

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS – EAESP

SERGIO BLASBALG DE ARRUDA SAMPAIO

**O OLHAR GOVERNAMENTAL SOBRE OS
CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 2001 A 2004**

São Paulo
Fevereiro de 2006

SERGIO BLASBALG DE ARRUDA SAMPAIO

**O OLHAR GOVERNAMENTAL SOBRE OS
CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS:**

**O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 2001 A 2004**

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São
Paulo da Fundação Getúlio Vargas, em
cumprimento parcial dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Administração Pública e Governo.

**Linha de Pesquisa: Governo e
Sociedade Civil em Contexto Local**

**Orientadora: Profa. Dra. Marta
Ferreira Santos Farah**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Marta Ferreira Santos Farah (orientadora)

Prof. Dr. Clovis Bueno de Azevedo

Profa. Dra. Luciana Tatagiba

São Paulo
Fevereiro de 2006

Sampaio, Sergio Blasbalg de Arruda.

O olhar governamental sobre os Conselhos de políticas públicas: o caso do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo no período de 2001 a 2004 / Sergio Blasbalg de Arruda Sampaio — 2006.
179f.

Orientadora: Marta Ferreira Santos Farah

Dissertação (mestrado) — Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Democracia. 2. Políticas públicas — Participação do cidadão. 3. Participação social. 4. Administração municipal — Participação do cidadão. 5. Administração pública — Participação do cidadão. 6. Conselho Municipal de Saúde (São Paulo, SP). I. Farah, Marta Ferreira Santos. II. Dissertação (mestrado) — Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 352

RESUMO

A proliferação institucional dos Conselhos de políticas públicas no Brasil é uma realidade inegável. São mais de 28 mil Conselhos Municipais implantados no país, reunindo um número de conselheiros da sociedade civil que supera em mais de três vezes a quantidade de vereadores democraticamente eleitos. Muito embora os dados numéricos reforcem as expectativas depositadas nesse mecanismo de participação institucionalizada, os estudos sobre o tema têm revelado um reduzido poder de influência destes órgãos sobre o processo de definição de políticas públicas.

O objetivo deste trabalho é dar luz a um enfoque pouco utilizado nas pesquisas acadêmicas para analisar os problemas vivenciados pelos Conselhos. Trata-se de investigar como os atores governamentais com assento no Conselho observam as experiências conselhistas e como explicam o desempenho destes espaços públicos. Com base no estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMS/SP) no período de 2001 a 2004, este trabalho pretende construir um diagnóstico alternativo sobre o desempenho do Conselho, alertando para os constrangimentos vividos pelo governo para a negociação das políticas; para as dificuldades da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) em realizar processos participativos; para a avaliação negativa dos atores governamentais em relação à legitimidade, representatividade e qualificação dos conselheiros sociais; e para a baixa capacidade propositiva do CMS/SP.

ABSTRACT

The institutional proliferation of Public Policy Councils in Brazil is an indisputable reality. There are more than 28,000 City Councils established in the country, in which the amount of civil society councillors is over three times greater than that of democratically elected city aldermen. Even though these figures reinforce the positive expectations in this institutionalized participation mechanism, studies on this topic have shown the reduced influence of these bodies over the policymaking process.

The purpose of this work is to give light to a less frequent approach in academic research to analyze the problems experienced by such Councils. This approach consists of investigating how governmental Council members view the experience of the Councils in which they took part and how they explain the performance of these public arenas. Based on the case study of the Municipal Health Council of São Paulo (Conselho Municipal de Saúde de São Paulo — CMS/SP) between 2001 and 2004, this work seeks to construe an alternative diagnosis about the Council's performance, calling attention to the constraints experienced by the Government in policy negotiation; to the difficulties of the Municipal Health Secretariat of São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo — SMS/SP) in carrying out participatory processes; to the negative assessment of governmental actors as to the legitimacy, representativeness and qualification of civil society councillors; and to the CMS/SP's low proposal-making capacity.

À Carol

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à Marta Farah pela orientação inteligente e pelos ensinamentos ao longo de todo o processo de elaboração desta dissertação. Seu olhar rigoroso e detalhista me auxiliou a produzir um trabalho melhor a cada versão. Marta me deixou caminhar sozinho para que eu pudesse vivenciar a experiência da reflexão interna, mas ela também soube se aproximar nos momentos mais críticos em que precisei de sua orientação. A ela devo a maturidade com que termino o mestrado.

Devo um agradecimento especial ao Prof. Luiz Carlos Bresser-Pereira que, como membro da minha banca de qualificação, foi capaz de apontar questões essenciais para o aprimoramento deste trabalho. A ele dedico a análise jurídico-institucional presente nesta dissertação.

Agradeço ao Prof. Clovis Bueno de Azevedo pelas diversas contribuições dadas não apenas na banca, mas, sobretudo, nas ricas observações que anotou ao longo de todo o texto entregue para a qualificação. Clovis, você nem imagina o quanto dialogou comigo. É bem provável que eu não tenha dado conta de responder a todas as suas problematizações, mas tenha a certeza de que elas foram internalizadas o suficiente para continuarem comigo em futuros trabalhos.

À Profa. Luciana Tatagiba agradeço pela riqueza de seus trabalhos e pela iluminação da lacuna de pesquisa na qual este projeto se insere. A ela devo o estímulo e a vontade de pesquisar sobre o tema.

Meus mais profundos agradecimentos à Profa. Evelina Dagnino, que há três anos me instigou a entrar na academia e que, ao longo destes anos, continuou a me instigar em seminários e em sua disciplina na Unicamp, a qual tive o prazer de cursar. Agradeço também pelas conversas que tivemos sobre o meu tema de pesquisa e pelos e-mails que trocamos neste período. Todos foram muito ricos para mim.

Agradeço aos professores da FGV que travaram um diálogo mais intenso comigo sobre o projeto de pesquisa e que, certamente, contribuíram para orientar o

meu caminho. Em especial, destaco as questões trazidas pelos professores Fernando Abrúcio e George Avelino.

Agradeço à CAPES e ao GV Pesquisa pelas bolsas concedidas para a realização desta pesquisa acadêmica.

A todos os colegas da FGV que estiveram juntos neste processo, agradeço pela troca de experiências. Um agradecimento especial à Elisa Larroudé, Fernando Nogueira e Gabriela Lotta, colegas que dialogaram mais intensamente sobre o presente trabalho. À Gabriela devo as ajudas finais na elaboração desta dissertação. Obrigado pela sua disposição, Gabi, ela foi essencial para fornecer o gás que me faltava.

Agradeço a todos os entrevistados que me concederam seu tempo para a realização das entrevistas. Um agradecimento especial à Maria Ermínia Ciliberti e à Paula Lerner pela ajuda com o mapeamento dos atores a serem entrevistados e com o fornecimento das informações solicitadas. Sem elas o caminho teria sido bem mais tortuoso.

À equipe do CMS/SP, que me recebeu com afeto e me auxiliou a encontrar as informações necessárias.

Há diversas outras pessoas dignas de meus agradecimentos, dentre as quais gostaria de sublinhar o apoio de José Carlos Vaz, Paula Miraglia, Cassio França, Ana Cláudia Teixeira, Ana Maria Malik, Silvana Tótora, André Degenszajn, Ana Carolina Evangelista, Aléxis Vargas, Roberto Guimarães e Claudia Valentina de Arruda Campos.

Agradeço o apoio de meus pais, Celia e Armando, e de meu irmão, Flavio, ao longo de todo o processo acadêmico que vivenciei.

A todos os amigos que respeitaram o meu ostracismo e que não desestiram de mim. Aos que desistiram também. ;-)

Um suspiro antes de agradecer à Carol. Difícil encontrar palavras que expressem a minha gratidão por todas as contribuições que ela me deu nesta fase de vida. Presente em todas as crises e descobertas, Carol me ajudou a colorir os dias em preto e branco que passei. A ela dedico este trabalho.

SUMÁRIO

RELAÇÃO DE SIGLAS	8
RELAÇÃO DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS	9
INTRODUÇÃO	10
METODOLOGIA DE PESQUISA	16
CAPÍTULO I. DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO	20
1.1. DEMOCRACIA ELITISTA-COMPETITIVA	21
1.2. DEMOCRACIA PLURALISTA	24
1.3. DEMOCRACIA PARTICIPATIVA E REPUBLICANA	26
1.4. DEMOCRACIA DELIBERATIVA	30
CAPÍTULO II. A PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONALIZADA NO BRASIL	39
2.1. UM BREVE CONTEXTO DA PARTICIPAÇÃO NO BRASIL	39
2.2. OS CONSELHOS SETORIAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	42
CAPÍTULO III. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	61
3.1. HISTÓRICO	61
3.2. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO	65
3.3. COMPOSIÇÃO DO CMS/SP	67
3.4. PODERES E COMPETÊNCIAS DO CMS/SP	76
CAPÍTULO IV. A PERSPECTIVA DOS ATORES GOVERNAMENTAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DO CMS/SP	85
4.1. O COMPROMETIMENTO DO GOVERNO COM O CONSELHO	88
4.2. A COMPREENSÃO DOS ATORES GOVERNAMENTAIS SOBRE OS PODERES E PAPÉIS DO CMS/SP	107
4.3. A BAIXA LEGITIMIDADE E A BAIXA QUALIDADE DA REPRESENTAÇÃO SOCIETAL	117
4.4. RELAÇÃO DE POLARIZAÇÃO E CONFLITO	125
4.5. A FRAGILIDADE DO GOVERNO PARA PLANEJAR E AVALIAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE	128
4.6. CONSTRANGIMENTOS À POSSIBILIDADE DE NEGOCIAÇÃO DA SMS/SP NO CONSELHO	131
CAPÍTULO V. CONCLUSÕES	138
5.1. O DIAGNÓSTICO CONSTRUÍDO NESTA PESQUISA	138
5.2. DESAFIOS COLOCADOS AOS CONSELHOS	145
BIBLIOGRAFIA	151
ANEXOS	159

RELAÇÃO DE SIGLAS

CEDECA	Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CF	Constituição Federal
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMS/SP	Conselho Municipal de Saúde de São Paulo
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNGs	Conselheiros não-governamentais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Conselheiro Suplente
CT	Conselheiro Titular
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAS	Direção e Assessoramento Superior
LOM/SP	Lei Orgânica do Município de São Paulo
NOB	Norma Operacional Básica
ONGs	Organizações não-governamentais
OP	Orçamento Participativo
PT	Partido dos Trabalhadores
SG	Secretário-Geral
SMS/SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SS	Secretário de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

RELAÇÃO DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

<u>TABELA 1:</u>	Quantidade de atores governamentais que passaram pelo CMS/SP entre 2001 e 2004 e Quantidade de atores entrevistados na presente pesquisa	17
<u>TABELA 2:</u>	Municípios, total e com existência de Conselhos Municipais, por área de atuação segundo classes de tamanho da população dos municípios.	47
<u>TABELA 3:</u>	Distribuição de Conselhos Municipais no Brasil - 2001	48
<u>TABELA 4:</u>	Composição do CMS/SP – 2003 a 2005	73
<u>TABELA 5:</u>	Cargos dos conselheiros governamentais no CMS/SP (2001-2004), classificados segundo seus níveis de DAS	94
<u>TABELA 6:</u>	Rotatividade e assiduidade dos conselheiros governamentais do CMS/SP no período de 2001 a 2004	99
<u>GRÁFICO 1:</u>	O que poderia ser feito para melhorar o CMS/BH – Pesquisa Avritzer <i>et. al.</i> 2005.	54
<u>GRÁFICO 2:</u>	Fatores que explicam a desigualdade deliberativa entre os membros – Pesquisa Avritzer <i>et. al.</i> 2005.	54
<u>GRÁFICO 3:</u>	Composição do CMS/SP por segmento representado conforme o Decreto Municipal nº. 38.576/99	71
<u>GRÁFICO 4:</u>	Assiduidade do Secretário de Saúde nas reuniões do CMS/SP: Jan/01 a Dez/04	96
<u>GRÁFICO 5:</u>	Assiduidade dos conselheiros governamentais - titulares - nas reuniões do CMS/SP (2001 a 2004)	97
<u>GRÁFICO 6:</u>	Assiduidade dos conselheiros governamentais - titulares e suplentes - nas reuniões do CMS/SP (2001 a 2004)	98
<u>QUADRO 1:</u>	Instrumentos jurídico-institucionais que dispõem sobre a composição do CMS/SP	67
<u>QUADRO 2:</u>	Rotatividade dos representantes governamentais no CMS/SP – período 2001 a 2004	101
<u>QUADRO 3:</u>	Diagnóstico síntese do CMS/SP	144

INTRODUÇÃO

O processo de formulação de políticas públicas decorrente do encontro entre o Estado e as organizações civis presentes nos milhares de Conselhos setoriais no Brasil tem suscitado especial interesse de acadêmicos, líderes políticos e atores sociais preocupados com o fortalecimento da democracia “substantiva”, com a inclusão das demandas sociais na agenda pública e com a melhor distribuição de bens públicos. O interesse neste mecanismo de participação institucionalizado pelo Estado, e em muitos casos tornado obrigatório aos municípios após a Constituição de 1988, justifica-se, sobretudo, pelas esperanças depositadas nestes espaços como uma forma renovada do exercício do poder político (AVRITZER, 1994, 1995 e 2002a; SANTOS e AVRITZER, 2002; DAGNINO, 2002; TATAGIBA 2002; COELHO, 2004; EVANS, 2003; BRESSER-PEREIRA, 2004; CUNILL GRAU, 1998; HELD, 1987; LÜCHMANN 2002; PATEMAN, 1992; HIRST, 1992; entre tantos outros).

A bandeira por uma maior participação política dos cidadãos na esfera pública tem sido erguida por acadêmicos e políticos dos mais variados campos (*idem*). A despeito das diferenças e dos limites e dificuldades apontados pelos autores sobre as experiências participativas — como os Conselhos setoriais de políticas públicas e o Orçamento Participativo — é possível identificar uma esperança compartilhada (ao menos em tese) sobre os objetivos desses espaços públicos: (i) promover a participação da “sociedade civil”, em especial de grupos tradicionalmente marginalizados da arena política, na construção da agenda e das políticas públicas; (ii) promover o controle social das ações governamentais e a *accountability*; (iii) promover uma distribuição de bens e serviços públicos orientados ao favorecimento de grupos sociais mais vulneráveis; (iv) contribuir para o processo de democratização do Estado; (v) contribuir para o processo de democratização da “sociedade civil”.

As altas esperanças em torno dos Conselhos¹ são reforçadas pela enorme propagação que este espaço público estatal² obteve desde a sua institucionalização em 1988. Atualmente, existem mais de 28 mil Conselhos municipais em funcionamento no Brasil (IBGE, 2001³). Conselhos nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social estão presentes em quase todos os municípios do país (*idem*). Com efeito, o número de conselheiros que representam a “sociedade civil” — em torno de 170 mil — já ultrapassa a quantidade de vereadores eleitos — 51,8 mil⁴ — em mais de três vezes. São dados que apontam para a proliferação institucional dos Conselhos no país e, em uma perspectiva mais ampla, para a expansão territorial de uma experiência de democracia deliberativa que tem reunido um verdadeiro exército de atores das organizações civis (*cf.* HOUTZAGER *et al.*, 2004), e da sociedade política.

No entanto, é preciso frisar que a proliferação institucional dos Conselhos assistida no país não implicou diretamente a sua *consolidação* institucional e política enquanto espaço de pactuação de políticas públicas com o governo. Após ter analisado uma série de trabalhos dedicados ao estudo das experiências conselhistas no país, Tatagiba (2002) afirma que, “uma das conclusões mais gerais a que foi possível chegar é que os Conselhos apresentam, no cenário atual, uma *baixa capacidade propositiva*, exercendo um *reduzido poder de influência sobre o processo de definição de políticas públicas*” (*idem*, 2002: 98; grifos meus). De modo que as “(...) as avaliações mais comuns presentes na literatura são de que os Conselhos não estão conseguindo cumprir sua vocação deliberativa”⁵ (*idem*, 2004: 365; grifos meus).

¹ Dagnino (2002) alerta para os perigos desta expectativa, advertindo que “atribuir indiscriminadamente aos espaços de participação da sociedade civil o papel de agentes fundamentais na transformação do Estado e da sociedade, na eliminação da desigualdade e na instauração da cidadania, transformando as expectativas que estimularam a luta política que se travou pela sua constituição em parâmetros para a sua avaliação, pode nos levar à constatação do seu fracasso” (*idem*, 2002: 296).

² Conforme proposto pelo Grupo de Estudos sobre a Construção Democrática (GECD, 1998/1999), utilizo o termo “espaço público estatal” para me referir aos espaços de participação institucionalizados pelo Estado e que contam com a presença de seus agentes.

³ IBGE — Pesquisa de Informações Básicas Municipais: Perfil dos Municípios Brasileiros. Gestão Pública 2001 <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2001/munic2001.pdf>>.

⁴ Utilizo como base o trabalho de Tatagiba (2004) para estimar o número de conselheiros civis e o TSE (2004) como fonte para o número de vereadores.

⁵ A questão da “vocação deliberativa” dos Conselhos será problematizada nos itens 2.2 e 3.4 desta dissertação.

Do ponto de vista do desempenho dos Conselhos para o cumprimento do seu papel de controle sobre as ações governamentais, a literatura é menos consensual. Há tanto os trabalhos que indicam uma expressiva fragilidade dos Conselhos — não apenas em relação ao seu papel de proposição de políticas, mas também em relação à sua natureza fiscalizatória —, quanto os estudos que sinalizam conquistas deste espaço público estatal enquanto um mecanismo de controle social. Após analisar a experiência de Conselhos de Saúde no país, Carvalho (1995) acredita que estes órgãos estejam mais capacitados para “impedir o Estado de transgredir”, do que para “induzi-lo a agir”, investindo suas energias mais no controle das prestações de contas e dos serviços prestados, do que na formulação das políticas (*apud*, TATAGIBA, 2002: 94).

Partindo de um enfoque que privilegia a perspectiva dos atores da sociedade civil sobre o funcionamento dos Conselhos, as pesquisas acadêmicas têm demonstrado diversos limites e obstáculos vivenciados por estes espaços públicos estatais (TATAGIBA, 2002; COELHO, 2004; COELHO e VERÍSSIMO, 2004; TÓTORA e CHAIA, 2004; TEIXEIRA, 2000; TEIXEIRA e CARVALHO, 2000; RAICHELIS, 1999; DAGNINO, 2002; CARVALHO, 1995; CARNEIRO, 2002). Dentre aqueles mais marcantes destacam-se: a baixa representatividade dos conselheiros (governamentais e não-governamentais), distanciados de suas bases de origem; a baixa qualificação dos conselheiros — em especial os societais — para o exercício dos seus papéis e para a construção dialógica e coletiva; a assimetria de informações entre os atores governamentais e os atores societais; a falta de comprometimento dos atores governamentais; a centralidade do Estado no controle da agenda dos Conselhos; a falta de apoio estrutural e administrativo para o funcionamento dos Conselhos; e por trás de diversos destes fatores, a recusa dos atores governamentais em partilhar o poder (*idem*).

Chama a atenção, entretanto, o fato de estas conclusões terem sido extraídas sob o “vazio de informações” acerca da ótica dos atores governamentais neste processo (TATAGIBA, 2002: 98). A quase totalidade dos estudos ocupou-se em identificar as percepções dos conselheiros societais e de outros atores da sociedade civil sobre o desempenho dos Conselhos sem que houvesse uma investigação mais sistemática da

visão dos atores governamentais envolvidos com este espaço público estatal. Segundo Tatagiba (2002):

“Em nenhum dos estudos selecionados foi possível ‘ouvir a voz’ do Estado, ou seja, carecemos de informações a respeito de como as pessoas que estão diretamente envolvidas com a administração vêm as experiências conselhistas e são por elas afetadas em sua prática cotidiana. Esse é um caminho a ser avançado no âmbito da avaliação dessas experiências.” (idem, 2002: 98; grifos meus)

A compreensão dos obstáculos vivenciados pelos Conselhos não pode ficar restrita apenas à investigação da percepção e da atuação dos *atores sociais*. Pesquisadores dedicados aos estudos da produção de políticas públicas, como os neo-institucionalistas históricos, têm evidenciado a necessidade de se retomar a centralidade do Estado neste processo, sendo fundamental a investigação do posicionamento, da atuação e das expectativas *dos diversos atores envolvidos* em um processo de construção política (EVANS, 1993; SKOCPOL, 1985; MIGDAL, KOHLI, e SHUE, 1994; MARQUES, 1997; MATUS em HUERTAS, 1996). Como nos lembra Marques (1997), a maior crítica dos neo-institucionalistas à literatura marxista sobre o Estado reside justamente “(...) em que os autores marxistas realizaram estudos centrados apenas na sociedade, desconhecendo o papel primordial das instituições e dos atores estatais na esfera política” (*idem*, 1997: 78).

É importante notar que um dos pontos que diferenciam os neo-institucionalistas históricos dos institucionalistas clássicos é justamente a preocupação que transcende o estudo exclusivo dos *desenhos institucionais*⁶. Para além das “regras do jogo”, eles também sublinham a importância da investigação das *expectativas e percepções dos “jogadores”* envolvidos com uma determinada política (*cf.* MARQUES, 1997). Afinal, como adverte Evans (2003), retomando Bardhan (2001)⁷, “(...) *as instituições dependem de expectativas mutuamente compartilhadas*, não só de pessoas envolvidas imediatamente nelas, mas de outras que lidam com elas” (BARDHAN, 2001; *apud* EVANS, 2003; grifos

⁶ Para uma maior clareza das variações entre as correntes institucionalistas ver o excelente trabalho de Marques (1997).

⁷ BARDHAN, Pranab. (2001). Deliberative conflicts, collective action, and institutional economics. In: Meier & Stiglitz (eds.). *Frontiers of Development Economics*. pp. 269-300.

meus). Em não havendo uma concordância mínima ou, como quer Przeworski, “uma adesão voluntária” (*apud* MARQUES, 1997) dos atores às regras do jogo, as instituições estariam em risco de transformação ou, como o caso dos Conselhos parece mostrar, de esvaziamento político.

Partindo de outro referencial teórico, Matus (em HUERTAS, 1996) chega ao mesmo lugar e reforça a importância da análise da ótica de diversos atores para a compreensão ampliada da realidade. Segundo o autor, uma mesma realidade pode ser explicada de maneiras diferentes pelos diversos atores políticos presentes no jogo social. “Cada ator avalia o jogo de modo particular e atua segundo sua própria interpretação da realidade” (*idem*, 1996: 31-32). Uma boa explicação da realidade pressupõe, segundo Matus, a somatória destes enfoques e a percepção das diferenças explicativas dadas por cada ator — tarefa deixada em aberto pela literatura especializada sobre os Conselhos.

Com o objetivo de contribuir para a ampliação dos diagnósticos existentes na literatura acerca do reduzido poder de influência dos Conselhos sobre o processo de definição de políticas públicas, este trabalho dedicou-se à identificação e à análise das *visões e percepções dos atores governamentais* sobre a questão. Como estudo de caso, esta pesquisa baseou-se na investigação dos representantes governamentais que estiveram no Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (CMS/SP) entre os anos de 2001 e 2004.

A escolha deste objeto de estudo pode ser justificada por diversos motivos, dentre os quais figuram o histórico do CMS/SP⁸ — um dos primeiros a serem criados na cidade de SP, tendo servido de modelo para outras cidades —; a gestão petista no município a partir de 2001⁹; e a reconhecida mobilização social em torno da área da saúde (SACARDO e CASTRO, 2000). Ressalte-se ainda que o Secretário de Saúde que dirigiu a Secretaria entre janeiro de 2001 e fevereiro de 2002, Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, havia sido o responsável pela criação do CMS/SP na cidade em 1989. Ademais, foi o então deputado federal Eduardo Jorge quem liderou as propostas de reformulação da Constituição nas áreas de Saúde e de Assistência Social. Um processo

⁸ Uma apresentação mais detalhada segue no capítulo III.

⁹ A bandeira da participação popular na gestão da coisa pública estava entre os principais pontos do projeto político do partido.

que culminaria na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na institucionalização das instâncias de participação popular no Sistema — as Conferências e os Conselhos. Com efeito, o estudo da experiência dos atores governamentais que representavam a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) no Conselho no período pareceu interessante para problematizar os diagnósticos que apontam a “falta de vontade política” como uma das principais causas do baixo desempenho dos Conselhos.

