

Artigo publicado em: Coelho, Vera S. e Nobre, Marcos (2004). Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo. Editora 34. São Paulo

Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando?^{1,2}

Vera Schattan P. Coelho

A participação foi incorporada à agenda política brasileira com a Constituição de 1988. Nessa Constituição está inscrita a aposta em um Estado de Bem Estar abrangente que seria viabilizado a partir de três estratégias principais: a ampliação de financiamento para as políticas sociais, a descentralização e a participação social³. Nesse projeto o papel da participação social seria tornar o processo de formulação e gestão das políticas públicas mais permeável às reais demandas da população e, também, mais transparente e aberto ao controle social. Essa contribuição seria decisiva para aproximar essas políticas das reais necessidades da população e contornar problemas de falta de qualidade e iniquidade. Esse artigo se concentra na análise da implementação, a partir dos anos 90, dos conselhos de saúde enquanto instituições que devem viabilizar a participação na política de saúde e argumenta que a participação social não depende apenas, como tem se sugerido na literatura, do grau de organização e comprometimento dos atores da sociedade civil e do Estado. Mas que depende, também, do interesse, e da capacidade desses atores de definirem as condições de legitimidade democrática desses espaços, seja através do estabelecimento de regras e procedimentos para a escolha dos que representarão a sociedade civil nesses espaços, seja através da organização, em seu interior, de processos de discussão e tomada de decisão que conduzam à efetiva participação dos representantes que dispõem de menos conhecimentos técnicos e recursos comunicativos.

Vários autores vêm sugerindo desde os anos 80 que o avanço da democracia participativa depende da redução dos custos envolvidos no processo de mobilização política (Fung e Wright, 2000). Os conselhos locais de gestão das políticas sociais instituídos pela Constituição de 1988 podem contribuir para a redução desses custos, pois estão autorizados a tomar decisões substantivas

¹ Este artigo apresenta resultados da pesquisa "Participação e Inclusão Social no Brasil" realizada pelo CEBRAP com apoio do Development Research Centre on Citizenship, Participation and Accountability/Institute of Development Studies/Sussex University.

² Agradeço a John Gaventa, Argelina Figueiredo, Andrea Cornwall, Alex Shankland, Marta Arretche, Suzi Arida, Mariana Cifuentes, Barbara Pozzoni e ao grupo da pesquisa "Spaces for Change" os valiosos comentários e sugestões. Agradeço também a Marcel Pedroso, Carolina Galvanuzzi, José Veríssimo e André Mendes a valiosa contribuição no levantamento e organização dos dados da pesquisa.

³ A definição desse programa no final da década de 80 surpreendeu a muitos analistas, pois nesse período crescia a aposta no mercado enquanto instrumento capaz de mitigar as distorções e dificuldades vividas por Estados de Bem Estar nos mais diferentes países do mundo (Cornwall e Gaventa, 2001) e as distorções do nosso gasto social já eram bem conhecidas na medida em que parte importante desse gasto financiava pensões, educação universitária e serviços de saúde de alta complexidade para camadas relativamente abastadas da população e não se conseguia promover uma melhora substancial na qualidade dos serviços básicos de educação e saúde prestados pelo Estado (IPEA, 2001).

sobre problemas tangíveis e franqueiam ao cidadão comum a possibilidade de participar dessas decisões, contando apenas com sua própria experiência e sem necessitar de nenhuma expertise. A coordenação das decisões tomadas por conselhos locais deve ser promovida através do intercâmbio com instituições similares e da supervisão exercida por instâncias estaduais e nacionais.

Na área da saúde um grupo de médicos sanitaristas⁴ defendeu entusiasticamente esse projeto tendo trabalhado ativamente para garantir a criação a partir dos anos 90 de uma extensa rede de conselhos de saúde municipais, estaduais e nacional. Esses conselhos devem levar o projeto do governo para ser discutido pela população e, também, trazer propostas da população aos vários níveis de governo. Eles seguem o princípio da paridade entre, por um lado, representantes da sociedade civil, que ocupam 50% das cadeiras, e, por outro, de representantes do governo, trabalhadores da saúde e instituições prestadoras de serviços, que perfazem os outros 50%. Atualmente existem mais de 5.000 conselhos de saúde municipais, dos quais participam cerca de 100.000 pessoas. Esses conselhos aprovam os planos anuais apresentados pelas respectivas esferas de governos, atuam como corpos consultivos e exercem supervisão⁵. É importante notar que embora o poder legal dos conselhos resida principalmente nas esferas técnica e administrativa, eles são especialmente significativos por seu papel na discussão das políticas (Mercadante, 2000).

