deliberar, tal qual empregado aqui, é conceituado no capítulo primeiro da tese, no âmbito da teoria discursiva da democracia e das políticas deliberativas, e difere da noção de deliberar e deliberativo do senso comum, cuja acepção está mais próxima de decisão após votação, sem ênfase no aspecto da discussão fundamentada, e usado em contraposição ao termo consultivo que não tem poder decisório. Entretanto as questões seis (6), sete (7), oito (8) e nove (9) foram formuladas aos entrevistados com o termo deliberações com o sentido de resoluções, ou seja, nós próprios, autores da pesquisa, usamos o termo deliberações desta forma. Preferimos manter as questões e os discursos encontrados a partir delas para sermos fiéis aos nossos entrevistados e ao conteúdo de seus discursos.

**7.3.1** Na primeira questão “**Qual é a sua opinião sobre a conferência municipal de saúde?**” identificamos sete (7) diferentes discursos expressos pelas ideias centrais seguintes:

Conferência como fórum de participação e deliberação para levantamento	Conferência como instrumento e subsídio para o planejamento e a definição das	Conferência como espaço público para representação de interesses e	Conferência a como instrumento legal, normativo, do controle	Conferência como fórum deliberativo pouco prático e efetivo	Conferência a como fórum educativo	Conferência como espaço político para efetivação da democracia
--	---	--	--	---	------------------------------------	--



de problemas, anseios e demandas	políticas de saúde	de sujeitos sociais	social			
----------------------------------	--------------------	---------------------	--------	--	--	--

### **1. IC-A: Conferência como fórum de participação e deliberação para levantamento de problemas, anseios e demandas**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo**

As Conferências são importantes e uma oportunidade para a comunidade fazer um fórum de debates, para discutir as problemáticas da saúde, os problemas da comunidade, ali ocorrem as discussões de base, onde são colocadas as deficiências e as criações das próprias comunidades dos bairros, surgem opiniões e levantamentos das regiões. Nós tivemos, na minha opinião, um avanço significativo, conseguimos realizar um ensaio do que seriam pré-conferências que nunca aconteceram antes, então nós fizemos dois momentos regionais que antecederam e levamos algumas demandas dessas para ter um retrato um pouco mais abrangente do que seria a necessidade de saúde. Uma das Conferências que tem maior participação de fato é a Conferência Municipal de Saúde, nós temos Conferência Municipal das Cidades, temos Conferência de diversas áreas, na área da ação social, na área da educação, mas entre os diferentes serviços públicos o que tem mais participação da sociedade é a área da saúde. O ano da Conferência é como se fosse o ano da Copa aqui. A gente mesmo quando vai discutir a questão de planejamento participativo, de relatório de gestão, que quer discutir alguma coisa, tem dificuldade de trazer as pessoas, a sociedade para estar discutindo esse problema, na Conferência não, na Conferência há uma mobilização maior e aí parece, na realidade participa muito mais. Para a construção do Sistema Único de Saúde a Conferência ainda é, apesar de ser [...], da legitimidade dela, mas aí na prática é o que se consegue maior participação mesmo nesse processo, o Conselho Municipal também tem um trabalho importante, bem interessante de participação.

### **1. IC-B: Conferência como instrumento e subsídio para o planejamento e a definição das políticas de saúde**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo**

É um instrumento para o levantamento de como está a situação do município e o que poderia ser feito para melhorar. As Conferências são de grande importância para as políticas públicas de saúde, são válidas, uma coisa positiva que tem que permanecer. É através da Conferência que se embasa toda a política pública de saúde, é dali que se discutem os problemas e se tira -como se diz- o extrato da realidade da população, das necessidades, dos

anseios da comunidade, da população. Ela é pré-requisito para qualquer ato de planejamento, seja na elaboração da política, na formulação dos orçamentos públicos, no planejamento das ações de saúde do município, sua principal função, ou seja, ajudar a própria Secretaria Municipal de Saúde a planejar e organizar a saúde do município. Ela nos dá subsídio para a tomada de decisão, para o planejamento e para o Plano de Saúde do município. Veio engrandecer o município e buscar o fortalecimento, delas sai realmente um norte para que as Conferências estaduais e nacionais possam dar um norte para o SUS e para outras políticas de saúde. Seus eixos discutidos *in loco* vão para o Estado e depois se encaminha para o Federal. A gente acompanhou a realidade que o município precisa como sendo um pólo de referência, a gente por enquanto deixou muito de pegar no Plano Municipal de Saúde, mas é importante estar realizando gestões de acordo com as necessidades do usuário..

## **1. IC-C: Conferência como espaço público para representação de interesses e de sujeitos sociais**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

A Conferência é um espaço de todos. É muito importante porque através das Conferências que saem as ações para serem executadas. As propostas que saem dali são propostas que vem de encontro com a nossa população. É o espaço onde todos são ali usuários, trabalhadores, gestores, é uma forma de ajudar as políticas públicas. É uma participação de toda a comunidade porque tem representantes de todos os segmentos, lá representados por Presidentes de bairro, outras associações afins e conselho. A participação da população, de todos os segmentos sociais é fundamental, a conferência colabora muito para que a opinião da população, dos segmentos sociais, seja levada em conta. No nosso município também teve esse mesmo princípio aonde foi levado para essa instância de participação coletiva, os anseios da população, os anseios dos delegados, de todos os segmentos que ali se fizeram participar. Ela traz para o município sobre a participação do pessoal alguma coisa que tem que ser feita, traz mesmo à necessidade do povo, traz o que ele está precisando mesmo. É que cada um é diferente, a necessidade de cada bairro, nós temos aqui inúmeros bairros, bairro pobre, rico, médio, então cada lugar tem sua necessidade. Ela é importante justamente para poder estar debatendo, para os vários segmentos poderem estar debatendo a situação de saúde no município e tentando buscar soluções. Todas elas, inclusive falando da Nacional, realmente representam os anseios da comunidade e das mudanças que hão de se fazer para que se atinja a meta.

## **1. IC-D: Conferência como instrumento legal, normativo e de controle social**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

É um espaço que vem já deliberado por lei, que é a 8142 e a 8080. É instrumento de controle social, de extrema valia para indicar diretrizes ao gestor público, para as políticas públicas do próximo biênio. Colabora muito com o controle social uma vez que houve essa possibilidade da população pleitear e isso ficou registrado e isso irá para um órgão que possa verificar as demandas da sociedade. É muito importante pois surgem novas propostas, surge a cobrança real da comunidade em si e aonde estão reunidos os representantes dos poderes públicos para poder estar se efetivando. Se a população for consultada para fazer seus requerimentos, seus pedidos e até suas reclamações e essas considerações forem colocadas no papel para melhorar a política, nossa! Isso seria a melhor coisa do mundo. Porém, em todos os diferentes serviços públicos, a gente sempre tem um déficit democrático, né? Existe até por uma questão de cultura administrativa um grande descolamento da participação social, que é feita por mais questões legais porque se não fosse feita haveria nulidade.

## **1. IC-E: Conferência como fórum deliberativo pouco prático e efetivo**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

A conferência reflete, se bem organizada, se bem conduzida, vai refletir os anseios da própria sociedade, porém, não tenho certeza se tudo o que é discutido ali na conferência, que é levantado como prioridade, se essas prioridades e essas decisões são realmente colocadas em funcionamento, em prática. O formato das conferências precisa ser repensado, porque está ficando uma coisa meio banalizada, a gente não consegue ver muito a praticidade disso. Levantar todos os problemas e demandar soluções para tudo, sem realmente conciliar aquilo que é a análise situacional dos problemas de saúde, dos problemas de gestão e priorizá-los, faz com que a gente tenha 200 propostas. Há um descompasso, parece que a gente quer resolver o problema da saúde no mundo, da saúde pra sempre numa conferência em quatro anos, então tem alguma coisa errada nesse processo. É muito mais importante a gente decidir o que quer realmente, não ficar atirando pra tudo, sonhando que vai conseguir resolver tudo. É um bom instrumento, mas que às vezes não é utilizado, vamos dizer assim, com toda a sua plenitude. Se tudo o que estivesse ali os gestores cumprissem na íntegra, e na hora de fazer as suas políticas públicas, utilizassem ou balizassem pela conferência, porque a gente vê que muitas vezes não acontece. Percebo que não se discute muito os problemas e as pessoas, os conselheiros, os delegados, ficam ansiosos por colocarem ali as suas propostas de intervenção

de políticas públicas. A conferência é uma das mais interessantes, importantes e necessárias ferramentas de participação popular que nós temos na questão da saúde. Se ela fosse vivida rigorosamente, eu acho que nós teríamos melhor resolutividade na saúde. A gente sente muito que não é responsável porque a conferência é feita, mas a gente não sente que a gestão que vem passando por aí de longos anos vem respeitando as conferências, bem pouca coisa é feita. Algumas pessoas durante a conferência se empolgam, participam, se entregam, mas depois o que se ouve falar é, será que vamos ter algum resultado disso? Eu vejo durante a conferência que as pessoas acreditam que estão participando e que alguém vai ser ouvido, que vai acontecer um relatório e que esse documento vai ser encaminhado. Infelizmente não são todos os Secretários, não são todas as pessoas envolvidas, que se dizem envolvidas no processo, que realmente estão envolvidas no processo. Faz-se a conferência, decide-se muita coisa e cumpre-se o mínimo possível, por isso que nossas metas nunca são atingidas. Muitas dessas ações atingiram sim suas metas, mas muitas não, quatro anos é pouco para cumprir toda a meta que uma conferência pede. Ela é primordial pra que? Pra ter participação social, mas além de tudo eu acho que tem que fixar as políticas públicas que a população requer na conferência. No entanto, a gente percebe que muitas vezes o gestor público não leva em consideração aquilo que as conferências estabelecem ou determinam, por isso enquanto não se colocar gestor comprometido, nós nunca atingiremos a nossa meta. Espero que muitas dessas propostas que foram eleitas na conferência tenham tido prioridade e algumas coisas realizadas.

## **1. IC-F: Conferência como fórum educativo**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Todas as conferências são bem vindas, têm sido de muito proveito e são muito importantes porque é muito bom sabe, abre a tua mente, você começa a compreender as coisas melhor. Essas outras conferências que eu participei a gente sempre procura se aprimorar mais das coisas, pra tentar entender mais o que significa uma conferência. Tudo o que é exposto, o que é falado na conferência é de suma importância para o município. Principalmente depois, o que eu citei, teve essa capacitação onde o conselho foi saber qual era a função do conselho e da conferência, que era juntar todo mundo para conseguir discutir, então, é tudo aquilo que você pretende fazer ou venha a contribuir para que seu município cresça. Assim, devem acontecer com mais antecedência, porque elas acontecem de quatro em quatro anos, eu até acho esse período longo, deveriam acontecer de dois em dois anos.

## **1. IC-G: Conferência como espaço político para efetivação da democracia**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

A conferência é a instância máxima de decisão do SUS, é um espaço bastante democrático, importante, fundamental e privilegiado que tem que ser fortalecido para que a sociedade civil, os trabalhadores da saúde e Estado tenham condições de formular as diretrizes para que as políticas aconteçam. Tem uma importância muito grande até porque são nesses espaços que se reúne a sociedade civil e se consegue discutir todos os problemas tendo representatividade de vários segmentos da sociedade, cujo objetivo é esse, chegar a um parâmetro das necessidades e a partir daí, usando como instrumento a conferência, partir para a luta, para se conseguir o objetivo.

### **Comentários:**

É ponto comum em todos os discursos identificados a importância que se atribui ao fato da conferência agregar no debate sobre a política pública de saúde tanto os atores representantes da sociedade como os do Estado, uns expressando suas preferências e demandas, outros podendo tomar conhecimento destas preferências e demandas para poder reavaliar sua agenda de prioridades. Os discursos encontrados refletem certo consenso sobre os espaços institucionalizados de participação social no setor saúde e, mesmo aquele discurso que relativiza a influência e a efetividade da conferência, como o da ideia central 1.IC-E, defende sua importância, centrando suas críticas ou no formato, procedimentos e condução do processo conferencista, ou no pouco compromisso do gestor e da gestão municipal com sua realização e, sobretudo, com seus resultados, as resoluções aprovadas, como vimos no capítulo anterior (ABRASCO, 2007; CONASS, 2009; CONASEMS, 2009; CÔRTEZ, 2009; GUIZARD, PINHEIRO e MACHADO, 2004). O DSC 1.IC-E aponta a falta de viabilidade de muitas das propostas “[...] quatro anos é pouco para cumprir toda a meta que a conferência coloca” como também o valor atribuído pelo gestor às decisões da conferência, temas que serão comentados mais aprofundadamente nos discursos referentes à quinta pergunta. O discurso 1.IC-E também coloca em tela a questão da qualidade da deliberação. De acordo com a proposta da política deliberativa, sintetizada por Fung (2004), a boa deliberação deve ser racional no sentido instrumental, na qual os indivíduos promovam seus próprios interesses individuais e coletivos por meio da discussão, da livre associação, do levantamento de informação, do planejamento e resolução de problemas. Também deve ser razoável no sentido de que os participantes respeitem as reivindicações dos outros e limitem o auto-interesse de acordo com as normas de justificação o que pressupõe aceitar interesses comuns e normas

habitualmente aceitas como respeito, reciprocidade e equidade. Também deve ser igual e inclusiva e os participantes devem ser aproximadamente iguais em suas oportunidades e capacidades de fazer propostas e reivindicações. A questão das iguais capacidades não é consenso entre os defensores da política deliberativa e Fung (2004) sugere que quando estas forem muito desiguais devem ser feitas ações prévias para ajudar a fortalecer a formação da opinião e da vontade dos participantes em desvantagem, pois se a qualidade da deliberação é pobre, atribuir poder a este espaço poderia ser insensatez ou, até mesmo, prejudicar o interesse público. Se o propósito da deliberação for a formação da vontade ou uma escolha social ponderada o formato do espaço público pode aprimorar o grau de racionalidade do processo. Como afirma este autor, não se pode esquecer que os cidadãos têm acesso privilegiado às suas próprias preferências e valores e conhecimento do local.

Alguns discursos com características complementares, como os 1.IC-A e 1.IC-B, nós preferimos apresentá-los em separado para realçar as diferentes matizes de posicionamento, pois enquanto o primeiro é menos estruturado e enfatiza a participação e o levantamento de anseios e demandas, o segundo é mais instrumental, utiliza a racionalidade e linguagem técnico-científica da gestão e do planejamento em saúde. O discurso da conferência enquanto espaço de representação de interesses e sujeitos sociais também é assemelhado aos dois primeiros, mas tem como objeto central o tema da representação que será discutido em detalhe nas questões três e quatro, a seguir. O discurso (1.IC—D) que enfatiza o papel da conferência enquanto instrumento para o controle social “[...] surgem novas propostas, surge a cobrança real da comunidade em si e aonde estão reunidos os representantes dos poderes públicos para poder estar se efetivando” encontra respaldo na literatura como em Labra (2007) que considera o fortalecimento da sociedade civil e seu crescente papel no controle das organizações públicas e na interpretação de Callahan (2006) para quem o *accountability* é conceito mais amplo: responsividade e capacidade de responder as demandas de outrem - superiores e população; comportamento ético e aderência a padrões morais, quando da execução da função pública – dever do funcionário público de prestar contas de suas atitudes à sociedade, o que substituiu a restrita responsabilização do funcionário público com seu superior. Este DSC também relativiza o papel efetivo do controle social quando afirma que “[...] em todos os diferentes serviços públicos, a gente sempre tem um déficit democrático, né? Existe até por uma questão de cultura administrativa um grande descolamento da participação social [...]”, discurso também encontrado na literatura (SANTOS W.G., 1993).

O discurso da conferência como espaço democrático e político (1.IC-G) é mais articulado, enfatiza a importância do debate, da deliberação, da representatividade, não se

prende aos aspectos formais, aproxima-se do enfoque da política deliberativa, ancorado em Manin (2007), e enfatiza a necessidade da deliberação como o pacto possível a ser alcançado, “[...] cujo objetivo é esse, chegar a um parâmetro das necessidades e a partir daí, usando como instrumento a conferência, partir para a luta, para se conseguir o objetivo” (1.IC-G). Segundo os autores citados os fóruns deliberativos funcionam como escolas de democracia onde as pessoas adquirem as habilidades da cidadania e passam a considerar os interesses públicos com mais intensidade em suas proposições. Os fóruns permanentes têm mais probabilidade de contribuir para a educação cidadã e esta é uma diferença importante entre as conferências e os conselhos de saúde, que podem ser um importante espaço de educação permanente para a participação social e a deliberação pública.

**7.3.2** A segunda questão do roteiro “**Para você as regras para o funcionamento da conferência municipal de saúde que aconteceu em 2007 permitiram a participação igualitária para todas as pessoas? Exemplifique**“ permitiu a distinção de cinco discursos, dos quais dois referentes ao acesso à participação, dois à igualdade na deliberação e um que levanta outras questões referentes à participação.

As regras permitem acesso igualitário à participação para todas as pessoas	As regras não permitem acesso igualitário à participação para todas as pessoas	As regras permitem a participação igualitária para todas as pessoas	As regras não permitem a participação igualitária para todas as pessoas	Há situações não relacionadas às regras que interferem na participação de todas as pessoas
--	--	---	---	--

## **2. IC-A: As regras permitem acesso igualitário à participação para todas as pessoas**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Foi aberta para todo mundo. Todos foram convidados, o lugar de acesso era tranquilo e bem conhecido. Foram feitos convites para todas as entidades, para todos os segmentos, todas as associações, mesmo para as que não pertenciam ao Conselho Municipal de Saúde. A forma de escolha dos participantes da Conferência foi colocada no papel e foi de forma igualitária então, foi uma regra que permitiu a participação de todos e só não participou quem não quis. Com certeza foram direcionados todos os convites e os movimentos, as entidades tiveram livre arbítrio e sendo assim, eu acho que no momento que a gente convoca, convida e é acessível a todos, enviando convite a essas entidades é prova de que a gente pediu a participação popular.

## **2. IC-B: As regras não permitem acesso igualitário à participação para todas as pessoas**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Eu acho que não, não totalmente para todas as pessoas. Por exemplo, a gente tinha uma lista de associações que nós convidamos e existiam algumas que não entravam, que tentavam entrar, mas que não puderam por conta da paridade, então algumas regras atrapalharam. Também, a gente sente dificuldade na divulgação, pois o recurso sempre é muito pouco para a Conferência e então não há uma boa divulgação e aí acaba prejudicando a participação, principalmente do usuário. Por outro lado, é muito complicado para essas pessoas virem para a conferência, por exemplo, nós não conseguimos ainda trazer a comunidade rural, porque a distância é grande.

## **2. IC-C: As regras permitem participação igualitária para todas as pessoas**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Sim, todos participaram. Houve sim porque seguiu o regimento, foi tudo dentro dos conformes. As regras permitiram a participação de todos os segmentos da área da saúde pública, da cidade, de grupos de serviços, de representações de bairros, podemos colocar com muita segurança que todos os segmentos exigidos pela conferência estavam participando, tiveram seu poder de voz e a oportunidade de se manifestar. A maioria contribuiu deu sua opinião e fez cobranças. A oportunidade foi dada, o auditório onde se realizou a conferência estava cheio, com participação efetiva, as manifestações foram lavradas em ata, é importante, por mais que fossem casuísticas. A divulgação e o local onde se realizou a conferência foram adequados, os palestrantes que vieram ministrar as falas estavam envolvidos nas temáticas, houve participação inclusive do defensor público ministrando uma fala, enfim, o CMS fez questão de fazer com que tudo transcorresse da melhor maneira possível e igualitariamente. Cabe ao gestor municipal sensibilizar para a participação, acredito que naquele momento a gente cumpriu nosso papel. As regras já estão definidas na Lei Orgânica da saúde nº 8080 e nº 8142, bem como na Resolução CNS Nº 333, que garantem a participação e definem como tem que ser mobilizada a sociedade civil organizada para participar. Então, se segue um modelo, um método, que acaba sendo uma cópia do que são as conferências nacional e estadual, onde se tem os eixos temáticos, os grupos de trabalho e se abre espaço para o debate, para você estar falando do assunto daquele momento, daquela conferência, mas é livre uma proposta de regimento da conferência.

## **2. IC-D: As regras não permitem participação igualitária para todas as pessoas**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**



Não permitem, inclusive não são claras e são bastante desiguais. Além disso, o tema, os eixos que vieram como diretrizes para se trabalhar eram muito gerais, muito acadêmicos, não tinha muito nexos com a nossa realidade. Portanto acho que tem que se repensar as conferências, essas determinações e essas regras de funcionamento. As regras permitem maior participação dos delegados, dos permanentes, o que não quer dizer que a comunidade não pode participar como ouvinte, como observador, apesar de não ter direito a voz e voto.

## **2.IC-E: Há situações não relacionadas às regras que interferem na participação de todas as pessoas**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Infelizmente a população não entendeu a importância de uma conferência, o pessoal não a valoriza. Não teve muita participação, você verifica que são poucas as pessoas, sobretudo usuários, que se dispõem a fazer comentários qualificados na conferência, atrelados ao tema. Você acha que quem falou em demandas? Só os técnicos de nível superior, pois a opinião deles, por ser melhor fundamentada, com mais consistência, engolia e de todos os outros. Eu participei do começo ao fim, na hora de discutir no grupo as pessoas lá estavam, tinha médico, enfermeiro, a sociedade estava miscigenada, mas foi meio tímida a participação. Tenta-se cumprir todos os requisitos, mas na montagem e seleção dos grupos para debater o que foi falado naquela conferência, não tem quase ninguém, então não vou dizer que foi aquela participação que se espera, porque às vezes a conferência fica muito demorada e há um esvaziamento. Apesar disso, é igualitária sim, é claro que um grupo se organiza mais que outro, se destaca um pouquinho mais, como os representantes do comércio local, os trabalhadores rurais, os funcionários da saúde e da educação e de outras entidades, foi bastante participativo. Entretanto tem que se tomar cuidado na forma como se definem as regras porque parece que a gente vai direcionando até a fala das pessoas, a gente quer que fale quem? Quem fala melhor, quem não quer falar muitas vezes, também, o gestor acaba forçando aquele grupo que está com ele, para que esteja presente, fazendo a política que ele acha mais correta. Eu fui facilitadora de um grupo e no meu grupo, tinha um monte de agente comunitário de saúde que estava lá obrigado, porque mandaram ir.

### **Comentários:**

Como se observa, os discursos tratam de duas questões bastante imbricadas: as regras e procedimentos que possibilitam o acesso à conferência e, portanto, ao debate público, e aquelas que visam garantir a igualdade durante o debate. Em relação ao acesso às

conferências municipais é importante destacar que não há regras ou normas procedimentais de âmbito nacional ou estadual que o regulamentem a não ser a Lei n. 8142/90 que estabelece a regra da paridade entre usuários e não usuários. A norma da paridade definida pela Resolução n. 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde é vinculativa para os conselhos de saúde e estabelece 50% para usuários, 25% para trabalhadores e 25% para gestores e representantes de mercado. A regra da paridade entre usuários e não-usuários tem balizado os requisitos seguidos nos municípios para definir a composição dos delegados à conferência municipal de saúde, mas cada município a implementa, adequando-a à sua realidade. Há recomendações de diferentes instituições, sejam do controle social ou da gestão, como o manual “Participação Social no SUS”, do CONASEMS (2009) para o processo de seleção e escolha de representantes. Muito frequente na área da saúde municipal é a adoção de critérios territoriais para a seleção prévia de participantes como as pré-conferências regionais, distritais ou por bairros, ou ainda fóruns de determinados segmentos -usuários, trabalhadores de saúde, etc.- para definir e pactuar regras e escolher seus representantes, como vimos na análise da matriz. Em decorrência, muitas vezes observa-se intensa disputa entre organizações da sociedade civil, movimentos sociais, entidades de trabalhadores de saúde, entre outras, para poder participar do evento, em especial quando são fixadas normas mais exigentes para a participação como assinala o discurso 2.IC-D. O acesso à participação e representação nos conselhos de saúde municipais é um processo um pouco mais regulamentado que nas conferências de saúde e, de acordo com a literatura, tem as seguintes características: a autorização dá-se geralmente por designação das entidades sem participação da coletividade; em alguns casos a autorização ocorre durante a conferência municipal; há muita dependência da cultura e do grau de associativismo local; há grande diversidade de entidades de usuários representadas, com predomínio das associações de moradores e portadores de patologias; as regras não são claramente definidas e variam de acordo com a localidade (LABRA, 2005; GERSHMAN, 2004; ALMEIDA e CUNHA, 2009; MOREIRA et al, 2008). Nas conferências o processo é ainda mais complexo e a resposta à questão de como um representante de alguma instituição da sociedade civil obtém o *status* de delegado à conferência municipal de saúde por si só merece extensa pesquisa. O fato é que a norma é definida no regimento da conferência, deliberada no espaço do conselho municipal de saúde, cujos membros são delegados natos, e as questões controversas são decididas pela comissão organizadora da mesma, escolhida no conselho. O discurso que afirma que a regra permite a igualdade de acesso enfatiza o processo de deliberação das regras como o conteúdo universal, inclusivo da norma: “A forma de escolha dos participantes da Conferência foi colocada no papel e foi de

forma igualitária então, foi uma regra que permitiu a participação de todos [...]” (2.IC-A); e “Foi aberta para todo mundo. Todos foram convidados.” (2.IC-A). Por outro lado, o discurso que nega a igualdade de acesso à participação critica a regra da paridade por excluir entidades, a pouca divulgação (acesso à informação) e a dificuldade de acesso geográfico da população rural. Em relação à igualdade participativa os discursos também são concorrentes. O que assegura haver igualdade na participação devido às regras baseia-se na existência das normas regimentais, espelhadas nas nacionais, e em seu cumprimento, mesmo quando discorda da fala “casuística” do outro. Este discurso também assinala a importância do contexto e do formato do processo conferencista para a igualdade de condições durante a participação como local adequado, presença de palestrantes com conhecimento do tema (informação), debate em grupos por eixos temáticos e, sobretudo, enfatiza a possibilidade dos participantes aprovarem as normas do debate, o regimento da conferência, pois “[...] é livre uma proposta de regimento da conferência.” (2.IC-C). Em contrapartida, o DSC que nega a igualdade de condições de participação em decorrência das regras sinaliza sua falta de clareza, a imposição de temas muito gerais, acadêmicos, sem vínculo com a realidade local, e a exclusão dos participantes não autorizados como delegados que não tem direito à voz e voto: “[...] o que não quer dizer que a comunidade *não* (grifos nossos) pode participar como ouvinte, como observador, apesar de não ter direito a voz e voto.” (2.IC-D). Este discurso coloca em questão a importância da definição da agenda que é determinante, porque pauta o debate, inclui ou exclui temas e pode contribuir para esclarecer ou obscurecer o debate público (MIGUEL, 2007). Ancorados em Habermas (2003) e considerando que qualquer questão possa ser tematizada na perspectiva discursiva, a escolha dos temas por parte dos participantes ou seus representantes é de importância crucial para a legitimidade do processo deliberativo. Atualmente o temário do processo conferencista é definido pelo Conselho Nacional de Saúde e os conselhos municipais de saúde nem sempre conquistam a autonomia necessária para adequá-lo ou modificá-lo de acordo com as necessidades locais.