É importante declarar algumas limitações do presente trabalho. Conforme foi visto, o estudo do processo de formulação de políticas públicas requer um enfoque amplo, que dê conta de analisar os posicionamentos e expectativas dos diversos atores envolvidos na disputa por projetos políticos. Para a melhor compreensão da dinâmica de funcionamento dos Conselhos de políticas públicas faz-se necessário, portanto, investigar: i) *os diversos representantes do governo nos Conselhos* — tais como os funcionários públicos selecionados para atuar como conselheiros governamentais, o Secretário-Geral do Conselho e o Secretário do órgão do Executivo ao qual o Conselho se vincula; ii) *os diversos atores governamentais com poder de direção e decisão sobre as políticas públicas* — tais como os altos funcionários públicos responsáveis pela gestão das políticas e o próprio chefe do executivo; iii) *demais atores políticos responsáveis pelo processo de formulação e definição de políticas públicas* — tais como os vereadores e os quadros de partidos políticos; iv) *os conselheiros sociais*, que representam os mais diferentes segmentos; v) as organizações as quais os conselheiros sociais se vinculam; vi) *os grupos privados com interesses econômicos na área*; entre outros.

É evidente, entretanto, que as limitações de tempo e de recursos dessa dissertação de mestrado inviabilizam tal dimensão de análise. Ademais, como será mostrado adiante, já existem diversos estudos dedicados à investigação de parte dos atores citados, em especial daqueles pertencentes ao campo societal. Com efeito, o desenho dessa pesquisa restringiu-se à análise dos principais atores deixados de lado pela literatura e que são chave para uma melhor compreensão do processo vivenciado dentro destes espaços públicos estatais: os representantes governamentais com assento no Conselho.

METODOLOGIA DE PESQUISA

Em termos metodológicos, o presente trabalho baseou-se primeiramente em uma revisão da bibliografia, que permitiu o recorte analítico das observações, e, em seguida, de uma pesquisa de campo. Entre os referenciais bibliográficos utilizados encontram-se as principais correntes teóricas sobre democracia, a literatura que investiga a participação no Brasil e os estudos acerca da implantação e funcionamento dos Conselhos no país.

O diagnóstico apresentado ao longo dos capítulos três e quatro e sintetizado nas conclusões deste trabalho é resultado da análise das entrevistas realizadas com os gestores públicos que representaram o governo no CMS/SP entre os anos de 2001 e 2004 e da investigação de documentos obtidos na SMS/SP e no próprio Conselho.

Os representantes governamentais com assento no CMS/SP podem ser classificados em quatro grupos. Em primeiro lugar há o Secretário de Saúde, que preside o Conselho. Como o dirigente máximo da SMS/SP, o Secretário é o ator governamental responsável pela homologação (ou não) das resoluções do Conselho, sendo aquele que, em última análise, pode conferir maiores ou menores poderes efetivos de deliberação ao órgão colegiado¹⁰. Como presidente do Conselho, o Secretário tem direito à voz e apenas ao voto de qualidade, exercido em casos de empate¹¹.

Os conselheiros governamentais dividem-se em duas categorias: os titulares e os suplentes. Ambas as posições são ocupadas por funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (de carreira ou não) que são designados pelo Secretário para acompanhar e participar das reuniões do Conselho¹². Os quatro conselheiros titulares com assento no CMS/SP têm direito à voz e a voto nas reuniões do plenário, enquanto os quatro conselheiros suplentes só têm direito à voz.

¹⁰ Este aspecto será abordado mais adiante, na análise jurídico-institucional das atribuições e poderes do CMS/SP (item 3.4).

¹¹ Lei Municipal nº. 12.546/98, artigo 4º, § 1º.

¹² No capítulo 4, item 4.1, será analisada a representatividade destes conselheiros.

Uma quarta posição governamental no Conselho é a de Secretário-Geral. Sendo também um funcionário do governo designado pelo Secretário de Saúde, o Secretário-Geral é responsável pelo acompanhamento executivo dos trabalhos e das reuniões do Conselho e pelo subsídio estrutural, logístico e informativo demandado pelo Conselho. O Secretário-Geral é um funcionário governamental dedicado exclusivamente às suas atribuições junto ao Conselho, não tendo, entretanto, direito a voto nas reuniões do plenário.

Centrando-se nos quatro posições governamentais com assento no CMS/SP — Presidente do Conselho; conselheiros titulares; conselheiros suplentes; e Secretário-Geral — foi mapeado o número de pessoas que ocuparam estes postos entre janeiro de 2001 e dezembro de 2004. A tabela abaixo reúne a quantidade de atores governamentais que passaram pelo CMS/SP no período em questão e a quantidade de pessoas entrevistadas nesta pesquisa.

TABELA 1

Quantidade de atores governamentais que passaram pelo CMS/SP entre 2001 e 2004 e Quantidade de atores entrevistados na presente pesquisa		
	Número de atores governamentais	
	2001-2004*	Entrevistados
Presidente do Conselho	2	1
Secretário-Geral	4	1
Conselheiros Titulares	12	5
Conselheiros Suplentes	5	1
Conselheiros Titulares ou Suplentes**	5	2
Total	28	10
* Fonte: CMS/SP		
** Para não haver duplicidade na somatória de atores governamentais que passaram pelo CMS/SP no período em tela, foram destacadas as pessoas que ocuparam mais de uma posição no Conselho em períodos distintos.		

No total, 28 atores governamentais ocuparam postos no CMS/SP ao longo dos 48 meses conduzidos pelo governo petista no município de São Paulo. Descontando-se os dois representantes do governo anterior — do governo do Prefeito Celso Pitta — que se mantiveram no cargo por apenas três meses, pode-se dizer que, entre 2001 e 2004, foram 26 os representantes da Secretaria Municipal de Saúde de SP que passaram pelo Conselho. A presente pesquisa realizou entrevistas com dez destes atores.

Os dois critérios utilizados para a seleção dos dez entrevistados foram: a) permanência no posto, medida pelo número de meses; e b) frequência nas reuniões do Conselho, verificada por meio das atas das 74 reuniões realizadas no período¹³. Buscando entrevistar aqueles atores com maior contato com o CMS/SP, procurou-se selecionar aqueles conselheiros e Secretários que tivessem ocupado a função por um número mínimo de seis meses e que demonstrassem uma razoável assiduidade às reuniões do Conselho. A estes dois critérios somou-se a disponibilidade dos atores contatados em conceder a entrevista.

As entrevistas em profundidade realizadas com os dez atores governamentais selecionados ocorreram entre os meses de julho e novembro de 2005. Elas seguiram um mesmo roteiro estruturado¹⁴ e tiveram duração média de uma hora e meia. Às gravações das entrevistas seguiram as fases de transcrição, tabulação e análise dos dados. Com base no material recolhido a partir das entrevistas, foram feitas análises das diversas situações e opiniões apresentadas à luz das referências bibliográficas pertinentes.

¹³ Uma análise de assiduidade e rotatividade dos atores governamentais presentes no CMS/SP encontra-se mais adiante, no capítulo 4.1.

¹⁴ O roteiro utilizado encontra-se anexo a este trabalho.

CAPÍTULO I.

DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO

CAPÍTULO I. DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO

O processo de formulação de políticas públicas traduz o momento no qual os problemas sociais são processados e inseridos na agenda governamental, concretizando-se em planos e intervenções estatais; é o momento em que a disputa pela participação política ganha sua dimensão mais tangível, pois pode, ou não, fazer com que determinadas demandas e projetos acarretem na produção e distribuição de bens públicos (SABATIER, 1999).

Não por acaso, o debate em torno dos atores políticos¹⁵ a serem envolvidos no processo de formulação de políticas públicas tem atraído a atenção de diversos acadêmicos ligados aos estudos da democracia. Para ser mais preciso, é justamente o grau de participação política dos cidadãos nesse processo que tem auxiliado os estudiosos da democracia a conseguir distinguir com maior clareza as diferenças entre as diversas correntes democráticas (HELD, 1997; BRESSER-PEREIRA, 2004; NOBRE, 2004; MIGUEL, 2002). Nas palavras de Nobre (2004) “(...) hoje a questão central na disputa em torno do sentido da democracia encontra-se justamente na definição da natureza e da posição que podem e/ou devem ocupar a participação e a deliberação de cidadãos e cidadãs no Estado Democrático de Direito” (*idem*, p.22).

Nos próximos parágrafos serão explicitados os principais pontos referentes à participação política presentes em quatro correntes teóricas de democracia: a elitista-competitiva, a pluralista, a participativa e a deliberativa. Cabe destacar, desde já, o que Held (1997) aponta no início de seu livro sobre o estudo das correntes democráticas:

“Os modelos podem ser razoavelmente divididos em dois tipos mais amplos: democracia direta ou participativa (*um sistema de tomada de decisões sobre assuntos públicos no qual os cidadãos estão diretamente envolvidos*) e a democracia liberal ou representativa (*um sistema que envolve ‘oficiais’ eleitos que tomam para si a tarefa de ‘representar’ os interesses e/ou pontos de vista dos cidadãos dentro do quadro de ‘referência da lei’*)”. (*idem*, pp. 4-5, ênfases minhas)

¹⁵ Utilizo a concepção gramsciniana de política e poder, para quem os atores políticos podem pertencer tanto à sociedade política (Estado) quanto à sociedade civil.

1.1. DEMOCRACIA ELITISTA-COMPETITIVA

Alicerçada na corrente de democracia elitista-competitiva, a democracia representativa tem em Max Weber (1864-1920) e em Joseph Schumpeter (1883-1946) os seus principais pensadores. Apesar dos pontos divergentes entre os autores, ambos vêem a democracia como uma forma de escolher governantes, responsáveis pela tomada de decisão dos assuntos públicos, e de estabelecer alguns limites a seus poderes. Sob o enfoque dos “elitistas”, o conceito de democracia é reduzido ao caráter procedimental da competição pelos votos nas eleições. A democracia passa a ser um instrumento e um fim em si mesmo (HELD, 1987).

Tanto Weber quanto Schumpeter acreditavam na relevância dos líderes políticos para definir os rumos das políticas públicas. Os cidadãos comuns jamais teriam a *competência técnica* necessária para a tomada das “melhores” decisões para a nação. A forma mais adequada para se garantir a ascensão destes líderes seria colocá-los em um ambiente de competição política que selecionasse os “melhores homens”. Com efeito, a democracia figuraria como um excelente mecanismo de escolha e legitimação dos homens políticos com vocação indelével.

A obra de Weber é dedicada à compreensão da democracia a partir do que ela é. Sua metodologia científica, baseada nos relatos descritivo-explicativos, condena o normativismo das correntes democráticas que o precederam, incluindo as que defendiam ideais com os quais ele simpatizava, como a dos liberais clássicos. Weber trouxe de volta à tona os dilemas liberais que buscavam o equilíbrio entre a força e o direito, o poder e a lei, o governo especializado e a soberania popular, articulados sob a nova ordem social e econômica do mundo capitalista e racionalizado que se descortinava ao final do século XIX e início do XX.

Os trabalhos de Weber problematizaram o socialismo defendido por Marx, principalmente no que tangia à democracia direta como forma de superação do Estado. Ainda que Weber, assim como Marx, acreditasse que a burocracia estatal fosse essencialmente não-democrática, não seria possível transcendê-la com a suposta eliminação do Estado. Ao contrário do que imaginavam Marx e Engels, Weber acreditava que a consolidação de uma sociedade socialista só faria aumentar a

expansão da dominação burocrática. As complexidades do mundo moderno e o crescente aumento de demanda da cidadania das massas ao Estado exigiriam um conhecimento técnico e especializado para a resolução dos problemas coletivos que somente um grupo treinado e experiente seria capaz de solucionar. “Portanto, sempre existe a possibilidade do surgimento de uma estrutura especial e perene para propósitos administrativos, o que, necessariamente, significa o exercício da dominação” (WEBER, 1991, vol. II, pp. 951-2).

Embora Weber compactuasse com os objetivos da democracia direta, ele não acreditava na sua possibilidade de sucesso. Como bem observou Held,

“Weber dava valor ao fato de que o objetivo da democracia direta era a redução da dominação ao mais baixo nível possível, mas em uma sociedade heterogênea, a democracia direta levaria a uma administração ineficaz e a uma ineficiência indesejada, à instabilidade política e, em última instância, a um aumento radical na possibilidade do governo opressivo de minorias”. (HELD, 1987, p. 136)

Estava claro para Weber que a administração centralizada e a burocracia eram inevitáveis e, até certo ponto, desejáveis; um ambiente político previsível e legal, que desse condições ao desenvolvimento econômico e garantisse a eficiência da administração da coisa pública, só seria possível com a sua existência. Isso posto, a questão central para Weber residiria em como cercear os poderes desta burocracia de modo a torná-la menos opressora e evitar a dominação política pelos funcionários estatais.

A equação seria solucionada com a existência de lideranças políticas situadas acima do corpo burocrático e com um certo grau de responsabilidade política perante os cidadãos. A melhor forma de se garantir a ascensão destes líderes seria colocá-los em um ambiente de competição política que selecionasse os “melhores homens”. Assim, Weber vê a importância da democracia como um excelente mecanismo de escolha e legitimação dos homens políticos com vocação indelével. A idéia da democracia enquanto base para o desenvolvimento de todos os cidadãos é descartada por Weber, que teme uma intensa participação popular na vida pública.

Como Weber, Schumpeter acredita que a política seria assunto para especialistas, para políticos profissionais e altamente qualificados. Ao povo caberia apenas selecionar quem o governasse. A população não deveria tomar parte das decisões políticas — seria tão-somente consumidora dos bens políticos produzidos pelos verdadeiros líderes. Para o autor, a democracia é concebida como um mecanismo de mercado em que os consumidores são os votantes e os políticos são os empresários; ela serve para equilibrar a oferta e a procura dos bens políticos. Nas palavras de Schumpeter,

“o método democrático é aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelos votos da população” (SCHUMPETER, 1984, p. 336).

A estratégia de persuasão dialética de Schumpeter inicia-se no combate às idéias do que o autor denomina de democracia “clássica”, diretamente atrelada às ideais de Rousseau. Para Schumpeter, a teoria “clássica” conteria diversos equívocos; serão destacados a seguir os dois principais. O primeiro deles corresponde ao pressuposto de existência de um “bem comum” em uma sociedade na qual as pessoas têm diferentes necessidades e diferentes valores; em sua visão, o “bem comum” nem sempre poderia ser estabelecido a partir de decisões democráticas — em alguns casos, apenas as decisões autoritárias poderiam estabelecer o “bem comum”¹⁶.

O segundo equívoco apontado pelo autor trata da idéia de uma “vontade do povo”, tal como proposta por Rousseau (1983) — Schumpeter argumenta que tal vontade seria inviável e perigosa, pois o hipotético desenvolvimento das leis e das políticas baseadas na “vontade do povo” não estaria longe dos grupos de pressão e da força que a propaganda exerce sobre os homens. A natureza humana na política, combinada à ignorância do cidadão comum para com os assuntos públicos, poderia facilmente “modelar e, dentro de limites muito largos, até mesmo criar a vontade do

¹⁶ Schumpeter exemplifica tal fato ao citar a instituição religiosa imposta por Napoleão Bonaparte na França do início do século XIX como a melhor alternativa política à época (*idem*, 1984).

povo” (SCHUMPETER, 1984: 320). O autor não mede esforços para desqualificar a participação do cidadão na política. Em outra passagem de seu livro, coloca

“O cidadão típico, por conseguinte, desce para um nível inferior de rendimento mental logo que entra no campo político. Argumenta e analisa de uma maneira que ele mesmo imediatamente reconheceria como infantil na sua esfera de interesses reais. Torna-se primitivo novamente. O seu pensamento assume o caráter puramente associativo e afetivo (...) Não se pode carregar uma pessoa escada acima”. (*idem*, p. 319)

Se por um lado pode parecer difícil aceitar com tranqüilidade as críticas de Schumpeter à democracia clássica, por outro, opor-se à sua dose de realismo pode soar a leviandade. Como nos lembra o autor, “a democracia não significa e não pode significar que o povo realmente governa em qualquer sentido óbvio dos termos ‘povo’ e ‘governo’. A democracia significa apenas que o povo tem a oportunidade de aceitar ou recusar os homens que o governam” (SCHUMPETER, 1984: 346).

1.2. DEMOCRACIA PLURALISTA

Em grande medida, os pluralistas como Robert Dahl e David Truman estão de acordo com os elitistas-competitivos em relação à definição da democracia enquanto *um método* pelo qual os líderes políticos são selecionados. No entanto, a principal distinção entre essas duas correntes reside na atenção central conferida à “política de grupos” no processo de formulação de políticas públicas. Enquanto os elitistas observaram pouco ou nenhum espaço político entre o cidadão individual e a liderança eleita, os pluralistas procuram enfatizar o importante papel exercido pelos grupos de interesse organizados da sociedade — associações comunitárias, religiosas, sindicatos, organizações comerciais etc. — na construção das políticas públicas. Segundo a análise de Held:

“A direção geral da política pública emerge como resultado de uma série de impactos relativamente pequenos e não coordenados sobre o governo, dirigidos de todos os lados por forças concorrentes, sem que qualquer força individual consiga exercer uma influência excessiva.

Portanto, é na disputa entre estes interesses que a política emerge — em certa medida, independente dos esforços políticos individuais — dentro do ‘molde democrático’”. (TRUMAN, 1951¹⁷, *apud* HELD, 1987: 173)

É importante ainda notar que para esta corrente teórica o poder é não hierárquico e está disperso em toda a sociedade, *não havendo qualquer centro final de tomada de decisões políticas*. Nesse cenário, o Estado figuraria como um “árbitro neutro”, procurando mediar e adjudicar as distintas demandas dos grupos de interesse concorrentes. Além disso, o Estado, enquanto arena desprovida de conteúdo político, poderia ser ocupado por diversos grupos de interesse em constantes disputas.

Com efeito, os pluralistas clássicos enfatizam que a competição política não se encerra no momento das eleições, pelo contrário, ela se mantém presente no “infinito processo de barganha” vivido pelos grupos de interesse organizados. “Para os pluralistas, a existência de diversos interesses competitivos é a base do equilíbrio democrático e do desenvolvimento favorável da política pública” (HELD, 1987: 170). Assim, a competição entre os diversos grupos de interesse produziria bons resultados democráticos, por meio do confronto entre as diferentes organizações sociais. Os pluralistas definem a democracia como um conjunto de estruturas institucionais que possibilita a competição entre os grupos de interesse para influenciar e selecionar os líderes políticos. E, para eles, a própria manutenção da democracia dependeria das competições entre grupos de interesse.

É neste sentido que, para os pluralistas, a ação social existe na medida em que há um sistema de indivíduos livres em um governo liberal. Ou seja, a política é vista como ação de homens livres para defender sua liberdade e a autonomia estaria justamente na sua capacidade de exercer ações — defendendo seus interesses e agindo conforme suas necessidades e vontades.

¹⁷ Truman, D.B. *The Governmental Process*. Nova York, Knopf, 1951.

1.3. DEMOCRACIA PARTICIPATIVA E REPUBLICANA

Alguns dos principais teóricos que integram a corrente democrática participativa e republicana¹⁸, também denominada por Held (1987) como a “Nova Esquerda”, são Hanna Arendt (1999), Carole Pateman (1992), Crawford B. Macpherson (1978) e Nicos Poulantzas (1980). Ambas as correntes têm suas bases teóricas fundamentadas nos trabalhos de Rousseau (1983) e de Stuart Mill, e ganharam força na segunda metade do século XX.

As intensas mobilizações políticas dos movimentos popular e sindical europeus em prol de um maior envolvimento da sociedade na elaboração das políticas governamentais dos anos 70 serviram como base para o fortalecimento das idéias participativas da democracia. A partir destes ideais, os participacionistas e os republicanos se tornaram fervorosos críticos às teorias que reduzem a participação do povo aos períodos eleitorais e à idéia de que a democracia seria apenas instrumental; uma forma de eleger governantes.

Para estes teóricos, a democracia não deveria se restringir a um regime político. Ela deveria ser apreciada enquanto forma de sociedade, estilo de vida e ideal de emancipação. Como os desenvolvimentistas tais quais Rousseau e J. S. Mill, os participacionistas e os republicanos compreendem a democracia como uma possibilidade de desenvolvimento do ser humano. Para eles, é na liberdade pública e na participação política que a sociedade consegue se desenvolver, superando as formas restritas de crescimento coletivo baseadas na esfera privada ou individual. Nessa perspectiva, Arendt (1999) afirma que “toda atividade realizada em público pode atingir uma excelência jamais igualada na intimidade” (ARENDT, 1999:59). A democracia, assim, é descrita como uma comunidade política participativa cujos integrantes estão preocupados com o interesse público, que vai além dos interesses individuais e egoístas.

¹⁸ É comum encontrar na literatura sobre democracia um uso equivalente para os termos “participativa” ou “republicana” (cf. BRESSER-PEREIRA, 2004). Não faz parte do escopo deste trabalho problematizar o uso indistinto destes dois termos em função das divergências entre as duas correntes. Com efeito, esta seção busca evidenciar as principais idéias defendidas pelos republicanos e pelos participacionistas em relação à participação da sociedade civil na política.

Carole Pateman (1992) acredita que a participação possa desenvolver atitudes de cooperação, integração e comprometimento com as decisões, bem como aumentar o senso de eficácia política. A participação teria uma função educativa de promoção da cidadania e deveria atingir a todos os indivíduos em seu cotidiano. Para isso, a autora defende que a concepção de “política” *stricto sensu* deveria ser ampliada para além de uma esfera nacional. “A noção de uma sociedade participativa exige que o alcance do termo ‘político’ seja ampliado para cobrir esferas exteriores ao governo nacional” (PATEMAN, 1992: 140). As pessoas deveriam ter a oportunidade de debater questões que as atingisse diretamente, nos seus locais de trabalho, na escola, em seu bairro etc. Esses espaços propiciariam aos indivíduos as condições de articular sua “vida privada com a vida pública” e estimulariam no homem comum o interesse pelos problemas do local onde mora (cf. TÓTORA, 1998: 55).

Para os republicanos, a maximização da liberdade individual requereria uma devoção total à vida pública, colocando o “bem comum” acima de todos os outros interesses. O cidadão, portanto, seria aquele que se une por vontade própria aos demais para criarem uma comunidade de homens livres, iguais e associados (ROUSSEAU, 1983). Para Hanna Arendt (1999) a democracia precisaria de um sentido de virtude cívica altruísta que impregnasse a vida política. Assim, a sociedade seria vista como uma sociedade política e a democracia seria equivalente à auto-organização política da sociedade, o que remete a uma compreensão da política dirigida contra o aparato do Estado.

Arendt (1999) acredita que a esfera pública política deveria ser revitalizada a ponto de viabilizar uma cidadania com auto-governo descentralizado, capaz de apropriar-se do poder estatal burocraticamente independente. Há nesta discussão um pressuposto de que a sociedade civil é virtuosa e de que a soberania popular, tal qual defendida por Rousseau (1983), não pode ser delegada; o povo não pode ter representantes em lugar de seu caráter soberano. Neste sentido, o governo eleito não seria apenas autorizado, mas sim obrigado a desenvolver as ações de interesse público, permanecendo limitado por uma comunidade auto-governante.

Segundo a concepção republicana, a esfera pública apresenta-se como a arena de auto-organização da sociedade como comunidade política de iguais (ARENDT, 1999), um espaço para o ressurgimento das virtudes cívicas dos cidadãos, que, no limite, deverão recuperar o caráter político do campo social, fazendo do Estado uma continuidade inseparável de si mesmos (*cf.* COSTA, 2002). Com a fusão da sociedade civil e da sociedade política, a deliberação política derivaria diretamente dos consensos construídos no interior dos espaços públicos. Mais do que o consenso, entretanto, é na explicitação das diferenças e no respeito ao outro que Arendt atribui ao espaço público a garantia da pluralidade dos atores e o reconhecimento de direitos como equacionadores dos conflitos sociais (GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA, 1998/1999).

Há, no entanto, diversas críticas em relação às correntes participativas e republicanas. Held (1987) acredita que, para ser defendida adequadamente, “a democracia participativa requer uma teoria detalhada das ‘fronteiras da liberdade’ e uma análise detalhada dos arranjos institucionais necessários para protegê-las” (HELD, 1987: 246). Ele endossa e considera legítima a preocupação dos neoliberais acerca da suposta “razão democrática” que, segundo a Nova Esquerda, orientaria o povo para as melhores decisões públicas. Poder-se-ia presumir que de fato a “vontade democrática” emanada da sociedade civil seria sábia e boa para todos? A questão central para o autor é “como podem os indivíduos ser ‘livres e iguais’, gozar de oportunidades iguais de participar na determinação da estrutura que governa suas vidas, sem deixar pontos importantes sobre a liberdade individual e questões distributivas aos resultados incertos do processo democrático?” (*idem*, p. 238).