Os autores que avaliaram o desempenho dos conselhos de saúde sugerem, de modo geral, que esses mecanismos têm contribuído de forma bastante modesta seja para a incorporação das demandas da sociedade civil na política de saúde, seja para ampliar o controle social sobre essa política. Segundo eles, a tradição autoritária do Estado brasileiro; a presença de uma cultura política autoritária que em muitos casos dificulta reconhecer e respeitar o outro como cidadão; a fragilidade da vida associativa e a própria resistência dos atores sociais e estatais em aceitarem participar desses fóruns têm comprometido a efetiva participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde (Sposati e Lobo, 1992; Abrasco, 1993; Cohn, Elias e Jacobi, 1993; Carvalho, 1995; Andrade, 1998; Viana, 1998; Carneiro, 2002).

Com isso, a participação social que era esperada como uma decorrência quase natural do processo de descentralização e abertura política passou a ser vista como dependente de fatores sócio-culturais que são fortemente arraigados na

⁴ Os sanitaristas organizaram o Movimento pela Reforma Sanitária, responsável pela sistematização e mobilização em torno do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante direito universal à saúde a partir de um sistema descentralizado, hierarquizado e integrado.

⁵ Cabe ao conselho municipal, ao estadual e ao nacional de saúde aprovarem os planos e contas anuais apresentados respectivamente pela secretaria municipal, estadual e pelo ministério da saúde. Se as contas ou planos das esferas municipais não for aprovado pelos respectivos conselhos, o município não receberá verbas do Ministério da Saúde. Os conselhos distritais, que existem nas grandes metrópoles, também assistem as secretarias municipais, planejando, estabelecendo prioridades e auditando contas, mas não têm poder de deliberação, pois não contam com mandato constitucional para tal.

nossa história e estão fora do controle dos agentes envolvidos na gestão dessa política. Esse diagnóstico recolocou a questão da participação em novos termos uma vez que a qualidade da participação social passou a ser interpretada como sendo determinada endogenamente num processo de contínua realimentação das desigualdades, seja porque os mais pobres seguirão excluídos e carentes de recursos para articular suas demandas, seja porque os custos de participação seguirão sendo menores para os que têm mais recursos.

Estudos posteriores apontam, no entanto, que se em alguns casos o grau de organização da sociedade civil se comporta como uma variável independente e pré-definida que explica o sucesso ou o fracasso dos mecanismos de participação social há outros casos em que a atuação da autoridade política é capaz de gerar um contexto favorável à mobilização e inclusão dos mais carentes e à organização de um processo decisório que incorpora questões de justiça distributiva (Heller, 2001; Tandler, 1996; Boschi, 1999; Abers, 2000; Avritzer, 2003; Marquetti, 2003).

Esse breve balanço mostra que a existência de mecanismos formais que asseguram o direito da sociedade civil a participar da definição das políticas sociais não é suficiente para garantir essa participação. Mas também mostra que esse quadro muda com a presença de uma sociedade civil organizada e/ou de autoridades políticas comprometidas com a democracia participativa. O que ainda não está claro é que mecanismos foram mobilizados por atores sociais e estatais para transformar instituições participativas pouco efetivas em instituições capazes de contribuir para fazer valer os interesses dos menos favorecidos. Existem relações sistemáticas entre o grau de organização e comprometimento dos atores sociais e estatais, a forma de organizar os conselhos e a participação social?

No sentido de avançar na resposta a essa questão são apresentados a seguir os resultados de uma pesquisa sobre os conselhos de saúde na cidade de São Paulo. Nessa etapa da pesquisa não se pretendeu avaliar se a participação promove impactos distributivos ou melhora na qualidade dos serviços públicos de saúde, mas investigar sob que condições esses conselhos conseguem fazer valer princípios de organização democráticos e baixar os custos associados à participação política dos segmentos que, necessitando dos serviços públicos, contam com menos capacidade de mobilização, conhecimentos técnicos e recursos comunicativos.

Os conselhos de saúde no Município de São Paulo

A cidade de São Paulo é marcada por fortes desigualdades na oferta e no acesso aos serviços de saúde (Coelho e Pedrosa, 2002). Assim como em outras metrópoles brasileiras, as áreas mais pobres estão localizadas nas periferias, mas são as áreas mais ricas, localizadas no centro da cidade, as que recebem mais serviços públicos de saúde e contam com um maior número de internações

hospitalares⁶. Áreas mais pobres, principalmente as subprefeituras mais afastadas do centro da cidade, têm menos acesso a esse tipo de assistência⁷. Entre as exceções está São Mateus, com provisão de serviços acima da média do município, mesmo estando localizado em uma área bastante pobre. Essa área tem uma história de intensa mobilização social e de lutas por uma melhor assistência à saúde, sugerindo que a mobilização política pode contribuir para ampliar o acesso aos serviços públicos. Assim como São Mateus outras subprefeituras têm uma história de intensa mobilização popular (Bógus, 1998).