Finalmente há um discurso do sujeito coletivo que não se prende à pergunta sobre as regras, mas expõe questões importantes sobre as limitações para a participação das pessoas nos processos deliberativos: desinteresse e pouca importância atribuída ao evento por parte das pessoas; problemas relativos ao transcurso e condução do evento como demora, esvaziamento, direcionamento das falas; assimetrias entre pessoas (quem sabe ou fala melhor) e grupos “[...] um grupo se organiza mais que outro” (2.IC-E); o uso de recursos de poder por parte da autoridade administrativa. Na perspectiva da política deliberativa, de acordo com Fung (2004), um propósito da esfera pública é prover um espaço no qual os indivíduos

possam alcançar suas próprias concepções meditadas e ganhar confiança em seus próprios pontos de vista: é o espaço para a constituição de novas identidades e novos sujeitos sociais, até então excluídos do debate público. Trata-se de desenvolver suas competências comunicativas, no dizer de Habermas.

Entretanto as regras devem obrigatoriamente permitir a inclusão dos interessados, pois como afirma Benhabid (2007, p. 51), ancorada no modelo da ética do discurso (HABERMAS, 1991, 2004), as pretensões de validade de um modelo deliberativo exigem que somente podem ser consideradas válidas (vinculante moralmente) as regras gerais de ação e arranjos institucionais que podem receber a anuência de todos aqueles atingidos por suas consequências, desde que tal acordo seja alcançado por um processo deliberativo com as seguintes características:

- a participação na deliberação deve ter normas de igualdade e simetria e todos devem ter a mesma chance de iniciar atos de fala e questionar a validades e qualquer discurso;
- todos tem o direito de questionar a agenda ou qualquer dos seus tópicos;
- todos tem o direito de argumentar sobre as regras do procedimento discursivo e o modo pelo qual elas são conduzidas.

Portanto, para Benhabid, a legitimidade e racionalidade nos processos de tomada de decisão coletiva, considerado o interesse comum de todos, resulta da deliberação com regras racionais e iguais. Nesta perspectiva o acesso à deliberação, o direito de todos deliberarem, é essencial para a formação da opinião e da vontade das pessoas envolvidas, pois o conflito de interesses e o debate sobre uma proposta contribuem para esta finalidade. Na literatura, há referências a algumas modalidades de escolha e/ou seleção de participantes nestes públicos participativos sendo muito comum a auto-seleção voluntária, desde que os fóruns sejam abertos a todos os que desejam participar (FUNG, 2004) o que ocorre no caso dos que dispõem de informação, tempo, interesse e recursos. Entretanto o que acontece é que em geral comparecem os que possuem melhor *status* social – renda, escolaridade, especialização profissional, etc. – mantendo a desigualdade de acesso em relação à parcela da população historicamente excluída (SANTOS J.R., AZEVEDO e RIBEIRO, 2004; GERSHMAN, 2004; ALMEIDA e CUNHA, 2009; MOREIRA et al., 2008). Alguns mecanismos para enfrentar o problema têm sido experimentados como o uso de critérios demográficos que espelhem o conjunto da população, o recrutamento por meio da divulgação e mobilização social, a criação de incentivos que podem incluir transporte, alimentação, entre outros (FUNG, 2004).

**7.3.3** A terceira questão “**Em sua opinião os delegados participantes da conferência municipal de saúde que aconteceu em 2007 representavam efetivamente os interesses do conjunto da população do município?**” suscitou três discursos, classificados de acordo as ideias centrais listadas no quadro:

Delegados representavam interesses do conjunto da população porque participaram os segmentos mais interessados no tema	Delegados representavam parcialmente interesses do conjunto da população porque nem todos participaram ativamente	Delegados não representavam interesses do conjunto da população e não são muito coletivos
--	---	---

### **3. IC– A: Delegados representavam interesses do conjunto da população porque participaram os segmentos mais interessados no tema**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Sentamos e conversamos com os delegados das necessidades. Então, foi tudo muito bem. Portanto, com certeza representavam, tivemos uma participação bastante ativa principalmente de usuários, de representantes de sindicatos de classe, dos trabalhadores principalmente que são os que mais têm a necessidade da utilização do serviço público na área da saúde. Por isso, acredito que foi muito bem representado os interesses da população.

Os delegados, as pessoas que estavam representando fizeram o melhor e deram o melhor de si pra mostrar sobre a saúde e o que estava acontecendo naquele ano, naquele momento e naquela hora acho que foi importante, é a responsabilidade das pessoas que estavam ali.

### **3. IC–B: Delegados representavam parcialmente interesses do conjunto da população porque nem todos participaram ativamente**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Não, não totalmente, alguns segmentos sim, porém tinha uma parte que estava alheia e muitos defendiam a sua própria ideia, seus ideais, as suas... Assim, as suas bandeiras, as suas entidades. Era muito individualista. Quando são convidadas pessoas para participar de uma Conferência, nem todas estão interessadas em efetivamente trazer subsídios, trazer apoio e fazer a diferença naquela Conferência. Menos de 30% dos participantes ficaram realmente envolvidos no tema que estava sendo discutido e querendo chegar num consenso, mas a maioria ficava ali como assistente e, vários funcionários foram para essas Conferências como um meio de tirar um dia de folga. Porém, com certeza tinha pessoas que estavam imbuídas em discutir e mostrar um rumo e eram autoridades e conhecedores do assunto para fazer isso sim, mas nem todas. Por outro lado, uma parte, na realidade, procura ver o que é de interesse da

gestão. Sempre há um direcionamento em cima das políticas da gestão e não da política da comunidade, de interesse da comunidade. No entanto, eu acho que não dá para generalizar, sabe? Muitos que participaram discutiram realmente as suas necessidades, da sua população mesmo. Não dá para dizer que 100% das pessoas trabalham realmente o interesse da saúde ou interesse mesmo da sua categoria.

### **3.IC-C: Delegados não representavam interesses do conjunto da população e não são muito coletivos**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Não acredito não. Tem muita gente que defende interesses de grupos, de categorias profissionais. Tenho a impressão que o usuário e a saúde é o que menos está interessado. As pessoas ainda se preocupam com elas, não são muito coletivas, elas ainda ficam preocupadas com o eu e, também, alguns tinham mais seriedade na hora de discutir e outros não, muitos estavam lá para ganhar certificado.

#### **Comentários:**

São muito interessantes os sentidos atribuídos pelos DSCs à representação do interesse coletivo, público, ao relacioná-lo com quem os representa e sua motivação. Desse modo, o discurso que sustenta a posição dos delegados em defesa do interesse coletivo afirma que se conversou sobre as necessidades e que o interesse da população foi representado porque participaram ativamente e com responsabilidade “[...] os que mais têm necessidade da utilização do serviço público na área da saúde.” (3.IC-A). Entretanto há o discurso que relativiza este argumento, diz que não dá para generalizar e assinala que apenas uma parcela dos presentes estava realmente interessada em chegar ao consenso sobre o interesse da comunidade e contribuiu nesse sentido, enquanto outra parcela, ou estava desinteressada na deliberação, ou defendia apenas suas bandeiras, suas entidades, ou ainda defendia os interesses da gestão. Há uma terceira categoria de discurso que é enfática ao assegurar que as pessoas se preocupam apenas com elas próprias, seus grupos ou categorias e que pouco se importam com o usuário e com a saúde da população. Evidentemente que estes discursos respondem a diferentes modelos teóricos e ideologias e refletem o debate existente na literatura sobre se os espaços de participação social institucionalizados atêm-se aos interesses particularistas, corporativos ou governamentais ou se também incorporam os interesses coletivos, públicos (URBINATI, 2006; AVRITZER, 2007). Em nossa opinião a perspectiva da política deliberativa contribui para o entendimento do problema, como procede Manin

(2007) ao propor que necessariamente deve-se articular deliberação e representação para que os representantes defendam os interesses gerais e dos seus segmentos. Para este autor a deliberação é um processo de discussão pública no qual os participantes oferecem propostas e justificações para sustentar decisões políticas, coletivas. Ainda de acordo com este autor (MANIN, 2007 P.31) “[...] uma decisão legítima não representa a vontade de todos, mas resulta da deliberação de todos.” Desse modo, a legitimidade das decisões seria o processo de discussão e debate que as fundamentam.

**7.3.4** Os discursos do sujeito coletivos produzidos a partir da questão **“Do seu ponto de vista, os delegados na conferência municipal de saúde de 2007 eram representativos?”** refletem dois conjuntos de sentidos distintos obtidos nas respostas dos entrevistados: um referente à percepção das características de representatividade, ou não, dos delegados à conferência municipal e outro referente à percepção das características de representatividade dos delegados escolhidos durante à conferência municipal para atuar na etapa estadual do processo conferencista. Estes dois sentidos refletem a complexidade da formulação da questão.

Os delegados à conferência eram representativos porque toda a sociedade estava representada	Os delegados à conferência eram parcialmente representativos porque alguns se esforçam, mas outros vão por obrigação	Os delegados à conferência não eram representativos porque não chegam lá na ponta, nos cidadãos	Os delegados eram representativos porque foram escolhidos mediante o processo de deliberação e votação durante a Conferência	Os delegados eram representativos porque têm experiência e conhecimento sobre o tema
---	--	---	--	--

#### **4. IC-A: Os delegados à conferência eram representativos porque toda a sociedade estava representada**

##### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Sim, eram bem representativos, em quase toda a sua totalidade a sociedade estava representada, a grande maioria foi representativa mesmo. Tenho certeza que eram representantes de cada segmento, das suas entidades, porque cada um teve que seguir o requisito para poder participar das Conferências. Então, os que estavam presentes com certeza estavam representando um segmento importante, os que participaram eram representativos. Eram participativos, foram convidados e têm as suas entidades, presidente de bairro, trabalhador de saúde, representante do governo, então todos foram. A Conferência de 2007 trouxe bastante gente interessante, que sabia do que geria, do que falava, cada segmento tinha um delegado. Foi a oportunidade para os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde se

manifestarem publicamente sobre o que eles gostariam, o rumo que a saúde tomaria. Estava tudo dentro das normas, a gente orientou como deveria ser feito, inclusive o Conselho Municipal de Saúde, fez umas quatro reuniões em algumas comunidades para dizer como é que teria que ser tirado esses delegados para participar, que teria que ser democrático, teria que ser representativo daquele segmento de fato, que não fosse funcionário público que tivesse cargo de confiança, essas questões. Então, acreditamos que tenha sido realmente homologado pela sua instância e isso é comprovado mediante a ata que nós exigimos. A gente acredita que minimamente houve o processo de escolha e que o segmento discutiu para mandar esse delegado, então, queremos crer que na verdade essa participação foi representativa. Por exemplo, na categoria dos trabalhadores a escolha foi muito bem feita, as pessoas foram bem criteriosas com os delegados.

#### **4. IC-B: Os delegados à conferência eram parcialmente representativos porque alguns se esforçam, mas outros vão por obrigação**

##### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Depende da forma que a gente vê enquanto representação, no papel estava paritário, as representações de trabalhadores, usuários e governo, isso estava lá, agora quais os interesses políticos que estavam por traz de cada um, aí já é outra história. Eram mais ou menos representativos, alguns eram e outros não. Uns 50% eram representativos, você vê que se esforçavam, que tinham trabalho anterior, mas nada efetivado, outros eu acredito que nunca participaram muito, mas eu acho que com esse interesse de poder participar pela primeira vez de uma Conferência Estadual, eles se prontificaram a estar participando e de repente levando ou aprendendo coisas novas, mas o restante que estava lá estava porque era obrigado a ir, tipo o pessoal da área pública que só estava lá porque era obrigado. Inclusive, acho que faltou muita coisa, por conta até das pré-conferências que não foram realizadas. Além disso, teve sim, por exemplo, trabalhador da saúde que era para estar como trabalhador da saúde e que estava como usuário, então teve um pouquinho de falha nesse setor aí.

#### **4. IC-C: Os delegados à conferência não eram representativos porque não chegam lá na ponta, nos cidadãos**

##### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Eles representam eles próprios, eles não são bem representativos, eles não chegam lá na ponta efetivamente de cada cidadão. A gente não pôde nem fazer mini fórum, esclarecendo essa população, então eu acho que a gente ainda não atingiu.



#### **4. IC-D: Os delegados eram representativos porque foram escolhidos mediante o processo de deliberação e votação durante a Conferência**

##### **Discurso do Sujeito Coletivo**

A maneira que foi conduzida a eleição foi bastante democrática, bastante participativa, houve reuniões por grupos, por segmento, onde as pessoas se reuniram, debateram chegando ao consenso de quem seriam os seus candidatos e a partir daí uma votação interna de cada segmento escolhendo os seus delegados. Eu acredito que todos que saíram daqui tinham condições e preparo para estar representando bem o município na Conferência Estadual. Já que os participantes que estavam na Conferência eram pessoas que compunham os órgãos relacionados àquilo que estava sendo discutido e esses delegados foram eleitos pelos participantes, eu creio eram representantes idôneos e representativos da sociedade em todos os segmentos em que se pediu delegado.

#### **4. IC-E: Os delegados eram representativos porque têm experiência e conhecimento sobre o tema**

##### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Mas a discussão mesmo que aconteceu eu notei que foi mais com as pessoas ligadas mesmo que tinham um conhecimento em saúde, agora esses outros grupos eles ficaram meio..., não houve uma participação totalmente ativa. Dá para identificar do público que participou dessa Conferência que é um público de pessoas que se conhece, que já tem a experiência de participação no movimento da saúde e que milita na história aí de construção do SUS. As pessoas que mais se identificam na Conferência são aquelas pessoas já relacionadas à saúde, tem aquelas pessoas leigas. Mas, se a gente for pensar no geral se essas pessoas estariam mesmo com conhecimento para realizar esse tipo de interesse participante, aí eu posso dizer que não, porque isso infelizmente a gente não conseguiu. Além disso, os delegados eles ainda tem que aprender muito com relação à representatividade, quando vão para a Conferência eles não estão representando eles, eles representam uma comunidade ou uma organização.

##### **Comentários:**

Os três primeiros discursos do sujeito coletivo referem-se às características de representatividade, ou não, dos delegados à conferência municipal. O primeiro deles sustenta que os delegados eram representativos porque “[...] em quase toda sua totalidade a sociedade

estava representada” (4.IC-A) e os delegados representavam cada um dos segmentos que foram convidados. Além disso, o processo seguiu os requisitos exigidos para participação o que foi feito mediante reuniões prévias de orientação com algumas comunidades e segmentos que fizeram, ou deveriam ter feito, um processo de deliberação para a escolha. Este DSC está afinado com a noção de que a conferência reflete o conjunto da sociedade, um “espelho” da sociedade como um todo (MIGUEL, 2003), representada por seus segmentos (AVRITZER, 2007; ALMEIDA e CUNHA, 2009). O segundo discurso relativiza o primeiro e afirma que o processo tem muito de formalismo, “[...] no papel estava paritário” (4.IC-B), que apenas uma parcela dos delegados era representativa, o restante estava lá obrigado e não por vontade própria e ainda critica a utilização de vagas de usuários por trabalhadores de saúde. O segundo discurso classifica os representantes em ativos e passivos e critica a apatia dos últimos, que estavam por obrigação. O terceiro discurso diz que os delegados representam eles próprios, “[...] não chegam lá na ponta efetivamente de cada cidadão” (4.IC-C), enfatizando a inexistência de vínculos efetivos entre representantes e representados, sobretudo os da “ponta”, provavelmente aqueles cujas vozes são menos ouvidas, mas sem assinalar as razões para tal. Ambos os DSC encontram ressonância na literatura que trata sobre participação e representação nos conselhos de saúde e que proporciona diferentes explicações para o fato: a heterogeneidade constitutiva dos campos societal e estatal (TATAGIBA, 2002); a falta de conhecimento sobre o tema (GERSHMAN, 2004; FUNG, 2004); baixo grau de participação na vida associativa (LABRA, 2005; SANTOS JR., AZEVEDO e RIBEIRO, 2004); inexistência de controle sobre os representantes por parte dos representados (GERSHMAN, 2004; LABRA, 2005). Também é interessante observar que um dos discursos, o 4.IC-D, enfatiza a importância da deliberação e da votação entre os segmentos como mecanismo idôneo de autorização dos delegados escolhidos durante a conferência para representar o município na conferência estadual, de modo semelhante ao 4.IC-A. O quinto DSC assinala a importância do conhecimento e da experiência sobre o tema para a mesma finalidade, aspecto ressaltado por Avritzer (2007) para os casos de representação da sociedade civil, conforme o quadro I, no capítulo I desta tese. O uso corrente do termo *delegado* nas instâncias de participação social das políticas de saúde implica uma concepção de representação, vinculada à tradição da democracia direta, discutida no capítulo primeiro da tese, quando se afirmou que a teoria política tradicional da representação aceita dois tipos de autorização: o delegado e o fiduciário, em que o primeiro é porta-voz dos representados, com mandato revogável e sem autonomia, enquanto o segundo tem maior grau de liberdade e uma vinculação menos intensa com sua base de representação (BOBBIO, 1986; COTTA, 1992;

LIMA J.R., 1997; PITKIN, 2006). A teoria tradicional atribui ao primeiro a representação de interesses corporativos e aos segundos dos interesses gerais. Entretanto, este não é o sentido encontrado no DSC 4.IC-A que parece indicar que a soma dos segmentos dá conta de representar o conjunto da sociedade. Entretanto o conceito de representação envolve além de autorização, o *accountability* e a representação da diversidade, das diferentes identidades (SANTOS, 2002). A noção de representação das diferentes identidades aparece com ênfase nos discursos dos sujeitos coletivos, o que demonstra a importância atribuída pelos sujeitos sociais à noção de pluralidade (HABERMAS, 2003; COHEN, 2003). É importante observar que nenhum DSC questiona explicitamente a legitimidade do processo de escolha prévia dos participantes na conferência nem questionem como e por quem foram elaborados os requisitos para autorizar a participação na conferência. Também o conceito de *accountability*, controle dos representantes – o vínculo, a prestação de contas dos representantes aos seus representados – não aparece nos discursos, o que sugere que o modelo de autorização é menos delegado e permite ao representante agir de acordo com suas próprias preferências e valores o que está de acordo com os achados de Almeida e Cunha (2009) e Gershman (2004), em suas pesquisas sobre conselhos de saúde. A delegação tem instruções vinculativas o que não aparece nos DSC, pois não há expressões-chaves referentes a cobranças do exercício da representação o que, talvez, possa ser explicado pela cultura política prevalente no país (LABRA, 2005). A deliberação é conceituada como a tomada de decisões por meio do debate entre cidadãos livres e iguais, diálogo entre diferentes sujeitos em busca de consenso ou do acordo possível, tendo como condição de legitimidade o direito de todos os interessados poderem participar. Aqui, entretanto, surge outra questão: e os que não puderam, ou não quiseram, ou se omitiram de participar na deliberação? Esta é uma questão crucial no debate sobre a teoria democrática. Uma das respostas a esta questão, ancorada em Manin (2007, p. 40) assinala que podemos considerar o resultado legítimo se a decisão é definida no encerramento do processo deliberativo no qual cada um estava apto a tomar parte, escolher entre diversas soluções e permanecer livre para aprovar ou recusar as conclusões desenvolvidas a partir do argumento. A decisão resulta de um processo no qual o ponto de vista da minoria também foi considerado e, embora a decisão não contemple todos os pontos de vista, é resultado de uma confrontação entre eles que considerou os argumentos de todos. Avritzer (2007), cuja proposta discutimos no primeiro capítulo da tese, propõe uma classificação da representação que considera o agente (autorizado por eleição), a *advocacy* (defesa, advocacia) (representação por afinidade, identificação com a causa, não precisa de autorização); e o partícipe, com conhecimento e experiência, eleito pelos próprios pares.

Finalmente o estatuto da representação que também envolve representação política, e não apenas eleitoral, implica continuidade, vínculo entre representante e representado, autorização formal e influência informal, processo político que conecta sociedade e instituições, como defende Urbinati (2006), somente será possível no caso das conferências municipais de saúde se houver uma vinculação mais efetiva e permanente com o conselho municipal de saúde, responsável em última análise pelo monitoramento das deliberações da conferência.

**7.3.5 – A quinta questão “Qual a influência da conferência na gestão da saúde do município?”** gerou três discursos, classificados de acordo as idéias centrais relacionadas no quadro a seguir:

A conferência influencia a gestão da saúde do município porque definiu exatamente o que era prioridade	A conferência não influencia a gestão da saúde do município porque as resoluções ficam só no papel	A conferência influencia mais ou menos a gestão da saúde do município porque as propostas são pouco implantadas no cotidiano da gestão
--	--	--

**5. IC-A: A conferência influencia a gestão da saúde do município porque definiu exatamente o que era prioridade**

**Discurso do Sujeito Coletivo**

Eu acho que toda influência. Muito grande, inclusive algumas ações que já estão em andamento eu tenho convicção que saíram das Conferências de Saúde do município. A partir da Conferência o relatório foi a base para fechar o planejamento, para montar relatório de gestão e até hoje é o que a gente utiliza, porque ali foi definido exatamente o que era prioridade. Através da leitura da ata da Conferência a gente conseguiu e foi importante pinçar as necessidades e usamos isso até de forma até mais abrangente. Assim, ela facilita para estar trabalhando o planejamento em saúde, os planos municipais de saúde, o PPA, o orçamento, ela te dá uma base, quando você vai discutir. Traçamos então a diretriz da saúde até 2012, em cima do que foi debatido na Conferência. Coisas também de necessidade para a saúde foram mudadas e graças a Deus nós tivemos êxito nesse acontecimento dessa Conferência. Serviu para a gente poder ter uma noção de quais as necessidades que a população e os outros segmentos sentem. As pessoas ainda se baseavam em coisas assim que são muito locais do próprio bairro, não pensando em coletividade. Então a gente teve que muitas vezes estar reformulando os pedidos para que pudessem abranger todo o município. Foi bastante positiva. O relatório que foi feito a nível local da cidade, ele foi discutido pelo Conselho [...] foi acatado, foi discutido pelos profissionais e dentro da possibilidade foram dados os encaminhamentos e até subsidiaram no planejamento local. Tentou-se depois, posteriormente,

colocar essas solicitações dentro do Plano Anual do ano seguinte. Ela é influenciada, também, porque na próxima Conferência aquelas ações terão que estar executadas ou não, então por isso da importância. Influência bastante nesse sentido e outra coisa que acaba sendo cobrado, porque daí o Conselho acompanha, quando acompanhar ele cobra daquilo que foi definido na Conferência. Além disso, as pessoas que estiveram ali estavam preparadas para dar suas palestras para mostrar as dificuldades, também não só as dificuldades que estavam acontecendo, mas as soluções e como chegar lá.