Elenaldo Teixeira (2001) alerta para outro risco que a democracia participativa poderia incorrer ao procurar institucionalizar espaços públicos estatais. Se por um lado a participação institucionalizada teria o mérito de conferir um caráter de regularidade e permanência ao envolvimento do cidadão nos assuntos públicos, por outro haveria “o risco de envolver os agentes sociais na lógica própria do poder, na racionalidade técnico-burocrática” (TEIXEIRA, 2001: 29). O autor também chama a atenção para um desafio que os teóricos da democracia participativa e republicana costumam negligenciar: o da articulação da participação com os mecanismos de representação

política. Utilizando as contribuições de Habermas (1995, 1997), Teixeira (2001) questiona o caráter decisório das deliberações advindas da sociedade civil, tal qual almejado pela corrente republicana.

“Se se vislumbra como fundamental a participação dos vários segmentos sociais no processo de tomada de decisão sob várias formas (debate público, proposição, consulta, pressão etc.), *tampouco se pode minimizar a responsabilização dos que recebem mandatos para decidir*”. (TEIXEIRA, 2001: 35-36; grifos meus).

Na mesma linha, Jardim Pinto (2004) critica a corrente participacionista pela ausência de referências sobre a relação que os canais de participação *deveriam ter* com os canais institucionais de representação. O desejo participacionista de constituição de uma institucionalidade “paralela ao Estado”, que negligencia o papel dos partidos políticos e do sistema representativo, seria um equívoco. Para a autora:

“A idéia de separação entre representantes e representados é fundamental para que se possa, inclusive, delimitar o espaço da política; sem ela esse espaço simplesmente não existiria”. (JARDIM PINTO, 2004: 106)

A preocupação com o Estado é também um ponto de destaque da obra de Cunill Grau (1998). A autora salienta que a luta pela maior participação política da sociedade civil não pode desvalorizar o papel do Estado. Afinal, “o fortalecimento da sociedade requer o fortalecimento do próprio Estado” (*idem*, p. 15). Contudo, a centralidade e a importância do Estado no processo democrático é uma questão raramente destacada pelos teóricos da democracia participativa e republicana (*cf.* MARQUES, 1997; EVANS, 2003).

No intuito de avançar no debate polarizado entre representação e participação e entre Estado e sociedade civil, Habermas (1995, 1997) apresenta um conceito de democracia que procura aumentar o papel da sociedade civil no processo político ao mesmo tempo em que assegura a centralidade do Estado e de suas instituições. As idéias desenvolvidas pelo autor alemão para conformar a teoria da democracia deliberativa, ou discursiva, serão objetos de análise do item a seguir.

1.4. DEMOCRACIA DELIBERATIVA

De desenvolvimento mais recente do que as teorias de democracia elitista-competitiva e de democracia participativa, a teoria de democracia deliberativa, formulada fundamentalmente por Jürgen Habermas ao longo dos anos 90, destaca-se pela articulação de aspectos importantes defendidos tanto pela corrente liberal, quanto pela republicana. Como os republicanos, Habermas (1995, 1997) acredita que a democracia não pode se restringir a um sistema de seleção de governantes, no qual a participação dos cidadãos na política esteja limitada ao momento do voto. Para o autor, as decisões políticas do Estado não devem estar desancoradas das demandas advindas do mundo da vida (constituído pela sociedade civil) e, por isso, em sua concepção de democracia Habermas concede um lugar central ao processo *discursivo* de conformação das opiniões dos cidadãos (HABERMAS, 1997; LÜCHMANN 2002; NOBRE, 2004).

Assim como os liberais, entretanto, Habermas refuta o auto-governo almejado pela corrente republicana. Dado que a sociedade civil é permeada por interesses distintos, seria ilusório imaginar que os eventuais “consensos” construídos em seu interior representem uma “vontade geral” aplicável e benéfica a toda população. Conforme a análise de Lüchmann (2002), Habermas acredita que “(...) a concepção republicana pautada na idéia de que o ‘processo democrático depende das virtudes de cidadãos orientados para o ‘bem comum’, apresenta um caráter de homogeneidade e virtuosidade que não condiz com uma realidade complexa e plural.” (*idem*, p. 21). Com isto em vista, Habermas se alinha aos liberais para defender o papel do Estado de Direito como o regulador e o administrador dos problemas sociais. Seria preciso reconhecer e respeitar os limites entre Estado e sociedade, reforçando o primeiro como o *locus* das decisões democráticas por excelência. A recusa da fórmula *rousseauniana* na teoria de Habermas é descrita da seguinte maneira por Avritzer e Costa (2004):

“A fonte da legitimidade política não pode ser, conforme Habermas, a vontade dos cidadãos individuais, mas o resultado do processo comunicativo de formação da opinião e da vontade coletiva. É esse o processo que, operado dentro da esfera pública, estabelece a mediação entre o mundo da vida e o sistema político, permitindo que os impulsos provindos do mundo da vida cheguem até as instâncias de

decisão do sistema democrático”. (AVRITZER e COSTA, 2004: 708-709)

De certo modo, o que Habermas procura defender em sua teoria é a necessidade de que tanto o papel político do Estado quanto o da sociedade civil sejam devidamente reconhecidos para que o debate polarizado entre as correntes liberais e republicanas possa ser transcendido. É nesta perspectiva que o conceito de esfera pública desenvolvido em Habermas tem sido reconhecido por diversos cientistas¹⁹ sociais como “(...) a renovação mais importante na teoria democrática da segunda metade do século XX” (AVRITZER, 2000 *apud* LÜCHMANN, 2002). Em verdade, seu modelo de esfera pública constitui-se como “(...) um terceiro caminho dentro da teoria democrática, mais além do debate entre o elitismo democrático e os democratas participativos”, uma vez que introduz a “(...) possibilidade de uma ‘*relação argumentativa crítica*’ com a organização política, no lugar da relação participativa direta” e abre espaço “(...) para uma nova forma de relação entre racionalidade e participação” (AVRITZER e COSTA, 2004; ênfases minhas).

Para que a “relação argumentativa crítica” à qual Avritzer e Costa se referem possa ocorrer de maneira satisfatória é preciso que a relação entre Estado e sociedade civil seja mediada por uma esfera pública que seja capaz (1) de “*filtrar*” as demandas sociais de caráter eminentemente público e (2) de *tensionar* e *oxigenar* as instituições estatais no sentido de democratizar as decisões políticas. Convém destacar aqui os sentidos dos termos “sociedade civil” e “esfera pública”, empregados pela corrente de democracia deliberativa²⁰.

Por “esfera pública” Habermas compreende:

“(...) uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posições e opiniões; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados, a ponto de se condensarem em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos” (HABERMAS, 1997: 92).

¹⁹ Ver também Fraser, 1993.

²⁰ Os conceitos de “esfera pública” e de “sociedade civil” adotados neste trabalho se baseiam nos trabalhos de Habermas (1995, 1997) e de Cohen e Arato (1992).

Em referência ao conceito *habermasiano* de esfera pública, Avritzer (2000) destaca dois elementos centrais que contribuem para o debate sobre a democracia. O primeiro é a *existência de um espaço público distinto do Estado* que permite uma interação direta entre os indivíduos, no qual as decisões tomadas pelas autoridades políticas são debatidas, onde o conteúdo moral das diferentes relações presentes na sociedade civil é discutido e onde as demandas sociais podem ser formuladas para serem dirigidas ao Estado (AVRITZER, 2000: 78 *apud* LÜCHMANN, 2002: 22). O segundo elemento é a idéia de *ampliação do domínio público* ou de incorporação de novos temas, problemas e questões que passam a ser objeto de uma discussão pautada na argumentação racional de caráter público e que antes se limitavam ao espaço privado (*idem*). Esta esfera pública indica uma dimensão da sociedade na qual o intercâmbio dialógico é possível graças à prática de um discurso crítico dos assuntos públicos orientado pela racionalidade do melhor argumento (GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA, 1998/1999; LÜCHMANN, 2002).

Embora o conceito de “sociedade civil” não seja aprofundado em Habermas, ele pode ser observado nos trabalhos de Cohen e Arato (1992) que, valendo-se da diferenciação proposta pelo autor alemão entre o mundo da vida — no qual se encontra a sociedade civil — e o sistema — o mundo das instituições políticas e econômicas —, oferecem conceituações mais bem acabadas sobre o termo. Assim, a sociedade civil é compreendida pelo conjunto de instituições de caráter não-econômico e não-estatal que composta, essencialmente, pela esfera *associativa* (especialmente por associações voluntárias) e por movimentos sociais. Nesta concepção, a sociedade civil é regida por leis e direitos *subjativos* e age por meio da *ação comunicativa*. Distingue-se, portanto, da sociedade política²¹ e da sociedade econômica²² na medida em que estas são institucionalizadas pelo direito — regras formais — e agem por meio de uma racionalidade instrumental. Nesta visão, a sociedade civil representa uma das dimensões do mundo sociológico de normas, práticas, papéis, relações, competências e que detém um ângulo particular de olhar este mundo do ponto de vista da construção

²¹ De partidos, organizações políticas e parlamento.

²² Composta por organizações de produção como empresas, cooperativas, etc.

de associações conscientes, vida associativa, auto-organização e comunicação organizada (COHEN e ARATO, 1992).

Um outro termo importante a ser analisado para que se possa entender melhor a relação imaginada entre o Estado e a sociedade civil no modelo de democracia deliberativa é o próprio sentido da “deliberação”. Nobre (2004) recorre a Bernard Manin (1987) para esclarecer que, em verdade, há dois sentidos utilizados para o mesmo termo: no primeiro, a “deliberação” é entendida enquanto um *processo de discussão*; já no segundo, a “deliberação” é compreendida como uma *tomada de decisão*. A questão chave para os teóricos da democracia deliberativa seria criar um sistema de justificação política no qual o segundo sentido, *de competência do Estado*, dependesse teórica e praticamente do primeiro, *originado na esfera pública*. Ao contrário dos republicanos, portanto, *os teóricos da democracia deliberativa não conferem às deliberações advindas da esfera pública um poder soberano*. O processo democrático legítimo não poderia desconsiderar o papel dos parlamentares. Como argumenta Habermas:

“(...) a influência pública só se transforma em poder político após passar através dos filtros dos procedimentos institucionalizados de formação de vontade e opinião democráticas, ser transformada em poder comunicativo e adentrar através dos debates parlamentares o processo legislativo legítimo.” (HABERMAS, 1997)

Segundo análise de Lüchmann (2002), esta perspectiva faz com que Habermas conceba uma teoria de democracia “mais branda” do que o modelo republicano no que se refere à participação social

“(...) na medida em que *em sua concepção de democracia deliberativa os cidadãos não se constituem enquanto uma vontade coletiva que define e delibera as questões públicas de forma auto-determinada*. Os limites sistêmicos estão colocados, sendo que o sistema político, o judiciário, o sistema econômico, enfim, o processo de diferenciação funcional que caracteriza as sociedades complexas são impeditivos estruturais para uma atuação da sociedade civil enquanto *auto-definidora e gerenciadora das deliberações políticas*”. (LÜCHMANN, 2002: 33; ênfases minhas)

Sob pena de fragilizar a legitimidade do seu poder, o Estado precisaria manter-se permeável às demandas da esfera pública, introduzindo novos temas em sua agenda

política e fazendo com que o seu processo decisório fosse responsivo aos anseios públicos da sociedade civil. Anseios estes que, segundo Habermas, não se consolidam por meio de uma simples agregação de preferências ou vontades individuais, mas sim por um método *discursivo e dialógico* entre indivíduos, capaz de explicitar as diferenças e de orientar a construção de demandas coletivas de maneira independente do Estado. Segundo Nancy Fraser (1993), é este procedimento democrático que confere à esfera pública *habermasiana* a sua principal conceituação. Nas palavras da autora:

“The idea of the public sphere in Habermas’s sense is a conceptual resource (...) that designates a theater in modern societies in which political participation is enacted through the medium of talk. It is the space in which citizens deliberate about their common affairs, hence, an institutionalized arena of discursive interaction. This arena is conceptually distinct from the state; it is a site for the production and circulation of discourses that can in principle be critical of the state”. (FRASER, 1993: 2)

Para serem considerados democraticamente legítimos, entretanto, estes processos dialógicos e discursivos que ocorrem no interior da esfera pública devem respeitar *procedimentos imparciais de deliberação*. Dentre estes procedimentos, vale destacar dois pressupostos que parecem centrais no modelo de democracia deliberativa a fim de que os consensos produzidos sejam legítimos. O primeiro diz respeito à existência de uma “(...) certa paridade entre os debatedores, permitindo que a despeito de suas diferenças reais, eles possam deliberar ‘como se fossem iguais’” (GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA, 1998/1999). A idéia aqui é que as desigualdades sociais, culturais e econômicas possam ser “temporariamente suspensas” ou desconsideradas no momento dos debates, de modo que o “melhor argumento” consiga superar os demais.

O segundo pressuposto dialoga com a necessidade de uma “distribuição igualitária de oportunidades de intervenção na interação pelos seus participantes. O consenso, para ser legítimo, precisa ser o resultado de um processo no qual todos os participantes da interação tenham condições de expressar seus pontos de vista de forma não coagida” (*idem*). Estes mesmos aspectos são reforçados por Benhabib (1996) de maneira mais detalhada:

“(...) somente podem ser ditas válidas (isto é, vinculantes moralmente) aquelas normas (isto é, regras gerais de ação e arranjos institucionais) que poderiam receber a anuência de todos aqueles afetados por suas conseqüências, se tal acordo fosse alcançado como o resultado de um processo de deliberação que tenha as seguintes características: 1) a participação na deliberação é regulada por normas de igualdade e simetria; todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, questionar, interrogar e abrir o debate; 2) todos têm o direito de questionar os tópicos fixados no diálogo; 3) todos têm o direito de introduzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e o modo pelo qual elas são aplicadas ou conduzidas. Não há *prima facie* regras que limitem a agenda de conversação, ou a identidade dos participantes, contanto que cada pessoa ou grupo excluído possa mostrar justificadamente que são afetados de modo relevante pela norma proposta em questão”. (BENHABIB, 1996²³ *apud* NOBRE, 2004: 34)

Em suma, na concepção *habermasiana* de democracia discursiva a participação dos atores da sociedade civil é fundamental para que os problemas enfrentados do mundo da vida possam ser processados e debatidos na esfera pública e, desta, canalizados ao sistema político legal. A um só tempo, a esfera pública visa à construção de uma argumentação crítica entre os atores sociais, orientada pela deliberação de questões públicas, e o tensionamento com os órgãos estatais, na medida em que procura inserir novos temas na agenda e influenciar os processos decisórios. Em outras palavras, a missão da esfera pública *habermasiana* é procurar democratizar os dois campos que ela media: o da *sociedade civil* e o do *Estado*.

Mas assim como as demais teorias sobre democracia, a concepção habermasiana não está livre de críticas. Para fins do escopo deste trabalho, serão apresentadas a seguir as críticas que se fazem mais pertinentes para o estudo dos Conselhos no Brasil. Elas se originam nos trabalhos de Nancy Fraser (1993) e de Avritzer e Costa (2004).

Fraser (1993) questiona três importantes suposições da teoria *habermasiana* para que a esfera pública possa funcionar de maneira adequada. A primeira é a premissa de

²³ “Toward a Deliberative Model of Democratic Legitimacy”. In Benhabib, Seyla (org.) *Democracy and Difference, Contesting the Boundaries of the political*. Princeton, Princeton University Press, 1996, p. 70.

que seria possível para os debatedores em uma esfera pública “ignorar” ou “suspender artificialmente” as diferenças de status reais entre eles e, deste modo, conseguir deliberar como se fossem socialmente iguais. Para a autora, entretanto, as deliberações geradas nestas condições constituir-se-iam em uma forma renovada do exercício da dominação de um grupo pelo outro. Uma forma de dominação ainda mais perigosa do que as tradicionais, pois “mascarada” de democrática. Segundo Fraser, a explicitação das diferenças, ao invés de camuflá-las, seria o melhor caminho para o próprio enfrentamento da questão.

“(…) the bracketing of social inequalities in deliberation means proceeding as if they do not exist when they do, this does not foster participatory parity. On the contrary, such bracketing usually works to the advantage of dominant groups in society and to the disadvantage of subordinates. In most cases, It would be more appropriate to unbracket inequalities in the sense of explicitly thematizing them”. (FRASER, 1993: 11)

Uma segunda premissa atacada pela autora feminista é a de que os debates na esfera pública se restrinjam às deliberações dos ditos “assuntos coletivos” e de “interesse público”. A autora questiona o processo decisório para que determinados assuntos sejam categorizados como “públicos” enquanto outros sejam rotulados de “privados”, “particulares”. A autora destaca que as feministas estavam entre uma minoria que pensava que a violência doméstica contra as mulheres era uma questão de interesse coletivo e, portanto, um tópico legítimo para o debate público. A grande maioria das pessoas, segundo Fraser, considerava que esta era uma questão de natureza privada. Apenas depois de muita luta das feministas, atuando em esferas subalternas (denominadas por Fraser de *counterpublics*) é que o tema passou a ser problematizado na esfera pública. Seria preciso reconhecer que a esfera pública está inserida em um contexto social mais amplo, que reproduz a exclusão de públicos minoritários ou frágeis. A retórica dominante sobre os assuntos que são (ou não) de pertinência pública também operaria em favor de grupos mais fortes e, por isto, as deliberações da esfera pública precisariam ser vistas com cautela (*idem*).

A terceira premissa questionada por Fraser é a de que para ser considerada legítima e democrática, a esfera pública precise estar claramente separada do Estado,

de modo que o caráter deliberativo da esfera pública não tenha efeito decisório. Em verdade este é um questionamento em torno do qual diversos outros cientistas sociais se somam (AVRITZER e COSTA, 2004; COHEN, 1997; BOHMAN, 1996). Segundo este grupo de críticos, um dos maiores problemas da teoria *habermasiana* residiria no limitado poder conferido à esfera pública no sentido da transformação das instituições estatais.

Avritzer e Costa (2004) criticam o fato de Habermas desprezar ou negligenciar a importância de democratizar o processo *decisório*, de modo que as deliberações advindas da sociedade civil possam ter poder efetivo. Para os autores, a teoria de democracia deliberativa precisaria dar conta de incorporar as experiências participativas na América Latina que, ao se tornarem *institucionalizadas* pelo Estado²⁴ ganhariam novos contornos deliberativos. A inserção destes espaços de participação institucionalizados no Brasil — tais como os Conselhos de políticas públicas — e a previsão constitucional de outras formas de participação no país serão objetos de análise do próximo capítulo.

²⁴ Para Avritzer e Costa (2004), a institucionalização da participação não deve significar, de antemão, uma cooptação do Estado. Embora este seja um risco presente, a institucionalização de mecanismos de participação é resultado de reivindicações da sociedade civil associativa por uma maior participação na coisa pública. Ou seja, em muitos casos, a iniciativa de institucionalizar espaços públicos estatais não “nasceu” no Estado, mas sim na sociedade civil.

CAPÍTULO II.

A PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONALIZADA NO BRASIL

CAPÍTULO II. A PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONALIZADA NO BRASIL

2.1. UM BREVE CONTEXTO DA PARTICIPAÇÃO NO BRASIL

Os anos setenta foram marcados por um levante de movimentos populares e sindicais no Brasil do regime ditatorial. O crescente processo de urbanização e de industrialização nacional somado à oposição ao governo militar serviram de base para o “aparecimento de um novo tipo de expressão dos trabalhadores” (SADER, 1988: 36), tornando-se conhecido como “os novos movimentos sociais”, por seu caráter diverso das épocas anteriores²⁵. Fundamentalmente, esses movimentos destacaram-se pela reivindicação de uma maior participação nas decisões públicas e pela pressão em prol da democratização do Estado (LÜCHMANN, 2002). Em uma época de cerceamento das liberdades, eles clamavam pelo direito de se associarem livremente em campos autônomos de participação²⁶ e tinham como expectativa a fundação de bases renovadas de organização social e política no país com vistas à garantia de novos direitos. Embora houvesse grande heterogeneidade dentre os atores que se somavam aos múltiplos movimentos existentes, as reivindicações comuns pelas eleições diretas, pela diminuição do custo de vida e por creches, moradia e emprego, amalgamavam uma bandeira coletiva da sociedade civil nos fins da década de 70 e ao longo da década de 80 (*idem*: 67).

A democratização de 1985 teve impacto direto no âmbito dos movimentos sociais e no modo como eles se configuravam frente ao Estado. Se antes o debate apontava para questões maniqueístas e reducionistas que “demonizavam” o Estado e viam na sociedade civil toda sorte de virtuosidades, com a Constituição Federal (CF) de 88, a sociedade civil passou a ter novos contornos, assumindo um papel mais propositivo junto ao Estado. Como bem expôs Dagnino:

“(...) o antagonismo, o confronto e a oposição declarados que caracterizavam essas relações [entre Estado e sociedade civil] no

²⁵ libertário nas primeiras décadas do século XX e populista após 1945 (SADER).

²⁶ É no início dos anos oitenta que esses movimentos conseguem, finalmente, criar a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Central Geral dos Trabalhadores (CGT) e um partido de massa de esquerda, o Partido dos Trabalhadores (PT).

período da resistência contra a ditadura perdem um espaço relativo substancial para *uma postura de negociação que aposta na possibilidade de uma atuação conjunta, expressa paradigmaticamente na bandeira da 'participação da sociedade civil'*". (DAGNINO, 2002: 13)

A possibilidade de a sociedade apresentar sugestões para a nova carta constitucional por meio de audiências públicas suscitou o encontro de diversos atores — movimentos sociais, organizações sindicais e profissionais e representantes do Estado — em fóruns, plenárias e encontros temáticos. Embora estes encontros reunissem atores com projetos políticos distintos, havia uma aposta comum para a ampliação de espaço de participação e para uma atuação conjunta entre Estado e sociedade civil (DAGNINO, 2002).

A institucionalização de mecanismos participativos comprova o que Lüchmann (2002) afirma ser uma das principais mudanças do espectro da participação no Brasil entre os anos 70 e 90: a transição da "participação movimentalista" para a "participação institucionalizada". A sociedade civil organizada deixava de se posicionar de maneira combativa e coesa diante do Estado para assumir um caráter mais diluído em espaços de participação institucionalizados²⁷.

Por serem considerados mais próximos das demandas cotidianas da população, os municípios foram os entes federativos com maior destaque no sentido da interação com as organizações civis. Assim, o artigo 29º da Constituição Federal (incisos XII e XIII), dispôs que os municípios deveriam atender aos seguintes preceitos: "(...) cooperação das associações representativas no planejamento municipal [e] iniciativa popular de projetos de lei de interesse específico do Município, da cidade ou de bairros, através de manifestação de, pelo menos, cinco por cento do eleitorado".

Com relação à gestão das políticas públicas em Seguridade Social, no artigo 194º (Inciso VII) assegurou-se o "caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados". No Artigo 204º (Inciso II), sobre a Assistência Social, a CF afirmou a "participação da população, por meio de

²⁷ Exceções feitas aos Movimento dos Sem Terra (MST) e os movimentos em favor da moradia urbana, tais como o Movimento dos Sem Teto.

organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis". A CF também contemplou a "participação da comunidade" na área da Saúde. No artigo 198º, inciso III, ficou estabelecido que esta participação deveria ser uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde²⁸. No Artigo 227º, § 1º, acerca da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso, a CF dispôs que "[o] Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais (...)".

Além da CF, a lei federal do Estatuto da Cidade, a partir do conceito de direito à cidade, também reconheceu o direito de participação política dos movimentos populares e das organizações civis. No artigo 2º inciso II, por exemplo, o Estatuto estabeleceu "gestão democrática por meio da participação da população e de associações representativas dos vários segmentos da comunidade na formulação, execução e acompanhamento de planos, programas e projetos de desenvolvimento urbano". No artigo 45º, o Estatuto dispôs que "os organismos gestores das regiões metropolitanas e aglomerações urbanas incluirão obrigatória e significativa participação da população e de associações representativas dos vários segmentos da comunidade, de modo a garantir o controle direto de suas atividades e o pleno exercício da cidadania".