Nesse contexto, o governo petista da prefeita Marta Suplicy apostou que a criação de conselhos de gestão da política de saúde poderia contribuir para a reversão das distorções distributivas apontadas. Com isso, temos hoje na cidade, o conselho municipal de saúde, 31 conselhos gestores de saúde, e, aproximadamente, 321 conselhos de unidade que funcionam nos equipamentos de saúde, o que significa cerca de 2.500 pessoas participando das reuniões mensais desses conselhos.

Esse processo de construção institucional é surpreendente, sobretudo, quando se leva em conta que os recursos financeiros usados na sua criação e manutenção têm sido bastante limitados. Ainda se sabe pouco, no entanto, sobre a dinâmica da participação social nesses conselhos e suas conexões com outras instituições responsáveis pela política de saúde. Quem participa? Grupos tradicionalmente excluídos passaram a participar? Esses grupos têm voz no processo de discussão e decisão?

Quem participa?

A seguir são apresentados dados colhidos em pesquisa realizada junto ao Conselho Municipal de Saúde e a quatro conselhos gestores localizados na Zona Leste, o da Mooca e da Vila Formosa, que apresentam melhores indicadores para renda e educação do chefe de família, e Sapopemba e São Mateus, que apresentam piores indicadores para essas mesmas variáveis⁸. Nessa pesquisa foram realizadas 119 entrevistas, com 69 conselheiros e 50 líderes de associações, sendo 28 deles ligados a associações presentes nos conselhos e 22 a

⁶ Os indicadores de internação hospitalar foram calculados a partir do número de habitantes de cada subprefeitura que foram internados, e não do número de internações oferecidas pelos hospitais dessas subprefeituras.

⁷ Foi encontrada uma relação positiva e significativa entre o número de consultas básicas por habitante/ano e os anos de estudo (correlação de Pearson = 0,444**) e renda (0,337**) dos chefes de domicílio nos distritos. Também encontramos uma relação positiva e significativa entre o gasto SUS per capita e a escolaridade (0,439**) e a renda média (0,421**) dos chefes de domicílio nos distritos.

⁸ Esses dados foram colhidos entre 2000 e 2002 quando a cidade foi dividida em 41 distritos de saúde aos quais correspondiam 41 conselhos distritais. Em meados de 2003 a cidade foi dividida em 31 subprefeituras e os conselhos distritais foram absorvidos por elas e passaram a ser chamados de conselhos gestores.

associações sem esse vínculo⁹. Os secretários executivos dos conselhos também foram entrevistados. Acompanharam-se, ainda, as sessões regulares e extraordinárias desses conselhos, o processo de eleição dos conselheiros e as Conferências Municipais de Saúde e analisaram-se as minutas, as listas de presença e os regimentos internos¹⁰.

No conselho municipal há 32 conselheiros efetivos e 32 suplentes, nos conselhos gestores das sub-prefeituras há 16 conselheiros efetivos e 16 suplentes e nos conselhos de unidade são, em geral, 8 conselheiros efetivos e 8 suplentes. Os conselheiros têm um mandato imperativo, isto é, podem ser identificados com as instituições e associações que os indicaram. O governo é representado por funcionários indicados pelo secretário de saúde, pelo subprefeito ou pelo coordenador de saúde da subprefeitura. No caso dos usuários e dos prestadores de serviços, públicos e privados, a definição dos segmentos a serem representados e do número de cadeira destinado a cada um deles está inscrita no regimento interno. Esse regimento foi definido pelos próprios conselheiros quando o conselho foi instaurado e uma vez regulamentado passou a ter o estatuto de lei (Mendes, 2002). Assim, por exemplo, no conselho municipal há seis representantes dos movimentos sociais, cinco representantes dos movimentos comunitários, dois representantes dos sindicatos, dois representantes dos portadores de doenças crônicas e um representante dos portadores de deficiência, não havendo uma justificativa clara para essa distribuição.

Os movimentos, associações e segmentos definem seus candidatos e há uma reunião aberta onde são formalizados os mandatos. Tanto no caso do Conselho Municipal, quanto dos conselhos gestores há divulgação das eleições e os técnicos do sistema de saúde acompanham o processo de indicação dos representantes. Esse processo é, no entanto, pouco formalizado e quase não existem registros que permitam reconstituí-lo. A divulgação das eleições ainda é bastante restrita acontecendo, sobretudo, no interior da rede de saúde e através dos gestores públicos que informam associações e movimentos populares que já conhecem. Com isso, no período, boa parte das duzentas associações¹¹ que desenvolve atividades ligadas à saúde na região, não foi informada sobre o processo de escolha de representantes para os conselhos de saúde.

As informações levantadas junto a 69 conselheiros municipais e das subprefeituras¹² entrevistados mostram que os representantes da sociedade civil mesmo não estando entre os mais pobres moradores de São Paulo contam com níveis de renda e escolaridade significativamente mais baixos do que os dos representantes dos gestores e dos prestadores que participam dos conselhos. Assim, por exemplo, 11 dos 16 representantes dos usuários da gestão 2000/2001

⁹ As associações sem vínculo com os conselhos foram selecionadas no cadastro de associações da Zona Leste fornecido pelo SEBRAE em CD room, no ano de 2000.