## **5. IC-B: A conferência não influencia a gestão da saúde do município porque as resoluções ficam só no papel**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Acho que é difícil, vejo que no mínimo 80% disso aqui não foi efetivado. Estou chegando a crer que nenhuma. Ninguém falou de Conferência na minha frente, não se fala nem em missão da Secretaria e nenhum gestor, diretor, falou: não, as prioridades são as da Conferência. Assim, a influência é tímida, são poucas as coisas que a gente chega a cobrar, mas não teve assim uma expressão do que foi discutido, pois o pessoal que estava na direção buscava, vamos dizer interesses pessoais ou estava pagando favores. Nesse sentido, acho que não teve grande influência nas deliberações políticas, não. A gestão ainda não dá muita importância para a Conferência, se faz a Conferência porque é lei, está na lei aí vai lá e faz e por isso fica só no papel, pois quatro anos é pouco pra você tentar colocar tudo em andamento direitinho. Além disso, algumas coisas a gente viu que não teria como ter um embasamento nem legal, nem prático, que seria jogar dinheiro da saúde pública fora, então nós não executamos. Também, o Conselho de Saúde não conseguiu ver os resultados da Conferência implementados em políticas públicas, não conseguimos ver, até porque até hoje se você procurar o plano de saúde da Secretaria Municipal de Saúde você não vai ter. Tem um relatório de gestão fundado em um plano de ação da Secretaria de Planejamento do município, que não verificou as deliberações da Conferência. Nós não conseguimos sequer publicar o resultado final das deliberações da Conferência, embora nós tenhamos insistentemente levado para o gestor [...] Não conseguimos dar publicidade aos resultados da Conferência [...] nós também não conseguimos avançar das propostas para as políticas. Existiram várias propostas que realmente a administração implementou, mas sem olhar para o resultado da Conferência, de repente foi coincidência [...] ou foram tomadas por algumas medidas políticas, como por exemplo indicação de vereadores que foram muito mais consideradas do que as deliberações da Conferência. Há uma Conferência, pessoas gastam horas e horas debatendo, discutindo,

levantando propostas e depois os responsáveis por essas mudanças não dão tanta importância a esse documento. Sempre se esbarra numa coisa só que é a questão financeira, do recurso que vem pra saúde já vem direcionado para "n" coisas que tem que realizar e não tem como estar complementando ou melhorando para fazer outras ações. Sendo assim, efetivamente, eu acho pouca influência, no município as pessoas não fazem uso depois do relatório da Conferência. A gente agora está terminando de reconstruir o orçamento do município e o pessoal não usa nem os indicadores epidemiológicos, quanto mais o relatório da Conferência. Acredito que não se teve o intuito de pegar tudo aquilo que foi definido na Conferência para se fazer o plano. Por exemplo, a Secretaria de Planejamento da Prefeitura, tem um negócio que eles chamam de levantamento de necessidades, e seria como se fosse o papel da Conferência Municipal de Saúde que levanta as necessidades, só que de forma indireta e fria, então não tem um papel deliberativo e aí acaba que esse levantamento está, é como eu posso dizer, tá norteando mais a gestão municipal do que a Conferência propriamente dita que é instituída por lei. No entanto, eu acho que se tivesse sido colocado todas aquelas políticas ali, e começado aquelas políticas que foram tratadas na Conferência, talvez a saúde [...] tivesse melhor.

## **5. IC-C: A conferência influencia mais ou menos a gestão da saúde do município porque as propostas são pouco implantadas no cotidiano da gestão**

### **Discurso do Sujeito Coletivo**

Sim e não. 50% sim, elas são resolvidas, mas 50% não são. Ela tem pouca influência. Sendo assim, é pequena porque o conteúdo das propostas que são aprovadas é muito pouco explorado no cotidiano da gestão da saúde. Nem o Conselho de Saúde consegue dar conta de estabelecer uma pauta cotidiana para tratar dos temas e das diretrizes levantadas na Conferência. A gestão então, se pauta nos problemas que aparecem todo dia nas políticas, fica gerenciando tudo e acaba não utilizando o conteúdo das Conferências como norte. Portanto, as propostas que foram colocadas na Conferência, muito pouco hoje se tornaram realidade [...], mais pela gestão política do que realmente o resultado da Conferência [...] esse resultado realmente a gente não consegue perceber no município mesmo que ela tenha buscado fazer o PPA, buscando a Conferência, mas é muito superficial, muito pouco ainda. Por exemplo, muitas propostas não foram concretizadas porque não seguiram o tempo desse plano municipal de saúde que ficou engavetado. A gente não teve assim relato de que de fato se realizaram tudo que foi autorizado na Conferência, algumas coisas sim. Mas mesmo assim, embora a gente veja pouca coisa, acredito que teve melhorias nessa época pós-Conferência.

### **Comentários:**

Os três discursos do sujeito coletivo são bastante expressivos e evidenciam os modelos e as ideologias que informam o debate sobre a efetividade do poder comunicativo das conferências sobre o poder executivo municipal. O primeiro assegura que a influência existe e orienta todo o processo de tomada de decisão na gestão e no planejamento municipal da saúde, de curto e longo prazo, as deliberações são monitoradas pelo conselho, procura “traduzir” a linguagem e incorpora as demandas da população: “As pessoas ainda se baseavam em coisas assim que são muito locais do próprio bairro, não pensando em coletividade. Então a gente teve que muitas vezes estar reformulando os pedidos para que pudessem abranger todo o município” (5.IC-A). Poderíamos afirmar que este discurso reflete a proposta da governança democrática (FUNG, 2004; SANTOS J.R., AZEVEDO e RIBEIRO, 2004) ou como descrita por Peters (2001), quando constata a disseminação do poder em várias redes de políticas e o envolvimento do governo junto com muitos outros atores cuja multiplicação no processo decisório governamental gera a governança democrática. Este discurso também incorpora a perspectiva da gestão comunicativa, como definida por Rivera (1995), ancorado em Habermas (1987a) quando afirma que o pensamento de Habermas possibilita uma nova perspectiva à teoria das organizações em que a comunicação exerce seu poder de influência por meio do entendimento intersubjetivo, em lugar apenas do uso do poder e da hierarquia. O segundo discurso nega enfaticamente a influência da conferência sobre a gestão municipal, apelando para duas categorias distintas de argumentos: um que responsabiliza a própria conferência pelo fato e outro que o atribui a falta de vontade política e desorganização da gestão municipal da saúde. Este DSC é muito semelhante ao 1.IC-E, encontrado na primeira questão. O primeiro argumento pode ser sintetizado na fala: “[...] se faz a Conferência porque é lei, está na lei aí vai lá e faz e por isso fica só no papel, pois quatro anos é pouco pra você tentar colocar tudo em andamento direitinho. Além disso, algumas coisas a gente viu que não teria como ter um embasamento nem legal, nem prático, que seria jogar dinheiro da saúde pública fora, então nós não executamos.” (5.IC-B). O segundo argumento justifica a ausência da influência afirmando que o gestor e as pessoas responsáveis pela gestão da saúde não dão importância às deliberações, sequer as tornam públicas, e que são os interesses pessoais, os favores ou as indicações dos vereadores que determinam as prioridades. Além disso, a gestão da saúde não usa informações nem epidemiológicas, nem das deliberações, ou usa levantamento de necessidades elaboradas de forma tecnocrática pelo planejamento geral da prefeitura, não elabora planos de saúde ou, se elabora, não os utiliza.

Este discurso traz dois argumentos importantes. O primeiro refere-se ao modelo de gestão rotineiro e dependente de um perfil de gestor centralizador, na contramão das tendências contemporâneas da liderança organizacional apoiada na competência comunicativa e nos valores democráticos (RIVERA e ARTMANN, 2006). O segundo argumento introduz o tema do clientelismo que influencia algumas vezes as políticas e as práticas sanitárias no município e que é considerado uma característica marcante da cultura política do país, como muito bem analisado por Costa (2007).

Um terceiro discurso fica no meio termo, afirma ter a conferência alguma influência, pequena, porque as deliberações não são aproveitadas no cotidiano da gestão, que fica presa aos problemas emergenciais do dia a dia. Mesmo que tenha sido feito um esforço de incorporar as demandas da conferência ao Plano Plurianual (PPA) não há garantias do seu cumprimento, até porque o próprio conselho não monitora e nem cobra o cumprimento das diretrizes da conferência. Em síntese, este discurso do sujeito coletivo espelha o modelo de gestão rotineiro, retratado no parágrafo anterior, onde o planejamento é incipiente, não há cobrança e prestação de contas, apesar de ter uma posição política favorável, ou simpática, à participação social na gestão municipal da saúde. Para Fung (2004) as políticas públicas podem ser efetivas se dão oportunidade aos que serão objeto da intervenção de criticá-la, considerar suas justificações e modificá-las, se necessário, além de aperfeiçoar os aspectos da implementação. Se os participantes e seus representantes percebem que suas demandas não conseguem ser ouvidas e consideradas, há sério risco de perda de legitimidade da conferência e da busca dos atores de outros espaços e estratégias para encaminhar suas demandas, como demonstra o estudo de Côrtes (2009) sobre o conselho nacional de saúde. Um espaço público tem poder apenas quando seus resultados deliberativos influenciam as decisões públicas. Nancy Fraser (1992) denomina de públicos fortes os que exercem autoridade e têm decisões vinculativas. Quando é necessário maior controle social sobre o Estado ou quando se coloca em jogo as decisões sobre as políticas, há um fortalecimento desse espaço. As decisões são levadas mais a sério.

**7.3.6** A questão “**Quais as medidas adotadas pela secretaria municipal de saúde para cumprir as deliberações da conferência?**” dirigidas ao gestor municipal e ao responsável pelo planejamento municipal produziu dois discursos do sujeito coletivo “Gestor” expressos pelas ideias centrais abaixo:

A secretaria municipal de saúde adota medidas pontuais para cumprir as deliberações da conferência	A secretaria municipal de saúde não adota medidas para cumprir as deliberações da conferência
--	---



## **6. IC-A: A secretaria municipal de saúde adota medidas pontuais para cumprir as deliberações da conferência**

### **Discurso do Sujeito Coletivo “Gestor”**

O planejamento recebe as deliberações e quando a gente faz o estudo da situação do município, a gente estuda tudo e nós temos uma regra onde a gente analisa e prepara também todas as outras demandas, inclusive as que estão vindo de outras políticas. Então a gente faz um estudo disso e quando se está elaborando o Plano, esse trabalho todo de levantamento das prioridades nacionais, as metas do milênio, por exemplo, o orçamento participativo, a gente usa até aquele documento que o Estado faz para levantar demandas do PPA no Estado. Daí, analisa se as deliberações são compatíveis com aquilo que a política, a necessidade exige. Foi mais em cima dos Planos Municipais que adequando algumas coisas, outras não foi possível por alguns motivos, às vezes questão de dotação que não foi previsto ou não dá tempo para você jogar no orçamento porque muitas vezes naquele ano você não consegue mais, porque o orçamento é feito sempre para o próximo ano. O que veio da Conferência foi o CEO que é o Centro Especializado de Odontologia, o MS se prontificou, o Governo do Estado, a Secretaria de Estado também nos ajudou bastante, conseguimos nessa época cadastrar um PSF, que foram todas deliberações tomadas. Também, foram montadas, dentro do Conselho, comissões para tentar cobrar a Secretaria para conseguir executar. A gente trabalhava meio que em função, conforme o Conselho ia cobrando a gente ia atrás executando. Só que o que fica mesmo da Conferência é aquilo que está na nossa governabilidade. Tiveram algumas situações que foram discutidas com os técnicos e readequadas em nível de serviço e precisavam corresponder com aquilo e de repente era contratação de profissional, era ampliar algumas atividades que estavam sendo feitas, alguns serviços que faziam parte da política que não estavam sendo realizada. Porém, você tem que esperar o outro ano pra você colocar aquilo que ficou definido na Conferência, muitas vezes também o que se definiu em Conferência eu não posso colocar no planejamento porque o Plano Plurianual, que é de quatro em quatro anos, não previa.

## **6. IC-B: A secretaria municipal de saúde não adota medidas para cumprir as deliberações da conferência**

### **Discurso do Sujeito Coletivo “Gestor”**

Não sei se embasaram na Conferência pra fazer o plano. É muito difícil se cumprir aquilo do que não se tem notícia.

### **Comentários:**

Diferentemente do DSC 5.IC-A que afirmava a influência das deliberações da conferência sobre a gestão municipal, discurso classificado por nós como proposta de governança democrática, quando se trata das medidas adotadas os discursos do sujeito coletivo gestor indicam que as deliberações e demandas da conferência não são devidamente valorizadas como problemas a serem enfrentados com prioridade no âmbito da gestão municipal. Apesar de consideradas como temas a serem incorporados à análise de situação, não o são como questões prioritárias que incidem sobre a gestão municipal. Deste modo, as resoluções da conferência que expressam a vontade política da população, são preteridas pelo que “[...] a política, a necessidade exige” (6IC-A), discurso que não especifica quem, quando ou o quê define a política ou a necessidade. Ou então, não são consideradas por falta de dotação financeira ou tempo útil para serem incorporadas ao orçamento, sem referência a encaminhamentos futuros ou são atendidas pontualmente por serem programas federais ou por cobrança do conselho. Este DSC reflete o padrão da organização pública tradicional, analisada no capítulo quarto e quinto, para a qual o relatório da conferência é apenas mais um insumo a ser processado nos prazos e fluxos ferreamente determinados. Também são consideradas apenas aquelas demandas sob governabilidade da gestão municipal, descartando-se as demais sem menção à construção de viabilidade. Finalmente, um DSC mais radical “É muito difícil cumprir aquilo de que não se tem notícia” (6.IC-B), expressando atitude de rejeição pela deliberação pública das prioridades da saúde da população. Na terminologia adotada pelo planejamento situacional são problemas de baixo valor que não são incorporados à agenda do gestor, não são objeto de processamento tecnopolítico sistemático e não há prestação de contas ou cobrança adequada para o seu cumprimento. O DSC que denominamos do gestor por ser construído a partir das entrevistas apenas de gestores e assessores de planejamento confirma os achados na análise das matrizes da organização e do sistema de direção estratégica da gestão municipal de saúde nos cinco municípios, referida nos comentários à pergunta anterior.

**7.3.7 A questão “Quais as medidas adotadas pelo conselho municipal de saúde para fiscalização e cobrança do cumprimento das deliberações da conferência pela secretaria municipal de saúde?”** formulada aos representantes de usuários e trabalhadores dos conselhos originou três discursos do sujeito coletivo (conselheiro de saúde) classificados de acordo as seguintes ideias centrais:

O conselho de saúde debate o plano e o orçamento para incluir	O conselho de saúde faz cobranças e denúncias para que	O conselho de saúde não toma medidas para fiscalização e
---	--	--

as deliberações da conferência	se cumpram as deliberações da conferência	cobrança do cumprimento das deliberações da conferência
--------------------------------	---	---

### **7. IC-A: O conselho de saúde debate o plano e o orçamento para incluir as deliberações da conferência**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo “conselheiro”**

O conselho está sempre cobrando do município, a gente está discutindo os novos planos de saúde e os orçamentos, a gente quer implementar o que foi discutido na conferência, que seja colocado no plano de saúde e desenvolvido no município a real necessidade da população. Realizamos duas oficinas e o reflexo disso é essa discussão do orçamento que já está na câmara sem ter passado pelo conselho, então, nós batemos duro e conseguimos identificar várias irregularidades, inconsistências na proposta orçamentária, que está sendo reconstruída desde o zero até o final da proposta, com acompanhamento do conselho. Em algumas ações a gente também recorre ao Ministério Público, então, tem os instrumentos legais que você dispõe.

### **7. IC-B: O conselho de saúde faz cobranças e denúncias para que se cumpram as deliberações da conferência**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo “conselheiro”**

Fizemos ofícios, solicitações e cobranças nas reuniões com o secretário e encaminhamento de denúncias, foi o que nós conseguimos fazer. O conselho tem as suas comissões, as demandas vêm para essas comissões através de denúncias ou mesmo pela rotina que elas vão trabalhando. Nas reuniões ordinárias toda vez que nos eram levados documentos para apreciação ou aprovação, eles eram conferidos e pedido que se cumprisse, no mínimo, aquilo que se enquadrava em alguma determinação. A gente cobrava, chegava para a Secretária e falava: - isso aqui não está certo, a gente quer do nosso jeito, a gente tem que ver as normas e as regras, aí sim começou a andar o conselho. Entretanto, foi um pouco passiva nossa atuação, poderíamos ter avançado, você não fica 100% à disposição do conselho, então, às vezes há dificuldade em reunir todos os membros da comissão, e até dificuldade de locomoção.

### **7. IC-C: O conselho de saúde não toma medidas para fiscalização e cobrança do cumprimento das deliberações da conferência**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo “conselheiro”**

A gente não tem aquela prática de acompanhar a conferência, a gente sabe mais ou menos como está indo, o que está planejado, mas sabe que não está sendo cumprido, é tipo apaga o fogo. A única coisa que a gente pede é que cada diretor coloque o que foi feito na sua diretoria com relação aquilo que foi feito na Conferência. O controle social ainda é muito frágil, eu sinto que o pessoal não gosta de participar das comissões, nós temos pouca gente para trabalhar, para manter o conselho ativo, são as mesmas pessoas, todo mundo também só pensa no próprio umbigo. Quando a gente pensa que vai melhorar, a questão é política, enquanto a gente continuar com esse povo..., o controle social precisa melhorar mais. Nós não tivemos dificuldade nenhuma, porque logo que aconteceu a Conferência o que foi aprovado, deliberado, já foi feita a ação, não precisou a gente ficar cobrando.

### **Comentário:**

Há uma gradação nos discursos do sujeito coletivo conselheiro em relação às ações de monitoramento e fiscalização do conselho de saúde sobre as demandas da conferência. O primeiro, proativo, afirma participar ativamente no debate e no encaminhamento de soluções sobre os temas da conferência e do plano municipal de saúde, postura que pode ser caracterizada como deliberativa, crítica e construtiva. Este primeiro DSC pode ilustrar a definição dada por Fung (2004) de que por meio do controle social os cidadãos podem examinar coletivamente as ações e políticas dos representantes, avaliar a direção das políticas de Estado e comparar com suas necessidades e valores para corrigir rumos. Isto é particularmente importante quando a ação estatal está divorciada do interesse público.

O segundo discurso assume posição de cobrança e denúncia, mas, ao mesmo tempo, mais passiva e menos resolutiva “[...] foi um pouco passiva nossa atuação, poderíamos ter avançado, [...]” (7.ICB). Este DSC reflete o controle social mais no seu aspecto fiscalizador e separado da gestão pública, quaisquer que sejam as razões.

Finalmente um terceiro discurso assume que o conselho não tem prática e nem prioriza o acompanhamento das demandas da conferência, seja por fragilidade do conselho, seja pelo baixo grau de compromisso da maioria dos conselheiros, seja porque não foi preciso, pois a gestão municipal colocou em prática o que foi aprovado na conferência.

O fato é os discursos parecem refletir as distintas práticas e condições de atuação dos conselhos em relação à sua função de controle social ou *accountability* da gestão e em relação à importância que atribuem à conferência de saúde, independente das razões que as fundamentem. Não se pode esquecer que a orientação e o projeto político-ideológico podem favorecer ou dificultar as práticas do conselho.

**7.3.8** A questão “Quais as medidas adotadas pela câmara municipal de vereadores para fiscalização e cobrança do cumprimento das deliberações da conferência pela secretaria municipal de saúde?” similar à anterior, mas formulada aos representantes do poder legislativo municipal também originou três discursos do sujeito coletivo (vereador) categorizados pelas idéias centrais do quadro a seguir:

A câmara debate e delibera sobre o resultado da conferência	A câmara faz cobranças e denúncias visando o cumprimento das deliberações da conferência	A câmara não toma medidas para fiscalizar e cobrar o cumprimento das deliberações da conferência
---	--	--

### **8. IC-A: A câmara debate e delibera sobre o resultado da conferência**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo “vereador”**

Fizemos a leitura das propostas em plenário apontando as que foram levantadas para o conhecimento dos vereadores, inclusive requerendo que fosse dada publicidade oficial para cada uma daquelas propostas. A gente não consegue trabalhar com todas, mas para aquelas propostas apresentadas ali, tentar identificar as ferramentas que a gente tem no Parlamento, para poder dar uma contribuição para a viabilização delas. Por exemplo, demandas que são levantadas nas Conferências como a necessidade de construção de uma unidade de saúde, a gente utiliza da ferramenta que é a indicação ao Poder Executivo, para que este tome a providencia de implantar aquela unidade, de implantar um PSF num determinado bairro que hoje não tem cobertura do PSF. Outro exemplo é, durante o processo orçamentário, apresentar emendas ao orçamento para tentar assegurar no orçamento recursos para viabilizar determinadas propostas constantes da Conferência. Há coisas também, que são determinadas por lei federal e que não são cumpridas, então você tenta através de uma ferramenta que é a Audiência Pública forçar o debate da prestação de contas da saúde no município, chama a Audiência e ela acontece. Então, são ferramentas que o Legislativo tem e que a gente utiliza para poder de alguma forma contribuir para viabilizar na prática as propostas que são apresentadas nas Conferências.

### **8. IC-B: A câmara faz cobranças e denúncias visando o cumprimento das deliberações da conferência**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo “vereador”**

Nós temos uma Câmara muito atuante que fiscaliza realmente, que participa, então a gente cobra as ações. Tem muitas ações que dependem de projetos a serem encaminhados

pela Câmara e a gente fiscaliza se elas estão sendo cumpridas. Outro aspecto é a dificuldade de cumprimento da lei, por exemplo, a Prefeitura não cumpre a lei, aí a gente lança mão de outra ferramenta que é denunciar isso ao Ministério Público, para este pressionar e forçar a Prefeitura com notificação, com o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). O gestor às vezes não vem para a audiência participar, aí você também aciona o Ministério Público. A Câmara Municipal naquela época fazia muita cobrança para a Secretaria e tenho certeza que fez a sua parte, se não aconteceu foi pela Secretaria de Saúde, porque a obrigação é do Secretário de Saúde. A Câmara se faz representar pelos seus vereadores que estão presentes na Conferência e é mais no contato com o Secretário, com a equipe da saúde para você verificar. Enfim, é tentar a partir do conteúdo das propostas utilizar as ferramentas que a gente tem tanto na legislação quanto de fiscalização dos atos do Executivo para contribuir para a viabilização dela.

#### **8. IC-C: A câmara não toma medidas para fiscalizar e cobrar o cumprimento das deliberações da conferência**

##### **Discurso do Sujeito Coletivo “vereador”**

Não existe de fato um controle mais rigoroso da Câmara Municipal acerca da cobrança do que foi deliberado na Conferência, não existe efetivamente pontuado numa cobrança. Sinceramente, eu acho que não foi tomada medida nenhuma, porque esse documento eu recebi agora, vim tomar conhecimento disso essa semana, porque eu estava envolvida em outros projetos. Então, não necessariamente vinculada à deliberação da Conferência, mas teve uma participação nossa com relação a um programa de saúde.

##### **Comentário:**

Também similar à questão anterior, há uma gradação nos discursos do sujeito coletivo vereador em relação às ações de monitoramento e fiscalização da câmara municipal sobre as resoluções da conferência. O discurso 8.IC-A revela comprometimento do legislativo com as demandas da conferência municipal de saúde: procura ativamente encaminhamentos e soluções, como torná-las públicas, debater em plenário, fazer indicações ao poder executivo, apresentar emendas ao orçamento e propor audiências públicas para forçar o debate sobre a prestação de contas da gestão. Poderíamos caracterizar este discurso como comprometido e resolutivo em relação à saúde pública. O discurso 8.IC-B também enfatiza a ação legislativa, mas prioriza as atividades voltadas para a fiscalização, a denúncia e a cobrança, sem tanta preocupação com medidas para solucionar os problemas. E também nos deparamos com um

discurso do sujeito coletivo vereador que revela a ausência de medidas do poder legislativo sobre as demandas da conferência, revelando uma posição de omissão em relação ao problema. Em todo caso é significativo que haja discursos que revelem a disposição do legislativo municipal de *accountability*, ou seja, fiscalizar, cobrar e encaminhar soluções comprometidas e articuladas com as instâncias institucionalizadas de participação social como a conferência e o conselho de saúde.

**7.3.9** A questão “**Quais são as ações do ministério público para acompanhar o atendimento das deliberações da conferência pela secretaria municipal de saúde?**” formulada aos representantes do ministério público estadual teve como resultado dois discursos do sujeito coletivo (promotor) apresentados abaixo:

O ministério público toma medidas para acompanhar as deliberações da conferência	O ministério público deveria tomar medidas para acompanhar as deliberações da conferência
--	---

## **9. IC-A: O ministério público toma medidas para acompanhar as deliberações da conferência**

### **Discurso do Sujeito Coletivo “promotor”**

Há muito o que se fazer. A gente tem feito Audiência Pública e assim, eu acho que o principal controle do Ministério Público é social. Nós tínhamos uma equipe na Promotoria, pelo menos até a última Conferência, de Assistente Social que fazia acompanhamento tanto das Conferências como das diferentes reuniões do Conselho Municipal de Saúde. É dessa maneira que a gente tenta realizar, e obviamente os documentos da Conferência são elementos jurídicos extremamente importantes para nós porque como se incorporam no ordenamento jurídico, eles podem ser cobrados judicialmente quando em discussão. O primeiro ponto é verificar como que essas deliberações se concretizam, se essas deliberações feitas nas Conferências Municipais de Saúde, como é que elas são trabalhadas pelo município, se forem trabalhadas no planejamento, na elaboração da política nós temos muito pouco a fazer, a não ser monitorar e acompanhar esse processo, porque essa atribuição da formulação da política é uma atribuição inserida no ato de governo, no ato de gestão, na qual não cabe a interferência do Ministério Público nesse processo. Essa política que já foi deliberada pela Conferência, que foi inserida no orçamento público como prioridade para ser atendida pelo município, nesses casos onde há concretiza..., onde deveria ocorrer essa concretização e por qualquer

atitude irregular ou indevida do gestor, ela não foi concretizada, aí sim cabe a ação do Ministério Público.

## **9. IC-B: O ministério público deveria tomar medidas para acompanhar as deliberações da conferência**

### **Discurso do Sujeito Coletivo “promotor”**

Não, não sei nem sequer se foi encaminhado o que ficou decidido na Conferência para o Ministério Público, às vezes nós não somos convidados, e às vezes o que acontece, o que é determinado lá, o que é seguido, o que é decidido não é encaminhado ao Ministério Público. Acho assim que tem que ter, também nas conferências e até com o pessoal da saúde, com a própria Secretaria de Saúde ter mais interatividade do Ministério Público com, com nas conferências, maior participação para que a gente possa acompanhar mesmo a implementação das políticas, porque o que chega para a gente é para apagar fogo e esse é o problema. Infelizmente quando a situação chega para a gente não dá para ficar acompanhando política, a gente tem que agilizar a ação para pedir na verdade um atendimento médico adequado, um atendimento de saúde adequado e imediato. Mas, a nossa função é ir até lá saber como que foi a Conferência, quais foram as deliberações, então, aí existe uma falha do Ministério Público.