Em virtude dos caminhos abertos pela CF, diversos mecanismos de participação política foram institucionalizados nos municípios. Dentre as inovações institucionais observadas desde o final da década de 80, destacaram-se o Orçamento Participativo (OP) e os Conselhos de políticas públicas. Presente em mais de 103 municípios no país, o OP chamou a atenção por seu caráter inovador em relação à construção de um percentual do orçamento público de maneira participativa²⁹. Para Avritzer (2002), o Orçamento Participativo "(...) consiste na mais inovadora prática de gestão democrática em nível local surgida no Brasil no período pós-autoritário" (idem: 19).

²⁸ "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) III — participação da comunidade" (CF, Artigo 198º).

²⁹ Embora os setores da esquerda tenham festejado o OP como um mecanismo de participação eficaz, há diversos estudos que problematizam as experiências de OP. Para uma leitura sobre os avanços e limites do OP ver, entre outros, os trabalhos de Wampler (2004), Avritzer (2002, 2002a) e Lüchmann (2002).

Com uma disseminação muito maior do que os OPs, os Conselhos de políticas públicas estão presentes em quase todos os municípios do Brasil. Assim como o OP, há grandes expectativas em torno do seu papel no sentido da democratização do Estado e na maneira pela qual as políticas públicas são formuladas. O item a seguir será dedicado à análise da inserção institucional dos Conselhos Municipais no país, à problematização das definições e expectativas em relação aos Conselhos setoriais de políticas públicas e à descrição dos principais problemas encontrados pela literatura acerca do funcionamento destes espaços públicos.

2.2. OS CONSELHOS SETORIAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Os Conselhos setoriais de políticas públicas são definidos pela literatura como espaços públicos institucionalizados pelo Estado, com o objetivo de promover a participação da “sociedade civil” na formulação e no controle das políticas públicas. Compostos por representantes do Poder Executivo e da “sociedade” estes órgãos configuram-se como *instituições híbridas*, que procuram intermediar estes dois campos (TATAGIBA, 2002 e 2004; TEIXEIRA, 2000; GOMES 2003; GOHN 2001; CARVALHO e TEIXEIRA, 2000; LÜCHMANN, 2002). Como salienta Tatagiba, apesar de se configurarem como parte da estrutura do Estado,

“Os Conselhos não são espaços do governo, tampouco da sociedade civil. São espaços públicos plurais, nos quais representantes da sociedade e do Estado, disputam, negociam e, ao mesmo tempo, compartilham a responsabilidade pela produção das políticas públicas em áreas específicas”. (TATAGIBA, 2004: 348)

Partindo da definição proposta pelo estudo sobre os “Conselhos Municipais e Políticas Sociais”, realizado em 1997 pelo IBAM, IPEA e Comunidade Solidária, tanto Tatagiba (2002) quanto Lüchmann (2002) apresentam os Conselhos setoriais de Políticas como órgãos amparados por legislação nacional — de caráter obrigatório ou não —, ligados às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais, atuantes nas três esferas de governo, com atribuições legalmente

estabelecidas no plano da formulação e implementação das políticas, sendo partícipes das práticas de planejamento e fiscalização das ações públicas. “São também concebidos como fóruns públicos de captação de demandas e pactuação de interesses específicos dos diversos grupos sociais e como uma forma de ampliar a participação dos segmentos com menos acesso ao aparelho de Estado. Estão voltados à garantia de universalização dos direitos sociais. Entre eles, destacam-se os Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.” (relatório IBAM, IPEA e Comunidade Solidária *apud* LÜCHMANN, 2002: 86).

Segundo definição de Tatagiba (2002), os Conselhos setoriais de políticas públicas, também denominados pela autora como “Conselhos gestores de política públicas” são:

“(...) espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais”. (TATAGIBA, 2002: 54)

Para a autora, “a competência legal de deliberar sobre as políticas públicas é a principal força dos Conselhos enquanto espaços potencialmente capazes de induzir à reforma do Estado.” (*idem*, p. 55). Esta “vocação deliberativa” dos Conselhos faria com que os representantes da “sociedade civil” presentes nestes órgãos compartilhassem a responsabilidade pela produção das políticas públicas com o Estado (TATAGIBA 2004).

A vocação deliberativa dos Conselhos é também um aspecto ressaltado por Lüchmann (2002). Após analisar as definições propostas pelo CEPAM (1999³⁰) para designar os Conselhos setoriais de políticas, Lüchmann (2002) acredita que “(...) os Conselhos devem ser instâncias de definição, *decisão* e controle das principais diretrizes e metas governamentais nas diferentes áreas sociais” e “(...) embora não quebrem com o monopólio estatal de produção e execução das políticas públicas, [os Conselhos] podem (*e devem*) *obrigar o Estado a seguir as diretrizes elaboradas em co-gestão com a sociedade civil.*” (LÜCHMANN, 2002: 85; ênfases minhas).

³⁰ INFORMATIVO CEPAM (Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal. Fundação Prefeito Faria Lima). São Paulo, ano 1, nº.1, pp.139-165, mar., 1999.

Tatagiba (2002) ressalta alguns aspectos inovadores que diferenciam os Conselhos de políticas públicas das experiências conselhistas observadas no Brasil ao longo das décadas de 70 e 80³¹, cabendo aqui destacá-los: a) a composição plural e paritária, capaz de trazer à tona não apenas as tradicionais clivagens entre Estado e sociedade, mas também as diferenças internas a cada um desses campos; b) o processo dialógico e transparente como instrumento privilegiado de resolução dos conflitos inerentes à diversidade dos interesses em jogo; e c) a instância deliberativa garantida em lei para a formulação e fiscalização das políticas públicas e que concorrem para a garantia da democratização da gestão (TATAGIBA, 2002: 54-55).

Contudo, é preciso atentar para o fato de que muitas das definições sobre os Conselhos — presentes tanto na literatura acadêmica, quanto em materiais de divulgação dos Conselhos ou do Poder Público — parecem ligar-se mais aos ideais em torno destes órgãos do que à regulamentação disposta pelos instrumentos normativos e jurídicos incidentes sobre estes espaços públicos estatais.

Ainda que o *caráter deliberativo* dos Conselhos seja compreendido por muitos como um *poder de decisão* deste órgão sobre as políticas públicas, a legislação pertinente parece não ser tão contundente a este respeito. Em trabalho de 2004, Tatagiba avança nesta questão chamando a atenção para as lacunas e ambigüidades legais sobre a definição dos papéis a serem desempenhados pelos órgãos governamentais e pelo Conselho no processo de planejamento, definição, implementação e acompanhamento das políticas.

“(...) a divisão das funções entre Conselhos e as instituições administrativas e burocráticas quanto à definição, execução e/ou acompanhamento das políticas públicas *não está resolvida no âmbito da legislação pertinente*. (...) Dessa institucionalização incompleta dos Conselhos decorrem as *dificuldades em definir até onde as suas deliberações possuem poder vinculante*. Não é consenso, no âmbito da literatura pertinente, se deve ou não o Estado acatar as decisões dos Conselhos”. (TATAGIBA, 2004: 365-366; ênfases minhas)

Um outro aspecto que precisa ser problematizado em relação aos Conselhos refere-se à noção do conceito de “sociedade civil” utilizado para descrever a

³¹ Para uma análise dos Conselhos populares, comunitários e administrativos ver Teixeira, 1996.

composição destes órgãos. Quem seriam os representantes da “sociedade civil” com assentos nos Conselhos? Em que medida a população de maneira geral teria acesso à participação neste espaço público?

Após analisar diversas experiências participativas na cidade de SP, Houtzager, Lavallo *et al.* (2004) defendem que não se pode falar, de maneira generalizada, em uma participação da “sociedade civil” nos Conselhos, haja vista que o cidadão individualizado conta com pouca ou mesmo com nenhuma chance de participação efetiva nos espaços públicos institucionalizados pelo Estado. Para os autores, o mais correto seria falar em uma participação das “organizações civis” nestes órgãos. Ainda assim, seria preciso atentar para o fato de que nem todas as organizações civis teriam acesso equivalente à participação em espaços de participação. O resultado encontrado nas pesquisas realizadas por estes autores levam-nos a afirmar que “as entidades civis com maiores probabilidades de participar (...) são aquelas que têm vínculos institucionalizados com dois atores políticos tradicionais — partidos políticos e Estado” (*idem*, 2004: 271). Um vínculo que, por certo, precisa ser problematizado com vistas à isenção destes atores no processo de negociação política que se dá no interior dos Conselhos.

A despeito das problematizações conceituais em relação às competências, poderes e composição dos Conselhos, o que se observa é uma grande expectativa em torno destes órgãos. Segundo a análise de Celso Daniel, os Conselhos cumpririam um importante papel no processo de definição de políticas públicas, pois seriam capazes de trazer novos temas para a agenda pública e de democratizar a forma como são tomadas as decisões políticas. Em entrevista concedida a Carvalho e Teixeira (2000), Celso Daniel acredita que:

“Como espaços, como *esferas públicas de co-gestão* e de co-participação entre governo e comunidade, os Conselhos colocam novos temas na agenda pública, suscitam decisões públicas de uma maneira diferente daquela em que as decisões públicas são tomadas a partir da prevalência da mídia como espaço privilegiado de formação de opinião”. (*apud* CARVALHO e TEIXEIRA, 2000: 125; ênfases minhas)

A “penetração” da sociedade no Estado para a democratização da agenda pública também é o principal aspecto ressaltado por Teixeira (2000) em relação ao papel dos Conselhos. Para o autor, os Conselhos possibilitariam a construção de “(...) uma forma de processamento das demandas balizada no interesse público e constituída não apenas pelas representações sociais que fazem parte do Conselho, mas pelo processo de discussão pública, de explicitação de interesses, de negociação.” (TEIXEIRA, 2000:104). Esse processo de discussão ampliada, segundo Teixeira, representaria uma democratização de poder, uma vez que as políticas passariam pelo crivo da interlocução entre atores diferenciados antes de passar para os canais tradicionais de decisões políticas — partidos e parlamento. (TEIXEIRA, 2000:108).

A criação dos Conselhos no Brasil foi saudada por inúmeros atores sociais, acadêmicos e políticos, como uma das principais inovações institucionais no período de redemocratização do Brasil. O entusiasmo estava atrelado à prerrogativa da deliberação que, segundo os analistas, tornava “os Conselhos arranjos institucionais profundamente promissores no sentido da reforma democrática do Estado” (TATAGIBA, 2004: 361).

“Esperava-se que, por meio da participação cidadã nos espaços institucionais, seria possível reverter o padrão de planejamento e execução das políticas públicas no Brasil. A mudança desse padrão seria possível porque a participação provocaria um tensionamento nas agências estatais, tornando-as mais transparentes, mais responsáveis, mais suscetíveis ao controle da sociedade”. (TATAGIBA, 2002: 47)

A grande expectativa gerada pelos Conselhos não estava alicerçada apenas em razões teóricas e normativas. A enorme proliferação destes espaços públicos pelo país também contribuiu para que os Conselhos chamassem a atenção de acadêmicos, políticos e lideranças sociais. Para se ter uma dimensão quantitativa da presença e da expressividade desses espaços públicos no Brasil, serão apresentados a seguir alguns dados da pesquisa realizada pelo IBGE com os municípios, em 2001³². Segundo o

³² Pesquisa de Informações Básicas Municipais: Perfil dos Municípios Brasileiros. Gestão Pública 2001. <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2001/munic2001.pdf>>.

estudo, naquele ano existiam 28.216 Conselhos Municipais em todo o país³³; uma média de 5,1 Conselhos por município (ver tabela 2).

TABELA 2

Municípios, total e com existência de Conselhos Municipais, por área de atuação segundo classes de tamanho da população dos municípios.									
Classes de tamanho da população dos municípios, Grandes Regiões e Unidades da Federação	Total de municípios (1)	Total de Conselhos	Nº médio de Conselhos por município	Municípios com existência de Conselhos Municipais, por área de atuação					
				Saúde	Assistência social	Educação	Direitos da criança e do adolescente	Emprego/trabalho	Meio ambiente
Total	5.560	28.216	5,1	5.426	5.178	4.072	4.306	1.886	1.615
Até 5 000 hab.	1.371	6.031	4,4	1.331	1.216	987	905	381	252
De 5 001 a 20 000 hab.	2.688	12.946	4,8	2.615	2.512	1.923	2.035	898	663
De 20 001 a 100 000 hab.	1.275	7.365	5,8	1.256	1.230	959	1.144	501	527
De 100 001 a 500 000 hab.	194	1.559	8,0	192	188	173	190	89	142
Mais de 500 000 hab.	32	315	9,8	32	32	30	32	17	31

Classes de tamanho da população dos municípios, Grandes Regiões e Unidades da Federação	Total de municípios (1)	Municípios com existência de Conselhos Municipais, por área de atuação							
		Turismo	Promoção do desenv. econômico	Cultura	Habitação	Política urbana	Orçamento	Transporte	Outros conselhos municipais
Total	5.560	1.226	924	734	628	334	271	270	1.346
Até 5 000 hab.	1.371	165	169	99	129	32	44	12	309
De 5 001 a 20 000 hab.	2.688	525	391	268	250	95	105	73	593
De 20 001 a 100 000 hab.	1.275	411	280	254	174	121	68	98	342
De 100 001 a 500 000 hab.	194	104	70	92	58	63	43	69	86
Mais de 500 000 hab.	32	21	14	21	17	23	11	18	16

(1) Inclusive os ignorados e os sem declaração de existência.

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2001.

Se por hipótese for imaginado um número conservador de seis conselheiros societais por Conselho³⁴, será possível inferir que estes espaços públicos já reúnem uma quantidade de representantes não-governamentais (169,3 mil) 3,3 vezes maior do que a quantidade de vereadores eleitos no país (51,8 mil) em 2004³⁵.

Ainda na tabela 2, pode-se verificar que qualquer que seja a área de atuação do Conselho, identifica-se uma maior presença do órgão nos municípios de grande porte. Cidades com população superior a 500 mil habitantes apresentam uma média de 9,8 Conselhos, enquanto os municípios com até 5 mil habitantes demonstram um número médio de 4,4 Conselhos. Em termos de distribuição regional, os Conselhos têm

³³ A pesquisa não informa sobre o efetivo grau de implementação e funcionamento dos Conselhos pesquisados.

³⁴ Utilizo como base o trabalho de Tatagiba (2004).

³⁵ Fonte: TSE (2004)

presença mais forte na região sul e menor incidência nas regiões norte e nordeste. A tabela 3 apresenta um quadro resumido desta realidade.

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DE CONSELHOS MUNICIPAIS NO BRASIL - 2001					
Área de atuação dos Conselhos	Percentual de municípios que têm os Conselhos	Classes de tamanho da população com		Regiões em que aparecem com	
		Maior ocorrência	Menor ocorrência	Maior ocorrência	Menor ocorrência
Saúde	98	500 mil hab. e mais (100%)	Até 20 mil hab. (97%)	Sul (99%)	Nordeste (97%)
Assistência Social	93	500 mil hab. e mais (100%)	Até 5 mil hab. (89%)	Sul (96%)	Nordeste (92%)
Defesa da Criança e do Adolescente	77	500 mil hab. e mais (100%)	Até 5 mil hab. (66%)	Sul (91%)	Nordeste (66%)
Educação	73	500 mil hab. e mais (94%)	De 5 a 10 mil hab. (71%)	Sul (79%)	Norte (63%)
Trabalho	34	500 mil hab. e mais (53%)	Até 5 mil hab. (28%)	Sul (63%)	Norte (10%)
Meio Ambiente	29	500 mil hab. e mais (97%)	Até 5 mil hab. (18%)	Sul (40%)	Nordeste (14%)
Turismo	22	500 mil hab. e mais (66%)	Até 5 mil hab. (12%)	Sul (32%)	Nordeste (10%)
Cultura	13	500 mil hab. e mais (66%)	Até 5 mil hab. (7%)	Sul (29%)	Nordeste (6%)
Habitação	11	500 mil hab. e mais (53%)	De 15 a 20 mil hab. (7%)	Sul (29%)	Norte (3%)
Política Urbana	6	500 mil hab. e mais (72%)	Até 5 mil hab. (2%)	Sul (13%)	Nordeste (3%)
Transportes	5	500 mil hab. e mais (56%)	Até 5 mil hab. (1%)	Sul (10%)	Norte (2%)

FONTE: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa de Informações básicas municipais, 2001.

Um dado importante a ser observado a partir da pesquisa realizada pelo IBGE é a significativa disparidade de inserção dos Conselhos nos municípios por área de atuação. Enquanto os Conselhos de Saúde e de Assistência Social estão respectivamente presentes em 98% e 93% dos municípios do país, os Conselhos de Meio Ambiente (29%), Habitação (11%) e Orçamento³⁶ (5%) denotam uma presença

³⁶ A incidência percentual dos Conselhos de Orçamento nos municípios pode ser extraída da Tabela 2.

bem mais tímida. O principal motivo que explica esta heterogeneidade é o incentivo dados pelos governos estaduais e, principalmente, pelo governo federal para a que os municípios implementem determinados Conselhos. Para receberem os recursos dedicados às áreas de Saúde e Assistência, por exemplo, o governo federal exige que os Municípios comprovem o funcionamento dos Conselhos dedicados a estes setores (CRUZ, 2000).

O atrelamento da criação dos Conselhos a esta obrigatoriedade imposta pelos níveis federal e estadual chama a atenção. De acordo com estudos realizados pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM, 1998), apenas 2% dos Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS) presentes no Estado de SP foram criados antes da Lei Orgânica da Assistência Social e da Norma Operacional Básica — NOB de janeiro de 94 — instrumentos que condicionam os repasses de recursos da União à existência do CMAS (CRUZ, 2000). Esta vinculação direta entre a data de criação dos Conselhos Municipais e os instrumentos normativos que estipulam o condicionante financeiro leva à seguinte problematização: até que ponto os Conselhos têm sido criados, de fato, no intuito de ampliar a participação da sociedade civil nos assuntos públicos? Para Cruz (2000), a resposta parece ser clara:

“Por mais que tenha sido defendido que os Conselhos são instrumentos de participação, de compromisso popular, percebe-se que muitos foram criados apenas para cumprir uma exigência legal, em função do recebimento de recursos.” (CRUZ, 2000: 75)

Não é de se surpreender, portanto, que nos casos em que o governo federal não condiciona a transferência de recursos à existência de Conselhos, como as áreas de Habitação e Orçamento, os índices de inserção deste órgão sejam tão baixos nos municípios.

Embora os dados apresentados até aqui demonstrem claramente a contundente disseminação dos Conselhos no país, eles pouco ou nada dizem a respeito do grau de efetividade destes espaços públicos. Esta tarefa, entretanto, mostra-se imprescindível para que se compreenda o papel destes órgãos na sociedade. Interessa saber: Qual tem sido a função dos Conselhos? Em que medida eles têm conseguido vocalizar interesses coletivos da sociedade? Como eles têm interagido com os órgãos públicos aos quais

estão vinculados? Em que medida os Conselhos têm obtido êxito para inserir novos temas na agenda política e influenciar o processo de definição de políticas públicas? Em poucas palavras, como os Conselhos têm desempenhado seus papéis de deliberação e controle e até que ponto eles têm sido capazes de contribuir no sentido da democratização do Estado e da sociedade civil (*cf.* HABERMAS, 1997)?

Apesar de os estudos de caso existentes no Brasil sobre os Conselhos não responderem conclusivamente a estas questões — permanecendo a necessidade de que pesquisas neste campo continuem a ser desenvolvidas — é consenso na literatura pertinente que os Conselhos *pouco têm contribuído para alterar a forma como as decisões sobre as políticas são tomadas pelo governo* (TATAGIBA, 2002; COELHO 2004; Carvalho 2002; RAICHELIS, 2000; dentre outros). Os estudos ressaltam que estes espaços públicos estatais têm desempenhado um papel *mais reativo do que propositivo*, parecendo obter melhores resultados no *controle* das ações governamentais do que na *indução* do Estado à ação (TATAGIBA, 2002).

Após ter analisado uma vasta quantidade de estudos feitos no Brasil sobre os Conselhos de Assistência Social, Saúde e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente existentes nas três esferas de governo, Tatagiba (2002) conclui que:

“(...) os Conselhos apresentam, no cenário atual, uma *baixa capacidade propositiva*, exercendo um *reduzido poder de influência* sobre o processo de definição das políticas públicas”. (TATAGIBA, 2002: 98, grifos meus)

“Em geral, as avaliações comuns presentes na literatura são de que os Conselhos não estão conseguindo cumprir sua vocação deliberativa. Embora os motivos apresentados sejam os mais variados, a grande maioria dos estudos aponta a baixa capacidade de inovação das políticas públicas a partir dos Conselhos, sugerindo que essa participação assume *contornos mais reativos que propositivos*. Essa fragilidade deliberativa vem acompanhada de uma tendência, a ser mais bem investigada, que indica uma atuação um pouco mais efetiva no controle social do Estado”. (TATAGIBA, 2004: 365; grifos meus)

2.2.1. Problemas apontados pela literatura para a compreensão do baixo desempenho dos Conselhos

A constatação de que os Conselhos vêm exercendo um reduzido poder de influência sobre o processo de definição de políticas públicas tem levado os pesquisadores a investigar os diversos problemas e desafios vivenciados por estes órgãos. Esta seção será dedicada à exposição dos principais pontos levantados pela literatura³⁷ para explicar o baixo desempenho dos Conselhos no país. Convém frisar desde já que a maior parte dos estudos realizados no país sobre o tema tem adotado uma perspectiva que parte da ótica dos conselheiros societais para a compreensão do fenômeno, um aspecto que será problematizado ao longo da análise do caso do CMS/SP.

A grosso modo, a literatura acadêmica dedicada à análise das experiências conselhistas no país tem apontado quatro grandes problemas vividos pelos Conselhos relacionados ao campo societal. Tratam-se da baixa representatividade dos conselheiros não-governamentais; da fragilidade nos vínculos entre estes e as suas bases de origem; da falta de qualificação dos conselheiros para o exercício dos seus papéis; e da baixa capacidade propositiva dos Conselhos (*cf.* TATAGIBA, 2002).

A pesquisa de Tatagiba (2004) realizada sobre os Conselhos Municipais de São Paulo demonstra que a representação societária nestes órgãos assume a seguinte caracterização: associações civis³⁸ (34,3%), moradores (25,7%), sindicatos e associações profissionais (20,1%), organizações patronais e empresas (19,8%). A autora alerta que embora o percentual de conselheiros representantes dos moradores seja significativo, esta forma de representação ocorre em apenas três dos dezoito Conselhos pesquisados. Estes resultados encontrados na pesquisa de Tatagiba corroboram para a tese sustentada por Houtzager *et al.* (2004), de que, em verdade, a representação societal nos Conselhos é limitada à participação das organizações civis.

³⁷ Como base estruturante desta análise será utilizado o excelente trabalho de Tatagiba (2002).

³⁸ Fazem parte desta categoria as associações comunitárias, entidades filantrópicas, movimentos sociais e ONGs.

Tatagiba (2004) observa ainda que a participação das organizações civis nos Conselhos tende a ser maior dentre aquelas que demonstram maior capacidade de organização e que têm entre os seus membros pessoas com maior renda e com maior nível de escolaridade³⁹. Essa tendência à elitização da participação é também evidenciada em outros estudos (TÓTORA e CHAIA, 2004; LABRA e FIGUEIREDO, 2002; *apud* TATAGIBA, 2004).

Neste mesmo sentido, outro ponto salientado pela literatura acadêmica é o frágil vínculo encontrado entre os conselheiros sociais e as suas instituições de origem. Este fenômeno é observado por Tatagiba (2002) na análise de diversos estudos de caso dedicados ao tema. Segundo a autora, haveria uma “ausência de mão de dupla” entre os conselheiros e as suas entidades de forma que:

“(...) as pautas do Conselho nem sempre são discutidas com as entidades, e a posição das entidades nem sempre chega ao conhecimento do Conselho, de forma a influir nas deliberações. As entidades, movimentos e ONGs indicam ou elegem seus representantes e então tendem a se afastar do cotidiano dos Conselhos”. (TATAGIBA, 2002: 66)

A consequência deste distanciamento entre conselheiro e entidade é um fator de preocupação recorrente nos estudos acadêmicos. Ele seria responsável pelo isolamento do Conselho em relação à sociedade e pela baixa qualidade de representação social. Com efeito, os conselheiros representariam posições pessoais nos Conselhos e mostrar-se-iam fragilizados para o debate com o governo (Tatagiba, 2002).