¹⁰ Este material está disponível no Banco de Entrevistas do CEBRAP.

¹¹ Cadastro Sebrae disponível em CD room

¹² Esses dados se referem a conselheiros das gestões municipais de 2000/2001 e 2002/2003, e dos conselheiros distritais da gestão 2002/2003.

do Conselho Municipal de Saúde não tinham cursado mais de oito anos de estudo; mas cinco dos oito representantes do governo eram pós-graduados. Nas subprefeituras apenas um entre os quarenta e dois conselheiros da sociedade civil entrevistados chegou à universidade, sendo que não chegou a completá-la.

Entre os representantes da sociedade civil, 75% eram mulheres. Também era grande o número de conselheiros municipais com mais de 50 anos, eles perfaziam 78% do total e muitos eram aposentados. Entre os 33 conselheiros representantes dos usuários entrevistados nos distritos, 20 votaram ou têm vínculos com o Partido dos Trabalhadores (PT) e 3 com o Partido Comunista do Brasil (PCdoB). Dos 15 representantes do governo, 10 eram filiados ao PT.

Um achado importante foi o alto índice de presença dos representantes da sociedade civil nas reuniões do conselho. No conselho Municipal, na gestão 2000/2001, esses conselheiros tiveram um índice de presença invariavelmente mais alto do que dos outros segmentos somados (Pozzoni, 2002).

Das 50 associações entrevistadas, trinta existem desde a década de 80 e entre as que têm vínculo com os conselhos prevalecem as com atividades orientadas para fins políticos e de informação. Das 22 associações entrevistadas que não mantêm vínculos com o conselho, apenas 5 sabiam da sua existência.

A participação nos conselhos está sendo garantida, sobretudo, por mulheres e aposentados que têm conexões com associações que existem há já bastante tempo na região. Essa participação tem ampliado o espaço de diálogo entre grupos sociais que em outra situação dificilmente discutiriam política de saúde. Ainda assim, cabe lembrar que boa parte das associações entrevistadas que atuam nos distritos estudados e têm atividades ligadas à saúde desconheciam as atividades do conselho e que não foi registrado caso de conselheiro sem qualquer escolaridade.

Essas informações sugerem que a partir dos conselhos está tomando corpo um grupo de “novos incluídos” – os “excluídos organizados” – que chegaram a essa situação, sobretudo, através dos vínculos que já mantinham com os atores estatais. Grupos excluídos não organizados, ou mesmo grupos organizados, mas sem os mesmos vínculos políticos, acabam não participando. Com isso, a uma limitação dada pela impossibilidade prática de incluir a todos os segmentos da sociedade civil no processo de escolha de representantes acrescentou-se outras duas. Uma delas derivada da maneira pela qual se decidiu quem deveria atuar como representante¹³ e a outra derivada do processo de escolha desses representantes¹⁴. Isso contribui para que se dissemine um questionamento sobre a legitimidade desses representantes, mas é importante perceber que esse

¹³ Estamos nos referindo, por exemplo, ao caso citado no texto onde os próprios conselheiros municipais definiram que segmentos deveriam estar representados nos conselhos e quantas cadeiras dada um deles deveria ocupar.

¹⁴ Nos referimos aqui a pequena divulgação que houve na região sobre o processo de escolha.

questionamento deriva muito mais do processo de seleção que vem sendo praticado do que da ausência de associações civis ativas e potencialmente dispostas a participar¹⁵. Nesse sentido, cabe comentar que após se descrever as atividades do conselho para as vinte e duas associações entrevistadas que não participam de suas atividades ocorreu em apenas um caso a recusa antecipada de envolvimento nas suas atividades. As demais associações se mostraram interessadas em vir a participar.

A questão da legitimidade não é simples. Na democracia representativa temos um princípio claro: um homem, um voto, mas aqui estamos pensando em outro tipo de representação que deve ter seus critérios e procedimentos definidos de forma a garantir que interesses da sociedade civil organizada e de grupos que têm sido tradicionalmente excluídos do acesso aos serviços públicos de saúde ganhem espaço no processo de formulação e gestão da política de saúde. Vários critérios e procedimentos vêm sendo propostos nesse sentido. Uma possibilidade é (1) identificar pessoas, grupos ou associações que representam interesses de alguma forma afetados pelas políticas a serem implementadas. Schmitter (2001) descreve esse tipo de representação, que se aproxima bastante da que temos nos conselhos, como sendo de “stake-holders”. Outros autores defendem que a representação seja organizada de forma a (2) reproduzir o perfil sócio demográfico da população (Fishkin, 1995); a (3) representar as principais posições em disputa (Carpini, 2001), a (4) fazer uso de princípios de ação afirmativa, ou a (5) oferecer incentivos estruturais capazes de fomentar a participação de grupos vulneráveis¹⁶ (Fung, 2003).