### **Comentários:**

Os discursos do sujeito coletivo promotor de justiça enfatizam algumas das medidas promovidas e outras que poderiam vir a ser. Entre as primeiras é ressaltada a iniciativa da audiência pública como mecanismo de *accountability* social e o acompanhamento das deliberações da conferência e do conselho de saúde por parte de equipe do próprio MP, que considera as deliberações da conferência como elementos jurídicos importantes porque podem ser cobrados judicialmente, mas revela os limites da sua ação para acompanhar o processo de elaboração da política e do planejamento, considerados como atos da esfera da gestão, do executivo. Neste caso, só cabe a interferência do MP se não houver concretização das medidas em decorrência de irregularidade cometida pelo gestor. O outro discurso afirma que nem sempre o ministério público é convidado ou recebe o relatório final da conferência e tem pouca interação com a gestão e os servidores da saúde para acompanhar a implementação das políticas. Em geral, atua para demandar algum atendimento médico imediato, para apagar fogo. Este discurso reconhece que o ministério público poderia ter ação mais ativa: “[...] nossa função é ir até lá saber como que foi a Conferência, quais foram as deliberações, então, aí existe uma falha do Ministério Público.” (9.IC-B). Tais quais os discursos produzidos pelo



legislativo municipal, os discursos do Ministério Público revelam sua disponibilidade para a aproximação e colaboração com a gestão municipal da saúde e para promoção do *accountability* social de modo articulado com a conferência e o conselho municipal de saúde.

**7.3.10** A décima questão, “Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa à entrevista ou fazer outro comentário?” trouxe basicamente manifestações voltadas para a importância da devolutiva dos resultados da pesquisa aos entrevistados e à coletividade municipal para que possam conhecer melhor a realidade e transformá-la.

#### **7.4 Uma síntese triangulada (i)**

A análise documental e a entrevista com os assessores de planejamento, coordenadores da conferência e secretários-executivos dos conselhos de saúde dos cinco municípios estudados nos permitiram constatar a existência de razoável divulgação da realização da conferência municipal de saúde, mas a publicidade dos seus resultados é encontrada em apenas dois municípios, o que provavelmente está associado à questão da efetividade das deliberações. Verificamos a pluralidade de representação dos interesses dos diferentes grupos sociais, inclusive de alguns historicamente excluídos da agenda pública, mas o processo de seleção e escolha de representantes na conferência ainda é questão em aberto devido à diversidade e/ou inexistência de práticas e procedimentos mais inclusivos. A definição da agenda é fortemente influenciada pelo conselho nacional de saúde em detrimento dos atores locais. Houve regras aprovadas por todos para a deliberação, mas o acesso à informação e à deliberação ainda é insatisfatório para que o processo de deliberação pública possa ser mais inclusivo e legítimo nos municípios estudados. Por outro lado, a gestão da saúde nos cinco governos municipais possui relativamente alta governabilidade em relação à gestão de pessoas, mas baixo grau de governabilidade em relação à gestão financeira. A capacidade da gestão sanitária é alta em relação à disponibilidade de recursos financeiros (comparados à norma legal), mas a disponibilidade de trabalhadores de saúde (comparados ao padrão estadual) é insuficiente em três municípios e suficiente em dois, feita a ressalva de que o mínimo exigido pelas normas ou médias nem sempre guardam relação com as reais necessidades de investimentos dos governos para enfrentar as necessidades e demandas por saúde da população. Entretanto a gestão da saúde é deficiente em relação à capacidade de planejamento, com exceção do município de Cuiabá e, parcialmente, Diamantino. Também fica patente o poder do chefe do executivo municipal na definição das prioridades da saúde em quatro dos cinco municípios (no quinto não há informação). Os gestores municipais da

saúde são proativos na construção de viabilidade junto às instituições do próprio setor, demandando bem menos as instituições extra-setoriais, o que assinala o insulamento da gestão da saúde e suas dificuldades para estabelecer vínculos com o sistema político e social local e regional. Estas características da gestão sanitária dos cinco governos municipais nos informam que o modelo de gestão governamental apresenta governabilidade e capacidade suficiente, mesmo com as devidas relativizações e as diferenças observadas entre os municípios, para o encaminhamento de soluções para muitas das demandas das conferências. Estas conclusões são reforçadas quando analisamos o sistema de direção estratégico da gestão municipal de saúde, na perspectiva do planejamento situacional e da teoria organizacional de Matus (1996). Verificamos nos municípios estudados que os problemas da população priorizados nas conferências são pouco valorizados pela gestão e os problemas do cotidiano dos serviços, pela gerência por operações, e, em consequência, são pouco incorporados ao protocolo de problemas a serem processados. A organização pública da saúde não consegue “ouvir” estas demandas, a cobrança é insuficiente, sobretudo por parte dos sujeitos mais interessados, os usuários e membros do conselho de saúde. A prestação de contas da gestão da saúde existe, mas de modo formalístico, não correlaciona metas à resultados. Prevalece o caráter pouco comunicativo da gestão e a visão hierárquica da administração, baseados na racionalidade instrumental. O papel dos conselhos em relação às conferências também é pouco expressivo e manifesta-se de modo frágil em apenas dois municípios, sendo inexistentes nos demais.

Por outro lado, a complexidade da análise dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) sobre as conferências municipais de saúde deve-se à própria polissemia dos conceitos, como também à inter-relação das questões. Desde logo o método do Discurso do Sujeito Coletivo prestou-se de modo admirável aos objetivos propostos pelo estudo de caso e, sobretudo, por sua adequação à tradução empírica das categorias e conceitos da teoria discursiva da democracia e da política deliberativa. Um dos principais achados do estudo de caso foi a ocorrência de discursos conflitantes em quase todas as questões, que interpretamos como discursos concorrentes que refletem diferentes visões de mundo dos sujeitos individuais e coletivos. Esta diversidade também observamos nos achados da outra abordagem metodológica, baseada na análise das matrizes, que reforça alguns dos discursos e põe em pauta outros, nos diferentes municípios. Os DSC encontrados atribuem sentido à influência das conferências, à representatividade, ou não, dos participantes, aos procedimentos que eventualmente garantam a legitimidade das deliberações e as medidas adotadas pelas instituições para o encaminhamento de suas resoluções. Assim, na primeira questão, os

Discursos do Sujeito Coletivo referentes à opinião dos entrevistados sobre a conferência municipal de saúde compõem um amplo repertório e retratam bem a diversidade de pontos de vistas encontrados entre os atores que participam da política pública de saúde em relação ao tema. Todos os discursos mostram a conferência de saúde municipal como um evento social e político importante e positivo, mas se diferenciam em relação ao argumento que a justifica e legitima. Desse modo, nos diferentes discursos encontramos ênfase sobre a conferência como fórum para levantamento de problemas e demandas, como instrumento do planejamento, como esfera pública onde se dá a representação de interesses dos sujeitos sociais, como espaço do controle social, como fórum educativo e como espaço político e democrático. Mesmo aquele que relativiza sua influência, como o DSC da IC-1 E (p. 226), não deixa de reconhecer sua importância, quando questiona a qualidade da deliberação, sua pouca racionalidade e razoabilidade: “[...] Levantar todos os problemas e demandar soluções para tudo [...]”, mas também atribui responsabilidades ao gestor e à gestão pela sua pouca efetividade. Importante também o discurso (IC-1 F, p. 227) sobre a conferência como fórum educativo para facilitar o acesso à informação e formar opinião sobre temas de interesse comum por meio da conversação e do debate, na perspectiva de superar ou minorar as desigualdades ou assimetrias existentes no debate público real e, desse modo, aprimorar a opinião e contribuir para a formação da vontade política dos sujeitos envolvidos, temas que também nos remetem à literatura (FLEURY e OUVÉRY, 2008; MANIN, 2007; FUNG, 2004).

A importância dos aspectos procedimentais, das regras, tanto na garantia do acesso à deliberação, como no próprio processo deliberativo, seja para afirmar ou negar a igualdade em um e outro caso, são valorizados nos discursos encontrados. Os argumentos são consistentes em todos os DSC. A regra da paridade sustentada pelo discurso 2.IC-A (p.230) que afirma a igualdade de acesso e “[...] foi uma regra que permitiu a participação de todos e só não participou quem não quis” é contraposta por aquele (2.IC-B, p. 230) que atribui barreiras de acesso à própria regra da paridade “[...] existiam algumas que não entravam, que tentavam entrar, mas que não puderam por conta da paridade, então algumas regras atrapalham.” Do mesmo modo, em relação à igualdade de condições para a participação, os discursos também são concorrentes. O discurso que assegura serem as regras garantia para igualdade de condições para a participação (2.IC-C, p. 231) baseia-se na existência das normas regimentais, assinala a importância do formato do processo conferencista e enfatiza a possibilidade dos participantes aprovarem as normas do debate, o regimento da conferência. Por outro lado, o que questiona a garantia da igualdade de condições para a participação critica a falta de

clareza das regras e a imposição de temas muito gerais e sem vínculo com a realidade local. E ainda há outro discurso (2.IC-E, p. 232) que afirma a desigualdade das condições de participação em decorrência do desinteresse das pessoas, à condução do evento e, sobretudo, à assimetria entre pessoas e grupos sociais. As críticas que objetam que o processo deliberativo deixa em desvantagem aqueles que não falam tão bem, ou falam de modos que são desvalorizados pela cultura dominante não consideram que os espaços públicos devem ser construídos de forma que acima de tudo seja permitido que aqueles sem vozes e vontade possam encontrá-las e formá-las (FUNG, 2004). Daí a necessidade de adaptar as regras a este imperativo que passa pela linguagem e por seus modos de expressão como o relato de suas dificuldades e necessidades, o testemunho, a explicitação dos conflitos e tensões dos interesses divergentes e pelo formato que garanta o direito de expressão e tempo suficiente para isto, ainda de acordo com Fung (2004). Importante salientar que o próprio fato de estar participando de uma interação lingüística já nos remete à existência de regras, como vimos no paradigma da linguagem (HABERMAS, 1987a). Na perspectiva da teoria discursiva da democracia a deliberação é um processo de discussão pública no qual os participantes oferecem propostas e justificações para sustentar decisões coletivas (HABERMAS, 2003). Nesta leitura não se exige igualdade, simetria, de saberes e experiências entre as pessoas para legitimar a deliberação, pois sempre existirão diferenças entre elas, mas trata-se de garantir, mesmo que, contrafaticamente, a igualdade de acesso, de atos de fala, de propor temas, questionar a agenda e as regras do procedimento.

A deliberação pública é entendida de modo genérico em relação às suas regras e estruturação, que não dependem de temas particulares, mas a escolha do tema orienta e organiza o processo de deliberação em espaços públicos reais, como uma conferência de saúde. Em relação às políticas públicas os cidadãos podem contribuir muito, desde prover informações sobre suas necessidades e preferências até fazer escolhas justas e legítimas porque resultam de argumentos fundamentados e não de vantagens arbitrárias como poder, dinheiro, status ou o desempenho. A deliberação ajuda os participantes a aclarar suas próprias ideias (MANIN, 2007; COHEN, 2007; FUNG, 2004). Por outro lado, as regras devem permitir o acesso a todos os interessados, pois a deliberação só terá legitimidade se contar com a concordância daqueles que sofrerão suas consequências. Para alcançar resultados mais equitativos nas políticas públicas torna-se obrigatório pensar alternativas de inclusão daqueles tradicionalmente excluídos do debate público. Na análise da matriz da política deliberativa vimos como as regras da publicidade, da pluralidade e da igualdade deliberativa reforçam a

importância das regras e procedimentos para a garantia de uma deliberação pública de qualidade.

Também há discursos concorrentes sobre a possibilidade das conferências representarem os interesses gerais da coletividade ou apenas os interesses particularistas, de grupos ou segmentos, ou até mesmo individuais. O DSC 3.IC-A (p. 236) é afirmativo em relação à representação dos interesses gerais e sustenta que houve participação ativa e responsável daqueles “[...] que mais têm necessidade da utilização do serviço público na área da saúde.” Outro discurso assinala que apenas uma parcela dos participantes estava realmente interessada em chegar ao consenso sobre o interesse da comunidade e contribuiu nesse sentido. Um terceiro assegura que as pessoas se preocupam apenas com elas próprias e que pouco se importam com o usuário e com a saúde da população. A visão da política deliberativa é que se deve articular representação e deliberação para que os representantes defendam os interesses gerais e dos seus segmentos. Outra questão é como os DSCs atribuem sentido à representação das pessoas. O primeiro deles sustenta que os delegados eram representativos porque a sociedade estava representada, os delegados representavam cada um dos segmentos (4.IC-A, p. 238). Este DSC sustenta que a conferência seria uma espécie de assembleia geral que refletiria o conjunto da sociedade, um “espelho” da sociedade como um todo (MIGUEL, 2003). Um segundo DSC relativiza a representatividade dos participantes e afirma que o processo é formalista, paritário no papel (4.IC-B, p. 239), e que apenas uma parcela dos delegados era representativa, pois os demais estavam lá por obrigação. Está implícito o argumento da necessidade da existência, não apenas formal, de processos coletivos e participativos de escolha. Há também um discurso que nega a representatividade e afirma que os delegados representam eles próprios, não representam o cidadão comum (4.IC-C, p. 240), enfatizando, implicitamente, a importância da existência de vínculos efetivos entre representantes e representados. Um quarto DSC (4.IC-D, p. 241) destaca a importância da deliberação e da votação entre os segmentos para a escolha dos delegados em plenária, durante a conferência. E também temos o DSC que assinala a importância do conhecimento e da experiência sobre o tema para assegurar a representatividade, aspecto ressaltado por Avritzer (2007) para os casos de representação da sociedade civil, conforme o quadro I, no capítulo I desta tese. Os DSC encontrados ressaltam a diversidade de interpretações sobre a noção de representatividade. Mesmo concordando que a regra da paridade é um passo à frente no sentido de garantir a maior presença daqueles que serão atingidos pelas deliberações e decisões tomadas no fórum, chama a atenção o fato de que praticamente não se questiona como ela é interpretada, nem como é aplicada nas diferentes situações. Na teoria política

tradicional, vista no primeiro capítulo, a delegação tem instruções vinculativas e a ela se atribui a representação de interesses dos segmentos e grupos sociais, enquanto se atribui à fiduciária a representação dos interesses gerais. Observamos que a noção de vínculo e da prestação de contas dos representantes aos seus representados, não aparece nos discursos, o que sugere que o modelo de autorização é menos delegado e permite ao representante agir de acordo com suas próprias preferências e valores. A legitimidade do processo de escolha prévia dos participantes na conferência não é objeto de questionamento nos DSC encontrados. O problema daqueles que se omitem durante o processo deliberativo é mais complexo e, segundo Manin (2007), podemos considerar legítimo o resultado no qual cada um estava apto a participar, escolher entre diversas opções e permanecer livre para aprovar ou recusar as conclusões desenvolvidas a partir do argumento. A noção de representação das diferentes identidades aparece com ênfase nos discursos dos sujeitos coletivos, o que demonstra a importância atribuída pelos sujeitos sociais à noção de pluralidade (HABERMAS, 2003; COHEN, 2003). Finalmente, como defende Urbinati (2006), o estatuto da representação política implica continuidade do vínculo entre representante e representado, o que somente será possível no caso das conferências municipais de saúde se houver uma relação mais efetiva e permanente com o conselho municipal de saúde, responsável em última análise pelo monitoramento das deliberações da conferência.

Em relação à influência da conferência sobre a gestão municipal de saúde, ou seja, a efetividade do poder comunicativo foram identificados três discursos, com dois campos de sentido: o que afirma e o que nega a influência. Um dos DSC encontrados assegura que a influência existe e orienta todo o processo de tomada de decisão na gestão e no planejamento municipal da saúde, de curto e longo prazo, as resoluções são monitoradas pelo conselho, a gerência de operações procura “traduzir” a linguagem dos sujeitos e incorpora as demandas da população. Este DSC espelha a proposta da governança democrática (PETERS, 2001; FUNG, 2004; SANTOS J.R., AZEVEDO e RIBEIRO, 2004), ou da gestão comunicativa (RIVERA, 2005; 2006) debatida nos capítulos IV e V desta tese. Outro DSC nega a influência da conferência sobre a gestão municipal, apelando para duas categorias distintas de argumentos: um que responsabiliza a própria conferência pelo fato e outro que a atribui a falta de vontade política e desorganização da gestão municipal da saúde, discurso muito semelhante ao 1.IC-E (p. 227) analisado na primeira questão. O primeiro argumento questiona a pouca racionalidade e razoabilidade das deliberações, ou seja, a qualidade da deliberação: “[...] algumas coisas a gente viu que não teria como ter um embasamento nem legal, nem prático, que seria jogar dinheiro da saúde pública fora [...]” (5.IC-B, p. 244). A segunda linha de

argumentos afirma que o gestor e as pessoas responsáveis pela gestão da saúde não dão importância às resoluções, que são outros os fatores que determinam a política de saúde e criticam ainda a desorganização da gestão da saúde. Há um terceiro DSC que se aproxima do segundo, mas que preferimos destacar, pois assevera ter a conferência alguma influência, embora débil, porque as deliberações não são aproveitadas no cotidiano da gestão, presa aos problemas emergenciais do dia a dia. Todos os argumentos relatados nos três discursos encontram respaldo na discussão feita por nós com base nas matrizes analíticas. Como vimos, a análise da política deliberativa nas conferências mostra que elas têm características de um espaço público deliberativo, mas apresentam deficiências importantes no tocante ao acesso à informação, às práticas deliberativas e à publicidade de seus resultados. Por outro lado, a análise da organização e gestão da saúde municipal e do sistema de direção estratégica da gestão municipal assinalam a concentração decisória nas mãos do chefe do executivo municipal, a pouca capacidade do processo de planejamento e o pouco valor atribuído às deliberações da conferência pelo gestor municipal.

Estes achados são confirmados também nos DSC gestor, quando responde sobre as medidas tomadas pela gestão para cumprimento das resoluções aprovadas nas conferências. Aqui não aparece a proposta da governança democrática encontrada no discurso sobre a influência, analisado anteriormente, indicando a distância entre o poder comunicativo e o poder administrativo (HABERMAS, 2003). As resoluções e demandas da conferência não são devidamente valorizadas como problemas a serem enfrentados com prioridade no âmbito da gestão municipal e, apesar de consideradas como temas a serem incorporados à análise de situação, são processadas iguais às outras demandas que incidem sobre a gestão municipal. Este DSC do gestor reflete o padrão da organização pública tradicional, rotineira, e pouco comunicativa, interna e externamente, como debatido nos capítulos quatro e cinco. Ainda encontramos um discurso do gestor mais enfático: “É muito difícil cumprir aquilo de que não se tem notícia” (6.IC-B, p. 248) expressando atitude de rejeição pela deliberação pública das prioridades da saúde da população. Os DSCs que denominamos do gestor encontram ressonância nos achados da análise da matriz da organização e do sistema de direção estratégica da gestão municipal de saúde nos cinco municípios, referida nos comentários à pergunta anterior.

Os discursos que abordam as medidas adotadas pelo conselho municipal de saúde para cumprimento das deliberações da conferência, os DSC dos conselheiros de saúde, apresentam uma gradação: um primeiro, proativo, que delibera, critica, mas faz proposições com vistas ao encaminhamento de soluções (7.IC-A p. 250); um segundo, com atitude mais orientada para a

denúncia e a cobrança é menos propositivo: “ Fizemos ofícios, solicitações e cobranças nas reuniões com o secretário e encaminhamento de denúncias, foi o que nós conseguimos fazer.” (7.IC-B p. 250 ); e um terceiro que não exerce nem um nem outro papel, seja por fragilidade, seja por que o tema não é valorizado ou por qualquer outra razão: “A gente não tem aquela prática de acompanhar a conferência, a gente sabe mais ou menos como está indo, o que está planejado, mas sabe que não está sendo cumprido, é tipo apaga o fogo.” (7.IC-C p. 251). Os discursos refletem a heterogeneidade das práticas e condições de atuação dos conselhos em relação à sua função de controle social da gestão. Quando confrontamos esses discursos com os resultados da análise da matriz do sistema de direção estratégica da gestão municipal torna-se manifesta também a insuficiente estrutura organizativa do conselho para o exercício da cobrança e controle das ações do executivo, à exceção do município de Cuiabá. Apesar disso, os procedimentos deliberativos para o exercício das suas funções é avaliada como suficiente em três deles. Entretanto, o valor atribuído às deliberações das conferências por parte dos conselhos de saúde foi baixo em dois municípios, e, em outros três, inexistente, evidenciando ausência de continuidade entre os dois processos deliberativos, em prejuízo do processo de monitoramento e avaliação das resoluções e, conseqüentemente, de sua efetividade.

Os discursos que abordam as medidas adotadas pelo legislativo para cumprimento das deliberações da conferência, os DSC dos vereadores, também apresentam gradação similar à encontrada nos discursos dos conselheiros de saúde: um primeiro discurso, propositivo, revela compromisso dos vereadores com as demandas da conferência municipal de saúde. Um segundo discurso enfatiza as atividades voltadas para a denúncia e a cobrança e um terceiro revela a ausência de medidas do poder legislativo sobre o tema. Importante assinalar que a existência de discursos do sujeito coletivo vereador que valorizam o processo conferencista da saúde e procuram alternativas de encaminhamento. Entretanto, estas possibilidades de articulação e construção de viabilidade têm sido muito pouco utilizadas pela comunidade da política de saúde local como vimos na análise da matriz da categoria capacidade de governo. Não se pode olvidar também a disputa pela legitimidade do controle social entre o legislativo e o conselho de saúde, ancorada pelos diferentes modelos teóricos e projetos de participação, deliberação e representação. Situação similar ocorre na relação entre executivo e legislativo municipais, com tendência a ser avaliada sempre como carregada pelos vícios do sistema e da cultura política (COSTA, 2007).

Os discursos do sujeito coletivo (promotor) enfatizam algumas das medidas promovidas e outras que poderiam vir a ser. Entre as primeiras destaca-se a iniciativa da audiência pública como mecanismo de *accountability* social e o acompanhamento das



deliberações da conferência e do conselho de saúde. Este discurso estabelece os limites da sua ação: não acompanha o processo de elaboração da política e do planejamento, considerados como atos da esfera da gestão, do executivo. O segundo discurso declara que em geral atua para demandar algum atendimento médico imediato, para apagar fogo. Acreditamos que os DSC do promotor de justiça assinalam claramente sua disposição para a ação coletiva de accountability das políticas públicas de saúde, incluindo as demandas das conferências e, desse modo, atuar para além da ação individual de garantia dos direitos dos cidadãos cujo acesso aos cuidados de saúde tenha sido obstaculizado ou negado pela administração pública da saúde.

Finalmente a pergunta aberta – o que gostaria de acrescentar? -, traz discursos já relatados com exceção de um que enfatiza a importância da participação da universidade no processo e da devolutiva aos municípios dos resultados alcançados.

O enfrentamento deste quadro exige, inicialmente, mais e melhor cobrança e prestação de contas e, portanto, passa pela mudança do papel e da ação do conselho e do seu caráter deliberativo. Requisito indispensável também é aumentar a capacidade de governo no que se refere ao processo de planejamento acompanhado da maior permeabilidade e comunicabilidade da organização e gestão municipal de saúde e de uma mudança de valores e conceitos do gestor e da equipe técnica, dos representantes dos trabalhadores e usuários da saúde, e não só dos representantes, no sentido de incorporar os valores e práticas comunicativas e democráticos ao processo decisório e as necessidades e demandas da população à agenda decisória. Compartilhamos a proposta de Rivera (1996) na qual a centralidade da gestão repousa na comunicação interna e externa dos grupos de trabalho da gerência descentralizada e da direção estratégica, articulados por um processo de planejamento por problemas cujas palavras-chave são: “processamento sistemático de problemas e soluções” e “processamento criativo em grupos” (RIVERA, 1996, p. 363). Entendemos ainda que a clara definição dos produtos e resultados da gestão municipal de saúde requer a explicitação dos valores democráticos da política municipal de saúde e uma adequada declaração da missão que envolva todos os níveis da organização. Este processo deve ser participativo e deliberativo, em fóruns adequados que incluam também os representantes dos segmentos sociais interessados, e é imprescindível que tenha como eixos centrais as deliberações da conferência municipal de saúde e a análise da situação de saúde.

Em síntese, podemos afirmar que as cinco conferências municipais de saúde estudadas têm características de um espaço público deliberativo, uma micro-esfera pública temática ou micro esfera pública sanitária, onde se encontram representantes da sociedade civil, da

sociedade política e do poder público em condições de deliberação real e onde são cumpridos em parte alguns requisitos para tal, referentes à publicidade, pluralidade e igualdade de condições para deliberação. Contudo, consideramos que necessita melhorar o acesso à informação, as práticas deliberativas, os procedimentos participativos de escolha dos participantes, assim como ter mais autonomia para a definição de sua própria agenda, priorizando por igual os temas e interesses locais e nacionais. Também podemos afirmar que os DSC sobre a conferência municipal de saúde configuram um amplo painel da opinião pública sanitária e têm aspectos complementares, mas também concorrentes, que buscam maior ressonância, seja a curto ou longo prazo, e, por extensão, maior influência na micro-esfera pública sanitária e desta sobre o sistema político e o poder público.

A relação entre a democratização e a descentralização das políticas e da gestão da saúde encontra ressonância tanto na análise das matrizes, quanto nos DSC analisados, embora também tenha questionada sua pretensão de validade por outros discursos que assinalam os limites do modelo de gestão e da organização pública. Não há receita única. Mais democracia, mais descentralização decisória, com mais ação comunicativa parece ser o caminho a trilhar.