“Esta falta de um debate prévio com as entidades e movimentos de origens tem se mostrado muito problemática, principalmente no caso do segmento dos usuários que, sem um amadurecimento prévio das questões, acaba aderindo às posições defendidas por grupos com maior poder de argumentação e influência”. (*idem*)

Estas conclusões da autora podem ser melhor ilustradas na exposição de um conselheiro não-governamental do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá:

“Não estão discutindo com a base não. (...) Isso nota que cada conselheiro que está dentro do Conselho ele não recebeu uma

³⁹ Neste sentido ver Santos Junior *et al.* (2004); Tótora e Chaia, 2004; e Labra e Figueiredo, 2002.

deliberação das suas bases, pode responder o que ele quiser ali dentro do Conselho. Quer dizer, na prática ele está emitindo uma opinião pessoal. O Conselho não está tendo seu papel democratizador. Isso é defeito do Conselho (...) o conselheiro chega aqui, recebe a pauta e emite opinião própria não alterando a categoria ou coletividade que ele mesmo representa. (em SILVA, 1996⁴⁰, *apud*, TATAGIBA, 2002: 65-66)

A literatura sobre os Conselhos também apresenta a falta de capacidade dos conselheiros societais para o exercício de suas funções de deliberação e fiscalização. *Todos* os estudos analisados por Tatagiba (2002), e isto é bastante expressivo, evidenciam a falta de preparo dos conselheiros societais para deliberar sobre os assuntos das políticas públicas. Esta constatação parte dos próprios conselheiros que, não raro, demandam por programas de capacitação técnica. Em pesquisa realizada por Avritzer *et al.* (2005) junto ao Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, os conselheiros societais entrevistados acreditam que o conhecimento técnico seja a característica mais importante para o exercício da capacidade deliberativa no Conselho. Os gráficos abaixo, extraídos do estudo em questão, apresentam as respostas dos conselheiros às seguintes questões: (1) o que poderia ser feito para melhorar o Conselho de Saúde de BH? (2) Quais fatores explicam a desigualdade deliberativa entre os membros do Conselho?

⁴⁰ SILVA, I. M. F. (1996). *A democratização da política de saúde em Cuiabá: estudo do Conselho municipal de Saúde: gestão 93/95*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

GRÁFICO 1

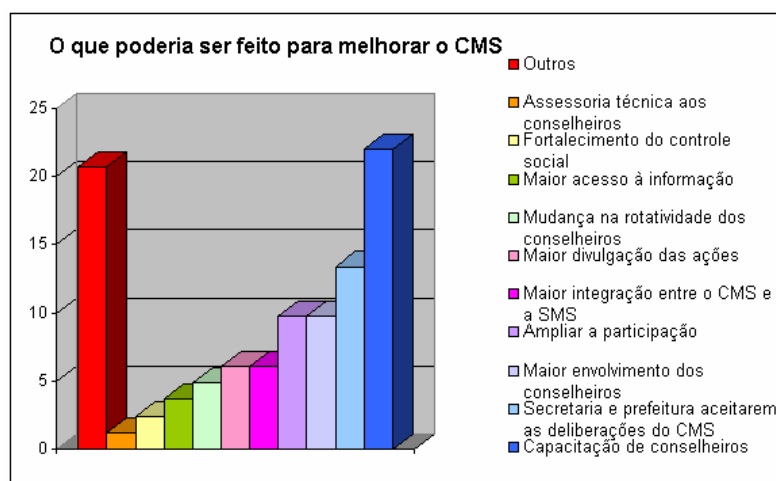
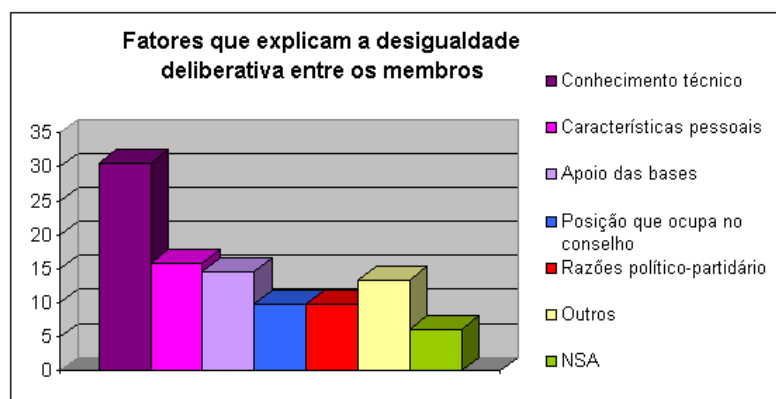


GRÁFICO 2



Fonte: Pesquisa “Reinventando os mecanismos de inclusão e controle social nos conselhos de saúde”, 2004.

A mesma pesquisa traz outros dados relevantes sobre a percepção dos conselheiros sociais em relação às funções do Conselho. Avritzer *et al.* (2005) demonstram que a maioria dos conselheiros, 50% da amostra, acredita que o *controle social* sobre as ações do governo seja a *principal atribuição* do Conselho. Questões como a elaboração e gestão da política de saúde (12,2%) foram deixadas em segundo plano. Tais dados, segundo os autores, mostram “(...) que, em algumas circunstâncias, os conselheiros estão mais preocupados em impedir ou controlar o Estado do que em buscar ações conjuntas, de propor novas atividades” (*idem*, 2005).

A falta de qualificação dos conselheiros não-governamentais para a construção coletiva é também um importante aspecto levantado por Tatagiba (2002). Os trabalhos analisados pela autora sinalizam grandes dificuldades dos conselheiros no exercício de uma postura democrática que respeita a diferença e a pluralidade e que reconheçam o

“outro” como ator legítimo no processo de construção política. Embora estes aspectos sejam encontrados tanto no campo societal quanto no governamental, eles parecem estar mais presentes no primeiro. Exemplo disto é que, em geral, os representantes das organizações civis com forte histórico atrelado à luta pela cidadania conferem menor legitimidade à participação de atores sociais que não tenham passado por essa vivência (TATAGIBA, 2002).

Ao analisar as atas das reuniões do Conselho de Saúde de Belo Horizonte no período entre janeiro de 1997 e janeiro de 2004, Avritzer *et al.* (2005) constataram que os Conselhos estão mais orientados para a discussão de questões de organização interna e de discussão das Conferências Municipais — 34,5% das reuniões foram dedicadas a isto — do que para a discussão de assuntos orçamentários da política (7%). Esta dinâmica de funcionamento dos Conselhos, que também se observa em outros estudos (CARVALHO, 2002), contribui para a baixa capacidade propositiva destes órgãos.

A literatura também procura explicar o problema do baixo desempenho dos Conselhos em função do pouco comprometimento do governo junto a estas instâncias participativas. Assim como observado no campo societal, os estudos também revelam uma baixa representatividade dos conselheiros governamentais que, por serem distanciados do centro decisório da Secretaria, possuem pouca autonomia para a tomada de decisão (*cf.* TATAGIBA, 2002; RAICHELIS, 2000; CARVALHO e TEIXEIRA, 2000). Ademais, os estudos acusam uma baixa assiduidade do governo nas reuniões e uma grande rotatividade dos conselheiros governamentais como indicadores do baixo comprometimento do Executivo com o Conselho (*idem*). As conclusões de Tatagiba (2002) em relação a estes aspectos são contundentes:

“Quanto à representatividade dos conselheiros governamentais, os estudos de caso permitem afirmar a existência de um *vínculo muito frágil entre os representantes governamentais e seus órgãos de origem*. Os conselheiros governamentais tendem a defender nos Conselhos suas próprias opiniões e não as propostas e posicionamentos resultantes da discussão com as agências estatais envolvidas. Assim, as posições do governo nem sempre chegam ao conhecimento do Conselho, assim como as discussões dos Conselhos costumam não ser acompanhadas pelas agências estatais envolvidas. Muitas vezes, *isso decorre da pouca importância que o Estado confere à sua participação nos Conselhos*,

mandando para as reuniões pessoas não preparadas para a discussão e com pouco poder de decisão. *Essa política de esvaziamento dos Conselhos* tem se refletido nos *altos índices de ausência* dos conselheiros governamentais das reuniões e da *grande rotatividade* destes”. (TATAGIBA, 2002: 63, ênfases minhas)

A pesquisa sobre o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), elaborada por Raichelis (2000), também caminha no mesmo sentido. Segundo a autora,

“de um lado observa-se certa ‘soltura’ dos representantes governamentais quanto à posição que adotam, dada a ausência de diretrizes norteadoras: esses representantes gozariam de autonomia para assumir suas posições. Mas, à medida que esses posicionamentos não ultrapassam a condição de mera opinião individual, qualquer postura que transcenda os estreitos limites de tolerância ao pensamento divergente pode ser imediatamente deslegitimada como não representativa da opinião do governo”. (RAICHELIS, 2000: 215-216)

A baixa representatividade dos conselheiros governamentais é apontada por Celso Daniel como um dos fatores mais críticos para que o Conselho possa se constituir como um *locus* político de produção das políticas. Em entrevista a Carvalho e Teixeira, Daniel acredita que:

“Se a presença dos representantes do governo não é uma presença qualificada, se os representantes não falam em nome do governo, o papel que os Conselhos podem ter como espaço de formulação e de definição de políticas públicas se reduz” (em CARVALHO e TEIXEIRA, 2000: 128).

Um outro ponto levantado por Raichelis (2000) diz respeito à percepção dos atores governamentais sobre a natureza dos Conselhos. Observando os Conselhos como espaços que pertencem à sociedade civil, o governo desqualificaria estes órgãos como mecanismos de intermediação entre a esfera governamental e a esfera societal.

“A idéia de que os Conselhos são espaços da sociedade civil e não do governo é uma postura que parece prevalecer (...). [Essa] consideração (...) traz como consequência a sua desqualificação como espaço público, na medida em que o outro, o interlocutor governamental, peça-chave de legitimação desse espaço como mecanismo de articulação e negociação entre governo e sociedade civil nem sempre

está presente e, quando está, sua intervenção não é investida de representatividade". (*idem*, p. 205)

Segundo a literatura, os Conselhos têm enfrentado problemas primários para que possam funcionar adequadamente. Muitos não contam com salas para realização das reuniões e nem com apoio administrativo para a impressão de materiais de comunicação. Problemas que, segundo os estudos, decorreriam da pouca importância que o governo confere aos Conselhos (*cf.* TATAGIBA, 2002).

Em relação à dinâmica de funcionamento das reuniões, os estudos demonstram uma preponderância do governo no controle da agenda do Conselho. Segundo Tatagiba (2002), isto ocorre "(...) porque, em vários Conselhos analisados, o regimento interno concede ao presidente do Conselho, ou pessoa por ele indicada, a prerrogativa de elaborar a pauta das discussões" (*idem*, 2002: 77) com o detalhe de que em cerca de 90% dos casos, o presidente do Conselho é o Secretário da pasta.

Algumas pesquisas demonstram que a centralidade do Estado nesse processo é queixa comum dos conselheiros sociais, como mostra o depoimento de um conselheiro do Conselho Municipal de Saúde de Vitória para Olios (1999)⁴¹:

"Apesar de os conselheiros poderem indicar temas para a pauta da reunião seguinte, isto não é uma prática muito utilizada, daí se apropriarem do momento dos informes (...) A centralização do governo na elaboração da pauta, na prática, privilegia assuntos de seu interesse e relega a participação dos demais segmentos aos momentos dos informes, contribuindo assim para a manutenção do caráter reivindicativo da participação social no CMS-V". (CMS/Vitória-ES, em OLIO, 1999:93 *apud* TATAGIBA, 2002: 78; grifos meus)

Por trás da maioria dos problemas encontrados na atuação do governo junto aos Conselhos encontra-se aquele que a literatura enfatiza com maior veemência: a "recusa" dos órgãos governamentais pela partilha do poder de decisão sobre as políticas públicas⁴² (DAGNINO, 2002; TATAGIBA, 2002; COELHO, 2004; RAICHELIS,

⁴¹ OLIO, D. M. S. (1999). *Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz.

⁴² Esta recusa pela partilha do poder não aparece apenas nas experiências conselhistas, mas também nas do orçamento participativo (WAMPLER, Brian. *Delegation, Authority, and Co-optation: Brazil's participatory democracy*. 2004, no prelo).

2000; CARVALHO e TEIXEIRA, 2000; entre outros). Os trabalhos de Raichelis (2000) sobre o CNAS e de Camurça⁴³ sobre o CEDECA/RJ servem de base para que Tatagiba (2002) identifique estratégias de boicotes, cooptação, desarmamento de conflitos, convencimento e manipulação, utilizadas pelos atores estatais na busca de sua hegemonia diante dos conselheiros não-governamentais.

Dagnino (2002) vê o esvaziamento político dos Conselhos com receio. Para a autora, mais do que a não realização da efetiva participação das organizações civis no processo de formulação de políticas públicas, o “faz de conta” dentro dos Conselhos poderia gerar um processo de legitimação de ações governamentais definidas a portas fechadas e caminhar na contramão da tarefa de democratização do Estado. Segundo Dagnino:

“(...) o poder deliberativo previsto para os Conselhos gestores com frequência se transforma na prática em uma função consultiva ou até mesmo apenas legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes” (DAGNINO, 2002: 282-283).

Na mesma linha de raciocínio, Tatagiba (2002) teme que os Conselhos estejam caminhando na contramão da tarefa de democratização do Estado.

“(...) em vez de atuar no sentido da reinvenção institucional, os conselhos gestores podem constituir-se como institucionalidade paralela, com pouco ou nenhum efeito democratizante sobre as instituições estatais. Esse é um dos problemas freqüentemente apontados nos estudos de caso: Conselhos fragilizados que não conseguem se legitimar como instâncias de participação, que acabam sendo renegados à função de legitimadores das decisões dos órgãos executivos” (TATAGIBA, 2004: 366).

“(...) sob o pretexto de fortalecimento da sociedade civil, a atuação dos Conselhos [pode] reforçar as práticas em curso de desresponsabilização do Estado” (TATAGIBA, 2002: 99).

Apesar de as diversas críticas apontadas pela literatura em relação à atuação do governo no Conselho, não há relatos de estudos que tenham priorizado a análise da

⁴³ CAMURÇA, C. *Conselho Estadual de defesa da criança e do adolescente/RJ*. Rio de Janeiro: Fundação Fé e Alegria, 1994 (Projeto “Se essa rua fosse minha”).

ótica dos atores governamentais inseridos neste processo. Nas conclusões de seu trabalho, Tatagiba (2002) chama a atenção para o fato de que os estudos existentes terem sido elaborados sobre o

“vazio de informações acerca dos impactos das práticas conselhistas sobre o cotidiano das instituições administrativas e burocráticas. *Em nenhum dos estudos selecionados foi possível ‘ouvir a voz’ do Estado, ou seja, carecemos de informações a respeito de como as pessoas que estão diretamente envolvidas com a administração vêem as experiências conselhistas e são por elas afetadas* em sua prática cotidiana. Esse é um caminho a ser avançado no âmbito da avaliação dessas experiências”. (TATAGIBA, 2002: 98; ênfases minhas)

É nesta lacuna de pesquisa que o presente trabalho se insere. Com base na análise da perspectiva dos atores governamentais que se relacionaram diretamente com o CMS/SP no período de 2001 a 2004 pretende-se contribuir para a construção de um diagnóstico ampliado orientado para a compreensão dos problemas vividos pelos Conselhos. Antes de adentrar o diagnóstico proposto pelos atores governamentais, entretanto, faz-se necessário contextualizar o histórico do CMS/SP e analisar os instrumentos normativos e jurídicos que incidem sobre o órgão. O próximo capítulo será dedicado a este propósito.

CAPÍTULO III.

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

CAPÍTULO III. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

3.1. HISTÓRICO

Criado em junho de 1989, por meio de uma Portaria do Poder Executivo, o Conselho Municipal de Saúde de SP foi um dos primeiros Conselhos de políticas públicas em exercício no país. Suas raízes históricas, entretanto, vão além da sua instituição no município, passando pelas reivindicações sociais dos movimentos populares de saúde de SP no final da década de 70 e pela própria constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no período da redemocratização do Brasil.

Ao final da década de 70, a cidade de SP vivenciava um quadro de fortes repressões políticas e culturais, além da exclusão e das desigualdades sociais que afetavam principalmente a periferia da cidade. O intenso crescimento populacional e o modo desordenado de ocupação do solo na cidade explicitaram carências distintas pela cidade, chegando inclusive a influenciar a forma de organização social e as demandas de cada região. Segundo Sacardo e Castro (2002), a região sul destacava-se pela luta pela água; a norte demandava melhorias no saneamento básico; a oeste atentava para as questões ambientais; e a leste encabeçava as reivindicações pelos serviços de saúde⁴⁴.

Em uma época na qual apenas os funcionários públicos, militares e trabalhadores com carteira assinada tinham acesso à saúde pública, o movimento de saúde da zona leste de SP — composto por moradores da região e por médicos sanitaristas e estudantes de saúde — pleiteava o direito universal à saúde pública. Essa bandeira, defendida também por movimentos de saúde de diversos municípios, ganhou força política e unicidade conceitual na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada em Brasília, em 1986, a 8ª Conferência Nacional é considerada como um dos marcos mais importantes da participação social na área da saúde. Foi da 8ª Conferência Nacional de Saúde que saiu a proposta de reforma do Estado enviada à Assembléia

⁴⁴ Embora estas carências estivessem presentes em todas as regiões, os movimentos sociais organizados de cada região vocalizaram bandeiras distintas.

Constituinte, culminando nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal de 1988. Segundo esses artigos, o atendimento integral, a universalidade, a participação popular e a descentralização dos serviços de saúde passaram a ser assegurados por lei.

Estes princípios constitucionais foram consolidados na Lei Federal nº. 8.080/90, que institucionalizou o Sistema Único de Saúde, e na Lei Federal nº. 8.142/90, que definiu a participação da sociedade civil no Sistema Único de Saúde. Segundo o artigo 1º desta última lei, as Conferências e os Conselhos de Saúde deveriam fazer parte do SUS em cada esfera de governo. Com efeito, a proliferação dos Conselhos de saúde teve início a partir desse respaldo legal em nível federal.

No caso de SP, entretanto, o Conselho de Saúde já estava em funcionamento um ano antes da promulgação das leis federais e da própria Lei Orgânica do Município, de 1990, que em seu artigo 218 cria o CMS na cidade. Tal fenômeno está diretamente ligado ao papel exercido pelo então Secretário de Saúde do governo da prefeita Luiza Erundina (1989-1992), no processo de constituição do SUS. Reconhecido médico sanitário, a história de Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho estava diretamente ligada às lutas populares pelo direito universal à saúde. Tendo sido um dos principais atores políticos na confecção dos artigos da saúde na Constituição Federal, Eduardo Jorge tratou de colocar em prática as reivindicações reprimidas ao longo de duas décadas de ditadura. Em apenas seis meses de governo, o Secretário de Saúde de Luiza Erundina instituiu o CMS/SP por meio de uma Portaria. Embora a concepção e a existência legal do Conselho naquela época pudessem ser questionadas, haja vista que a criação do CMS/SP não estava ancorada em qualquer lei municipal, este órgão paulistano serviu de modelo para a replicação dos Conselhos de saúde de diversos outros municípios.

Foi durante os quatro anos do governo Luiza Erundina que o CMS/SP experimentou os maiores poderes conferidos pelo Poder Executivo a esse espaço público⁴⁵. Segundo o artigo 2º da Portaria 1166/89 “o CMS/SP, com funções deliberativas, normativa, fiscalizadora e consultiva”, tinha “(...) como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de

⁴⁵ Refiro-me aos poderes conferidos ao CMS/SP pela Portaria 1166/89.

Saúde” e constituía-se “(...) no *órgão colegiado máximo, responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde a nível (sic) do Município de São Paulo*” (grifos meus).

De 1993 a 1998, durante todo o governo de Paulo Maluf e parte do governo de Celso Pitta, o CMS/SP foi impedido de funcionar. O Poder Executivo municipal recusou-se a implementar o SUS na cidade, tendo desenvolvido um programa de saúde próprio: o PAS — Plano de Assistência a Saúde. Como o CMS/SP não havia sido regulamentado por lei municipal própria e as Leis Federais do SUS não se aplicavam ao município de SP, o Poder Executivo não teve maiores dificuldades em abortar a experiência conselhistas.

Após mais de seis anos sem receber recursos federais para a área da saúde, o município de SP encontrava-se em situação de atendimento crítica. Depois de fortes pressões sociais e políticas, e sem alternativas para sanar os problemas da Saúde na cidade, o prefeito Celso Pitta resolveu restabelecer laços com a União. Para tanto, um projeto de lei visando à criação do Conselho Municipal de Saúde (uma das condições para o repasse dos recursos do SUS aos municípios) foi submetido à Câmara dos Vereadores. Depois de diversas alterações no texto original, a Lei Municipal nº. 12.546/98 foi finalmente promulgada e o Conselho de Saúde, órgão colegiado e deliberativo, passou a ser legalmente instituído no município de SP. À lei municipal seguiram-se três decretos que regulamentam a existência do CMS/SP: o de nº. 37.330/98; o de nº. 38.000/99; e o de nº. 38.576/99.

Em 2000, fruto de um programa de campanha que sublinhava a gestão popular e democrática no governo, o PT saiu vitorioso nas urnas e elegeu a prefeita Marta Suplicy (2001-2004). A prefeita havia prometido recuperar e instituir canais de participação e de diálogo com o Poder Público e, de pronto, reafirmou o compromisso político com o CMS/SP ao designar Eduardo Jorge como Secretário de Saúde do Município. De volta ao governo municipal, Eduardo Jorge foi presidente do CMS/SP durante os dois anos em que permaneceu como Secretário de Saúde. Em fevereiro de 2003, com a saída de Eduardo Jorge da Secretaria, o CMS/SP passou a ser presidido por Gonzalo Vecina Neto, Secretário que conduziu a SMS/SP até o fim do mandato de Marta Suplicy.

O marco legal do CMS/SP não se alterou ao longo do governo de Marta Suplicy. A lei municipal nº. 12.546/98 e o decreto nº. 38.576/99 continuam a vigorar na íntegra até o momento da publicação desta dissertação. Aspectos relativos à composição, atribuições e poderes do CMS/SP são moldados, no âmbito municipal, por esses dois instrumentos jurídicos e pela LOM/SP. No nível federal, permanecem em vigor as Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90. Esses instrumentos jurídicos servirão de base para as questões dos tópicos seguintes.

3.2. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

O CMS/SP é estruturado por Plenário, Comissão Executiva e Secretaria Geral. O Plenário do Conselho Municipal de Saúde é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado pelas reuniões ordinárias — realizadas mensalmente — e pelas reuniões extraordinárias — convocadas pelo presidente do Conselho ou por requerimento da maioria dos seus membros (Regimento Interno, artigos 5º e 9º). Fazem parte do Plenário todos os membros do Conselho⁴⁶, dos quais apenas os conselheiros titulares têm direito a voz e voto. O Secretário de Saúde é o presidente nato do Conselho, tendo direito a voz e apenas ao voto de qualidade, exercido em casos de empate (Decreto nº. 38.576/99, artigo 4º, § 5º).

A Comissão Executiva tem como objetivo a coordenação e o encaminhamento das atividades do Conselho. Pela sua importância, a Comissão Executiva deve seguir os mesmos critérios de composição quadripartida e paritária do Conselho⁴⁷ para preencher os oito postos que a compõem. O coordenador geral da Comissão Executiva é eleito pelos seus membros e deve ser aprovado por maioria simples do Plenário do Conselho. Sua função é presidir as reuniões do Conselho na ausência do presidente, instalar comissões, representar o CMS/SP junto aos coordenadores de outras comissões e, quando autorizado pelo Plenário, representar o CMS/SP nas relações com outras unidades da SMS/SP e com outros órgãos públicos (Decreto nº. 38.576/99, artigo 15º).

À Secretaria Geral cabe proporcionar o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento da Comissão Executiva e do colegiado pleno. Como um órgão vinculado ao gabinete do Secretário de Saúde, a Secretaria Geral é composta pelo Secretário-Geral — indicado pelo Secretário de Saúde — e por um corpo de funcionários com dedicação exclusiva ao CMS/SP. Dentre as suas principais atribuições figuram o assessoramento ao presidente e ao coordenador geral nas reuniões plenárias, o acompanhamento e a publicação das resoluções do plenário, o acompanhamento e o apoio aos trabalhos das Comissões Técnicas e o mapeamento e a coleta de informações

⁴⁶ Ver item 3.3., que trata da composição do CMS/SP.

⁴⁷ Idem nota anterior.

estratégicas que subsidiem as atividades dos conselheiros (SACARDO e CASTRO, 2002).