Os temas da representação e da legitimidade, bastante vivos na literatura internacional, ganharam pouco destaque no Brasil, chamando a atenção o descompasso entre por um lado, o dinamismo com que se investiu na multiplicação dos conselhos gestores – sejam eles estaduais, municipais, distritais ou de unidade – e, por outro, a quase ausência de um debate público em torno das questões procedimentais envolvidas na construção institucional desses espaços.

Como funciona?

Um dos desafios postos aos conselhos é a estruturação de seu processo de trabalho. Diferentemente das decisões governamentais que são definidas a partir de uma rígida hierarquia ou das decisões privadas que são orientadas pelo mercado, os conselhos se propõem como arenas participativas onde se espera

¹⁵ A Pesquisa Associativismo em São Paulo mostrou que 5% da população participa de associações populares. Nossas entrevistas apontaram, por sua vez, que a maioria dos líderes das associações entrevistadas que não participam do conselho não sabiam da sua existência, mas uma vez informados se mostraram dispostos a participar.

¹⁶ Esses incentivos derivam dos bens que podem ser oferecidos através de processos participativos para serem desfrutados pela coletividade e não individualmente enquanto bens privados.

que as decisões sejam tomadas com base em um processo de discussão pública em que o melhor argumento prevaleça. Nesse tipo de arena o pressuposto é que os participantes são suficientemente independentes uns em relação aos outros para que nenhum deles possa impor ao outro a sua solução, mas de tal forma interdependentes que todos perderão se não conseguirem chegar a uma solução (Schmitter, 2001).

A secretaria executiva do conselho é responsável pela organização das discussões tanto no conselho municipal, quanto nos conselhos gestores sendo quase sempre ocupada por um funcionário público da saúde. Esses funcionários se valem da sua experiência pessoal para organizar o trabalho cotidiano do conselho o que acabou por levar a adoção de procedimentos muito variados e que na maioria dos casos não são os mais adequados para fomentar a deliberação¹⁷ e a tomada de decisão. Isso tem dificultado a ordenação das inúmeras demandas apresentadas pelos conselheiros, sendo que eles mesmos apontam para uma falta de organização dos debates em relação ao tempo e aos tópicos. Comentam ainda que estão sempre denunciando problemas no funcionamento do dia a dia do sistema de saúde, mas que raramente encontram maneiras de se organizar e contribuir para a sua solução. Também não se evidenciou maior capacidade do conselho de desempenhar um papel relevante no processo político que articula os poderes Executivo e Legislativo e os vários níveis de governo e no qual se discute e define a política de saúde. No sentido de avaliar esta influência foram analisados dois processos de grande relevância na política de saúde do Município no período, a criação das autarquias e a implantação do programa de saúde da família (PSF).

O projeto das autarquias ampliava a autonomia administrativa dos hospitais e pronto-socorros municipais que deixariam de contratar servidores regidos pelas regras do funcionalismo público municipal e passariam a contratar pelo CLT¹⁸. Esse projeto foi levado pelo Secretário de Saúde para o Conselho em março de 2001. No curso dos debates ficou claro que as posições não eram coincidentes e a partir daí o Conselho foi sendo progressivamente afastado do processo de decisão. Esse processo culminou com a aprovação do projeto pela Câmara Municipal em dezembro do mesmo ano, sem que o Conselho tenha conseguido tornar públicas suas posições.

No caso do Programa de Saúde da Família (PSF), Secretário de Saúde e conselhos tinham a mesma posição favorável à expansão, ainda naquele ano, da sua cobertura de 7,35% para 35% da população do Município. Essa prioridade não foi, no entanto, bancada pela prefeita que determinou a desaceleração do programa.

¹⁷ Seguindo Dryzek (2001) "a essência da deliberação é a de que alegações favoráveis e contrárias às decisões coletivas precisam ser justificadas àqueles submetidos a estas decisões em termos que possam ser aceitos por esses indivíduos".

¹⁸ A CLT regula as relações de trabalho no setor privado.

Esses dois processos evidenciam o fato de que o espaço político reservado aos conselhos ainda é bastante incipiente. Não se trata de esperar que as posições dos conselhos prevaleçam sobre as do secretário ou da prefeita, mas de reconhecer que mesmo sendo consultados sobre importantes decisões referentes à política de saúde do Município contam com poucos recursos políticos para vocalizar suas posições quanto a essas questões.