#### **4. POSSIBILIDADES E LIMITES DA ESFERA PÚBLICA SANITÁRIA**

Como afirmamos na estratégia metodológica, trabalhamos ancorados em alguns pressupostos teóricos que foram desenvolvidos nos sete capítulos da tese, entre os quais se destacam a importância dos valores democráticos e de novas leituras sobre os mesmos, como a teoria discursiva da democracia, para o processo de elaboração das políticas públicas de saúde, como também a importância de orientar a missão e os objetivos das organizações públicas de saúde no sentido de garantir o direito à saúde. Este estudo foi produto do diálogo e do debate do autor com outros autores e outros sujeitos com os quais compartilha preocupações e valores comuns. A elaboração desta tese insere-se em uma conjuntura específica que também a condiciona, qual seja, o retorno à agenda de debates do tema referente aos limites e possibilidades da participação da sociedade civil no âmbito local na definição das prioridades das políticas e sua influência sobre a gestão da saúde no processo de implementação do SUS. O discurso coletivo na esfera pública sanitária a favor da municipalização tornou-se hegemônico, tendo o conceito de descentralização incorporado valores equivalentes aos da democratização, como vimos no capítulo sexto. Apesar de leituras e argumentos que sinalizam os limites da municipalização da saúde no Brasil, enquanto determinante quase que exclusivo para a democratização e as transformações necessárias das condições de saúde da população, é mais difícil analisá-la criticamente em decorrência da identificação ideológica que adquiriu, quase que sinônimo da reforma da saúde. Daí a necessidade de analisar seu potencial e seus limites nos aspectos relacionados à democratização cujos valores superam a esfera da reforma do Estado e das organizações e inserem-se no campo mais amplo da vida social e da relação Estado e Sociedade. A defesa da descentralização para a reforma do Estado tinha como pressuposto para o movimento da reforma sanitária o ideal da democracia. Mas como pudemos constatar em nosso estudo, se por um lado este pressuposto pode ser parcialmente confirmado, por outro lado não podemos deixar de assinalar que o conceito e as práticas descentralizadoras são condições necessárias, mas insuficientes por si só para assegurar o desenvolvimento do processo participativo e democrático no âmbito das sociedades locais, por meio da inclusão da sociedade civil e dos atores sociais na formulação das políticas e na gestão pública da saúde. Desse modo, julgamos importante na atual conjuntura subordinar o debate sobre o conceito e o processo de descentralização à discussão da teoria democrática tanto no âmbito da relação Estado e Sociedade, como no âmbito da teoria organizacional.

O debate sobre a teoria democrática expôs claramente as dificuldades teóricas e pragmáticas para superar os dilemas colocados sobre a relação entre representação política e participação. A questão da relação entre representação e participação está longe de um consenso, é objeto de diferentes interpretações e possibilita distintas teorias explicativas. As tradições teóricas distinguem-se sobre a importância e o papel que conferem à participação ativa da sociedade civil e o peso atribuído à escolha dos representantes por meio de eleições. A teoria política da representação, de acordo com Urbinati (2006), sustenta que um governo é legítimo se decorre de eleições livres e regulares e se estabelece uma corrente comunicativa permanente entre a sociedade política e a civil, sem exclusividade do Estado e seus agentes, referido a um processo político estruturado nos termos da circularidade entre as instituições e a sociedade, não limitada à deliberação e decisão parlamentar. A participação social também adota o estatuto da representação e todas as formas de participação implicam delegação de soberania, de acordo com Avritzer (2007). A questão é pensar quais são as formas políticas que permitem a expressão da vontade da sociedade. A perspectiva na qual nos apoiamos frente ao dilema representação versus participação é a de uma postura procedimentalista que busca democratizar a representação e estabelecer os procedimentos de consenso para a participação, ancorados em Habermas (2003). De acordo com este autor a existência dos direitos políticos básicos, garantidos pelo sistema político democrático no âmbito do Estado Nacional, é condição indispensável para o exercício da participação social dos atores da sociedade civil. A eleição continua sendo o procedimento democrático preferencial de escolha e autorização, necessária como fonte primária de legitimação das demais formas. Por outro lado é fundamental que todos possam participar de processos deliberativos em condições mais igualitárias. A teoria discursiva não limita a democracia à sua forma de organização político-estatal, centrada no Estado. Democracia é assim uma forma de vida que pressupõe uma cultura política da qual depende, inclusive para a institucionalização, na visão de Habermas (2003).

A contribuição da teoria discursiva da democracia e da política deliberativa foi a principal referência a que lançamos mão para enfrentar este desafio. Em nosso ponto de vista, os conceitos desenvolvidos por Habermas são de fundamental importância para o entendimento da teoria democrática, seja no plano filosófico, seja no campo das ciências políticas e sociais, das políticas públicas e de saúde, como no plano das práticas cotidianas, nos processos deliberativos em busca de consenso ou de acordos que contemplem os argumentos de todos os interessados. Ressaltamos a necessidade dos processos deliberativos e argumentativos para fundamentar e legitimar o processo democrático de elaboração e

implementação das políticas e da gestão da saúde. As categorias mundo da vida e sistema (HABERMAS, 1987a) são poderosas ferramentas teóricas quando se pretende analisar a formulação, a implementação e os resultados das políticas de saúde. A interpretação que os atores sociais dão às ações de saúde está ancorada no contexto cultural em que estão inseridos, seus mundo da vida, ao qual só tem acesso por meio de processos comunicativos. As práticas correntes hegemônicas de formulação e implementação de políticas de saúde no SUS partem do universo cultural dos gestores e técnicos de saúde em direção ao universo cultural dos grupos demandantes, sem considerar que quando grupos pertencentes a diferentes mundos da vida interagem, a decisão não pode ser tomada a partir dos valores e normas de um só grupo. A competência técnica, atributo que gestores, planejadores e técnicos pretendem exclusivo, também deve passar pela prova da argumentação e ter questionada sua pretensão de validade, do mesmo modo que as crenças, normas e valores de todos os participantes do debate público. O reconhecimento mútuo da validade dos argumentos sobre a situação de saúde e as ações necessárias para modificá-la é condição obrigatória para legitimar e garantir a eficácia das políticas e dos planos de saúde.

Também sociedade civil e esfera pública (HABERMAS, 2003) são categorias fundamentais na perspectiva habermasiana. Esfera pública é a uma rede para a comunicação de conteúdos e de tomada de posições bem como de opiniões, na qual os fluxos comunicativos são filtrados e sintetizados. A esfera pública não se constitui apenas de ações comunicativas, voltadas ao entendimento, mas é também um espaço de conflito, pois nela também há comunicações estratégicas, geradas pelo sistema político e pelo mercado, veiculadas, sobretudo pelos meios de comunicação em busca da lealdade política ou da preferência de consumo. Quem alimenta a esfera pública com ações comunicativas é a sociedade civil e sua capacidade de influenciar e estabelecer a agenda política precisa ser avaliada caso a caso. Nos últimos vinte anos, no Brasil, buscou-se assegurar o funcionamento das instituições democráticas bem como institucionalizar os procedimentos necessários à livre expressão da sociedade civil, ampliando-se a esfera e os espaços públicos de deliberação. A luta da sociedade civil pela ampliação da sua influência e poder comunicativo sobre a sociedade política e a sociedade econômica fortaleceu e ampliou o processo democrático no país.

No campo das políticas de saúde encontramos consenso entre os autores consultados sobre a existência de dois projetos em conflito sobre a descentralização, um, de modernização e diminuição do papel regulador do Estado, e outro, de ampliação e universalização dos direitos de cidadania e redemocratização do Estado. No campo da saúde eles tomam corpo no

movimento pela reforma sanitária e no movimento pela reforma do Estado. Também existe concordância entre os autores sobre o crescente papel dos municípios na prestação de serviços e sobre a ocorrência de descentralização de atribuições, de recursos e de poder, mesmo que parcialmente restringidos por mecanismos administrativos e financeiros por parte das esferas federal e estadual de governo, situação que não caracteriza a figura jurídica da tutela, pois esta elimina a autonomia dos entes locais. Entretanto há discursos conflitantes, como o embate entre as concepções de autonomia: uma auto-suficiente, que não enfatiza a coordenação e a comunicação, e outra cooperativa, que caracteriza as relações intermunicipais e a região como o espaço de articulação, conflito que tem dificultado o processo de regionalização da saúde, ocasionando uma regionalização retardatária, e responsável por alguns dos impasses vividos na atualidade no processo de organização dos serviços de saúde, em especial das redes de atenção à saúde.

As análises da relação entre o processo de democratização e o de municipalização da saúde destacam o aumento da participação social na saúde a par do processo de descentralização, induzida por políticas nacionais neste sentido, evidenciado pela conformação de um grande número de novos sujeitos sociais participando na esfera pública sanitária. Entretanto há dois temas sobre os quais há controvérsias e diferentes entendimentos: a relação entre participação e representação e a influência ou efetividade da participação social e da deliberação pública no processo decisório das políticas de saúde. São poucos os estudos e pesquisas sobre o tema e é grande a complexidade para sua análise no quadro social real. A questão sobre a influência e a efetividade dos fóruns deliberativos sobre as políticas e a gestão da saúde tem gerado importantes divergências entre os atores participantes da esfera pública sanitária, sobretudo entre gestores e representantes da sociedade civil representada nestes fóruns, como ocorrido durante o processo da XIIIª Conferência Nacional de Saúde. A democratização da saúde, um dos pilares da proposta da reforma sanitária tomou a forma hegemônica, mas não exclusiva, do controle social por meio da construção de espaços deliberativos, as conferências e conselhos de saúde. Também foram implementadas ações visando democratizar os processos de gestão da política de saúde, sobretudo na esfera dos governos municipais, onde muitos gestores procuraram tornar o poder administrativo mais poroso às demandas da sociedade. Em nossa perspectiva analítica conferências e conselhos podem ser compreendidos como públicos políticos (Fraser, 1992), espaços públicos interligados que permitem à sociedade civil e aos movimentos sociais influenciarem a agenda pública, incluindo novos temas e novas demandas como as necessidades das populações locais, práticas alternativas, saúde da população negra e indígena, dos trabalhadores rurais,

entre outras. São fóruns deliberativos e democráticos das políticas de saúde. A representação política como processo permanente manifesta-se no âmbito destes espaços deliberativos públicos. O processo de construção da política de saúde seria um *continuum* quando se estabelece a relação entre as demandas sociais dos movimentos populares e o governo. A persistência de temas relevantes para a sociedade civil na agenda das conferências, como as questões referentes ao direito à saúde de segmentos sociais excluídos ou às políticas intersetoriais, pode significar tanto seu não atendimento como um processo de construção comunicativa. A proposta da política deliberativa se coaduna com a ideia de que a esfera pública possa ser o espaço do controle social e contribua para dar transparência ao processo decisório das políticas públicas, numa perspectiva de *accountability* diferente do eleitoral, tradicional. É importante ainda considerar os fóruns deliberativos das políticas de saúde como espaço institucionalizados, regulamentados pelo poder administrativo, onde sociedade civil e os sistemas político e econômico possam encontrar-se e estabelecer processos decisórios apoiados no princípio do discurso e da política deliberativa. Nas conferências municipais de saúde os atores da sociedade civil buscam o entendimento por meio da razão comunicativa, mas também se contrapõem aos atores sistêmicos, representantes dos governos locais ou empresários de saúde, tornando possível questionar a pretensão de validade dos argumentos, sejam fáticos, sejam normativos e buscar novos consensos fundamentados. O desafio é superar as barreiras à ação comunicativa frequentes na cultura política brasileira, analisadas no quarto capítulo, como o autoritarismo, o populismo, o clientelismo, a cooptação, o corporativismo, o que torna sempre presente a possibilidade de colonização do espaço público. Outro aspecto importante a ser considerado na análise da participação social na formulação das políticas de saúde municipais refere-se à importância atribuída por Habermas à necessidade de auto-limitação da influência dos atores da sociedade civil e de institucionalização da esfera pública. Para ele, os atores da sociedade civil não podem assumir funções que cabem ao governo, nem suas organizações devem ser dominadas pelas regras burocráticas do sistema, pois perderiam a capacidade de vocalizar as demandas sociais. Não cabe à conferência de saúde, por exemplo, elaborar o plano municipal nem fazer propostas acabadas, mas tematizar e assinalar problemas importantes ou apontar possibilidades de soluções. A conferência pode exercer seu poder comunicativo para alterar os parâmetros legais da formação da vontade política e pressionar as instituições responsáveis a incluir determinadas demandas em sua agenda de prioridades, ou vetá-las. O outro lado da moeda é que gestores, gerentes e técnicos municipais de saúde precisam ser receptivos à influência da sociedade civil sob pena de perder legitimidade ou “a racionalização discursiva da decisão”

(HABERMAS, 2004). A sistematização das deliberações e demandas das conferências para incluí-las na agenda governamental é atribuição do corpo técnico dos governos e suas organizações, sobretudo da área de planejamento. Isso exige capacidade comunicativa e, sobretudo, de escuta em relação às organizações da sociedade civil e seus fóruns deliberativos. A transformação das queixas e demandas pontuais e fragmentadas - comuns nesses espaços deliberativos- em problemas e operações destinadas a enfrentá-los requer vontade política e capacidade de governo.

A deliberação, aprovação e cumprimento das regras e procedimentos no espaço das conferências e conselhos assumem relevância especial, se são ou não democráticas, se garantem ou não a igualdade de acesso à participação no debate, a igualdade de emprego dos atos de fala, a pluralidade na representação de interesses e a publicidade, categorias analisadas no estudo de caso. Importante ressaltar que, no Brasil, o poder comunicativo da sociedade civil por meio da esfera pública levou os subsistemas político e administrativo a reconhecer a representação e participação dos diferentes atores sociais no setor saúde. Foram criadas normas e regras democráticas na legislação para garantir a institucionalização e legitimação dos conselhos e conferências de saúde - e outros conselhos de políticas e espaços de participação da sociedade-, na interface entre a sociedade civil, a política e o poder administrativo. As leis promulgadas por legislativos eleitos regulamentam as atribuições, a composição e as regras para funcionamento desses fóruns, inclusive das modalidades de representação dos atores da sociedade e do governo. De outro lado, o fortalecimento das práticas participativas ampliou o peso da sociedade civil nas decisões sobre temas relevantes das políticas de saúde e contribui para sua legitimação. A discussão sobre a representatividade da participação da sociedade civil seguramente contribui para o aprofundamento do debate teórico.

Do mesmo modo nos apoiamos nos conceitos habermasianos para analisar o formato e o funcionamento das organizações públicas. Vimos como a racionalidade instrumental define os padrões das organizações e o debate sobre as alternativas para superá-la, apoiadas nas diversas correntes teóricas no campo da teoria organizacional. A organização pública também é influenciada pela racionalidade instrumental, hegemônica, mas seu objeto é diferente, pois trata da gestão de mudanças que visam alcançar os valores societários definidos publicamente (DENHARDT, 2004). Há diferentes perspectivas para a superação dos impasses que caracterizam a organização pública. Entre elas, para citar algumas, aquela que procura valorizar o servidor público e levá-lo a assumir um novo papel no processo de transformação da organização e de sua relação com a sociedade. A proposta das redes de políticas também



desperta o interesse dos analistas e estudiosos da gestão pública como possibilidade de transformação da gestão intergovernamental e da relação entre Estado e Sociedade, que favoreçam relações baseadas na confiança e processos gerenciais horizontais e pluralistas (FLEURY & OUVÉRY, 2007). Há ainda a perspectiva que assinala os padrões problemáticos de comunicação que hoje definem as relações internas e externas das organizações públicas e limitam as possibilidades do estabelecimento de discussão entre todos os envolvidos em igualdade de condições. Esta leitura enfatiza a importância da interação intersubjetiva e a escuta como as competências mais importantes da comunicação humana, porque validam a fala e a precedem e assumem a organização como uma “rede de conversações” (FLORES, 1994; ECHEVERRÍA, 2007). Na área da saúde coletiva no Brasil há trabalhos que se orientam por este paradigma da linguagem nas organizações, como vimos no capítulo quatro e cinco. De nosso ponto de vista, a metáfora da “organização que escuta” pode muito bem ser uma pista para o desenvolvimento de práticas nessa direção. Outra linha de abordagem propõe-se compreender a formulação e implementação de políticas públicas apoiada numa perspectiva da crítica dos valores e ressaltando o compromisso com a democratização das relações sociais de todo tipo e a participação do maior número possível de pessoas no diálogo público como proposta para o restabelecimento da relação mais equilibrada entre a racionalidade instrumental e a comunicativa. Esta leitura implica mudar a relação da administração pública com os servidores públicos e destes com a população, ou seja, é uma mudança mais profunda, de ordem cultural, social, além de política. Esta linha é a que mais se desenvolveu no campo da saúde coletiva, abrigando projetos distintos, sem serem excludentes: o campo da macropolítica, no âmbito da luta pela democratização das instituições e das relações entre Estado e Sociedade e da reorganização macroorganizacional do sistema público de saúde; o campo da micropolítica, das práticas de trabalho e do cuidado, voltado à crítica e reestruturação das microorganizações e dos serviços de saúde. O processo por meio do qual se analisam os problemas e se buscam as soluções precisam ser coerentes com as regras democráticas. O gestor, o servidor público não é árbitro solitário do interesse público. É um ator-chave dentro do sistema de governança mais amplo que inclui todos os interessados e tão importante quanto garantir o interesse público são os processos democráticos para isso, como garantir as inovações na gestão em processos deliberativos e de consenso. Na hierarquia dos valores a coletividade vem antes que a eficiência e a produtividade e isto deve fazer a diferença entre a organização pública e a organização voltada para o mercado (DENHARDT, 2004).

A permanente transformação da relação Estado e Sociedade tensiona o modelo hegemônico e tradicional da democracia e da organização pública, tendo seu pólo dinâmico e inovador na sociedade civil e nos seus representantes nas micro-esferas públicas e na própria gestão pública. Não há transformação da democracia e da relação Estado e Sociedade se não se muda a gestão e a organização pública. Na medida em que estivermos comprometidos com os valores democráticos, a organização pública não será legítima se não promover os direitos básicos, a igualdade entre todos os cidadãos e a participação universal.

Para a análise da incorporação dos valores democráticos, da descentralização e da racionalidade comunicativa nas organizações públicas municipais de saúde nos apoiamos sobretudo em Carlos Matus. A análise crítica que procedemos nos capítulos quatro e cinco procurou enfatizar a incorporação da perspectiva comunicativa habermasiana nas propostas de Matus, tal como Rivera (1995) e Artmann (2001) o fizeram, mas procurando estabelecer os vínculos entre a organização pública de saúde e os espaços públicos de participação e deliberação e a teoria democrática. Baseados na teoria organizacional de Matus, pensamos o governo municipal como macro-organização, na medida em goza de autonomia político-administrativa e é ente federativo. Sua proposta do jogo macro-organizacional não incorpora apenas as instituições estatais, permite incluir o sistema político (partidos) e o sistema econômico, grupos organizados de pressão, desde que tenham poder acumulado para isso e aceitem as regras do jogo. Nesse sentido, por exemplo, ficaria sempre aberta a possibilidade de trazer para a agenda pública o debate sobre as regras da direcionalidade e da responsabilidade orientarem a missão e a cobrança e prestação de contas apoiadas nos valores democráticos e participativos, finalidade precípua da organização pública nas sociedades democráticas. Do mesmo modo, esta perspectiva normativa orientaria a estruturação das práticas de trabalho da organização com o mesmo peso que a eficácia, a eficiência, a responsabilidade e a criatividade, como proposto por Matus. Assim, todos os interessados, membros ou não da organização, poderiam questionar e propor o debate, por exemplo, se a missão e o desempenho de uma organização pública estão adequados a sua finalidade ou contribuindo para o fortalecimento dos valores societários. É importante assinalar que a proposta do planejamento situacional de Matus é contribuição relevante para pensarmos a superação do modelo burocrático da organização pública. O deslocamento da perspectiva do planejamento para a sociedade civil e o sistema político e orientado aos objetivos democraticamente estabelecidos, contrariando a visão tradicional de que apenas o Estado e as grandes organizações privadas planejam em função de seus próprios interesses, é fundamental para uma concepção democrática das políticas e organizações públicas. Como afirma Matus,

o aprofundamento da democracia e a descentralização máxima podem desencadear uma dinâmica de criatividade e responsabilidade que, em médio prazo, ponha freio à baixa capacidade de governo e suas consequências. A concepção estratégico-situacional do planejamento destaca o papel dos movimentos sociais e dos partidos políticos no controle democrático da organização pública, na cobrança dos compromissos assumidos e da prestação de contas, ou seja, *accountability*, como elementos indispensáveis para a reforma do Estado. Também a integração proposta entre planejamento e gestão é uma noção fundamental que permite a superação da tradicional dicotomia entre política e administração, formulação e implementação, que impregna a maior parte da literatura tradicional sobre teoria organizacional e análise das políticas públicas. Também concordamos com a perspectiva comunicativa sobre o formato organizacional: mais importante que determinar uma instituição ideal a priori, no plano teórico, é submetê-la à constante revisão e reformulação por meio de processos deliberativos que obtenham consenso ou uma negociação justa entre todos os interessados, dentro e fora da organização, nos sistemas administrativos e políticos, e que tenha validade, ou seja, legitimidade discursiva entre os cidadãos. A introdução da racionalidade comunicativa nas organizações públicas de saúde permitirá que possam “escutar” as demandas da população expressas nas deliberações das conferências e conselhos de saúde e outros fóruns participativos e deliberativos e valorizá-las como problemas prioritários no encaminhamento de soluções, sobretudo aqueles problemas relativos ao cuidado em saúde que afetam diretamente às pessoas, tornando-as mais vulneráveis.

O estudo de caso permitiu desvendarmos alguns aspectos da prática cotidiana referentes aos temas teóricos tratados, mas também assinalou os limites para a compreensão dos problemas da prática social da participação e da gestão da política de saúde no âmbito municipal que, para serem apreendidos, necessitam estar situados em seu contexto histórico e social, considerados os tempos diferentes de maturação, pois se relacionam a mudanças culturais mais profundas na sociedade brasileira. Os modelos analíticos da relação Estado e Sociedade que privilegiam a racionalidade instrumental e os aspectos formais da organização estatal, assim como o modelo de representação apenas eleitoral da democracia, têm potencial explicativo limitado e não conseguem apreender a riqueza e diversidade da realidade social, plural, complexa e contraditória.

O estudo de caso indica que as conferências de saúde podem ser vistas como um espaço público deliberativo, uma micro-esfera pública sanitária, onde são cumpridos alguns requisitos referentes à publicidade, pluralidade e condições mais igualitárias para o processo de deliberação real, mas que necessita melhorar o acesso à informação, as práticas

deliberativas, os procedimentos participativos e autorizativos de escolha de participantes, os vínculos entre representantes e representados, como ter mais autonomia para a definição da própria agenda, priorizando tanto temas nacionais como locais. As conferências municipais de saúde podem ser consideradas como público político fraco (FRASER, 1992), pois suas decisões não são vinculativas, ou seja, não são automaticamente incorporadas às políticas de saúde, pois dependem de outras circunstâncias para que possam influenciar a agenda de prioridades do gestor e da gestão municipal de saúde. A incorporação das demandas e resoluções das conferências não depende apenas do projeto de governo e das posições político-ideológicas dos gestores, dirigentes e dos atores governamentais em geral, por mais peso político que tenham neste sentido. Há aspectos relativos à própria lógica e estrutura hegemônica da organização pública, ancorada na racionalidade instrumental, que também tem peso determinante nesta opção. Os conceitos desenvolvidos por Matus (1996; 1997) foram determinantes para o estudo empírico destes aspectos. Há limites estruturais e conjunturais que obstaculizam a incorporação das demandas das conferências à agenda decisória, como vimos no estudo de caso: a pouca capacidade de governo, em especial de planejamento; baixa governabilidade sobre os recursos financeiros; projetos de governo com hegemonia do modelo eleitoral de representação; modelo de tomada de decisões centralizado no executivo e na gestão municipal; o pouco valor atribuído às resoluções da conferência pelo gestor da saúde e pela gerência por operações; prestação de contas formalística por parte da gestão pública e cobrança insuficiente e pouco sistemática da ação governamental por parte dos conselhos de saúde, do legislativo municipal e dos atores da sociedade civil organizada, como analisamos no estudo de caso apresentado. Não se pode esquecer a necessidade de condições objetivas para o exercício do governo e da gestão municipal da saúde e dos constrangimentos de toda ordem a que estão submetidos os gestores. Também não podemos olvidar que os gestores e gerentes das políticas e da gestão da saúde no município têm a responsabilidade de planejar e decidir no dia a dia, de forma pronta e eficaz, frequentemente com informações incompletas e sem acesso aos instrumentos necessários. Esta é mais uma razão para incorporarmos ao processo deliberativo a participação dos atores interessados e possíveis beneficiários das políticas e da gestão da saúde para podermos enfrentar problemas velhos e novos, construir novos caminhos e superar os impasses e obstáculos existentes para garantia do direito à saúde da população. Nunca é demais ressaltar os avanços construídos no cotidiano das práticas dos atores sociais e de sua incorporação aos processos decisórios das políticas públicas. As contribuições democráticas das conferências municipais de saúde vão bem além da legitimidade e incluem, como vimos no Discurso do Sujeito Coletivo, *accountability*

pública, levantamento de problemas e demandas da população, representação de interesses plurais e a conformação de novos sujeitos sociais, subsídios para a formulação da política de saúde e o processo de planejamento, educação para a deliberação e o exercício da cidadania e, em última análise, a formação da opinião e da vontade política no âmbito da esfera pública sanitária. Os Discursos do Sujeito Coletivo sobre a conferência municipal de saúde compõem um amplo repertório e retratam bem a diversidade de pontos de vistas encontrados entre os atores que participam da política pública de saúde. A grande maioria dos discursos mostra a conferência de saúde municipal como um evento social e político importante e positivo. Sua importância é reconhecida mesmo por aqueles discursos que relativizam sua influência e efetividade sobre a política e a gestão da saúde. Destacamos também o discurso coletivo sobre a conferência como espaço educativo para se informar e poder formar opinião sobre temas de interesse coletivo por meio da ação comunicativa e do discurso, como meio de diminuir as diferenças existentes entre indivíduos e segmentos sociais e contribuir para a formação da vontade política dos sujeitos envolvidos. Os discursos do sujeito coletivo enfatizam a importância dos procedimentos, seja para afirmar, seja para negar a possibilidade de condições mais igualitárias de deliberação. Quanto à possibilidade de representação dos interesses gerais, coletivos, como em relação à representatividade dos participantes da conferência, encontramos também discursos concorrentes. Chama a atenção o fato dos discursos do sujeito coletivo não destacarem a noção de vínculo e prestação de contas entre representantes e representados. Nos discursos dos conselheiros e vereadores observamos uma gradação, desde os que assumem postura crítica, mas construtiva e proativa, até aqueles que reconhecem a pouca efetividade das suas ações de monitoramento e cobrança para o cumprimento das resoluções da conferência.