As Comissões Técnicas, previstas no Decreto Municipal nº. 38.576/98 e no Regimento Interno do CMS/SP, são órgãos assessores do Plenário do Conselho que tem como função “atender às necessidades de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e acompanhar políticas e programas de interesse para saúde” (Decreto nº. 38.576/99, artigo 8º, parágrafo §1º). Ao longo de 2001 a 2004 estiveram em funcionamento quatro Comissões Técnicas no CMS/SP: 1) Comissão de recursos humanos; 2) Comissão de orçamento e finanças; 3) Comissão de promoção da saúde; e 4) Comissão inter e intra Conselhos. Compostas por conselheiros governamentais e não-governamentais, estas Comissões podem reunir-se a qualquer tempo, a critério dos seus membros.

3.3. COMPOSIÇÃO DO CMS/SP

Do ponto de vista jurídico, não é possível assegurar uma interpretação única a respeito de como devem ser distribuídos os assentos do CMS/SP. Se a uma primeira vista os instrumentos legais e normativos que dispõem sobre este órgão parecem sustentar orientações semelhantes a respeito da composição do Conselho, uma análise mais aprofundada é capaz de revelar as dissonâncias existentes. A primeira parte desta seção será dedicada à análise dos diferentes dispositivos institucionais incidentes sobre o CMS/SP que procuram estipular a composição deste espaço público estatal⁴⁸. A ela se seguirá a apresentação e discussão da composição real do CMS/SP entre os anos de 2003 e 2004⁴⁹.

A moldura institucional normativa que dispôs sobre a composição do CMS/SP no período de análise⁵⁰ (2001-2004) constitui-se dos seguintes dispositivos: a) Lei Federal nº. 8.142/90, artigo 1º; b) Lei Orgânica do Município de São Paulo, artigo 218º; c) Lei Municipal nº. 12.546/98, artigo 4º; e d) Decreto Municipal nº. 38.576/99, artigo 4º. O quadro a seguir apresenta uma sistematização dos artigos em questão.

QUADRO 1

INSTRUMENTOS JURÍDICO-INSTITUCIONAIS QUE DISPÕEM SOBRE A COMPOSIÇÃO DO CMS/SP	
LEI FEDERAL Nº. 8.142 28/12/90	<u>Art. 1º</u> § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (...) § 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE SP 05/04/90	<u>Art. 218</u> Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde e usuários (...)

⁴⁸ Um quadro síntese com as leis, decretos e portarias que regulamentam a composição do CMS/SP encontra-se anexo a esta dissertação.

⁴⁹ Infelizmente não foi possível obter os dados sobre a composição de 2001-2002.

⁵⁰ Até a data de impressão desta dissertação, os dispositivos que regulamentam a composição do CMS/SP continuavam a ser os mesmos.

INSTRUMENTOS JURÍDICO-INSTITUCIONAIS QUE DISPÕEM SOBRE A COMPOSIÇÃO DO CMS/SP	
LEI MUNICIPAL Nº. 12.546 07/01/98	<u>Art. 4º</u> O Conselho Municipal de Saúde, observado o disposto em decreto, terá sua estrutura colegiada integrada por: I. Representantes do Poder Público; II. Representantes dos prestadores de serviço da área da saúde; III. Representantes dos profissionais liberais; IV. Trabalhadores da área da saúde; V. Paritariamente ao conjunto dos demais integrantes, representantes dos usuários.
DECRETO MUNICIPAL Nº. 38.576 05/11/99	<u>Art. 4º</u> O Conselho Municipal de Saúde terá composição quadripartida, com representação da Sociedade Civil, Trabalhadores da Saúde, Instituições Governamentais, Prestadores de Serviços e Fornecedores ou Produtores de Materiais de Saúde, observados os parâmetros estabelecidos neste artigo: I. 16 (dezesesseis) representantes da Sociedade Civil, assim distribuídos: a. 6 (seis) representantes de Movimentos Populares de Saúde, sendo 1 (um) da Região Leste, 1 (um) da Região Sudeste, 1 (um) da Região Sul, 1 (um) da Região Oeste, 1 (um) da Região Norte, 1 (um) da Região Centro; b. 5 (cinco) representantes de Movimentos Sociais; c. 2 (dois) representantes das Associações de Portadores de Patologias; d. 1 (um) representante de Entidades Sindicais Gerais Patronais; e. 1 (um) representante das Entidades Sindicais Gerais de Trabalhadores; f. 1 (um) representante de Associação de Portadores de Deficiência; II. 8 (oito) representantes dos Trabalhadores da Saúde, assim distribuídos: a. 2 (dois) de Entidades Sindicais Gerais; b. 2 (dois) de Conselhos de fiscalização do exercício profissional de atividade fim; c. 1 (um) de Conselhos de fiscalização de exercício profissional de atividade meio; d. 2 (dois) de Entidades Sindicais de categorias profissionais da área da saúde; e. 1 (um) de Associações de profissionais liberais da área da saúde; III. 6 (seis) representantes das Instituições Governamentais, assim distribuídos: a. 1 (um) representante dos Institutos de Ensino Superior e Institutos de Pesquisas públicos; b. 1 (um) representante dos Institutos de Ensino Superior e Institutos de Pesquisas privados; c. 4 (quatro) representantes do Governo Municipal; IV. 2 (dois) representantes de Prestadores de Serviços e Fornecedores ou Produtores de materiais de saúde, assim distribuídos: a. 1 (um) representante de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde sem finalidade lucrativa; b. 1 (um) representante de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde ou Produtoras de materiais de saúde.

Tendo em vista que a composição do CMS/SP no período em tela seguiu as orientações do Decreto Municipal nº. 38.576/99 para a distribuição dos assentos destinados aos conselheiros, a análise a seguir tomará este Decreto como base de comparação analítica.

Um primeiro ponto que chama a atenção é que de todos os dispositivos legais incidentes sobre o CMS/SP, o Decreto Municipal nº. 38.576/99 é o único que não destina assentos aos “usuários” do Sistema de Saúde no Conselho. Em “substituição” a este termo utilizado pelas leis de âmbito federal e municipal, o Decreto estipula que o segmento que deve ser paritário em relação aos demais é o da “sociedade civil”. Os dezesseis assentos destinados aos conselheiros da “sociedade civil” devem ser distribuídos entre os representantes dos “movimentos populares de saúde”⁵¹, dos “movimentos sociais”⁵², das associações de portadores de patologia, das entidades sindicais gerais patronais, das entidades sindicais gerais de trabalhadores e da associação de portadores de deficiência. Embora os “usuários” do SUS possam vir a ser representados por algum destes segmentos, o Decreto institucionaliza a participação da “sociedade civil” por meio de representantes de organizações civis (*cf.* apontado por HOUTZAGER *et al.*, 2004).

Note-se que dentre os critérios estipulados para que as organizações civis sejam reconhecidas como “representativas” do “movimento popular de saúde” e dos “movimentos sociais”⁵³ encontra-se a necessidade de que as organizações comprovem existência mínima de doze meses anteriores à publicação do Decreto. Daí decorre uma

⁵¹ “§ 6º Entende-se por ‘Movimento Popular de Saúde’ (MPS) a organização da sociedade civil, constituída, dotada de ampla publicidade, com existência mínima de 12 (doze) meses anteriores à publicação deste decreto, cujos objetivos constitutivos e prática corrente têm na saúde e no usuário sua ênfase fundamental e, verificada a sua estrutura organizacional, possuam documentação comprobatória de existência e representatividade da área, de forma a possibilitar sua habilitação para se fazer representar no Conselho Municipal de Saúde.” (Decreto Municipal nº. 38.576/99, artigo 4º).

⁵² “§ 7º Define-se como ‘Movimentos Sociais’ a organização da sociedade civil, constituída, dotada de ampla publicidade, com existência mínima de 12 (doze) meses anteriores à publicação do presente decreto, cujos objetivos constitutivos e prática corrente estejam voltados para grupos específicos de interesse e verificada a sua estrutura organizacional, como endereço notório, diretoria, órgãos colegiados, estatutos e demais documentos, de forma a possibilitar sua habilitação para se fazer representar no Conselho Municipal de Saúde”. (Decreto Municipal nº. 38.576/99, artigo 4º).

⁵³ Vide as duas notas anteriores.

questão problemática: ao se vincular a possibilidade de participação de uma determinada organização civil a um período de existência anterior à data de publicação de um Decreto de novembro de 1999, está se inviabilizando *ad eternum* a possibilidade de que organizações fundadas após novembro de 1998 venham a concorrer por assentos no CMS/SP. Como consequência desta cláusula, o Conselho vê-se engessado a uma representação datada, perdendo a chance de renovar os postos de conselheiros destinados a estes segmentos⁵⁴.

A representação dos “trabalhadores da saúde” figura como a menos discrepante nos instrumentos jurídicos analisados. Há pequenas diferenças de termos, mas que não parecem alterar o sentido da representação deste segmento. Assim como o segmento da “sociedade civil”, o dos “trabalhadores da saúde” deve ser representado por organizações civis. No total, este segmento representa 25% da composição do CMS/SP.

Em relação à representação do Estado no CMS/SP o que se pode observar é que, na prática, o Poder Público municipal detém apenas quatro dos 32 assentos disponíveis no CMS/SP (12,5%). Seria necessário investigar melhor porque o Decreto Municipal nº. 38.576/99 destina dois assentos para os Institutos de Ensino Superior e os Institutos de Pesquisas — tanto os públicos quanto os privados — dentro do segmento das “instituições governamentais”.

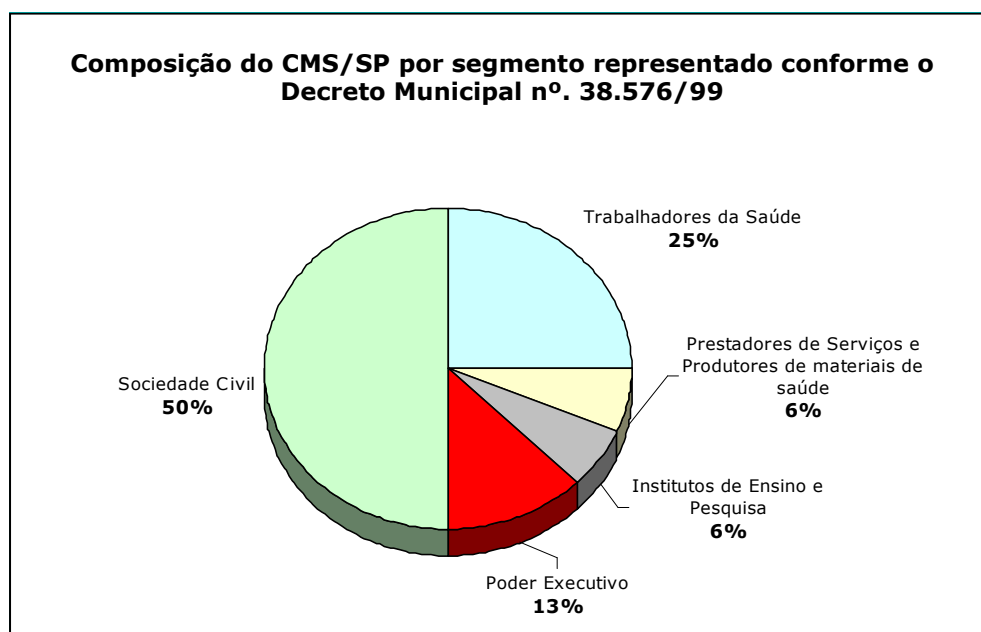
O quarto e último segmento representado no CMS/SP, o dos “prestadores de serviços e fornecedores ou produtores de materiais de saúde” também é passível de debate. Embora este segmento esteja previsto no Decreto Municipal nº. 38.576/99 (artigo 4º, inciso IV), ele não encontra respaldo legal na Lei Orgânica do Município de SP. Segundo a LOM/SP — o primeiro instrumento jurídico que regulamentou a composição do CMS/SP em termos cronológico — a composição do Conselho deveria se limitar à representação do “Poder Público”, dos “trabalhadores da saúde” e dos “usuários” (artigo 218º). Segundo a Lei Federal nº. 8.142/90 e a Lei Municipal nº. 12.546/98, porém, o segmento dos “prestadores de serviço” deve se fazer representar

⁵⁴ É provável que as consequências desta cláusula não tenham sido imaginadas no momento da sua elaboração. Seria preciso investigar as intenções que motivaram a redação destes constrangimentos legais.

no CMS/SP. Além do Decreto Municipal nº. 38.576/99, nenhum outro instrumento jurídico prevê a inserção dos “fornecedores ou produtores de materiais de saúde” no CMS/SP. Somados ao grupo dos “prestadores de serviço”, este segmento unificado conta com dois assentos no Conselho, ou 6% do total.

O gráfico a seguir sintetiza os percentuais determinados pelo Decreto Municipal nº. 38.576/99 para cada “segmento” dentro do CMS/SP.

GRÁFICO 3



Quanto à forma de seleção dos conselheiros, o artigo 5º do Decreto Municipal determina que os conselheiros sejam indicados por seus respectivos segmentos, em foro próprio. E, apesar de o governo sugerir que os meses que antecederem às eleições contem com “amplas discussões” que “envolvam o conjunto dos movimentos e entidades” dos respectivos segmentos, não há qualquer dispositivo institucional que favoreça a publicização e a democratização do processo seletivo.

Decreto Municipal nº. 38.576/99

Art. 5º A indicação das Entidades, Movimentos, Associações e Instituições se dará da seguinte forma:

- As Instituições representantes da esfera municipal serão indicadas pelo Governo Municipal;

- O representante dos Institutos de Ensino Superior e Institutos de Pesquisas será indicado pelo conjunto dos Institutos Públicos e Privados da área da Saúde, respectivamente;
- Os representantes do Movimento Popular de Saúde serão indicados pelo conjunto de movimentos, em plenárias regionalizadas, especialmente convocadas e divulgadas para esta finalidade;
- As Entidades, Associações e Movimentos Sociais, representantes da sociedade civil, serão indicados em foro próprio;
- As Entidades e Conselhos representantes dos Trabalhadores de Saúde serão
- Indicados pelo conjunto das entidades e Conselhos de cada um destes segmentos;
- As Entidades Prestadoras de Serviços e Produtoras de materiais de saúde serão indicadas pelo conjunto das entidades e instituições de cada um destes segmentos.

§ 3º O processo de renovação do Conselho Municipal de Saúde deverá contar com amplas discussões nos 3 (três) meses que antecederem à renovação da gestão, envolvendo o conjunto de entidades e movimentos.

§ 4º As entidades e movimentos indicados para comporem o Conselho Municipal de Saúde terão mandato de 2 (dois) anos com direito a uma recondução.

Uma vez analisados os dispositivos legais que regulamentam a composição e a forma de seleção dos conselheiros para o CMS/SP, cabe questionar como se deu a composição do Conselho no período em tela e como os representantes de cada segmento foram selecionados para o exercício da função. Os documentos disponíveis no CMS/SP só permitiram a sistematização do processo de seleção e da composição para o mandato de 2003 a 2005. A tabela abaixo demonstra quais organizações se fizeram representar no Conselho — a base do representante —; a forma de seleção dos conselheiros — se por eleição ou por indicação — e quantas pessoas estiveram envolvidas nas plenárias dos segmentos da “sociedade civil”.

TABELA 4

COMPOSIÇÃO DO CMS/SP - 2003 A 2005

Decreto nº. 38.576/99 - Artigo 4º	Mandato 2003-2005		
	Base do Representante	Forma de Seleção	Quantidade de Votantes
16 representantes da Sociedade Civil			
Movimentos Populares de Saúde - 6	Zona Leste	Eleição por unanimidade	31 pessoas
	Zona Sudeste	Eleição por unanimidade	22 pessoas
	Zona Centro	Eleição por unanimidade	49 pessoas
	Zona Sul	Eleição por unanimidade	43 pessoas
	Zona Oeste	Eleição concorrida	57 pessoas
	Zona Norte	Eleição concorrida	47 pessoas
Movimentos Sociais- 5	Movimento dos Idosos (titular)	Eleição concorrida	28 pessoas
	Movimento de Juventude (suplente)		
	Movimento das Mulheres (titular)	Eleição concorrida	84 pessoas
	Movimento Negro (suplente)		
	CONSABESP ¹		
Associações de Portadores de Patologias- 2	FEPAM ¹	Eleição concorrida	84 pessoas
	FACESP ¹		
	Entidades de Portadores de Patologias		
Entidades de Portadores de Patologias- 2	Entidades de Portadores de Patologias	Indicação das associações	22 pessoas
	Entidades de Portadores de Patologias		
Entidades Sindicais Gerais Patronais- 1	FIESP - Federação das Indústrias do Estado de SP	Indicação do Presidente da FIESP	-
Entidades Sindicais Gerais de Trabalhadores - 1	Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador ²	Indicação da Plenária	N/D
Associação de Portadores de Deficiência - 1	Associação de Portadores de Deficiência	Eleição por unanimidade	16 pessoas
8 representantes dos Trabalhadores da Saúde			
Entidades Sindicais Gerais - 2	SINDESP - Sindicato dos Trabalhadores na Administração Pública e Autarquias do Município de SP	Indicação do Sindicato	-
	SINDSAÚDE-SP ³	Indicação do Sindicato	-
Conselhos de fiscalização do exercício profissional de atividade fim - 2	Conselho Regional dos Nutricionistas (titular)	Indicações do CRM - Conselho Regional de Medicina	-
	Conselho Regional de Fonoaudiologia (suplente)		-
Conselhos de fiscalização de exercício profissional de atividade meio - 1	Conselho Regional de Psicologia (titular)	Indicação do CRE	-
	Conselho Regional de Biomedicina (suplente)		-
Entidades Sindicais de categorias profissionais da área da saúde - 2	Conselho Regional de Economia	Indicação dos Sindicatos	-
	Sindicato dos Médicos de SP (titular)		-
	Sindicato dos Enfermeiros de SP (suplente)		-
Associações de profissionais liberais da área da saúde - 1	Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de SP (titular)	Indicação dos Sindicatos	-
	Sindicato dos Psicólogos do Estado de SP (suplente)		-
	N/D	N/D	N/D
6 representantes das Instituições Governamentais			
Institutos de Ensino Superior e Institutos de Pesquisas públicos - 1	USP - Universidade de São Paulo	Indicação do Reitor da USP	-
Institutos de Ensino Superior e Institutos de Pesquisas privados - 1	Faculdade Santa Marcelina	Indicação do Reitor da Faculdade	-
Governo Municipal - 4	Secretaria da Saúde do Município de SP	Indicação do Secretário	-
2 representantes de Prestadores de Serviços e Fornecedores ou Produtores de materiais de saúde			
Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde sem finalidade lucrativa - 1	N/D	Eleição entre os representantes das instituições que compareceram à reunião convocada pela SMS/SP	10 pessoas
Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde ou Produtoras de materiais de saúde - 1	SINDHOSP - Sindicato dos Hospitais	Indicação	-

Notas:

1. CONSABESP - Conselho Coordenador das Sociedades Amigos de Bairro, Vilas e Cidades do Estado de São Paulo; FEPAM e FACESP - Federação das Associações Comerciais do Estado de São Paulo - entraram no CMS/SP como "movimentos comunitários".
2. Participaram da Plenária as seguintes entidades: CUT - Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical; CGTB - Central Geral dos Trabalhadores do Brasil; e Sindicato unificado dos Químicos farmacêuticos e plásticos de SP, Caeiras, Embu-Guaçu e Taboão da Serra.
3. O SINDSAÚDE-SP é ligado à CUT - Central Única dos Trabalhadores

N/D: Não disponível

FONTE: Arquivos do CMS/SP.

A análise da tabela 4 indica uma questão central. Dos 32 conselheiros presentes no CMS/SP, apenas seis foram selecionados por meio de uma eleição aberta à participação da população. Tratam-se dos conselheiros enquadrados como “movimento popular de saúde”.

A seleção dos representantes dos seis assentos destinados aos “movimentos populares de saúde” ocorreu com a realização de plenárias em cada uma das seis regiões estipuladas pelo Decreto 38.576/99. Em quatro delas — zonas leste, sudeste, centro e sul — *os representantes foram eleitos por unanimidade por um grupo inexpressivo de pessoas* — média de 36,3 votantes. Nas outras duas regiões — oeste e norte — a eleição dos representantes não foi unânime, mas também contou com um grupo irrisório de participantes — 57 na primeira e 47 na segunda. Com um total de 249 votantes da cidade inteira⁵⁵, foram eleitos os seis titulares e os seis suplentes dos “movimentos populares de saúde” no CMS/SP.

A seleção dos cinco representantes dos “movimentos sociais” no CMS/SP não foi menos inconsistente. Tendo sido fragmentada em dois grupos de representação — a dos “movimentos sociais” propriamente dita e a dos “movimentos comunitários” — a eleição dos cinco conselheiros se deu em dois foros distintos. No primeiro, apenas 28 pessoas estiveram presentes para a eleição dos dois conselheiros dos “movimentos sociais” da cidade de SP. No segundo, 84 pessoas indicaram três associações para a ocupação dos assentos destinados aos “movimentos comunitários” — a CONSABESP (Conselho coordenador das sociedades amigos de bairro vilas e cidades do Estado de SP), a FACESP (Federação das associações comerciais do Estado de SP) e a FEPAM.

16 portadores de deficiência elegeram o seu representante no CMS/SP. A FIESP, Federação das indústrias do Estado de SP, indicou um representante para o assento destinado às “entidades gerais patronais”. A CUT — Central Única dos Trabalhadores —, a Força Sindical, a CGGTB — Central Geral dos Trabalhadores do Brasil — e o Sindicato unificado dos químicos, farmacêuticos e plásticos de SP, Caieras, Embu-Guaçu e Taboão da Serra indicaram o representante das “entidades sindicais gerais de

⁵⁵ Apenas como referência, o município de SP contou com 7,5 milhões de eleitores nas eleições presidenciais de 2002 (fonte: TER/SP em <http://www2.tre-sp.gov.br/estat/distribuciao.jsp>).

trabalhadores”. Por fim, perfazendo o total dos dezesseis assentos destinados à “sociedade civil” no CMS/SP, as entidades de portadores de patologia — em plenária com 22 representantes dessas associações — elegeram dois representantes por unanimidade.

3.4. PODERES E COMPETÊNCIAS DO CMS/SP

No capítulo 2.2, observou-se que as análises mais comuns sobre o desempenho dos Conselhos de políticas públicas no Brasil são de que estes espaços “não estão conseguindo cumprir a sua vocação deliberativa (...)”, acabando por exercer um “(...) reduzido poder de influência sobre o processo de definição de políticas públicas” (TATAGIBA, 2002 e 2004). Ao mesmo tempo em que aponta para a fragilidade deliberativa dos Conselhos, este diagnóstico denota, também, uma grande expectativa por parte dos pesquisadores. A sentença de que os Conselhos não têm obtido sucesso em influenciar o processo de definição de políticas públicas carrega em si uma expectativa de que as deliberações destes órgãos de fato afetem as decisões governamentais. Mas até que ponto essa expectativa é válida? O que deve ser compreendido por “deliberativo”? Quais são as delimitações de papéis entre o governo e os Conselhos no processo de definição de políticas públicas?

Com estas questões em mente e, tendo em vista o objeto deste trabalho, será apresentada a seguir uma análise dos instrumentos legais e normativos que constituíram a moldura institucional do Conselho Municipal de Saúde de SP no período de 2001 a 2004. Em termos concretos, trata-se de analisar o artigo 198 e a emenda nº. 29 da Constituição Federal; as Leis federais nº. 8.080/90 e 8.142/90; a Norma Operacional Básica do SUS de 1996; o artigo 218 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, de 1990; a Lei municipal nº. 12.546/98; o artigo 1º do Decreto municipal nº. 45.037/04; o artigo 2º do Decreto municipal nº. 37.330/98; o Decreto nº. 38.576/99; e o Regimento Interno do CMS/SP⁵⁶. A análise destes instrumentos será feita à luz da teoria de democracia deliberativa, tal qual apresentada no capítulo I deste trabalho.

⁵⁶ Um quadro síntese com todos estes instrumentos jurídicos encontra-se no anexo desta dissertação. Constam no mesmo quadro trechos importantes da Portaria 1166 de 1989, que instituiu o Conselho Municipal de Saúde da cidade de São Paulo; o artigo 3º do Decreto municipal nº. 37.330/98; o Decreto municipal nº. 38.000/98; e o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Apesar de estes instrumentos normativos não terem efeitos legais sobre o CMS/SP no período estudado, eles podem servir de referencial comparativo e histórico.

3.4.1. Análise Jurídico-Institucional dos poderes e competências do CMS/SP

Os Conselhos de Saúde estão previstos no nível federal pela Lei nº. 8.142/90 como instâncias colegiadas de participação popular, de caráter permanente e deliberativo, constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Como finalidades principais, os Conselhos devem atuar na *formulação de estratégias para a política de saúde no âmbito municipal e no controle da sua execução*.