A percepção entre os conselheiros quanto aos limites da influência dos conselhos sobre o sistema de saúde não impede que um número expressivo de entrevistados descreva sua participação como sendo gratificante seja porque é franqueada a pessoas que, como eles, têm pouca instrução, seja porque lhes abre acesso a novas informações, seja, ainda, porque o conselho é percebido como um espaço amigável, diferente das pastorais e comprometido com a melhora do Sistema Único de Saúde¹⁹.

Esse quadro mostra uma situação ambivalente onde os conselhos têm tido dificuldade em definir uma agenda própria e ainda não têm voz no processo político que define a política de saúde, mas que, em contrapartida, têm avançado no sentido de franquear a palavra àqueles com menos conhecimento técnico e escolaridade.

Vários autores (Schmitter, 2001, Cifuentes, 2002; Fung, 2003) argumentam que a capacidade de fóruns participativos contribuírem para a definição de uma agenda que expresse os interesses dos mais carentes pode ser favorecida pela utilização de metodologias que fomentem a capacidade de posicionamento dos participantes que dispõem de menos conhecimentos técnicos e recursos comunicativos. Nessa linha sugerem o uso de metodologias participativas em que todo o grupo assume rotativamente funções de liderança e coordenação e onde se planejam e se avaliam coletivamente as atividades. No que se refere ao processo de discussão Carpini et al (2001) chamam a atenção para o fato deste poder ser organizado segundo dois modelos diferentes. Um deles se baseia na busca do consenso, enquanto o outro enfatiza a necessidade de articular as diferenças e fomentar o conflito. Segundo os autores, fomentar a discussão promove o interesse no debate, mas acaba por favorecer os grupos com mais recurso cabendo uma avaliação caso a caso do modelo mais adequado para cada situação. Facilitadores treinados em organizar processos de discussão e tomada de decisão que assegurem a todo participante tempo para falar e se expressar também podem tornar o processo mais inclusivo.

Quanto à falta de voz no processo político, caberia avaliar de forma mais cuidadosa os temas que estão sendo discutidos nos conselhos, pois ainda há pouca reflexão sobre a natureza da contribuição que eles podem para o aprimoramento do SUS. Afinal, como aponta Fung (2003) algumas áreas devem se beneficiar pouco da participação por requererem conhecimento altamente especializado ou porque os cidadãos não contam com nenhum saber ou

¹⁹ Entrevistas dos conselheiros ao projeto. Banco de Entrevistas CEBRAP.

informação distintivo. Já em áreas onde os cidadãos possuem vantagens comparativas sobre políticos e administradores, isto é, naquelas onde podem informar suas preferências e valores e comunicar o saber local pode-se esperar benefícios significativos.

Repete-se aqui a situação comentada anteriormente, o esforço de multiplicação dos conselhos ainda não foi acompanhado do necessário investimento no seu desenvolvimento institucional. Mas nessa área há uma percepção muito mais clara dos limites experimentados pelos atuais conselhos e o movimento sanitarista propôs há já algum tempo cursos de capacitação de conselheiros como uma forma de enfrentar as dificuldades suscitadas pela assimetria de conhecimentos técnicos e de recursos comunicativos detidos pelos conselheiros e de ampliar sua participação nos processos políticos (Carvalho, 1995). A multiplicação dos cursos de formação de conselheiros promovidos pelas várias instâncias de governo é, nesse sentido, uma tentativa de enfrentar os limites aqui descritos. Nos próximos anos se poderá verificar em que medida esses treinamentos estão contribuindo para que os conselheiros consigam definir formas de organizar o trabalho cotidiano que fomentem seja a possibilidade de que todos se expressem, seja a organização de um processo efetivo de tomada de decisão.

Conclusão

O Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não alcançou uma oferta adequada de serviços de saúde - tanto em quantidade, quanto em qualidade - para os segmentos mais pobres da população. Nessa situação os conselhos foram depositários da promessa de que poderiam contribuir para tornar essa política mais responsiva aos interesses e prioridades desses segmentos à medida que franqueassem a eles a participação no processo de formulação e gestão da política de saúde. Esses conselhos foram concebidos como um mecanismo representativo complementar aos já existentes e os conselheiros devem representar a todos os que são afetados pela política pública de saúde, mas em especial, àqueles que tendo necessidade de serviços públicos não têm tido acesso adequado a eles. Esse projeto, que associa participação social e aprimoramento do SUS, vem sendo discutido desde a década de 80 por políticos, profissionais da saúde, burocratas e lideranças da sociedade civil e sustentou a criação nos últimos dez anos de milhares de conselhos em todo o país.