Em resumo podemos afirmar que discursos puros só se observam na teoria, pois os discursos do sujeito coletivo incorporam fragmentos dos diferentes discursos encontrados no mundo da vida, em maior ou menor proporção. O painel dos DSC encontrados descreve um conjunto de discursos, desde aquele cujos conceitos incorporam valores e percepções tradicionais, ancorados na visão da representação exclusivamente eleitoral, excludente em relação à participação, até o discurso de participação social auto-suficiente que exclui qualquer tipo de representação e nega a participação das organizações da sociedade civil nas políticas e na gestão públicas. Os diferentes sujeitos sociais elaboram seus discursos com uma mescla de sentidos atribuídos aos conceitos polissêmicos de representação, participação e deliberação que se refletem nos diferentes significados atribuídos ao conceito de democracia. Desse modo, podemos afirmar que os discursos do sujeito coletivo sobre a influência e a

efetividade da conferência municipal de saúde têm argumentos complementares, mas também concorrentes, que buscam maior ressonância, seja a curto ou longo prazo, e, por extensão, maior influência na micro-esfera pública sanitária e desta sobre o sistema político e o poder público.

Em decorrência dos achados do estudo de caso observa-se a necessidade de uma maior integração entre o processo conferencista e a atividade dos conselhos de saúde que, pelo seu caráter de atividade contínua, podem dar consequência às deliberações coletivas ampliadas das conferências e cobrar a efetivação de suas deliberações. Isto garantiria a continuidade da participação e da representação, e fortaleceria um vínculo mais estreito entre representantes e representados. Em nossa opinião as conferências municipais também poderiam deliberar sobre as regras de composição e de escolha dos representantes dos segmentos no conselho, exigindo ainda consulta à coletividade representada, o que lhes daria mais legitimidade e autonomia de ação. Nesta perspectiva de *accountability* as conferências deveriam exigir prestação de contas da ação não só dos gestores e da gestão, mas também dos conselhos de saúde durante o período transcorrido entre uma e outra conferência e, sobretudo, das ações do conselho para garantir o cumprimento das resoluções da conferência.

Fortalecer o caráter deliberativo da conferência municipal de saúde, sua influência e efetividade são aspectos importantes para democratizar as políticas de saúde. Essa democratização passa pela participação autônoma das organizações da sociedade civil, por mudanças nas regras e no formato das conferências, pela atuação mais responsiva do conselho de saúde e do legislativo municipal, pelo maior envolvimento do ministério público e depende ainda da aceitação e apoio dos gestores e da permeabilidade comunicativa das instituições que amparam o processo deliberativo.. O fortalecimento da autonomia, da qualidade e da capacidade deliberativa dos conselhos e conferências, ao mesmo tempo em que os conselhos deveriam assumir como prioridade o monitoramento do cumprimento das resoluções das conferências, são tarefas essenciais para a consolidação da esfera pública pública sanitária.

Os desafios para a continuidade de pesquisas sobre o tema são evidentes. Ressaltamos que as categorias teóricas desenvolvidas, sobretudo por Habermas e Matus, aqui abordadas, mostram seu potencial explicativo para a política e a gestão da saúde no Brasil, constituindo-se em categorias analíticas importantes desde que mediadas e contextualizadas. Mais que responder às questões relativas ao nosso objeto, nosso estudo possibilitou a introdução de novos temas e questões a serem desvendadas. Se a perspectiva teórica para a análise e a estratégia metodológica adotadas puderem contribuir para esta finalidade teremos cumprido nosso objetivo.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, Mônica; AZEVEDO, Sérgio. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves; AZEVEDO, Sergio; RIBEIRO, Luis César de Queiroz. (Org.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004. p. 161-192.

ABRANCHES, Sérgio H. **Os Despossuídos: crescimento e pobreza no país do milagre**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sonia. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 77-125.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa 1967-2007, p. 67-86, 2007.

ALMEIDA, Débora C. R.; CUNHA, Eleonora S. M. **O potencial dos conselhos de políticas na alteração da relação entre estado e sociedade no Brasil**. XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, Rio de Janeiro, 28 a 31 de Julho de 2009. Rio de Janeiro: 2009.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo e Políticas Sociais. In: AFFONSO, Rui de Brito Álvares; SILVA, Pedro Luis Barros (Org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 13-41.

ANDRADE, Luis Aureliano Gama. O município na política brasileira: revisitando Coronelismo, enxada e voto. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antonio Octávio. (Org.) **Sistema político brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Unesp, 2004.

ANDREWS, Christina. As implicações teóricas do novo Institucionalismo: uma abordagem Habermasiana. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 271-299, 2005.

ARAÚJO, Alessandra Lima; MACHADO, Heleny; CARVALHO, Eduardo Freese. Autonomia municipal, descentralização, governabilidade e financiamento do SUS: uma análise de municípios em gestão plena do sistema no Estado de PE. In: FREESE, Eduardo. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE, 2004. p. 297-327.

ARENDDT, Hanna. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. [Trad. André Duarte].

ARGYRIS, Chris; SHÖN, Donald. **Organization Learning: a theory of action perspective**. Reading, Mass: Eddison-Wesley, 1978.

ARRETICHE, Marta. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **RBCS – Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 31, ano 11, p. 44-66, jun., 1996.



ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e Políticas Sociais:** determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 173-204.

ARTMANN, Elizabeth. **O planejamento Estratégico Situacional:** a trilogia matuasiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993. [Dissertação de Mestrado].

ARTMANN, Elizabeth. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre o planejamento e AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 183-195, 2001.

ARTMANN, Elizabeth. **Demarche Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar):** um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002. [Tese de Doutorado].

AUSTIN, John L. **Cómo hacer cosas con palabras:** palabras y acciones. 2. ed. Buenos Aires: Paidós, 2008.

AVRITZER, Leonardo. Teoria Crítica, Democracia e Esfera Pública: concepções e usos na América Latina. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 703-728, 2004.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação: da autorização à legitimação da ação. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 443-464, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

MOORE JÚNIOR, Barrington. **As Origens Sociais da Ditadura e da Democracia:** senhores e camponeses na construção do mundo moderno. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1983.

BARROS, Elizabeth Diniz. Os Conselhos de Saúde e a responsabilidade cidadã. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. III, n. 1, p. 18-19, 1998.

BELMARTINO, Suzana. Políticas Neoliberales en Salud: la diucussión de una alternativa. Taller Internacional de Medicina Social, Las Palmas, canarias, set. 1989. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 2, p. 33-37, mai., 1990.

BENHABID, Seyla. Sobre um modelo deliberativo de legitimidade democrática. In WERLE, Denilson L.; MELO, Rúrion S. (Org.). **Democracia Deliberativa.** São Paulo: Singular, Esfera Pública, 2007.

BOBBIO, Norberto. **O Futuro da Democracia:** uma defesa das regras do jogo. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-425, 2002.

BORDIN, Ronaldo. **Definição de Prioridades em Saúde:** Os conselhos Municipais de Saúde e os critérios para hierarquização de prioridades. Porto Alegre: Dacasa, 2002. [Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde – PDG].

BORJA, Jordi. **Descentralización:** una question de método. Descentralización i Participacion Ciutadina. Papers, Barcelona, Ayuntamiento de Barcelona, n. 5, 1984.

BORJA, Jordi. **Estado y Ciudad.** Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitárias, 1988a.

BORJA, Jordi. A participação cidadina. **Espaço para Debates**, n. 24, 1988b.

BORJA, Jordi; CASTELLS, Manuel. **Local e Global:** La gestión de las ciudades em La era de La información. 4. ed. Madrid: Taurus, Grupo Santillana de Ediciones, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência nacional da Saúde, 1986.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado.** Brasília: Imprensa Nacional, 1995.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: Casa Civil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde:** leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: MS, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 333**, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para a criação reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS.** Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS:** avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.** Brasília: CONASEMS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Números da Saúde da Família**. Brasília: MS, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores de Saúde**. Brasília: MS, 2007b.

BRASIL. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **Informativo da ABRASCO**, n. 99, ano XXIV, dez. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. [CONASS Documenta n. 18].

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Participação Social no SUS: o Olhar da Gestão Municipal**. Brasília: CONASEMS 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Comissão de Juristas: Proposta de Organização da Administração Pública e das Relações com Entes de Colaboração**. Brasília: MPOG, 2009. [Ciclo de Debates Direito e Gestão Pública].

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n. 1, p. 7-40, jan.-abr., 1996.

CALLAHAN, Kathe. **Elements of effective governance: measurement, accountability and participation**. Newark: Auerbach Publications, 2006.

CAMPBELL, Donald Thomas. 'Grados de libertad' y el estudio de casos. In: COOK, Thomas D.; REICHARDT, Charles S. **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa**. Madrid: Morata, 1997. p. 80-103.

CAMPOS, Gastão Wagner. Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde do Brasil. In: FLEURY, Sonia. (Org.). **Democratização, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

CARBONE, Pedro Paulo. Cultura organizacional no setor público brasileiro: desenvolvendo uma metodologia de gerenciamento da cultura. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 133-144, mar.-abr., 2000.

CARNEIRO, A.M.M. Teorias Organizacionais: do ceticismo à consciência crítica. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 51-70, abr.-jun., 1995.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política**. Campinas: Papyrus, 1979.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Os Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAN, 1995.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Os Conselhos de Saúde: participação social e reforma do Estado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. III, n. 1, p. 23-25, 1998.

CARVALHO, Eduardo Freese; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa; MACHADO Heleny. Fatores limitantes e facilitadores de mudanças nas organizações de saúde do SUS: dialogando com novos e velhos problemas. In: FREESE, Eduardo. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE, 2004. p. 233-259.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 12. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

CASTELLS, Manuel. Para o Estado-Rede: globalização econômica e instituições políticas na era da informação. In: PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes. (Org.). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999. p. 147-171.

CASTOR, Belmiro Valverde Jobim; JOSÉ, Herbert Antonio Age. Reforma e Contra-Reforma: A perversa Dinâmica da Administração Pública Brasileira. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 97-111, nov./dez. 1998.

CAVALCANTI, Bianor S. Gerência Equalizador: estratégias de gestão no setor público. In: MARTINS, Paulo Emilio M.; PIERANTI, Otávio P. **Estado e Gestão Pública: visões do Brasil contemporâneo**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel H.; LAPERRIÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro P. (Org.). **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. [Trad. Ana Cristina Nasser]. [Coleção Sociologia]. p. 295-316.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Setor saúde da Região Sudeste realizou Encontro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 7, v. 8, p. 5-7, abr.-jun., 1978.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A Questão Democrática na área da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-13, jan.-mar., 1980.

COHEN, Jean L. Sociedade civil e globalização: repensando categorias. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 419-459, 2003.

COHEN, Joshua. Procedimento e substância na democracia deliberativa. In: WERLE, Denilson L.; MELO, Rúriom S. (Org.). **Democracia Deliberativa**. São Paulo: Singular, Esfera Pública, 2007. p. 115-144.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 417-434, 2001.

CORREIA, Maria Valeria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, ano 4, jan.-jun., p. 18-49, 2002.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Céticos e Esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben

Araújo de. (Org.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 401-425.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Viabilizando a Participação em Conselhos de Política Pública Municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities*. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 125-144.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e Conferências de Saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

COSTA, Ana Maria; BARROS, Elizabeth. **A Saúde da Mulher e o Controle Social**. Brasília: Abrasco, 2000.

COSTA, Frederico L. Condicionantes da Reforma do Estado no Brasil. In: MARTINS, Paulo Emilio M.; PIERANTI, Otávio P. **Estado e Gestão Pública**: visões do Brasil contemporâneo. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

COSTA, Frederico L. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de Administração pública; 200 anos de reformas. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 829-874, set.-out., 2008.

COSTA, Nilson do Rosário. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: BARJAS, Negri; DI GIOVANNI, Geraldo. (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001. p. 307-321.

COTTA, Maurizio. Representação política. In: BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 4. ed. v. 2. Brasília: UNB, 1992. p. 1101-1107.

DAGNINO, Eveline. Sociedade civil e Espaços Públicos no Brasil. In: DAGNINO, Eveline. (Org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 9-15.

DAHL, Robert A. **Poliarquia**: participação e oposição. São Paulo: USP, 1997.

DAHL, Robert A. **Um prefácio à teoria democrática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. [primeira edição publicada pela University of Chicago, Chicago, Illinois, EUA, 1956]. [Trad. Ruy Jungmann].

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC/MS, 1994.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Municipalização dos Serviços de Saúde**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DAMATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis**: para uma sociologia do dilema brasileiro. Rio de Janeiro: Rocco, 1983.

DENHARDT, Robert B. **Teoria Geral de administração pública**. 4. ed. Belmont (CA): Thomson/Wadsworth, 2004. [edição online]. [Trad. Francisco G. Heidemann].

DENTE, Bruno; KJELLBERG, Francesco. Introduction. In: DENTE, Bruno; KEJELLBERG, Francesco. (Org.). **The Dynamics of Institutional Chance: local government reorganization in western democracies**. London: Sage Publications, 1988.

DINIZ, Eli. **Globalização, reformas econômicas e elites empresariais**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DINIZ, Eli. O Pós-consenso de Washington: globalização, Estado e governabilidade reexaminados. In: DINIZ, Eli. (Org.). **Globalização, Estado e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: FGV, 2007. p. 18-61.

DRAIBE, Sonia Miriam. **Ciclos de reformas de políticas públicas em ambiente de consolidação da democracia: a experiência brasileira recente de reforma dos programas sociais**. Campinas: NEPP/UNICAMP, 2005. [Cadernos, 63].

DRAIBE, Sônia Miriam. O Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas. **XII encontro Anual da ANPOCS**, Águas de São Pedro, 1988.

DRYZEC, John S. Legitimidade e economia na democracia deliberativa. In: COELHO, Vera P. Schattan; NOBRE, Marcos. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 41-62.

DRYZEC, John. **Deliberative Democracy and Beyond**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

DURHAM, Eunice. Movimentos Sociais: a construção da cidadania. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 2, p. 24-31, 1984.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr.-jun., 1992.

EASTON, David. Categorías para el análisis sitémico de la política. In EASTON, David. (Org.). **Enfoques sobre teoria política**. Buenos Aires: Amorrortu, 1982. [Trad. José R. Armengol].

ECHEVERRRIA, Rafael. **Actos de Lenguaje**. Volumen I: La Escucha. Santiago de Chile: J C Saez, 2007.

ECO, Umberto. Como se faz uma tese. São Paulo: Editora Perspectiva, 1983. [Trad. Gilson César Cardoso de Souza].

SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo R. Participação Social. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 979-1010.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 83-119.

FADUL, Wilson. Minha Política Nacional de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 8, p. 67-76, abr.-jun., 1978.

FALEIROS, Vicente P. **A política social do Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 1990.

FAORO, Raymundo. **Os donos do Poder**: formação do patronato político brasileiro. Porto Alegre: Globo, 1976.

FERREIRA, João Carlos Vicente; SILVA, José de Moura e. **Cidades de Mato Grosso**: origem e significado de seus nomes. Cuiabá: Janina, 2005.

FLEURY, Sonia. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-317, mar.-abr., 2007.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. **Gestão de Redes**: a estratégia da regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLEURY, Sonia, OUVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

FLEURY, Sonia. Democracia, descentralização e desenvolvimento. In: FLEURY, Sonia. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

FLEURY, Sonia. **Estado sem Cidadãos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, Sonia. Políticas sociais e poder local. **Revista de Administração Municipal**, Rio de Janeiro, n. 246, ano 49, p. 39-48, mar.-abr., 2004.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. [Trad. Sandra Netz].

FLORES, Fernando. **Creando organizaciones para el futuro**. Santiago de Chile: Dólmén, 1994.

FRASER, Nancy. Rethinking the Public Sphere: A Contribution to the Critique of Actually Existing Democracy. In: CALHOUN, Craig. (Org.). **Habermas and the Public Sphere**. Cambridge: MIT Press, 1992.

FREEZE, Eduardo. (Org.). **Municípios**: gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004.

FUNG, Archon. Receitas para esferas públicas: oito desenhos institucionais e suas conseqüências. In: SCHATTAN, Vera P.; NOBRE, Marcos. (Org.). **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 173-209.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov.-dez., 2004.

GERSCHMAN, Silvia. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 417-434, 2001.

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: LIMA, Nísia Trindade. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 307-351.

GOHN, Maria da Glória. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. São Paulo: Cortez, 2005. [Questões da nossa época, 123].

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos Movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 2006.

GOLEMBIEWSKI, Robert T. **Renewing organizations**. Ithaca: Peacock, 1972.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health**, v. 16, n. 4, p. 283-288, out., 2004.

GUIZARD, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni; MACHADO, Felipe Rangel S. Vozes da Participação: Espaços, Resistências e o Poder da Informação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Org.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 225-238.

GUIZARD, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de; SANTANA, Ana Débora; MATTA, Gustavo da; GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis - Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, v. 1, p. 15-39, 2004.

LAVALLE, Adrián Gurza; HOUTZAGER, Peter P.; CASTELLO, Graziela. Democracia, Pluralização da Representação e Sociedade Civil. **Lua Nova**, São Paulo, n. 67, p. 49-103, 2006.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria de La Acción Comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987a.

HABERMAS, Jürgen. A nova intransparência: a crise do estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 18, p. 103-114, 1987b.

HABERMAS, Jürgen. **Escritos sobre moralidad y eticidad**. Barcelona: Paidós, 1991.

HABERMAS, Jürgen. **A inclusão do outro: estudos de teoria política**. São Paulo: Loyola, 2002. [Trad. Milton Camargo Mota, Paulo Soethe e George Sperber].

HABERMAS, Jürgen. **Direito e Democracia: entre facticidade e validade**. vol. I. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. [Trad. Flávio B. Siebeneichler].

HABERMAS, Jürgen. **Direito e Democracia: entre facticidade e validade**. vol. II. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. [Trad. Flávio B. Siebeneichler].



HABERMAS, Jürgen. O Estado-Nação europeu frente aos desafios da globalização. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 43, p. 87-101, nov., 1995b.

HABERMAS, Jürgen. Racionalidade do entendimento mútuo. In: HABERMAS, Jürgen. **Verdade e justificação**: ensaios filosóficos. São Paulo: Loyola, 2004. [Trad. Milton Camargo Mota].

HABERMAS, Jürgen. Três Modelos Normativos de Democracia. **Cadernos da Escola do Legislativo**, Belo Horizonte, v. 3, n. 3, p. 105-122, jan.-jun., 1995a.

HARMON, Michael M.; MAYER, Richard T. **Teoria de la Organización para la Administración Pública**. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.

HELD, David. **Democracy and the Global Order**. Cambridge: Polity Press, 1995.

HILL, Dilys M. **Teoria Democrática y Regimen Local**. Madrid: Instituto de Estudios de Administracion Local (IEAL), 1980. [Trad. Joaquin Hernandez Orozco].

HOBBS, Thomas. **Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil**. São Paulo: Abril Cultural, 1991.

HOCHMAN, Gilberto. Sobre as relações entre descentralização e federalismo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 16, n. 45, p. 172-176, fev., 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico – 2000**. Brasília: IBGE, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da População: População recenseada e estimada, segundo os municípios – Mato Grosso – 2007**. Brasília: IBGE, 2007.

IÑIGUEZ, Lupicínio. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: IÑIGUEZ, Lupicínio. (Org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004 [Trad. Vera Joscelyne].

KELSEN, Hans. **A Democracia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2009.

KETELE, Jean-Marie de; ROEGIERS, Xavier. **Metodologia da Recolha de Dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de Estudo de documentos**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives and public policies**. Boston: Addison-Wesley Educational, 2003.

KJELLBERG, Francesco. Local Government and the Welfare State in Scandinavia. In: DENTE, Bruno; KEJELLBERG, Francesco. (Org). **The Dynamics of Institutional Chance: local government reorganization in western democracies**. London: Sage Publications, 1988.

KRITSCH, Raquel. Esfera pública e sociedade civil na teoria política habermasiana: considerações histórico-conceituais introdutórias. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 3, p. 317-342, jan.-jul., 2010.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Flávio Coelho Edler; SUÁREZ, Julio Manuel. (Org.). **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LABRA, Maria Eliana. **Existe uma política de participação e controle social no setor saúde?** Contribuições para um debate urgente. Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, dez. 2007. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. [mimeo].

LABRA, Maria Eliana. Proposições para o Estudo da Relação entre Política, burocracia e Administração no Setor Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 33-48, jan.-mar., 1988.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vicent; GUIMARÃES, Maria Beatriz; LIMA, Carla Moura. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 445-458.

LAVILLE, Chistian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. **Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Líber Livro, 2005. [Série Pesquisa; 12].

LEVCOVITZ, Eduardo; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; UCHÔA, Severina Alice da Costa; NESPOLI, Grasielle; MARIANI, Mônica. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde (PP&G) e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília: OPAS/MS, 2003. [Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2].

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 417-434, 2001.

LIMA JÚNIOR, Olavo Brasil de. **Instituições políticas democráticas: o segredo da legitimidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LIMA, Juliano de Carvalho. **Agir comunicativo e Coordenação em Sistemas Regionais de Saúde: estudo de caso do serviço móvel de atenção às urgências da região metropolitana 02 do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ENSP, 2008. [Tese de Doutorado].

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. [Trad. Sandra Netz].

LINDBLOM, Charles. **O processo de decisão política**. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Apontamentos sobre o processo de descentralização na saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 353-364, set.-dez., 2005.

LOBO, Teresa. Descentralização: uma alternativa de mudança. **RAP – Revista de Administração Pública.**, v. 22, n. 1, p. 12-24, jan.-mar., 1988.

LOJIKNE, Jean. **El Marxismo, el Estado y la question urbana**. México: Siglo XXI, 1979.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisas em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Madel Terezinha. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MACHADO, Cristiane V. **Direito Universal e Política Nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro. Museu da República. 2007.

MACPHERSON, Crawford B. **A democracia liberal: origens e evolução**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MANIN, Bernard. Legitimidade e deliberação política. In: WERLE, Denílson L.; MELO, Rúrion S. (Org.). **Democracia Deliberativa**. São Paulo: Singular, Esfera Pública, 2007. p. 15-45.

MANIN, Bernard. **The Principles of Representative Government**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

MARCH, James G.; SIMON, Herbert A. **Teoria das Organizações**. Rio de Janeiro: FGV, 1972.

MARTINS, Humberto Falcão. Administração Pública Gerencial e burocracia: a persistência da dicotomia entre política e administração. **Revista del CLAD**, n. 9, p. 1-16, out., 1997.

MARTINS, Luciano. **Estado Capitalista e Burocracia no Brasil pós 64**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985

MARTINS, Paulo Emílio Matos; PIERANTI, Octávio Penna. (Org.). **Estado e gestão pública: visões do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

MASSOLO, Alejandra. Em direção às bases: descentralização e município. **Espaço e Debate**, n. 24, p. 40-54, 1988.

MATTOS, Ruben Araújo de. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Org.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 33-89.

- MATUS, Carlos. **Política y Plan**. Caracas: Iveplan, 1982.
- MATUS, Carlos. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MATUS, Carlos. **Guia de Análisis Teórico**. Curso de Governo e Planificação. Caracas: Fundação Altadir, 1994.
- MATUS, Carlos. **Adeus, senhor presidente: governantes e governados**. São Paulo: Fundap, 1996. [Trad. Luis Felipe R. do Riego]. [2º reimpressão, 2007].
- MATUS, Carlos. **Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización y reforma**. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997.
- MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Municipal Brasileiro**. 6. ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 1993.
- MELLO, Diogo Cordello. **A evolução do Município no Brasil**. Publicação comemorativa do 30º aniversário do Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Brasília: IBAM, 1983.
- MELLO, Diogo Cordello. O papel dos governos municipais no processo de desenvolvimento nacional. **RAP – Revista de Administração Pública**, v. 22, n. 3, p. 27-45, jul.-set., 1988.
- MELO, Elza Machado de; FARIA, Horácio Pereira de; MELO, Maria Aparecida Machado de; CHAVES, Adriana Braga; MACHADO, Graziela Paronetto. Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 39-48, jan.-fev., 2005.
- MELO, Elza Machado de. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 10 (sup.), p. 167-178, 2005.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. [Saúde Coletiva, 4].
- MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira; NOGUEIRA FILHO, Roberto Costa. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, p. 83-89, 1991.
- MIGUEL, Luis Felipe. Representação política em 3-D: elementos para uma teoria ampliada da representação política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 123-140, fev., 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.
- MINTZBERG, Henry. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004. [Trad. Maria Adelaide Carpigiani].

MINTZBERG, Henry. **La Estructuración de las organizaciones**. Barcelona: Ariel, 1984. [7<sup>o</sup> reimpressão 2002].

MOREIRA, Marcelo R.; ESCOREL, Sarah. Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. **Revista Saúde em Debates**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 47-55, jan.-mar., 2010.