Lei Federal nº. 8.142/90

Art. 1º **O Sistema Único de Saúde (SUS)**, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, **contará, em cada esfera de governo**, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, **com as seguintes instâncias colegiadas:**

I — a Conferência de Saúde; e

II — **o Conselho de Saúde.**

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

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

No âmbito municipal, o Conselho de Saúde de SP está previsto no artigo 218º da Lei Orgânica do Município (1990) e é regulamento pela Lei nº. 12.546/98 e pelos Decretos Municipais nº. 37.330/98 e 38.576/99. Em conformidade com a Lei Federal nº. 8.142/90, os instrumentos jurídicos do município atestam o caráter deliberativo do CMS/SP e reafirmam a atuação deste órgão na *formulação de estratégias políticas e no controle da execução da política de saúde*.

Lei Municipal nº. 12.546/98

Art. 2º O Conselho Municipal de Saúde, **órgão normativo e deliberativo**, com estrutura colegiada, **cujas decisões serão homologadas pelo Prefeito, atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no âmbito municipal**, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Parágrafo único. A competência para homologação das decisões, referida no "caput" deste artigo, poderá ser delegada ao Secretário Municipal da Saúde.

Decreto Municipal nº. 37.330/98

Art. 2º O Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, **cujas decisões serão homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde**, a quem fica delegada essa competência, **atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no âmbito municipal**, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Note-se que o CMS/SP não se configura como uma instância superior ou paralela ao Estado. A análise dos instrumentos jurídico-institucionais incidentes sobre o CMS/SP demonstra que o caráter *deliberativo* do Conselho não faz deste órgão uma *instância decisória máxima* das políticas do município. A centralidade do Poder Executivo local está garantida na medida em que, *para se tornarem resoluções executivas, todas as deliberações do CMS/SP precisam passar pela aprovação do Secretário Municipal de Saúde* (Lei Federal 8.142/90, artigo 1º, § 2; Lei Municipal 12.546, artigo 2º; Decreto Municipal nº. 37.330/98, artigo 2º; e Decreto Municipal nº. 38.576/99, artigo 16º).

Decreto Municipal nº. 38.576/99

Art. 16º As deliberações do Colegiado Pleno do Conselho Municipal de Saúde serão formalizadas em resoluções, **mediante homologação do Secretário Municipal da Saúde**, conforme a delegação de competência prevista no artigo 2º do Decreto nº. 37.330, de 16 de fevereiro de 1998, integralmente mantida no presente decreto.

A legislação sublinha ainda que o Secretário de Municipal de Saúde é o dirigente único do SUS no município. Os dispositivos legais abaixo transcritos confirmam esta assertiva.

Decreto Municipal nº. 45.037/04

artigo 1º. **O Secretário Municipal da Saúde é o dirigente único do Sistema Único de Saúde** no Município de São Paulo, cabendo-lhe manter a unicidade conceitual e política do sistema.

Lei Federal nº. 8.080/90

Art. 9º **A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única**, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

III — **no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde** ou órgão equivalente.

Em conformidade com a teoria *habermasiana*, a natureza *deliberativa* do CMS/SP não deve significar, portanto, a atribuição de um *poder de decisão último* a este órgão sobre o SUS no município. Uma vez delegado pelo chefe do Executivo municipal (Lei Municipal nº. 12.546/98, artigo 2º; e Decreto Municipal nº. 37.330/98, artigo 2º), o exercício deste poder compete ao Secretário de Saúde.

Desenhada deste modo, a moldura institucional do CMS/SP atende a uma preocupação central da teoria *habermasiana* de democracia deliberativa, qual seja, a de que as deliberações advindas dos espaços públicos estejam subjugadas ao processamento e à análise do sistema político — *locus* das decisões democráticas⁵⁷ (COSTA, 1997).

Segundo a concepção *habermasiana*, o cerne da democracia deliberativa está no *tensionamento* entre a esfera pública e as instituições políticas do Estado de Direito. Se, por um lado, as deliberações construídas através dos processos comunicativos no interior dos espaços públicos não devem ser tomadas, *a priori*, como um “bem comum”, como um poder soberano a ser implementado pelas organizações do Estado, por outro, o Estado não pode ignorar as demandas advindas do processo de discussão da sociedade civil.

A legitimidade democrática equilibra-se, assim, no constante *tensionamento* existente entre os espaços públicos — alicerçados fundamentalmente no mundo da vida, na sociedade civil — e os aparatos do Estado, constitutivos da “esfera pública procedimentalmente regulada” (LÜCHMANN, 2002). Conforme a análise de Lüchmann, “(...) a democracia deliberativa habermasiana constitui-se em uma nova articulação entre o Estado e a sociedade que questiona a prerrogativa unilateral da ação

⁵⁷ Ver Capítulo I desta dissertação.

política em um dos pólos deste binômio. A importância atribuída aos conceitos de esfera pública e sociedade civil *diz muito mais respeito ao seu caráter de 'oxigenação', 'tensionamento', 'problematização' do poder político, do que um papel diretamente político-decisório destes espaços e atores.*" (*idem*, 2002: 34; ênfases minhas).

O espírito de que os governos mantenham-se permeáveis às deliberações dos Conselhos está presente no artigo 36º da Lei Federal nº. 8.080/90, que recomenda que os Conselhos sejam ouvidos no processo de planejamento e orçamento coordenado pelo governo. *Ouvidos*, vale sublinhar, mas não necessariamente acatados.

Lei Federal nº. 8.080/90

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, **ouvidos seus órgãos deliberativos**, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Em que pesem os poderes de decisão do Conselho estarem condicionados à homologação do Secretário de Saúde, os instrumentos normativos e legais sobre o CMS/SP lhe conferem competências e atribuições de claro tensionamento com a SMS/SP. Segundo o Decreto Municipal nº. 38.576/99, compete ao CMS/SP *deliberar sobre estratégias da política municipal de saúde e sobre o funcionamento do SUS no município*.

Decreto Municipal nº. 38.576/99⁵⁸

Art. 3º Compete ao Conselho Municipal de Saúde, observadas as diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde:

- I. **Deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Municipal de Saúde**, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros;
- II. **Deliberar, analisar, controlar e apreciar, no nível municipal, o funcionamento do Sistema Único de Saúde;**

Se, por um lado, estas garantias legais não conferem ao Conselho um poder de decisão soberano sobre a política municipal de Saúde, por outro, elas validam a

⁵⁸ Foram destacados aqui os incisos que dialogam diretamente com as finalidades de formulação e controle. A íntegra do Decreto encontra-se anexa a este trabalho.

expectativa explícita na literatura que trata dos Conselhos no Brasil de que este órgão venha a exercer algum poder de influência sobre o governo.

Um outro importante papel do CMS/SP, presente no mesmo Decreto, é o do controle das atividades do Poder Executivo. A aprovação, o acompanhamento e a apreciação do Plano Municipal de Saúde e do orçamento destinado ao SUS no município são competências que realçam o caráter *problematizador* deste espaço público em relação ao Estado.

Decreto Municipal nº. 38.576/99

(continuação do artigo 3º)

III. Aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o Plano Municipal de Saúde;

IV. Apreciar, previamente, emitindo parecer sobre o Plano e aplicação dos recursos financeiros transferidos pelos Governos Federal, Estadual e do orçamento municipal consignados ao Sistema Único de Saúde;

V. Apreciar a movimentação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal e pronunciar-se conclusivamente sobre os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pela Secretaria Municipal da Saúde;

VI. Acompanhar e fiscalizar os procedimentos do Fundo Municipal de Saúde FUMDES, através de comissão de análise do FUMDES;

X. Apreciar a alocação de recursos econômicos, financeiros, operacionais e ilumanos [sic] dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Único de Saúde;

XIII. Aprovar as diretrizes e critérios de incorporação ou exclusão ao Sistema Único de Saúde, de serviços privados e ou pessoas físicas, de acordo com as necessidades de assistência à população do respectivo sistema local e da disponibilidade orçamentária, a partir de parecer emitido pelos órgãos técnicos da Secretaria Municipal da Saúde, bem como controlar e avaliar sua atuação, com a colaboração dos Conselhos Gestores das Administrações Regionais de Saúde e/ou Distritos de Saúde, podendo a qualquer tempo propor exclusões ou incorporações por não atendimento às diretrizes e critérios acima.

Os papéis de controle e fiscalização do CMS/SP são reforçados também pela Lei Municipal nº. 12.546/99 e por diversos instrumentos jurídicos de nível federal. A seguir destacam-se artigos da Constituição Federal, da Lei Federal nº. 8.080/90 e da referida Lei Municipal que enfatizam estas atribuições do Conselho.

Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000

Art. 77, III,

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que **será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde**, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

Lei Federal nº. 8.080/90

Art. 33. **Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS)** serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e **movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde**.

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. **Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.**

Lei Municipal 12.546/99

Art. 3º Compete, ainda, ao Conselho Municipal de Saúde:

III. **Controlar, acompanhar e avaliar a política de saúde do Município;**

IV. **Acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde;**

VII. **Analisar, fiscalizar e apreciar, em nível municipal, o funcionamento do Sistema Único de Saúde;**

Um outro aspecto importante a ser ressaltado do ponto de vista jurídico-institucional é o relativo *poder de veto* conferido ao CMS/SP pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/SUS 1996). Segundo esta Norma ministerial, os municípios integrantes do SUS precisam ter seus planos municipais de saúde devidamente aprovados pelos Conselhos.

NOB/SUS 1996

15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

15.2.2. Requisitos

a. **Comprovar o funcionamento do CMS** (Conselho Municipal de Saúde).

h. **Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS**, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.

17.9. **A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado**, na forma desta NOB, **está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação**, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, **aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde**.

Na prática, estes requisitos imputados ao Poder Público municipal conferem um poder significativo ao CMS/SP que, em eventuais disputas com o Executivo local, pode se recusar a aprovar os documentos endereçados ao Ministério da Saúde. A depender da gravidade dos argumentos oferecidos pelo CMS/SP, o Ministério da Saúde pode vir a interromper o repasse de recursos destinados à aplicação do SUS no município (conforme Lei Federal nº. 8.080/90, artigo 33º e NOB/SUS 1996, apresentadas nos parágrafos anteriores).

Em suma, com base na análise dos instrumentos jurídico-institucionais incidentes sobre o CMS/SP é possível concluir que (1) o CMS/SP deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no âmbito municipal; (2) que as deliberações do Conselho estão subordinadas à aprovação do Secretário de Saúde, dirigente máximo e responsável legal pela política de saúde do município; (3) que o caráter deliberativo do Conselho não deve ser compreendido como um poder de decisão sobre as políticas e sim como um processo de discussão capaz de construir propostas a serem encaminhadas para o Poder Público (*cf.* MANIN, 1987 *apud* NOBRE, 2004); (4) que os instrumentos normativos federais concedem um relativo *poder de veto* ao CMS/SP na medida em que o Poder Executivo municipal precisa ter o orçamento e o plano municipal de saúde aprovados pelo Conselho.

CAPÍTULO IV.

A PERSPECTIVA DOS ATORES GOVERNAMENTAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DO CMS/SP

CAPÍTULO IV. A PERSPECTIVA DOS ATORES GOVERNAMENTAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DO CMS/SP

Conforme apresentado no segundo capítulo deste trabalho, o diagnóstico mais comum encontrado nos estudos acadêmicos sobre os Conselhos de políticas públicas no país é de que estes espaços públicos apresentam uma *baixa capacidade propositiva*, e exercem um *reduzido poder de influência sobre o processo de definição das políticas públicas* (TATAGIBA, 2002 e 2004; COELHO, 2004; RAICHELIS, 2000; entre outros).

Embora os diagnósticos presentes na literatura para a compreensão do fenômeno levantem fatores explicativos que se relacionam tanto ao campo societal quanto ao campo governamental, eles mostram-se limitados para a problematização de fatores atribuídos ao Estado. Partindo de um enfoque que privilegia o prisma da sociedade civil para a explicação do reduzido poder de influência dos Conselhos, os estudos existentes atribuem ao Estado uma falta de comprometimento com estes espaços públicos e uma “recusa pela partilha do poder” (DAGNINO, 2002; TATAGIBA, 2002; COELHO, 2004). No entanto, como lembra Tatagiba (2002), estas constatações sobre o comportamento do Estado em relação aos Conselhos carecem de problematizações uma vez que foram extraídas sob o “vazio de informações” acerca da visão dos atores governamentais sobre as experiências conselhistas.

No intuito de ampliar a compreensão sobre o desempenho dos Conselhos e a sua relação com os órgãos executivos do Estado, a presente pesquisa concentrou-se na investigação das visões e percepções dos atores governamentais sobre a experiência do CMS/SP no período de 2001 a 2004, invertendo assim, o enfoque tradicionalmente utilizado para a análise dos “encontros entre Estado e sociedade” (cf. DAGNINO, 2002).

Este capítulo está dividido em seis partes. A primeira (item 4.1.) destina-se à apresentação de dados e de comentários dos entrevistados que denotam o comprometimento do governo com o CMS/SP. Ao contrário, portanto, do que afirma a literatura acerca dos Conselhos, pretende-se demonstrar que os conselheiros governamentais eram bastante representativos da posição da Secretária de Saúde; que

os conselheiros e Secretários de Saúde eram assíduos nas reuniões dos Conselhos; que o governo oferecia o apoio administrativo para o funcionamento do CMS/SP; que o governo não centralizava as reuniões do Plenário; e que os representantes da SMS/SP tinham um histórico de luta pela institucionalização dos Conselhos de Saúde no país.

No item 4.2., serão analisadas as visões dos atores governamentais sobre os papéis e poderes do CMS/SP. Em seguida, serão expostos os pontos de vista dos entrevistados em relação à atuação e ao desempenho do Conselho no período estudado. Deste modo, será possível observar a distância entre o que os entrevistados acreditam que *deveriam ser* os papéis e atribuições do Conselho em comparação com a realidade observada. Neste capítulo será possível observar que os mesmos atores governamentais que declararam a existência de um comprometimento com o Conselho não acreditam que este espaço público tenha chegado a influenciar as decisões centrais das políticas de saúde.

Em seguida, o trabalho oferecerá novos elementos para o debate sobre as causas do reduzido poder de influência do Conselho sobre as políticas públicas. Ao mesmo tempo em que alguns fatores causais apresentados pela literatura em relação ao campo societal serão reforçados, pretende-se explorar como estes aspectos impactaram o comportamento dos atores governamentais no CMS/SP. O diagnóstico procurará apresentar ainda os constrangimentos vividos pelos atores governamentais para a negociação das políticas e as dificuldades para a construção dialógica e compartilhada no Conselho.

O item 4.3. tratará de um primeiro conjunto de fatores que diz respeito à própria fragilidade política do Conselho. Causada, em larga medida, pela baixa legitimidade de representação dos conselheiros não-governamentais; pela participação pouco qualificada destes conselheiros; pelo isolamento do Conselho em relação à sociedade; e pela baixa capacidade propositiva deste órgão, a fragilidade do CMS/SP levaria o governo a se sentir mais qualificado e mais legítimo para tomar as decisões acerca da política municipal de saúde.

O item 4.4. tratará das relações de polarização e conflito entre os atores presentes no Conselho no período analisado. Uma relação que prejudicava a

capacidade de proposição do órgão e que reduzia a pré-disposição dos atores governamentais para negociar suas políticas no CMS/SP.

No item 4.5. será observado como as fragilidades da própria Secretaria para a realização do planejamento e da gestão das políticas impactaram o desempenho do Conselho.

Por fim, no item 4.6. a questão da “recusa do Estado em partilhar o poder” poderá ser problematizada à luz dos constrangimentos vividos pela Secretaria para a negociação das políticas no Conselho — a maior parte das diretrizes políticas já estava estabelecida em outros foros e precisava ser implementada. Ainda neste item será demonstrado que a sensação de maior legitimidade dos atores governamentais em comparação aos conselheiros não-governamentais para decidir sobre as políticas não advinha, apenas, da fragilidade do Conselho, mas também estava alicerçada na legitimidade e na responsabilidade legal de ser governo. Respaldados pela Constituição Federal, pela legislação federal e municipal e, finalmente, pelas urnas, os atores governamentais alegaram a necessidade de fazer cumprir os seus mandatos, devendo, para tanto, “filtrar” as demandas do Conselho, avaliando critérios como: constitucionalidade, viabilidade técnica e pertinência política.

4.1. O COMPROMETIMENTO DO GOVERNO COM O CONSELHO⁵⁹

Como apresentado no Capítulo II, a literatura de maneira geral aponta o baixo comprometimento dos representantes governamentais como uma das principais causas da baixa influência dos Conselhos sobre as políticas. Em virtude da pouca importância que o Estado conferiria aos Conselhos, os conselheiros governamentais seriam pouco representativos da posição de governo e os atores estatais não freqüentariam as reuniões do Conselho com grande assiduidade. Para ilustrar este quadro encontrado pelos estudos acadêmicos, vale retomar a síntese de Tatagiba a respeito:

“Quanto à representatividade dos conselheiros governamentais, os estudos de caso permitem afirmar a existência de um vínculo muito frágil entre os representantes governamentais e seus órgãos de origem. Os conselheiros governamentais tendem a defender nos Conselhos suas próprias opiniões e não as propostas e posicionamentos resultantes da discussão com as agências estatais envolvidas. Assim, as posições do governo nem sempre chegam ao conhecimento do Conselho, assim como as discussões dos Conselhos costumam não ser acompanhadas pelas agências estatais envolvidas. Muitas vezes, isso decorre da pouca importância que o Estado confere à sua participação nos Conselhos, mandando para as reuniões pessoas não preparadas para a discussão e com pouco poder de decisão. Essa política de esvaziamento dos Conselhos tem se refletido nos altos índices de ausência dos conselheiros governamentais das reuniões e da grande rotatividade destes”. (TATAGIBA, 2002: 63; ênfases minhas)

De todos os aspectos apontados pela literatura especializada sobre os Conselhos no país, a falta de comprometimento governamental é o que guarda menor semelhança com o caso do CMS/SP. Ao contrário do que apontam os outros estudos, a presente pesquisa observou que: a) os conselheiros governamentais eram representativos da direção da Secretaria — eles eram próximos ao Secretário, tinham

⁵⁹ Na banca de arguição desta dissertação discutiu-se até que ponto seria possível dizer que o governo — e não apenas a Secretaria de Saúde — estava comprometido com o Conselho. De fato, a idéia tratada neste trabalho é a de que a Secretaria de Saúde é quem estava comprometida com o Conselho. Como este trabalho não estudou a relação do centro decisório do governo com o Conselho não seria possível afirmar este comprometimento governamental mais amplo. A hipótese levantada pelo professor Clovis Bueno de Azevedo, entretanto, é a de que o “núcleo duro” do governo não estava comprometido com o Conselho.

autonomia para deliberar em nome do governo e ocupavam cargos de alto escalão na Secretaria; b) tanto os Secretários quanto os conselheiros governamentais foram assíduos nas reuniões dos Conselhos; c) o governo não tinha a primazia na formação da agenda e não conduzia as reuniões do plenário. Antes, ele delegou a condução das reuniões para um representante do segmento da sociedade civil; d) o governo apoiou o Conselho com recursos humanos, físicos e financeiros; e e) o governo levou as suas principais propostas políticas para serem apreciadas pelo Conselho. O presente item será dedicado à demonstração destas assertivas.

Para reforçar o comprometimento dos atores governamentais com o Conselho, será destacado também o histórico de diversos representantes do governo que estiveram presentes no CMS/SP no período estudado. No item a seguir, veremos que muitos destes atores, tal qual o próprio Secretario de Saúde, estiveram envolvidos no processo de institucionalização do SUS e dos Conselhos de Saúde e que eles reivindicaram a descentralização do Sistema de Saúde e a ampliação da participação dos cidadãos no controle do Sistema e no estabelecimento de prioridades políticas.

4.1.1. O histórico ligado à participação popular e à construção do SUS

“Historicamente, eu particularmente ajudei a montar, **eu e o Eduardo [Jorge] nós ajudamos a montar o SUS**. Eu sou da história da origem do SUS. **Nós lideramos movimentos — movimentos populares, movimentos de trabalhadores do setor de saúde — para a estruturação do Sistema Único de Saúde na própria Constituição**. Quer dizer, antes da Constituição de 88 nós já estávamos batalhando, trabalhando no Movimento Popular e na estruturação dos Conselhos. **Então nós temos uma história de composição de Conselhos, de participação popular**. Foi tudo um respeito muito grande por esse Movimento. E aí a regulamentação dentro do SUS, de incorporação da representação popular, dos vários segmentos, tudo foi coisa do Eduardo [Jorge] na Constituinte. Quer dizer, foi um papel importante do Eduardo.” (conselheiro governamental — CT2)

Frequentemente, a saúde é reconhecida no país como uma área referencial de mobilização popular e de conquistas no âmbito das políticas públicas. É certo que não

se pode atribuir este fenômeno a um ou a outro fator de maneira isolada. Contudo, não há como negar a importância das lideranças políticas — políticos, médicos sanitaristas, lideranças de movimentos sociais — no processo de elaboração dos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e das leis federais 8.080/90 e 8.142/90. Uma das principais conquistas destas lideranças políticas à época foi justamente a institucionalização das Conferências e dos Conselhos Municipais de Saúde como instâncias de participação popular no SUS.

O histórico do Secretário de Saúde Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho está diretamente ligado a este processo de construção do SUS e dos próprios Conselhos de Saúde. No período em que foi deputado federal (1987-2002), Eduardo Jorge foi co-autor da legislação constitucional da área da seguridade social (previdência, assistência social e saúde). Em 1989, após assumir a Secretaria de Saúde do governo municipal de SP, Eduardo Jorge foi responsável pela criação do Conselho Municipal de Saúde de SP. Um Conselho que, vale dizer, foi criado para se constituir-se como “(...) órgão colegiado máximo, responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde a nível *[sic]* do Município de São Paulo” (Portaria 1166/89, artigo 2º ⁶⁰). Esta concepção de Conselho, como o responsável pela coordenação do SUS no município, traduzia o desejo do Secretário em fortalecer este espaço público como um *locus* para a gestão do Sistema de Saúde no município. Ainda que a criação do Conselho tenha se dado por meio de uma Portaria normatizada pelo Poder Executivo — e não por uma lei — a questão central a ser observado é o do comprometimento do Secretário de Saúde Eduardo Jorge com esta instância de participação.

“O Eduardo Jorge é uma pessoa que vive o SUS. Então ele tinha um respeito enorme pelo pessoal do Conselho. Tentava-se realmente discutir, aprofundar e encaminhar as questões que eram trazidas pelo Conselho e que tinham compatibilidade com o que estava proposto como agenda do governo para encaminhamento. Nesse período houve uma pré-disposição. (...) Não que a relação fosse fácil. Mas se tentava respeitar e encaminhar o que era viável. Havia uma participação efetiva. Havia realmente um comprometimento em relação ao Conselho” (conselheiro governamental — CS5)

Mas o histórico de luta pela construção do SUS e pela institucionalização das Conferências e dos Conselhos não se restringe ao Secretário de Saúde. Ao assumir a

⁶⁰ Vide anexo.

Secretaria, Eduardo Jorge procurou montar uma equipe de gestores que estivesse sintonizada com os seus ideais. Uma vez constituída a equipe, muitos desses atores tornaram-se os representantes do governo no CMS/SP. Difícil dizer, portanto, que os atores governamentais não estivessem comprometidos com o fortalecimento do Conselho. Esta idéia foi afastada por todos os entrevistados.

“Muitos dos conselheiros governamentais tinham um grande histórico na área da saúde. Eles eram bastante comprometidos.” (Secretária-Geral — SG3)

“Naquele período de gestão do Eduardo Jorge, a equipe que estava com ele era um pessoal que valorizava muito o Conselho Municipal e queriam que desse certo, queriam que [o Conselho] participasse mesmo.” (conselheiro governamental — CS3 e CT10)

“(…) Por isso é natural ver o comprometimento destas pessoas ao assumirem a Secretaria de Saúde, anos mais tarde [depois dos anos de reivindicações pelo SUS e pelos Conselhos]. (...) Quem ajudou a construir algo, não vai negar depois na hora do vamos ver.” (conselheiro governamental — CT2)

4.1.2. Proximidade dos conselheiros governamentais ao centro decisório da SMS/SP: autonomia e poder de decisão.

Ainda que de caráter informal, os critérios adotados por ambos os Secretários de Saúde para a seleção dos seus representantes governamentais no CMS/SP seguiam uma lógica política. Segundo os entrevistados, quase todos os conselheiros governamentais ocupavam postos de direção na SMS, faziam parte do “Comitê de Gestão” da Secretaria⁶¹ e, por consequência, eram próximos ao Secretário.