O material apresentado neste artigo mostra que existe hoje no Município de São Paulo uma rede de “incluídos nos conselhos” que conta com a participação dos “excluídos organizados” que mantêm certos vínculos políticos. Nesse sentido, o processo de construção dos conselhos de saúde em São Paulo vêm sendo sustentado, sobretudo, pela aliança entre associações que têm um passado de participação política e lideranças políticas e gestores públicos ligados ao Partido dos Trabalhadores. Os excluídos desorganizados e mesmo os organizados que

não estabeleceram esses vínculos seguem na maioria dos casos fora de uma rede que, segundo Côrtes (2000), articula uma grande variedade de centros de decisão e comunidades políticas, congregando acadêmicos, profissionais e grupos de interesse. Esses “excluídos organizados” são representados, sobretudo, por mulheres, idosos e pessoas pouco escolarizadas que têm participado regularmente das reuniões mensais dos conselhos, um fórum sediado no interior do poder Executivo que desfruta, por exemplo, do poder de aprovar ou rechaçar os planos e contas anuais apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Dessa perspectiva, os conselhos aparecem como um espaço onde se encontram grupos da sociedade civil, da burocracia, dos profissionais da saúde e dos prestadores de serviço que dificilmente teriam outra oportunidade para debater política de saúde e onde há um processo de inclusão de grupos menos favorecidos. Esses aspectos positivos não devem, no entanto, obscurecer o fato de que segue ausente desses espaços um número significativo de associações que atuam nas regiões estudadas e têm atividades ligadas à saúde e, também, os mais pobres e iletrados. Também não há evidências de que os conselhos estejam contribuindo para a formação de uma agenda que expresse as prioridades dos segmentos mais carentes ou desempenhando um papel de relevo no processo político que define a política de saúde.

Esse quadro mostra, por um lado, o sucesso de autoridades públicas comprometidas com a idéia da participação social que junto com segmentos mobilizados da sociedade civil conseguiram organizar um número expressivo de conselhos em um período de tempo bastante curto e contando com um orçamento modesto e, por outro, a falta de capacidade desses conselhos de influenciar os rumos do SUS. Essa situação reflete o descompasso entre o esforço que vem sendo feito por certos grupos para criá-los e garantir seu enraizamento institucional no interior do poder Executivo e a qualidade das instituições que estão sendo criadas. Esse descompasso resulta em parte do próprio processo de disseminação dos conselhos feito, no caso de São Paulo, a toque de caixa e sem grande preocupação em atender aos requisitos de uma instituição política que busca reforçar a representação dos segmentos mais pobres. Com isso, temos hoje processos de escolha de conselheiros muito atrelados a certas redes associativas e partidárias e pouco investimento em metodologias de trabalho que favoreçam a inclusão dos mais vulneráveis nos seus processos decisórios.

Como foi visto, parte desse diagnóstico foi feita há já algum tempo pelo movimento sanitário que propôs cursos de capacitação de conselheiros para enfrentar as dificuldades associadas à assimetria de conhecimentos entre os participantes (Carvalho, 1995). A importância de se definir uma agenda que possa se beneficiar da participação social também foi percebida há já algum tempo, mas pouco se avançou na direção da sua definição. Já os processos de escolha de representantes receberam entre nós pouca atenção até o momento. O problema é

complexo e vários autores propuseram formas de organizar a representação nas instituições participativas de modo a garantir a presença dos segmentos mais vulneráveis (Fishkin, 1995; Schmitter, 2001; Carpini, 2001; Fung, 2003). A questão da legitimidade democrática persiste, no entanto, pois em nenhuma dessas propostas se assegura a todos os afetados pela política em questão a chance de terem seus interesses representados, o que pode resvalar para uma situação onde se reforçará a exclusão daqueles segmentos que não estiverem representados nesses conselhos.

Não fossem seus custos proibitivos poder-se-ia propor a adoção de eleições universais como possível antídoto para conter o risco de que esses traços discretos, mas perigosos de totalitarismo prosperem. Nas atuais condições, no entanto, a adoção de eleições universais para atender a toda a gama de instituições participativas recém criadas implicaria em custos tão elevados que já de antemão fadariam o projeto ao fracasso. Outra possibilidade é pressionar pela democratização desses espaços chamando a atenção para a importância de publicizar e formalizar os procedimentos de escolha dos representantes e de seguir investindo na democratização dos processos de discussão e decisão internos aos conselhos. Mas, também aqui os custos são altos.

Aqueles que inscreveram a participação social no projeto constitucional parecem não ter se dado conta, ao menos naquele momento, de quão custoso é construir instituições que, atendendo aos requisitos de uma instituição democrática, sejam capazes de baixar os custos associados à participação política dos segmentos mais pobres e vulneráveis. Hoje a situação está mais clara. Resta saber se os atores atualmente envolvidos nesse processo se sentirão motivados e em condições de arcar com esses custos. A resposta será dada na esfera da política, mas o esforço realizado nesses últimos anos para a construção de instituições participativas e as promessas que seguem associadas a esse projeto autorizam conjecturar sobre a ampliação do espectro de atores sociais, estatais e políticos motivados a participar na sua concretização.

Bibliografia

Abers, Rebecca (2001). *Inventing Local Democracy: Grassroots Politics in Brazil*. Westview. Boulder.