MOREIRA, Marcelo Rasga; FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei; OLIVEIRA, André Nader de. 'Participação' nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 48-61, jun., 2008.

MOTTA, Fernanda M. Vasconcelos. **A 'Irrracionalidade' da razão administrativa**. Niterói: ENANGRAD, 1997. [Anais do VIII ENANGRAD]. Disponível em: <www.angrad.org.br>. Acessado em: 08/12/2009.

MOTTA, Fernando C. Prestes. **Teoria das Organizações: evolução e crítica**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1991.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing; SCHRADER, Fátima Aparecida Ticianel; PEREIRA, Maria José Vieira Silva; NASCIMENTO, Ilva Félix do; TAVARES, Lydia Bocayuva; MOTTA, Aline Paula. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. **Saúde em Debate**, v. 30, n. 73/74, p. 248-274, mai.-dez., 2006.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing. Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, n. 31, p. 54-66, mar., 1991.

NEVES, Gleisi H. **Descentralização ou desconcentração dos serviços de saúde?** Rio de Janeiro: IBAM, 1987.

NOBRE, Marcos. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: SCHATTAN, Vera P.; NOBRE, Marcos. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 21-40.

O'DONNELL, Guillermo. Transições, continuidades e alguns paradoxos. In: O'DONNELL, Guillermo; REIS, Fábio Wanderley. (Org.). **A Democracia no Brasil: Dilemas e Perspectivas**. São Paulo: Vozes, 1988. [Revista dos Tribunais].

O'DONNELL, Guillermo. Sobre o Estado, a democratização e alguns problemas conceituais. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 36, p. 123-145, jul., 1993.

O'DONNELL, Guillermo. Teoria democrática e política comparada: Dados. **Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 577-654, 1999.

OPS - Organización Panamericana de La Salud. **Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas Locales de Salud**. Documento CD 33/14. Washington: OPS/OMS, 1989.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. **Reinventando o Governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público.** 5. ed. Brasília: MH Comunicação, 1995.

OSTROM, Elinor. **Governing the Commons: the evolution of Institute for Collective Actions.** Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

PARSONS, Talcott. El aspecto político de la estructura y el proceso social. In: EASTON, David. (Org.). **Enfoques sobre teoría política.** Buenos Aires: Amorrortu, 1982. [Trad. José R. Armengol].

PEDUZZI, Marina. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev., 2001.

PETERS, Guy. **The future of governing.** 2. ed. Lawrence: University Press of Kansas, 2001.

PIMENTA, Carlos. A reforma gerencial do Estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 173-199, set.-out., 1998.

PINENT, Carlos Eduardo da Cunha. Sobre os mundos de Habermas e sua ação comunicativa. **Revista da ADPPUCRS**, Porto Alegre, n. 5, p. 49-56, dez., 2004.

PINHEIRO, Roseni; DAL POZ, Mario Roberto. A Participação dos Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus Determinantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. III, n. 1, p. 28-35, 1998.

PINHO, José Antonio Gomes. Reforma do Aparelho do Estado: limites do gerencialismo frente ao patrimonialismo. **Organização e Sociedade**, Salvador, v. 5, n. 12, p. 59-79, maio-ago., 1998.

PIRES, José Calixto de Souza; MACÊDO, Kátia Barbosa. Cultura organizacional em Organizações públicas no Brasil. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 81-105, jan.-fev.; 2006.

PITKIN, Hanna Fenichel. Representação: palavras, instituições e idéias. **Lua Nova**, São Paulo, n. 67, p. 15-47, 2006.

PITKIN, Hanna Fenichel. **The Concept of Representation.** Berkeley: University of California Press, 1967.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. [Trad. Anadyr Fajardo].

PRATES, Antonio Augusto Pereira. Administração pública e burocracia. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antonio Octávio. (Org.). **Sistema Político Brasileiro: uma introdução.** Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação UNESP, 2004. p. 117-130.

PRETECEILLE, Edmond. Descentralisation in France: new citizenship or restructuring hegemony? **European Journal of Political Research**, v. 16, n. 4, p. 409-424, jul., 1988.

PRZEWORSKY, Adam. **Estado e Economia no Capitalismo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PUTNAM, Robert. **Comunidade e Democracia**: a experiência da Itália moderna. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

RAMOS, Álvaro Guerreiro. **Administração e contexto brasileiro**. Rio de Janeiro: FGV, 1983.

RAMOS, Álvaro Guerreiro. **A nova ciência das organizações**: uma reconceitualização da riqueza das nações. Rio de Janeiro: FGV, 1981.

RAWLS, John. A Idéia da Razão Pública Revisitada. In: WERLE, Denílson L.; MELO, Rúrion S. (Org.). **Democracia Deliberativa**. São Paulo: Singular, Esfera Pública, 2007.

RAWLS, John. **Political Liberalism**. New York: Columbia University Press, 1993.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. **A descentralização da ação governamental em saúde no Brasil**: revisando os anos 90. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. [Tese de Doutorado].

RIVERA, Francisco Javier Uribe. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 357-372, jul.-set., 1996.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir Comunicativo e Planejamento Social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. A liderança como intersubjetividade lingüística. **Interface - Saúde, Educação, Comunicação**, v. 10, n. 20, p. 411-425, 2006.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O Contrato Social**. São Paulo: Abril Cultural; 1973. [Coleção Os Pensadores, v. XXIV].

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves. **Democracia e governo local**: dilemas da reforma municipal no Brasil. Rio de Janeiro: Revan/Fase, 2001.

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves; AZEVEDO, Sergio; RIBEIRO, Luis César de Queiroz. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves; AZEVEDO, Sergio; RIBEIRO, Luis César de Queiroz. (Org.). **Governança democrática e poder local**: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan/Fase, 2004. p. 11-56.

SANTOS, Boaventura de Souza. (Org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Clézio Saldanha. **Introdução à Gestão Pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SANTOS, Reginaldo Souza. Interesse Público e Interesse Privado. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 54-66, jan.-mar., 1987.

SANTOS, Wanderley G. **As razões da desordem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

SANTOS, Wanderley G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHALL, Ellen. Public sector succession: a strategic approach to sustaining innovation. **Public Administration Review**, Washington, v. 57, n. 1, p. 4-10, jan.-fev., 1997.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Ines B.; CASTANHERA, Elen Rose L.; KON, Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHUMPETER, Joseph A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961. [edição online]. [Trad. Ruy Jungmann].

SERVA, Maurício. A racionalidade substantiva demonstrada na prática administrativa. **ERA – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 37, n. 2, p.18-30, abr.-jun.,1997.

SHARPE, Lawrence J. The growth and decentralization of the modern democratic state. **European Journal of Political Research**, Netherland, v. 16, n. 3, p. 365-380, 1988.

SHARPE, Lawrence J. Theories and Values of Local Government. **Political Studies**, v. 18, n. 2, p. 153-174, jun., 1970.

SHEPHERD, Geoffrey; VALENCIA, Sofia. Modernizando a administração pública na América Latina: problemas comuns sem soluções fáceis. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n. 3, p. 103-128, set.-dez., 1996.

SIEBENEICHLER, Flávio Beno. **Jürgen Habermas: razão comunicativa e emancipação**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: Desafios e Perspectivas. In MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SILVEIRA, Victor N. S. Racionalidade e Organização: as múltiplas faces do enigma. **RAC – Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 1107-1130, out.-dez., 2008.

SIMON, Herbert. La investigación política: El marco de La toma de decisiones. In: EASTON, David. (Org.). **Enfoques sobre teoría política**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1982. [Trad. José R. Armengol].

SOUZA, Celina. Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós 1988. In: FLEURY, Sonia. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 187-211.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.



SOUZA-HIGA, Tereza Cristina Cardoso de; MORENO, Gislaene. **Geografia de Mato Grosso: Território, sociedade, ambiente**. 1. ed. Cuiabá: Entrelinhas, 2005.

TATAGIBA, Luciana. Os Conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. (Org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Manual de Planejamento Municipal de Saúde**. Salvador: UFBA, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; MOLESINI, Joana Angélica. Gestão Municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema dos gerentes de Unidades de Saúde. **Saúde Pública**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 29-40, 2002.

TEIXEIRA, Sonia M. F. Descentralização dos Serviços de Saúde: dimensões analíticas. **RAP – Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 2, 78-99, 1990.

TENÓRIO, Fernando G.; SARAIVA, Enrique J. Escorços sobre Gestão pública e gestão social. In: MARTINS, Paulo Emilio M.; PIERANTI, Otávio P. **Estado e gestão pública: visões do Brasil contemporâneo**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

TENÓRIO, Fernando G. O mythos da razão administrativa. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p 5-14, jul.-set., 1993.

TOBAR, Federico. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, Democracia e Administração Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

TOURAINÉ, Alain. **Igualdade e diversidade: o sujeito democrático**. Bauru: EDUSC, 1998.

URBINATI, Nadia. O que torna a representação democrática. **Lua Nova**, São Paulo, n. 67, p. 191-228, 2006.

VALLA, Victor Vicente. Comentários a Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e Determinantes da Participação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. III, n. 1, p. 31-32, 1998.

VIACAVA, Francisco; ALMEIDA, Célia; CAETANO, Rosângela; FAUSTO, Márcia; MACINKO, James; MARTINS, Mônica; NORONHA, José Carvalho de; NOVAES, Heligonda Maria Dutilh; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; PORTO, Silvia Marta; SILVA, Lígia M Vieira da; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, jul.-set., 2004.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Desenho, modo de operação e representação de interesses – do sistema municipal de saúde – e os Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. III, n. 1, p. 20-22, 1998.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; HEIMANN, Luiza S.; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de; RODRIGUES, Sergio da Hora. Mudanças significativas no processo de

descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (sup.), p. 139-151, 2002.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-508, 2002.

WAMPLER, Brian; AVTRITZER, Leonardo. Públicos participativos: sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático. In: SCHATTAN, Vera P.; NOBRE, Marcos. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 34, 2004.

WARREN, Mark. **Democracy and Associations**. Princeton: Princeton University Press, 2001.

WEBER, Max. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. v. I. Brasília: Universidade de Brasília, 2000. [Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Rev. Téc. Gabriel Cohn].

WEBER, Max. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. v. II. Brasília: Universidade de Brasília, 1999. [Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Rev. Téc. Gabriel Cohn].

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO - World Health Organization. **The World Health Report 2008, Primary Health Care: now more than ever**. Geneva: WHO, 2008.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. [Trad. Daniel Grassi].

## **6. ANEXOS**

### **Anexo 1: Roteiro para entrevista do DSC**

1. Qual é a sua opinião sobre a Conferência Municipal de Saúde?
2. Para você as regras para o funcionamento da Conferência Municipal de Saúde que aconteceu em 2007 permitiram a participação igualitária para todas as pessoas? Exemplifique.
3. Em sua opinião os delegados participantes da Conferência Municipal de Saúde que aconteceu em 2007 representavam efetivamente os interesses do conjunto da população do município?
4. Do seu ponto de vista, os delegados na conferencia municipal de saúde de 2007 eram representativos?
5. Qual a influência da conferência na gestão da saúde do município?
6. Quais as medidas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde para cumprir as deliberações da Conferência?
7. Quais as medidas adotadas pelo Conselho Municipal de Saúde para fiscalização e cobrança do cumprimento das deliberações da Conferência pela Secretaria Municipal de Saúde?
8. Quais as medidas adotadas pela Câmara Municipal de Vereadores para fiscalização e cobrança do cumprimento das deliberações da Conferência pela Secretaria Municipal de Saúde?
9. Quais são as ações do ministério público para acompanhar o atendimento das deliberações da conferência pela secretaria municipal de saúde?
10. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa à entrevista ou fazer outro comentário?

**Anexos 2: Roteiro para entrevista com o coordenador da conferência.**

**PROJETO CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE  
EM CINCO MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO**

**Entrevista com:** Coordenador (a) da Conferência Municipal de Saúde de 2007

**Nome do (a) Entrevistado (a):** \_\_\_\_\_

**Nome do (a) Pesquisador (a):** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **Data da Entrevista:** \_\_\_\_\_

**VII AGIR COMUNICATIVO E CONFERENCIAS DE SAÚDE**

7.1 Procedimentos para Participação Democrática

7.1.1 A Conferência Municipal de Saúde segue:

- Calendário Nacional
- Calendário Próprio

7.1.2 Número de conferências realizadas?

- 1     2     3     4     5     6     7     mais de 7

7.1.4 Conferência Municipal de Saúde 2007:

7.1.4.2 A Conferência Municipal trabalhou com os temas propostos pela 13ª Conferência Nacional:

- Todos     Alguns     Nenhum     Não sabe

7.1.4.3 A Conferência Municipal trabalhou com os temas propostos pelo CMS e/ou pelos seus delegados:

- Todos     Alguns     Nenhum     Não sabe

7.1.4.4 A Conferência Municipal trabalhou com os temas propostos pelo Secretário Municipal de Saúde:

- Todos     Alguns     Nenhum     Não sabe

7.1.4.5 Recebimento de documentos de orientação para realização da Conferência Municipal de Saúde:

- Conselho Nacional de Saúde

- Conselho Estadual de Saúde ou SES/MT  
 CONASEMS ou COSEMS/MT  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 Não sabe

7.1.4.6 Tipo de apoio da gestão municipal à Conferência Municipal de Saúde:

- |                                   |                                |                                  |                                 |                                   |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Logística:</b>                 | <input type="checkbox"/> Total | <input type="checkbox"/> Parcial | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>Recursos Humanos:</b>          | <input type="checkbox"/> Total | <input type="checkbox"/> Parcial | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>Financeiro:</b>                | <input type="checkbox"/> Total | <input type="checkbox"/> Parcial | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>Articulação e Mobilização:</b> | <input type="checkbox"/> Total | <input type="checkbox"/> Parcial | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>Comunicação:</b>               | <input type="checkbox"/> Total | <input type="checkbox"/> Parcial | <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>Observação:</b>                | _____                          |                                  |                                 |                                   |

7.1.4.7 Realização de pré-conferência:

- Sim  Não

7.1.4.8 Delegados eleitos em pré-conferência:

- Sim  Não

7.1.4.9 Realização de Fóruns por segmento para eleição dos seus Delegados:

- Usuários  
 Trabalhadores da Saúde  
 Não realizou

7.1.4.11 Paridade entre os segmentos eleitos:

- Sim  Não

7.1.4.16 Formas de divulgação da Conferência pela Secretaria Municipal de Saúde:

- Folder  Cartaz  Rádio  TV  
 Site  Email  Faixa  Outros: \_\_\_\_\_

7.1.4.19 Composição da Comissão Organizadora da Conferência:

7.1.4.19.1 Havia Conselheiro na Comissão Organizadora da Conferência:

- Sim  Não

7.1.4.21 O regimento foi aprovado pela plenária da Conferência?

Sim  Não

## 7.2 Resultados da Deliberação

7.2.1 Publicização do Relatório da Conferência:

Sim  Não

7.2.3 Do seu ponto de vista as demandas aprovadas na Conferência 2007 refletiam os problemas de saúde da população e dos seguimentos:

<b>Moradores de Bairros:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Mulheres:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Pessoa com Deficiência:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Pessoa com Transtorno Mental:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Trabalhadores Rurais:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Trabalhadores da Saúde:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Idosos:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>População Indígena:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>População Negra:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Crianças e Adolescentes:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>GLBT:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Outros:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe

Em caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

7.2.4 Os delegados na Conferência 2007 foram informados pela Secretaria Municipal de Saúde sobre as principais causas de óbitos no município?

Sim  Não  Não sabe

7.2.5 Os delegados na Conferência 2007 foram informados pela Secretaria Municipal de Saúde sobre as principais causas de doenças no município?

Sim  Não  Não sabe

**Anexos 3: Roteiro para entrevista com o assessor de planejamento.**

**PROJETO CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE EM CINCO MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO**

**Entrevista com:** Responsável pelo Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde em 2007

**Nome do (a) Entrevistado (a):** \_\_\_\_\_

**Nome do (a) Pesquisador (a):** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **Data da Entrevista:** \_\_\_\_\_

**II. INSTITUCIONALIDADE DO SETOR SAÚDE NO MUNICÍPIO**

2.2 Estrutura Organizacional e Administrativa

2.2.1 Sede da SMS:

- Própria
- Cedida
- Alugada
- Compartilhada com outros, citar: \_\_\_\_\_

2.2.2 A Secretaria de Saúde funcionava em conjunto com outra(s) secretaria:

- Sim  Não  Não sabe

2.2.2.1 Quais: \_\_\_\_\_

2.2.7 Os servidores da saúde eram contemplados no PCCS da Prefeitura Municipal:

- Sim  Não  Não sabe

Lei e data: \_\_\_\_\_

**III. AUTONOMIA E GOVERNABILIDADE DA SMS:**

3.2 Gestão do Fundo Municipal de Saúde

3.2.1 O Gestor Municipal de Saúde era Ordenador de Despesas (assinava cheques) em 2007/2008:

- Sim  Não  Não sabe

3.2.2 O Gestor controlava todas as contas bancárias com recursos da saúde das diferentes fontes:

- Sim  Não  Não sabe

### 3.4 Gestão de Pessoas e da Educação na Saúde

#### 3.4.1 Realização de Concurso Público para o setor saúde entre 2000 e 2007:

Sim     Não     Não sabe

3.4.1.1 Datas: \_\_\_\_\_

#### 3.4.2 Existência de Plano para educação permanente na saúde:

Sim     Não     Não sabe

#### 3.4.3 O Gestor gerenciava a folha de pagamento?

Sim     Não     Não sabe

#### 3.4.4 O Gestor assinava atos de nomeação e exoneração juntamente com o Prefeito?

Sim     Não     Não sabe

#### 3.4.5 O Gestor possuía poderes de realocar (lotar) os recursos humanos quando necessário?

Sim     Não     Não sabe

### 3.6 Gestão Colegiada

#### 3.6.1 O gestor ou representante da Secretaria Municipal de Saúde participava com regularidade da CIB Regional ou Colegiado de Gestão Regional (CGR) em 2007/2008:

Sim     Não     Não sabe

#### 3.6.2 Neste período atuou como representante regional do COSEMS:

Sim     Não     Não sabe

#### 3.6.3 Participação em Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS):

Sim     Não     Não sabe

3.6.3.1 Qual CIS: \_\_\_\_\_

#### 3.6.4 A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de Conselhos Gestores de Unidades:

Sim     Não

3.6.4.1 Em quantas unidades: \_\_\_\_\_

#### 3.6.5 A Secretaria Municipal de Saúde dispunha de:

**Ouvidoria Geral do Município:**     Sim     Não     Não sabe



<b>Ouvidoria de Saúde:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Disque denuncia:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Consulta Pública:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Coleta de Opinião dos usuários:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Orçamento participativo:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Plenária de Saúde:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Outras:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe

Em caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

3.7 Qual(is) procedimento(s) eram adotados em relação aos problemas / demandas que não são da competência (atribuição) da SMS, mas são da gestão estadual e/ou federal:

- Nenhum
- Presta informações sobre sua competência
- Solicita orientação
- Solicita apoio
- Solicita solução
- Articula alianças
- Não sabe

3.8 Que instituições eram acionadas para lidar com os problemas / demandas que não são da competência (atribuição) da SMS:

- Nenhuma
- Conselho municipal de saúde
- Câmara Vereadores
- CIB Regional
- COSEMS
- Ministério Público
- Não sabe

#### **IV. PROJETO E CAPACIDADE DE GOVERNO**

4.1 As prioridades do prefeito para a saúde, na gestão 2005 – 2008, foram implementadas?

- Sim       Não       Parcial       Não sabe

4.4 A SMS elaborou a programação anual 2008?

- Sim       Não       Não sabe

**Obs.: Se respondeu não ou não sabe, passar para a questão 5.1.**

4.6 O processo de elaboração da programação anual 2008 (ou a agenda de prioridades) envolveu:

4.6.1 Articulação das áreas de planejamento com outras áreas técnicas:

Forte       Médio       Fraco

4.6.2 Profissionais das Unidades de Saúde:

Forte       Médio       Fraco

4.6.3 Plenárias envolvendo profissionais de saúde:

Forte       Médio       Fraco

4.6.4 Comissão ou membros do Conselho Municipal de Saúde:

Forte       Médio       Fraco

4.6.5 Outros: \_\_\_\_\_

Forte       Médio       Fraco

4.7 Tipo de orientação ou consultoria à SMS para elaboração da programação 2008 ou equivalente:

**SES / Escritório Regional de Saúde:**       Sim       Não       Não sabe

**Associação Matogrossense dos Municípios:**       Sim       Não       Não sabe

**COSEMS/MT:**       Sim       Não       Não sabe

**Consultoria Privada:**       Sim       Não       Não sabe

**Universidades:**       Sim       Não       Não sabe

**Outros:**       Sim       Não       Não sabe

Em caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

4.8 A área de planejamento possuía pessoal capacitado e em número suficiente para o planejamento da Saúde:

Suficiente       Razoável       Insuficiente

4.9 O instrumento de programação anual 2008 foi orientado pelas orientações do PLANEJASUS?

Sim       Não       Não sabe

4.10 Houve algum tipo de capacitação da equipe de planejamento?

Sim       Não       Não sabe

4.11 A área de planejamento da Secretaria dispõe de equipamentos e ferramentas de informática para realização das atividades:

Suficiente       Razoável       Insuficiente

4.12 A área de planejamento dispõe de equipamento e ferramentas de comunicação para suas atividades (fone, fax, internet, site):

Suficiente       Razoável       Insuficiente

## **V. AGENDA DO SECRETÁRIO, OPERAÇÕES E PRESTAÇÃO DE CONTAS**

5.1 O relatório da Conferência foi discutido pelo Secretário com sua equipe dirigente?

Sim       Não       Não sabe

5.2 O Secretário pautou o relatório da Conferência para debate no Conselho Municipal de Saúde?

Sim       Não       Não sabe

5.3 O Secretário contemplou o relatório da Conferência de 2007 para determinar prioridades da saúde no ano de 2008?

Sim       Não       Não sabe

**Obs.: Se respondeu não ou não sabe, passar para a questão 5.10.5.**

5.4 A metodologia utilizada para debate e elaboração da programação da saúde 2008 contemplou:

- A análise (diagnóstico) da situação de saúde do município
- Análise de viabilidade política (interesse e posição dos atores)
- Análise de viabilidade econômica

5.5 A análise da situação de saúde levou em consideração os problemas e as demandas aprovadas na Conferência 2007?

Sim       Não       Parcial       Não sabe

5.6 A análise de viabilidade econômica foi o fator determinante na definição das prioridades da programação da saúde 2008?

Sim       Não       Parcial       Não sabe

5.7 Citar pelos menos dois (2) aspectos com influência facilitadora na definição das prioridades em 2008: \_\_\_\_\_

5.8 Citar pelo menos dois (2) aspectos com influência restritiva à definição das prioridades em 2008:

---

---

5.9 O Gestor prestou contas da programação anual de 2008:

Sim       Não       Não sabe

5.9.1 Instituições que receberam a prestação de contas:

**CMS:**                                     Sim       Não       Não sabe

**Câmara de Vereadores:**       Sim       Não       Não sabe

**SES:**                                       Sim       Não       Não sabe

**CIB:**                                       Sim       Não       Não sabe

**Ministério Público:**             Sim       Não       Não sabe

**Outros:**                                   Sim       Não       Não sabe

Em caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

5.10.5 Tipo de orientação ou consultoria à SMS para elaboração do Relatório de Gestão:

**SES / Escritório Regional de Saúde:**       Sim       Não       Não sabe

**COSEMS/MT:**                                 Sim       Não       Não sabe

**Universidade:**                                 Sim       Não       Não sabe

**Associação Matogrossense dos Municípios:**       Sim       Não       Não sabe

**Outros:**                                          Sim       Não       Não sabe

Em caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

5.10.8 A elaboração do Relatório de Gestão 2008 considerou as críticas e sugestões dos Conselhos Gestores de Unidade:

Sim       Não       Não sabe

5.10.9 A elaboração do Relatório de Gestão 2008 considerou as contribuições das deliberações da conferência municipal de saúde de 2007:

Sim       Não       Não sabe

## VII AGIR COMUNICATIVO E CONFERENCIAS DE SAÚDE

7.2 Resultados da Deliberação

7.2.1 Publicização do Relatório da Conferência:

Sim    Não

7.2.3 Do seu ponto de vista as demandas aprovadas na Conferência 2007 refletiam os problemas de saúde da população e dos seguimentos:

<b>Moradores de Bairros:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Mulheres:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Pessoa com Deficiência:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Pessoa com Transtorno Mental:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Trabalhadores Rurais:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Trabalhadores da Saúde:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Idosos:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>População Indígena:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>População Negra:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Crianças e Adolescentes:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>GLBT:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>Outros:</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe

Em caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

7.2.4 Os delegados na Conferência 2007 foram informados pela Secretaria Municipal de Saúde sobre as principais causas de óbitos no município?

Sim    Não    Não sabe

7.2.5 Os delegados na Conferência 2007 foram informados pela Secretaria Municipal de Saúde sobre as principais causas de doenças no município?

Sim    Não    Não sabe

**Anexos 4: Roteiro para entrevista com o secretário executivo do conselho.**

**PROJETO CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE EM CINCO MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO**

**Entrevista com:** Secretário(a) Executivo(a) do Conselho Municipal de Saúde em 2007/2008 fiquei em dúvida sobre o ano

**Nome do (a) Entrevistado (a):** \_\_\_\_\_

**Nome do (a) Pesquisador (a):** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **Data da Entrevista:** \_\_\_\_\_

**VI INSTITUIÇÕES DE CONTROLE SOCIAL E AGENDA DE DELIBERAÇÕES**

6.1.5 O Conselho Municipal de Saúde tinha Orçamento Próprio:

Sim  Não  Não sabe

6.1.6 O Conselho Municipal de Saúde possuía Infra-estrutura Administrativa Própria:

Sim  Não

6.1.7 O Conselho Municipal de Saúde possuía Secretaria Executiva:

Sim  Não

6.1.8 O Conselho Municipal de Saúde possuía projeto próprio de capacitação de conselheiros de saúde:

Sim  Não  Não sabe

6.1.9 O Conselho Municipal de Saúde participou em processos de capacitação promovidos por outros:

Sim  Não

6.1.10 As reuniões / plenárias do Conselho Municipal de Saúde eram abertas ao público?

Sim  Não

6.1.10.1 Em caso afirmativo, a participação da população nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde era assídua?