Abrasco (1993) *Relatório final da oficina: incentivo à participação popular e controle social em saúde*. (Série Saúde e movimento, n.1) Brasília: ABRASCO.

Andrade, I. A. L. (1998) "Descentralização e poder municipal no nordeste: os dois lados da moeda" In.: SOARES, J. A. (org.). *O orçamento dos municípios do Nordeste brasileiro*. Brasília: Paralelo15.

Avritzer, Leonardo (2003). "O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítico". In: Avritzer, L. and Navarro Z (eds) *A Inovação Democrática no Brasil*. Cortez Editora. São Paulo. Brasil.

Bógus, Cláudia M. (1998). *Participação Popular em Saúde: Formação Política e Desenvolvimento*. Fapesp, São Paulo.

Boschi, Renato (1999) "Descentralização, clientelismo e capital social na governança urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador". *Dados – Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol.42; No.4; pp:528-53. Rio de Janeiro. Brasil.

Carneiro, Carla Bronzo L. (2002). "Conselhos: Uma reflexão sobre os condicionantes de sua atuação e os desafios de sua efetivação". *Informativo CEPAM*. Vol. 1; No. 3; Março; pp:62-70. Fundação Prefeito Faria Lima. São Paulo. Brasil.

Carpini, Michael X. Delli; Cook, Fay Lomax y Jacobs, Lawrence R. (2003). "Talking Together: discursive capital and civil deliberation in America". Paper delivered to meeting of Midwest Political Science Association, Chicago.

Carvalho, A.I. (1995). *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM/ FASE.

Coelho, Vera S. P. e Pedroso, Marcel (2002). "Distribuição de Serviços Públicos de Saúde no Município de São Paulo". *Novos Estudos*. No. 64; Novembro, pp: 141-152. Editora Brasileira de Ciências. São Paulo. Brasil.

Cohn, A.; Elias, P. e Jacobi, P. (1993) "Participação popular e gestão de serviços de saúde: Um olhar sobre a experiência do município de São Paulo" In.: *Revista Saúde em Debate*, n. 38/ março. Brazil

Cornwall, Andrea e Gaventa, John, (2001). "From users to choosers to makers and shapers: repositioning participation in social policy". *IDS Working Paper*. No. 127. Brighton. UK.

Côrtez, Soraya M. Vargas (2002). *Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities*. Texto apresentado no Encontro Anual da Anpocs.

Dryzek, John S. (2001). "Legitimacy and Economy in Deliberative Democracy". *Political Theory*. Vol. 29, No. 5. October. Sage Publication. London.

Fishkin, James (1995). *The Voice of the People*. Yale University Press. New Haven.

Fung, Archon and Wright, Erik Olin (2002). *Deeping Democracy: Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance*. Verso. London.

Fung, Archon (2003) "Survey Article: recipes for Public Spheres: eight institutional design choices and their consequences." *Journal of Political Philosophy*. Vol. 11. Blackwell Publishing. USA.

Heller, Patrick (2001). "Moving the State: the politics of democratic decentralization in Kerala, South Africa, and Porto Alegre". *Politics and Society*. Vol. 29; No.1; March; pp:131-163.

IPEA (2001). *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Ano 2. IPEA. Brasília. Brasil.

Marquetti, Adalmir (2003). "Participação e redistribuição: o orçamento participativo em Porto Alegre". In: Avritzer, L. and Navarro Z (eds) *A Inovação Democrática no Brasil*. Cortez Editora. São Paulo. Brasil.

Mendes, Áquilas Nogueira (2002). "Gestão descentralizada das políticas sociais e democracia local". *Informativo CEPAM*. Vol. 1; No. 3; Março; pp:62-70. Fundação Prefeito Faria Lima. São Paulo. Brasil

Mercadante, Otávio (2000). "Conselhos Municipais de Saúde". *Informativo CEPAM*. Vol. 1; No. 3; Março; pp:62-70. Fundação Prefeito Faria Lima. São Paulo. Brasil

Montoya, Mariana C. (2002). *Political Legitimacy of Deliberative Institutions*. M. Phil. Dissertation IDS. Brighton. UK

Pozzoni, Barbara (2002). *Citizen Participation and Deliberation in Brazil*. M. Phil. Dissertation. IDS. Brighton. UK

Schmitter, Philippe C. (2001). *Participation in Governance Arrangements*. European University Institute. Mimeo.

Sposati, A. e Lobo, E. (1992) "Controle social e políticas públicas." In: *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.4, No.8. Brasil

Tendler, Judith (1998). *Good government in the tropics*. Renavam/Enap. Rio de Janeiro. Brasil

Viana, A. L. (1998) "Desenho, modo de operação e representação dos interesses do sistema municipal de saúde e os conselhos de saúde." In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. III, No.1. Brasil