Sim  Não  Parcial  Não sabe

6.1.13 Os Conselheiros de Saúde tinham participação na definição da pauta de reuniões do Conselho em 2007?

Sim  Não  Parcial  Não sabe

6.1.14 Os Conselheiros de Saúde tinham participação na definição da pauta de reuniões do Conselho em 2008?

Sim  Não  Parcial  Não sabe

6.1.15 Em 2007/2008 o Conselho Municipal de Saúde divulgava pelos meios de comunicação formais (rádio, jornal, revista, serviço de alto-falante) disponíveis:

**Suas funções e competências:**  Sim  Não  Não sabe

**Seus trabalhos:**  Sim  Não  Não sabe

**Suas deliberações:**  Sim  Não  Não sabe

**As agendas, datas e local das reuniões:**  Sim  Não  Não sabe

**Outros:**  Sim  Não  Não sabe

Em caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

6.1.16 Em 2007/2008 o Conselho Municipal de Saúde funcionava com:

Presidente eleito entre os membros do Conselho

Regimento interno ou normas de funcionamento por escrito

Fazendo parte da estrutura formal da SMS, constante do organograma

Estrutura administrativa própria

Secretaria executiva

Dotação orçamentária própria

Gerenciamento do seu próprio orçamento

6.1.18 A plenária do Conselho Municipal de Saúde manifestava-se por meio de:

resoluções  recomendações

moções  outros atos deliberativa

6.2 Houve preparação da Conferência e foi discutida no Conselho Municipal de Saúde:

Sim  Não

6.3 As propostas deliberadas na Conferência foram tema de discussão, encaminhamento e deliberação no Conselho Municipal de Saúde:

Sim  Não  Algumas

## **Anexo 5: Termo de consentimento do CEP da ENSP/FIOCRUZ.**

**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

**Comitê de Ética em Pesquisa**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Democratização e Descentralização das Políticas de Saúde no Brasil: atualização do debate e práticas de gestão participativa*” que inclui um estudo de caso sobre conferência municipal de saúde. Você foi selecionado por atuar em instituição relacionada à realização e/ou aos desdobramentos da conferência municipal de saúde e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo da pesquisa é discutir os conceitos e processos de democratização e descentralização nas políticas de saúde no Brasil e analisar a influência das Conferências na formulação e implementação das Políticas Municipais de Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado por um especialista em saúde pública. **Sua entrevista será gravada se você autorizar.**

Os riscos relacionados com sua participação podem ser considerados mínimos, sendo ressalvados, todavia, aspectos relativos a sua mobilização psicológica e possível desconforto relativo ao tempo que terá que disponibilizar para atender ao pesquisador.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a contribuição da pesquisa à valorização das Conferências de Saúde, ao conhecimento do pensamento dos atores sociais nelas envolvidos e à possível melhoria da gestão participativa no SUS. Você será informado dos principais achados e receberá uma cópia do relatório final se assim o desejar.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, o que será assegurado mediante a codificação dos entrevistados, omitindo-se o nome, desde o tratamento dos dados



até a divulgação dos resultados da pesquisa. No caso dos entrevistados que ocupam ou ocuparam cargos públicos existe a possibilidade, mesmo que remota, de identificação dos mesmos, apesar das medidas adotadas para minimizá-la.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Júlio Strubing Müller Neto  
Nome e assinatura do pesquisador

Endereço e telefone institucional do Pesquisador Principal: Universidade Federal de Mato Grosso/Instituto de Saúde Coletiva/Núcleo de Desenvolvimento em Saúde e seu telefone de contato é (65) 3615-8834 (comercial), e-mail [jmuller@terra.com.br](mailto:jmuller@terra.com.br)

Endereço e telefone institucional do CEP: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Av. Couto Magalhães, 1480, 1º andar, fone 21) 25982863, email: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) , sítio: [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)

**DECLARO que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Ciente dos propósitos da pesquisa, CONFIRMO estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo AUTORIZO a publicação.**

---

Sujeito da pesquisa  
RG:

## Anexo 6: Termo de Consentimento do CEP do HUIJM/UFMT

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa **Conferências Municipais e Formulação de Políticas de Saúde em Cinco Municípios do Estado de Mato Grosso**.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que recebe assistência. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller/UFMT, pelo telefone (65) 3615-8829.

O **objetivo** deste estudo é analisar a influência das Conferências na formulação e implementação das Políticas Municipais de Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em **conceder entrevista** ao pesquisador. **Esta entrevista será gravada se você autorizar.**

Não há **risco** relacionado com sua participação na pesquisa, mas desconforto relacionado ao tempo que você terá que disponibilizar para atender ao pesquisador.

Os **benefícios** para você enquanto participante da pesquisa, são a contribuição da pesquisa no estímulo à valorização das Conferências de Saúde; no conhecimento sobre as Conferências segundo os atores sociais nelas envolvidos e na melhoria da gestão participativa no SUS.

Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, o que será assegurado mediante a codificação dos entrevistados, omitindo-se o nome, desde o tratamento dos dados até a divulgação dos resultados da pesquisa.

Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Seu nome é **Júlio Strubing Muller Neto**, seu local de trabalho é na Universidade Federal de Mato Grosso/Instituto de Saúde Coletiva/Núcleo de Desenvolvimento em Saúde e seu telefone de contato é (65) 3615-8834 (comercial), e-mail [jmuller@terra.com.br](mailto:jmuller@terra.com.br)

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo **AUTORIZO** a publicação.

**Eu** (nome do participante), \_\_\_\_\_,  
idade: \_\_\_\_\_ anos, sexo: \_\_\_\_\_, naturalidade: \_\_\_\_\_, portador (a)  
do documento de identidade RG Nº: \_\_\_\_\_, **declaro que entendi os objetivos, riscos  
e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

**Assinatura do participante (ou do responsável, se menor):** \_\_\_\_\_

**Assinatura do pesquisador principal:** \_\_\_\_\_

**Testemunha** (testemunha só é exigida caso o participante não possa por algum motivo assinar o termo):

\_\_\_\_\_

(Cidade/dia mês e ano) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

## Anexos 7: Protocolo de campo

### PROTOCOLO DE CAMPO

<p>I - Levantamento de todos os documentos sobre o município</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Identificação de apoiador local.</li><li>Verificar documentos pendentes.</li><li>Contatar com o município para solicitação de documentos pendentes ou informações adicionais.</li><li>Resgatar o roteiro da pesquisa anterior para servir de base para pesquisa atual e considerar as diretrizes das referências teóricas da ação comunicativa de Habermas, do Discurso do Sujeito Coletivo e do planejamento de Matus.</li><li>Resgatar a análise já elaborada para a pesquisa anterior dos dezesseis municípios e aproveitar nesta pesquisa, considerando:<ul style="list-style-type: none"><li>O processo de planejamento</li><li>O processo de organização e realização da conferência</li></ul></li></ol> <p>*Lembrar que os documentos precisam ser checados com precisão devidos análise documental</p>
<p>II - Montar pasta para os entrevistadores</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Nomear as pastas por entrevistador e município</li><li>Organizar os instrumentos a serem utilizados a campo (documentos, formulários, caneta, rascunho, etc.)</li></ol>
<p>III - Definição dos entrevistados para o Discurso de Sujeito Coletivo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Para usuários e trabalhadores<ol style="list-style-type: none"><li>Ter obrigatoriamente, participado da conferência como delegado;</li><li>Preferencialmente, ser conselheiro atualmente;</li><li>Se houver mais de um neste critério, sortear</li></ol></li><li>Para gestor<ol style="list-style-type: none"><li>Ter sido gestor em 2007 na época da conferência</li></ol></li><li>Para vereadores<ol style="list-style-type: none"><li>Obrigatoriamente ter sido vereador em 2007;</li><li>Preferencialmente, ter sido presidente da câmara e/ou presidente da comissão de saúde;</li></ol></li></ul> <p><b>Caso não se consiga alguém que se enquadre no critério preferencial, será utilizado o seguinte critério:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>Ser, em 2009, presidente da Câmara e/ou da comissão de saúde;</li><li>Ser, em 2009, membro da comissão de saúde.</li></ol> <p>III - Definição dos entrevistados para a entrevista estruturada</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Para o processo de planejamento entrevistar:<ol style="list-style-type: none"><li>Responsável pelo planejamento em 2007</li><li>ou técnico do planejamento ( na ausência ou inexistência do responsável)</li><li>ou gestor se não for possível entrevistar nenhum dois (responsável pelo planejamento ou técnico do planejamento)</li></ol></li><li>Para o processo de organização e realização da conferência entrevistar:<ol style="list-style-type: none"><li>Coordenador (a) da comissão organizadora</li></ol></li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>b. ou secretário(a) executivo(a) do conselho em 2007 ( se não for possível o coordenador da conferência)</li> <li>c. ou conselheiro que participou da conferência ( se não for possível entrevistar o coordenador da conferência ou secretário(a) executivo(a) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para o processo decisório do Conselho Municipal de Saúde entrevistar: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. o (a) secretário(a) executivo(a) do conselho em 2007 ( se não for possível o coordenador da conferência)</li> <li>b. ou conselheiro que participou da conferência ( se não for possível entrevistar o coordenador da conferência ou secretário(a) executivo(a)</li> <li>c. executivo(a)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>* Antes das entrevistas levantar informações preliminares sobre os entrevistados:- Dados sobre conselheiros, trabalhador da saúde, do vereador, gestor, etc.;- relação dos conselheiros e vereadores</p>
<p>IV - Preparação das entrevistas e infra-estrutura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Realização da leitura do relatório final da conferência de 2007 e o plano de 2008</li> <li>b. Levantamento, solicitação e reserva do local com as condições necessárias para realização das entrevistas (espaço com privacidade, existência de tomadas com voltagem adequada e em funcionamento, água, café, etc.)</li> <li>c. Informações sobre o endereço, telefone e referência do local da entrevista;</li> <li>d. Construção da agenda das entrevistas (data, horário, local)</li> <li>e. Checagem dos equipamentos: - Verificar o funcionamento do gravador, câmera fotográfica; - Orientação da ficha técnica dos equipamentos; - Ensaio de manuseio dos equipamentos;</li> </ul>
<p>V - Execução da entrevista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Verificar o espaço- procurar deixar o ambiente confortável e acolhedor</li> <li>b. Testar o funcionamento dos equipamentos.</li> <li>c. Acolhimento do entrevistado – Enaltecendo a importância da sua participação para ampliação de conhecimento.</li> <li>d. Explicação ao entrevistado sobre o que se trata a pesquisa.</li> <li>e. Reafirmação sobre o sigilo da identidade do entrevistado.</li> <li>f. Entrega dos dois termos de consentimento para conhecimento e autorização (assinatura do termo).</li> <li>g. Informação sobre a devolutiva da pesquisa.</li> <li>h. Preencher o formulário sobre o perfil dos entrevistados.</li> <li>i. Enunciar o número da pergunta que está sendo indagada.</li> <li>j. Ater-se nas questões, apenas explicitar perguntas se for solicitado ou se o entrevistado demonstrar que não compreendeu o significado de algum termo ou da própria pergunta.</li> <li>k. Ao final da entrevista – agradecer a participação e informá-lo que será convidado para apresentação dos resultados finais no município.</li> </ul>

**Anexo 8: Documentos utilizados na pesquisa.**

MUNICÍPIO	DOCUMENTOS
<p><b>CUIABÁ</b></p>	<p>Plano Plurianual do Município de Cuiabá: 2006-2009</p> <p>Lei nº 2890 de 31/12/96, dispõe sobre a atualização da Lei Orgânica do Município de Cuiabá.</p> <p>Lei Complementar nº 004 de 24/12/92, institui o Código Sanitário e de postura do Município, o código de defesa do meio ambiente e recursos naturais, o código de obras e edificações e dá outras providências.</p> <p>Plano Municipal de Saúde: 2006-2009</p> <p>Resolução do Conselho Municipal nº 24 de 13/12/05, dispõe sobre a aprovação do Plano Municipal de Saúde: 2006-2009.</p> <p>Plano de Trabalho Anual da Secretaria de Saúde de Cuiabá: 2008</p> <p>Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde: 2008</p> <p>Resolução do Conselho Municipal de Saúde nº 09 de 05/05/09, dispõe sobre aprovação do Relatório de Gestão 2008 da Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde de Cuiabá: 2007</p> <p>Lei Complementar nº 094 de 03/07/2003, dispõe sobre a consolidação das leis municipais de saúde e dá outras providências.</p> <p>Lei Complementar nº 119 de 21/12/04, dispõe sobre o funcionamento e a estrutura básica da administração pública municipal de Cuiabá, no âmbito do poder executivo e dá outras providências.</p> <p>Lei Complementar nº 152 de 28/03/07, alterada pela Lei Complementar nº 171 de 03/04/08, estabelece a Política de Recursos Humanos e institui o Plano de Carreiras do quadro de pessoal da administração direta, autarquia e fundacional do poder executivo do município de Cuiabá e dá outras providências.</p> <p>Edital de Concurso Público nº 001/2007, de 05/09/2007, dispõe sobre o Concurso Público destinado a selecionar candidatos para provimento de vagas e formação de cadastro de reservas do Quadro de Pessoal Efetivo da Prefeitura Municipal de Cuiabá.</p> <p>Atas do Conselho Municipal de Saúde: 2007, 2008 e 2009</p> <p>Resoluções do Conselho Municipal de Saúde: 2007e 2008</p> <p>Lei nº 2820 de 19/12/90, dispõe sobre a organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde: 2006.</p> <p>Ata do Conselho Municipal de Saúde do dia 27/04/2006, dispõe sobre aprovação do Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Resolução do Conselho Municipal de Saúde nº 03 de 06/03/07, dispõe sobre a convocação da Conferência 2007.</p> <p>Ata do Conselho Municipal de Saúde nº 02 de 06/03/07, dispõe sobre a instituição da Comissão organizadora da Conferência Municipal de Saúde: 2007.</p> <p>Resolução do Conselho Municipal de Saúde nº 07 de 08/05/2007, dispõe sobre a aprovação do regimento e programa da Conferência Municipal de Saúde: 2007.</p>

	<p>Resolução do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá nº 14/2007, de 07/08/2007, dispõe sobre o referendo das propostas aprovadas na VII Conferência Municipal de Saúde de Cuiabá.</p> <p>Projetos de Lei tramitados na Câmara de Vereadores no ano de 2008</p>
<b>VÁRZEA GRANDE</b>	<p>Plano Plurianual de Governo de Várzea Grande: 2006-2009</p> <p>Lei Orgânica do Município de Várzea Grande: 2004</p> <p>Lei nº 1812/97, dispõe sobre o Código Sanitário do Município de Várzea Grande.</p> <p>Plano Municipal de Saúde: 2006-2009</p> <p>Ata do Conselho Municipal de Saúde nº 68 de 22/11/2006, dispõe sobre aprovação do Plano Municipal de Saúde: 2006-2009.</p> <p>Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde de Várzea Grande: 2007</p> <p>Lei Complementar nº 1710 de 13/01/1997, dispõe sobre a criação da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande.</p> <p>Lei nº 1327 de 06/08/93, dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde.</p> <p>Lei nº 2628 de 19/10/2003, dispõe sobre aprovação do organograma e competências no quadro administrativo da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências.</p> <p>Lei nº 2792 de 13/10/2005, dispõe sobre alterações na estrutura das Secretarias deste município criando cargos de suas respectivas competências e dá outras providências.</p> <p>Lei nº 1492 de 07/06/1994, alterada pela Lei nº 1550/95, de 09/01/1995, dispõe sobre a instituição do quadro de pessoal e o Plano de Carreiras dos servidores da Administração Pública do município de Várzea Grande.</p> <p>Lei nº 1270/93, dispõe sobre a estrutura salarial dos servidores públicos do Sistema de Saúde do Poder Executivo Municipal de Várzea Grande.</p> <p>Edital de Concurso Público nº 02/2001, dispõe sobre o Concurso Público para diversas carreiras do quadro permanente da Prefeitura Municipal de Várzea Grande.</p> <p>Edital de Concurso Público nº 001/2003, dispõe sobre o Concurso Público para diversas carreiras do quadro permanente da Prefeitura Municipal de Várzea Grande.</p> <p>Atas do Conselho Municipal de Saúde: 2006, 2007, 2008 e 2009</p> <p>Resoluções do Conselho Municipal de Saúde: 2007, 2008 e 2009</p> <p>Lei nº 1291 de 13/05/93, dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.</p> <p>Ata do Conselho Municipal de Saúde nº 67 de 08/11/2006, dispõem sobre a aprovação do Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde</p> <p>Resolução do Conselho Municipal de Saúde nº 01/07 de 02/07/07, dispõe sobre a convocação da IV Conferência Municipal de Saúde.</p> <p>Portaria GS nº 001 de 02/07/07, dispõe sobre a instituição da Comissão organizadora da IV Conferência Municipal de Saúde.</p> <p>Projetos de Lei tramitados na Câmara de Vereadores no ano de 2008</p>

<p><b>CÁCERES</b></p>	<p>Lei nº 1987 de 21/12/2005, dispõe sobre o Plano Plurianual do Município de Cáceres-MT, para o período 2006 a 2009.</p> <p>Lei nº 01 de 15/05/90, dispõe sobre a promulgação da Lei Orgânica do Município de Cáceres.</p> <p>Lei Complementar nº 19 de 21/12/95, dispõe sobre o Código Sanitário do Município de Cáceres.</p> <p>Lei Complementar nº 1067 de 19/09/89, dispõe sobre a Criação da Secretaria de Saúde do município de Cáceres e dá outras providências.</p> <p>Lei nº 1203 de 29/06/93, dispõe sobre a instituição do Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências.</p> <p>Lei Complementar nº 48 de 05/09/2003, dispõe sobre a criação do Plano de Cargo, Carreira e Salários dos profissionais de Desenvolvimento Municipal do Município de Cáceres – MT e dá outras providências.</p> <p>Edital de Concurso Público nº 001/2008, de 08/02/2008, dispõe sobre a realização do Concurso Público de Provas e de Provas e títulos visando o ingresso no quadro permanente e cadastro e reserva da Prefeitura Municipal de Cáceres.</p> <p>Atas do Conselho Municipal de Saúde: 2006, 2007, 2008 e 2009</p> <p>Lei nº 1209 de 13/07/93, dispõe sobre a instituição do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.</p> <p>Ata do Conselho Municipal de Saúde do dia 06/06/2005, dispõe sobre a aprovação das alterações do Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde</p> <p>Relatório Final da V Conferência Municipal de Saúde de Cáceres: 2007</p> <p>Decreto nº 301 de 09/07/07, dispõe sobre a convocação da V Conferência Municipal de Saúde.</p> <p>Resolução do Conselho Municipal de Saúde nº 002 de 14/06/07, dispõe sobre a realização da V Conferência Municipal de Saúde de Cáceres -MT.</p> <p>Portaria nº 163 de 16/07/07, dispõe sobre a homologação da Resolução nº 002/07 do Conselho Municipal de Saúde, que aprova a convocação para realização da V Conferência Municipal de Saúde de Cáceres.</p> <p>Decreto nº 303 de 10/07/07, dispõe sobre a instituição da Comissão organizadora da V Conferência Municipal de Saúde.</p> <p>Projetos de Lei tramitados na Câmara de Vereadores no ano de 2008</p>
<p><b>DIAMANTINO</b></p>	<p>Plano Plurianual do município de Diamantino: 2006-2009</p> <p>Lei Orgânica do Município de Diamantino, revisada através de resolução nº 012/2003 de 9 de dezembro de 2003.</p> <p>Lei nº 537/2003 de 15/12/03, dispõe sobre o Código Sanitário do município de Diamantino e dá outras providências.</p> <p>Plano Municipal de saúde: 2006-2009</p> <p>Ata do Conselho Municipal de Saúde do dia 18/03/2005, dispõe sobre a aprovação do Plano Municipal de saúde: 2006-2009.</p> <p>Programação Anual da Secretaria de Saúde e Vigilância Sanitária: 2008</p> <p>Ata do Conselho Municipal de 25/04/2008, dispõe sobre a aprovação da Programação Anual da Secretaria de Saúde e Vigilância Sanitária do ano 2008.</p>



	<p>Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Saúde de Diamantino: 2008</p> <p>Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Diamantino: 2007</p> <p>Lei Complementar nº 049 de 04/12/1992, dispõe sobre atribuições do município de Diamantino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e aprova legislação supletiva sobre promoção, proteção e recuperação da saúde da população do município.</p> <p>Lei nº 093/93 de 04/12/93, dispõe sobre a instituição do fundo municipal de saúde e dá outras providências.</p> <p>Lei nº 521/2003 de 06/10/2003, dispõe sobre a criação e transformação de cargos da Prefeitura Municipal de Diamantino, reestrutura o Plano de Carreiras instituído pela Lei Municipal 004/90 e dá outras providências.</p> <p>Edital de Concurso Público nº 001/2009 de 16/11/2009, dispõe sobre o Concurso Público para o ingresso no quadro permanente da Prefeitura Municipal de Diamantino.</p> <p>Atas do Conselho Municipal de Saúde: 2007 e 2008</p> <p>Resoluções do Conselho Municipal de Saúde: 2006, 2007 e 2008</p> <p>Lei nº 126/94, dispõe sobre a instituição do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.</p> <p>Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Diamantino: 2008</p> <p>Ata do Conselho Municipal de Saúde de 25/09/2008, dispõe sobre a aprovação do Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Decreto nº 104/2007, dispõe sobre a convocação da VI Conferência Municipal de Saúde: 2007.</p> <p>Resolução do Conselho Municipal de Saúde nº 08 de 22/06/2007, dispõe sobre a aprovação das Comissões que organizarão a VI Conferência Municipal de Saúde de Diamantino.</p> <p>Resolução do Conselho Municipal de Saúde nº 09 de 06/07/2007, dispõe sobre a de aprovação do regimento interno da VI Conferência Municipal de Saúde de Diamantino.</p> <p>Resolução Conselho Municipal de Saúde nº 10/2007 de 31/07/2007, dispõe sobre a aprovação da Norma Eleitoral da VI Conferência Municipal de Saúde de Diamantino.</p> <p>Resolução Conselho Municipal de Saúde nº 11/2007 de 28/09/2007, dispõe sobre a aprovação do Relatório Final da VI Conferência Municipal de Saúde de Diamantino.</p> <p>Projetos de Lei tramitados na Câmara de Vereadores: 2008</p>
<p><b>SINOP</b></p>	<p>Lei nº 886/2005, de 29/11/2005, dispõe sobre o Plano Plurianual do Município de Sinop, período 2006-2009.</p> <p>Lei Orgânica do Município de Sinop: 1990</p> <p>Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde de Sinop: 2008</p> <p>Ata do Conselho Municipal de Saúde de 10/08/09, dispõe sobre a aprovação do Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde de Sinop: 2008</p> <p>Relatório Final da V Conferência Municipal de Saúde de Sinop: 2007</p> <p>Lei nº 209/91 de 12/08/1991, dispõe sobre a Criação da Secretaria Municipal de</p>

	<p>Saúde.</p> <p>Decreto nº 660 de 24/12/2001, dispõe sobre a regulamentação do funcionamento da Secretaria.</p> <p>Lei nº 512 de 26/12/97, dispõe sobre a criação do fundo municipal de saúde.</p> <p>Lei nº 568 de 25/10/1999, que dispõe sobre o Quadro de Cargos e Salários da Prefeitura, estabelece o Lotacionograma, regulamenta as atribuições dos cargos, institui o Plano de Carreira dos Servidores e dá outras providências.</p> <p>Edital de Concurso Público nº 001/2008, de 03/04/2008, dispõe sobre o Concurso Público para o preenchimento dos cargos de pessoal de provimento efetivo da Prefeitura Municipal de Sinop.</p> <p>Atas do Conselho Municipal de Saúde: 2006, 2007, 2008 e 2009</p> <p>Lei nº 241 de 1992, de 02/12/1992, dispõe sobre a Criação, Organização e Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Ata do Conselho Municipal de 02/09/2009, dispõe sobre a aprovação do Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Ata do Conselho Municipal de 10/07/2007, dispõe sobre a convocação da V Conferência Municipal de Saúde: 2007</p> <p>Ata do Conselho Municipal de Saúde de 10/07/2007, dispõe sobre a aprovação do regimento e programa da V Conferência Municipal de Saúde: 2007</p> <p>Projetos de Lei tramitados na Câmara de Vereadores no ano de 2008</p>
--	--

---

<sup>i</sup> Os resultados apresentados apoiados nas categorias analíticas selecionadas foram sistematizados para compreender o que há de comum no conjunto dos municípios, pois não é nossa intenção a análise comparativa de casos. Entretanto não podemos deixar de comentar que observamos diferenças importantes e significativas entre os municípios, com destaque para o município de Cuiabá, cuja avaliação nas três matrizes é diferenciada dos demais sem, entretanto, alterar as conclusões gerais do estudo. Estas diferenças merecem novos estudos, comparativos, que considerem a população e o porte dos municípios, o contexto histórico e social da implementação das políticas de saúde, a complexidade da rede de serviços e da gestão da saúde, a presença e trajetória do movimento da reforma sanitária e das organizações da sociedade civil e política, entre outros. Estes estudos talvez apontassem para um quadro mais complexo e contraditório, com diferentes matizes e gradações dos resultados.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)