“Os representantes [do governo no CMS/SP] faziam parte desse grupo de gestão que se reunia toda a semana para discutir a gestão da secretaria.” (Secretário de Saúde — SS2)

“Os conselheiros governamentais eram representativos da opinião do governo porque a maioria deles era do comitê de gestão do Eduardo.” (Secretária-Geral — SG3)

⁶¹ O Comitê de Gestão era formado pelos dirigentes das áreas estratégicas da Secretaria de Saúde.

“Pelo perfil de quem era conselheiro, eram pessoas de confiança do Secretário, ou de confiança de pessoas que ele tinha solicitado que fossem representantes do governo.” (conselheiro governamental – CS5)

Também foi relatada uma preocupação dos Secretários para que as áreas prioritárias do governo estivessem representadas no Conselho. Segundo os entrevistados, essa seria uma forma natural de procurar envolver o CMS/SP nas questões centrais da política municipal de saúde.

“Para os critérios [de seleção de conselheiros governamentais] foram pensadas as áreas prioritárias do governo. Teria que ter conselheiro do PSF (Programa Saúde da Família), porque isso era uma prioridade do Eduardo, conselheiro da área hospitalar, da área de DST/Aids... Pegamos para o plenário do Conselho, representantes de grandes áreas dos projetos prioritários.” (Secretária-Geral – SG3)

Com efeito, os atores governamentais entrevistados acreditam que os conselheiros governamentais eram bastante representativos da posição de governo. No entender deste atores, os conselheiros governamentais falavam pela Secretaria e tinham autonomia para a tomada de decisões no interior do Conselho.

“Havia uma coerência [na representatividade] em função de essas pessoas fazerem parte do Comitê de Gestão e saber, claramente, qual era a posição de governo, onde se queria chegar, os objetivos”. (conselheiro governamental – CS5)

“Havia autonomia dos conselheiros governamentais para dialogar no Conselho. Se o Fábio, por exemplo, que era o coordenador de DST/AIDS ‘acordasse’ alguma coisa no Conselho e depois tivesse que brigar com o Eduardo Jorge, ele que subisse lá para segurar o ‘acordado’ com o Conselho.” (Secretária-Geral – SG3)

“Dentro do segmento que nos cabia, nós tínhamos representantes sempre de peso. Nós tínhamos as pessoas que falavam o que a Secretaria pensava.” (conselheiro governamental – CT2)

“Os conselheiros representavam muito a posição do governo. Havia uma coincidência como eu disse, havia raízes comuns. Tínhamos grandes divergências em termos pontuais, mas no conjunto do encaminhamento não.” (conselheiro governamental – CT1)

Segundo os entrevistados, a autonomia relatada não os autorizava a emitir opiniões pessoais, individualizadas, no Conselho. Os conselheiros governamentais

relataram uma clareza de que o seu papel como representantes do governo seria defender posições institucionais.

“Eu entendia que os conselheiros do governo eram os conselheiros do governo. **Eu não estava lá representando a minha opinião pessoal**, não tinha sentido. De um modo geral a bancada do governo, fora questões de encaminhamento, votava em bloco nas questões gerais. Com certeza nas principais questões o governo votava em bloco.” (conselheiro governamental — CT18)

A verificação dos dados sobre os cargos ocupados pelos conselheiros governamentais na SMS/SP (vide tabela 5) corrobora as colocações dos entrevistados e refuta os resultados mais freqüentes encontrados nos estudos sobre o comprometimento do governo junto aos Conselhos. Segundo estes estudos, seria comum observar o governo designando funcionários de baixo escalão para participar oficialmente das reuniões do Conselho que, por sua vez, ver-se-ia politicamente enfraquecido (TATAGIBA, 2002; RAICHELIS, 2000; COELHO, 2004). A tabela abaixo demonstra, entretanto, que este tipo de atitude relatado pela literatura não guarda relação com o caso do CMS/SP. Ao contrário, o que se pode observar é que a quase totalidade dos conselheiros — titulares ou suplentes — que representaram o governo no Conselho entre 2001 e 2004 pertencia aos primeiros escalões do órgão governamental.

TABELA 5

CARGOS DOS CONSELHEIROS GOVERNAMENTAIS NO CMS/SP (2001-2004), CLASSIFICADOS SEGUNDO SEUS NÍVEIS DE DAS

Cargo quando conselheiros*	Cargo em Comissão / DAS**	T	S
Diretor de Departamento Técnico	14	x	
Secretário Adjunto	14	x	
Diretor de Departamento Técnico	14	x	x
Supervisor Geral	14	x	
Diretor de Distrito de Saúde	14	x	
Diretor de Distrito de Saúde	14	x	
Diretor de Departamento Técnico	14	x	x
Secretário Adjunto	14	x	
Supervisor Geral	14		x
Diretor Adjunto	13	x	
Diretor Adjunto	13		x
Assessor Técnico	12	x	x
Assessor do Secretário Adjunto	12	x	
Diretor Técnico de Distrito de Saúde	12	x	
Diretor Técnico de Distrito de Saúde	12	x	x
Supervisor Técnico II	12	x	
Assessor Técnico	12		x
Assistente Técnico II	11	x	x
Assistente Técnico II	11	x	x
Chefe de Seção Técnica	10	x	
Assistente Técnico I	9		x

DAS	QTDD.	%
14	9	42,9%
13	2	9,5%
12	6	28,6%
11	2	9,5%
10	1	4,8%
9	1	4,8%
Total	21	100%

T = Titular; S = Suplente

* Não consta a informação sobre o cargo e o DAS de dois conselheiros

** DAS: Direção e Assessoramento Superior

Fonte: SMS/SP

Todos os 21 conselheiros governamentais⁶² designados pelo Secretário de Saúde para o exercício desta função no período em tela ocupavam cargos em comissão na SMS/SP, classificados com algum nível de Direção e Assessoramento Superior — DAS⁶³. Considerando que o Secretário Municipal de Saúde ocupava um DAS de nível 15, a quantidade de conselheiros governamentais com DAS de nível 14 ou 13 — ocupados por diretores, supervisores e pelo Secretário Adjunto — contribui para evidenciar a alta representatividade do governo no CMS/SP. 52,4% dos funcionários da SMS/SP destacados para participar oficialmente do Conselho ocupavam DASs 13 ou 14 e, em sua grande maioria, foram designados pelo Secretário como conselheiros titulares⁶⁴.

4.1.3. Assiduidade dos atores governamentais

Ao longo dos 48 meses entre janeiro de 2001 e dezembro de 2004, o CMS/SP reuniu-se 74 vezes. Das 75 reuniões convocadas nesse período, apenas uma não foi realizada por falta de quorum. A quantidade de reuniões realizadas pelo Conselho certamente não pode ser tomada como um indicador de eficácia da atuação desse espaço público, contudo ela nos sugere a *existência de uma vitalidade institucional* do CMS/SP no período. Fosse apenas pela obrigatoriedade exigida por lei, o CMS/SP não teria a necessidade de realizar as 26 reuniões extraordinárias que executou.

Os dados analisados demonstram também uma boa assiduidade do governo nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS/SP. Os dois Secretários de Saúde no período analisado demonstraram frequência média de 66,2% nas reuniões do Plenário

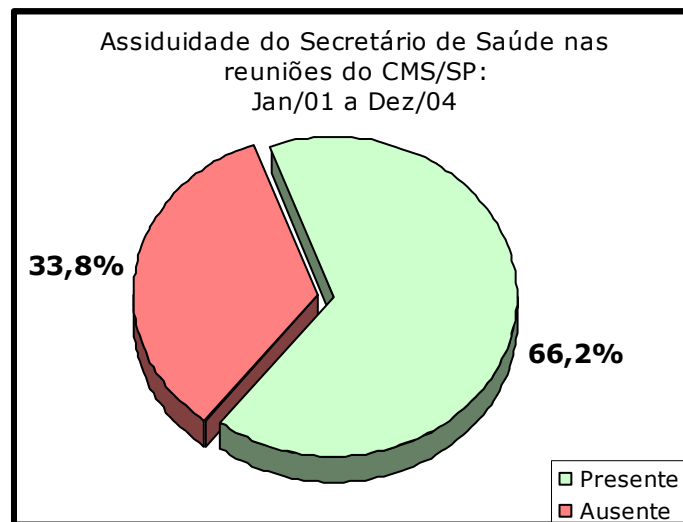
⁶² Dois conselheiros não tinham cargo especificado na Gerência de Recursos Humanos da SMS/SP.

⁶³ Os cargos em comissão são divididos da seguinte maneira na SMS/SP: Do 1 ao 8 são classificados como “DAIs” — Direção e Assessoramento Intermediário —, designados a um nível de assessoria mais operacional e menos gerencial. Do 9 ao 16 são classificados como “DASs” — Direção e Assessoramento Superior —, designados a funcionários com cargos de direção, supervisão e gerenciamento. A classificação hierárquica para remuneração é descendente.

⁶⁴ Apenas 2 funcionários com DAS 13 ou 14 foram designados exclusivamente como conselheiros suplentes.

do Conselho. Eles estiveram presentes em 49 das 74 reuniões realizadas entre 2001 e 2004, um número certamente significativo para o dirigente máximo da Secretaria de Saúde do município de SP.

GRÁFICO 4



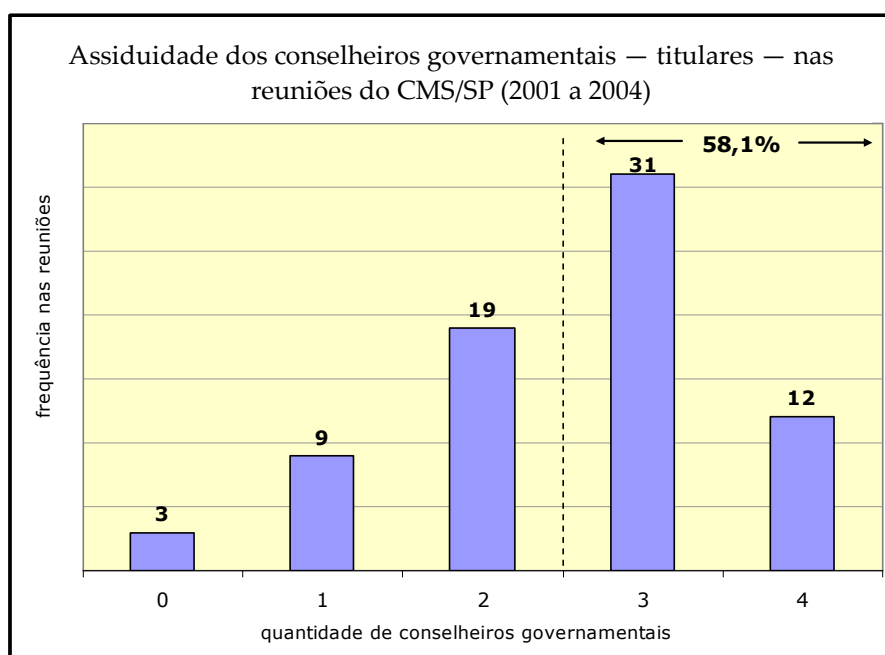
Fonte: Conselho Municipal de Saúde de SP

Dado que o governo contava com apenas quatro conselheiros titulares e quatro suplentes para se fazer representar nas diversas reuniões demandas pelo plenário do Conselho e por suas comissões, o Secretário de Saúde adotou uma estratégia que objetivava a garantia da participação do governo em todas as instâncias vinculadas ao CMS/SP:

“O Eduardo [Secretário] fez uma divisão entre os oito conselheiros: os quatro titulares tinham como prioridade acompanhar o plenário [do Conselho] e os quatro suplentes deveriam acompanhar as Comissões.” (Secretária-Geral — SG3).

A análise de assiduidade dos conselheiros governamentais demonstrou que em 43 das 74 reuniões do Plenário — 58% das vezes — o governo esteve presente com pelo menos três conselheiros titulares (vide gráfico 5).

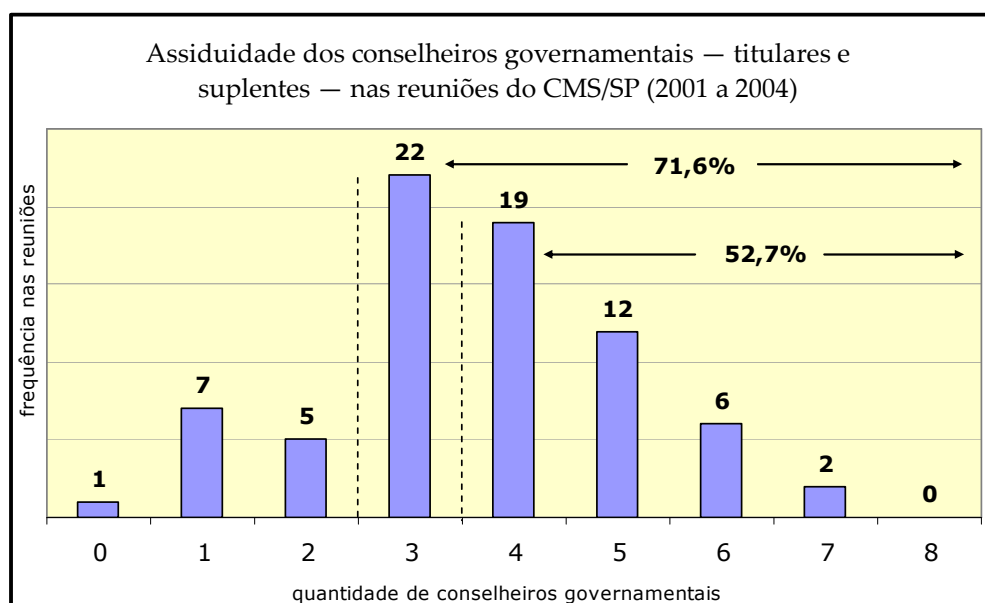
GRÁFICO 5



Fonte: CMS/SP

Segundo os entrevistados, havia uma combinação informal entre os atores governamentais para que os quatro assentos do governo com direito a voto sempre estivessem ocupados nas reuniões do Plenário. Conforme os dados apresentados no gráfico abaixo, entretanto, apenas 52,7% das 74 reuniões do CMS/SP foram acompanhadas por quatro ou mais representantes do governo. Isto não significa, porém, que o governo tenha sido pouco assíduo nas reuniões do Conselho. Se forem consideradas as vezes em que o governo se fez representar com pelo menos três conselheiros — fossem eles titulares ou suplentes — a assiduidade do governo sobe de maneira significativa. Em 71,6% das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS/SP o governo se fez representar desta maneira (ver gráfico 6).

GRÁFICO 6



Fonte: CMS/SP

4.1.4. Rotatividade dos conselheiros governamentais

A alta rotatividade do governo nos Conselhos costuma ser uma queixa muito freqüente dos conselheiros não-governamentais. Ao substituir constantemente seus representantes no interior de um espaço público no qual tem assento, o governo pode enfraquecer o poder político desta instância e prejudicar a construção coletiva com os demais segmentos representados. Nesta seção do trabalho, será analisada a rotatividade do governo no CMS/SP entre os anos de 2001 e 2004 com vistas a diagnosticar em que medida a troca de conselheiros governamentais teria prejudicado o desempenho do Conselho.

O Decreto Municipal 38.576/99 estipula que o mandato dos conselheiros não-governamentais do CMS/SP tenha duração de dois anos, com a possibilidade de uma única recondução (artigo 5º, parágrafo 4º). Com este parâmetro é possível comparar o grau de rotatividade dos conselheiros não-governamentais no exercício de suas funções. Já para os conselheiros governamentais, a mesma tarefa não é tão simples. Não há na legislação pertinente nenhum artigo que regulamente o tempo de duração

dos mandatos dos representantes do governo no CMS/SP. Este fato torna a análise de rotatividade dos conselheiros do governo uma tarefa delicada, uma vez que o parâmetro para a comparação dos dados empíricos precisa ser estipulado de maneira arbitrária. Quanto tempo seria razoável para que cada representante do governo permanecesse como conselheiro governamental? Seriam os mesmos dois anos? Seriam quatro anos? Um ano? Difícil dizer. Para manter coerência com o mandato dos conselheiros não-governamentais será adotado como referencial o tempo de duração de dois anos também para os conselheiros do governo.

Para levantar a assiduidade e a rotatividade dos conselheiros governamentais no período de 2001 a 2004, foram analisadas 74 atas de reunião ordinárias e extraordinárias do CMS/SP. A tabela a seguir (tabela 6) apresenta a quantidade de conselheiros governamentais — titulares e suplentes — que passaram pelo Conselho, o tempo do exercido desta função de cada conselheiro e as respectivas frequências nas reuniões do Plenário.

TABELA 6

ROTATIVIDADE E ASSIDUIDADE DOS CONSELHEIROS GOVERNAMENTAIS DO CMS/SP NO PERÍODO DE 2001 A 2004					
Conselheiros Titulares			Meses	Assiduidade	
1	CT8		33	78%	
2	CT15		19	93%	
3	CT1*		15	64%	
4	CT2*		15	52%	
5	CT9		13	61%	
6	CT10 (CS3)*		13	50%	
7	CT11		13	17%	
8	CT16*		13	43%	
9	CT18*		9	81%	
10	CT3 (CS1)		8	71%	
11	CT6*		7	100%	
12	CT7		7	36%	
13	CT14 (CS10)		7	64%	
14	CT13 (CS4)*		7	82%	
15	CT5 (CS2)		5	30%	
16	CT17 (CS9)		4	80%	
17	CT4		3	25%	
18	CT12		1	50%	
Média			10,7	60%	
Conselheiros Suplentes			Meses	Assiduidade	
1	CS5*		33	56%	
2	CS1 (CT3)		30	9%	
3	CS4 (CT13)*		27	48%	
4	CS6		21	14%	
5	CS10 (CT14)		12	52%	
6	CS11		10	24%	
7	CS3 (CT10)*		7	9%	
8	CS2 (CT5)		7	9%	
9	CS9		6	78%	
10	CS7		3	60%	
11	CS8		1	0%	
Média			14,3	33%	

Obs 1: A assiduidade é calculada com base no numero de reuniões frequentadas pelos conselheiros.
Em diversos meses houve mais de uma reunião.

* conselheiros entrevistados nesta pesquisa.

Fonte: CMS/SP/SP

Pela análise da tabela 6 é possível notar que um total de 23 conselheiros governamentais⁶⁵ passaram pelo CMS/SP no período. Apenas para se ter um parâmetro numérico, se a renovação dos conselheiros governamentais tivesse seguido o período de mandato dos demais segmentos (dez. de 2001 a nov. de 2003 e dez. de 2003 a nov. de 2005), o governo teria que nomear dezesseis representantes para ocupar os assentos destinados ao Poder Executivo Municipal — 4 conselheiros titulares e 4 suplentes no primeiro mandato e 4 titulares e 4 suplentes no segundo. Este parâmetro também seria válido se os mandatos dos conselheiros estivessem atrelados ao Secretário de Saúde em exercício. Nos primeiros 26 meses haveria um time de oito conselheiros ligados ao Secretário Eduardo Jorge, e nos 22 meses seguintes, um grupo de oito conselheiros ligados ao Secretário Gonzalo Vecina. Com isto em vista, o número de 23 conselheiros para o período de quatro anos poderia ser interpretado como sendo elevado. No entanto, não é recomendável que a análise de rotatividade seja feita desta maneira. O exemplo hipotético a seguir ajudará a compreender a razão desta cautela.

Imagine-se hipoteticamente que dos quatro assentos reservados aos conselheiros governamentais titulares, três deles não sofressem qualquer substituição ao longo dos 48 meses analisados. A rotatividade nesses postos seria zero. Imaginemos agora que o quarto assento tenha sido ocupado por 24 pessoas — a cada dois meses o governo faria uma substituição. No total teriam passado pelo Conselho um total de 27 pessoas. Mas a rotatividade, de fato, só teria acontecido em uma das quatro cadeiras governamentais.

Para se analisar a rotatividade dos atores, portanto, não se deve focalizar apenas a quantidade de pessoas indicadas ao posto de conselheiro. É preciso que se analise assento por assento. Esta tarefa encontra-se resumida no diagrama a seguir (quadro 2), que demonstra como se deu a ocupação dos postos governamentais no CMS/SP entre os anos de 2001 e 2004.

⁶⁵ Note-se que seis conselheiros transitaram entre os postos de suplentes e titulares.

QUADRO 2

ROTATIVIDADE DOS REPRESENTANTES GOVERNAMENTAIS NO CMS/SP

PERÍODO 2001 a 2004

2001												2002												2003												2004												Rotativa										
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	dade										
Presidente do Conselho																																																										
Secretário de Saúde - SS1																								Secretário de Saúde - SS2*																								2										
Secretário-Geral																																																										
SG1				SG2				SG3*																																				SG4 (CT17 e CS9)														4
Conselheiros Titulares																																																										
CT1*																CT8																																2										
CT2*																CT9																CT12				CT15												4										
CT3								CT6*				CT10 (CS3)*				CT13 (CS4)*				CT16*								5																														
CT4				CT5				CT7				CT11												CT14								CT17 (CS9)				CT18*				7																		
Conselheiros Suplentes																																																										
CS1 (CT3)																CS11																																2										
CS2 (CT5)																CS5*																																2										
CS3*																CS6																CS10 (CT14)																3										
CS4*																CS7				CS4*				CS8				CS9				CS4 (CT13)*				4																						

SS: Secretário de Saúde

SG: Secretário-Geral

CT: Conselheiro Titular

CS: Conselheiro Suplente

* atores governamentais entrevistados nesta pesquisa

Fonte: CMS/SP

Ao longo dos quatro anos analisados, o posto de Secretário-Geral foi ocupado por três funcionários do governo⁶⁶. O primeiro Secretário-Geral designado pelo governo (SG2) ficou apenas seis meses no posto. A ele se seguiu a Secretária-Geral (SG3) que permaneceu por mais tempo no CMS/SP: 31 meses. No último ano de governo, mais precisamente em maio de 2004, uma nova Secretária-Geral (SG4) assume o cargo e nele permanece até dezembro de 2004. É bom observar que esta última Secretária-Geral já vinha atuando no Conselho como conselheira titular (CT17) ou suplente (CS9) desde junho de 2003. À exceção dos oito primeiros meses de governo, portanto, percebe-se que a rotatividade no posto de Secretário-Geral foi relativamente baixa.

Partindo de uma análise de rotatividade dos postos de conselheiros baseada na investigação do *turn over* de cada assento governamental é possível verificar que em dois dos quatro postos reservados aos conselheiros titulares o governo realizou poucas substituições de representantes ao longo dos 4 anos analisados. No primeiro, houve apenas uma troca de representante: CT1 e CT8 permaneceram no posto por 15 e 33 meses, respectivamente. No segundo assento, houve duas trocas de representantes⁶⁷ — CT2, CT9 e CT15 mantiveram-se como conselheiros durante 15, 13 e 19 meses, respectivamente. A estes dois assentos, portanto, não seria possível dizer que a rotatividade foi alta.

O mesmo não poderia ser dito em relação aos outros dois assentos destinados aos conselheiros titulares. Nada menos do que cinco e sete pessoas passaram pelos dois postos em questão ao longo dos quatro anos analisados. Uma média de oito meses de representação de cada conselheiro que sinaliza uma alta rotatividade destes dois postos.

Um fenômeno semelhante àquele observado com os assentos dos conselheiros titulares ocorreu com o dos conselheiros suplentes. Em dois dos quatro postos reservados aos suplentes houve apenas uma troca de representante governamental. No

⁶⁶ O primeiro Secretário-Geral (SG1) vinha do governo anterior e foi substituído logo no terceiro mês do governo petista.

⁶⁷ Não foi considerada a representação de CT12, que permaneceu como conselheiro por apenas um mês.

terceiro posto, houve duas trocas. E no quarto posto houve três trocas. No cômputo geral, os conselheiros suplentes permaneceram, em média, 14,3 meses no exercício desta função.

Com isto em vista, é possível afirmar que a rotatividade dos conselheiros governamentais ocorreu, em maior medida, em três dos seus oito assentos — dois de titulares e um de suplente.

Adotando-se uma perspectiva de análise mais geral sobre o diagrama apresentado observa-se que ao longo dos 48 meses de governo, houve duas grandes quebras no vínculo entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho. O primeiro se deu em abril de 2002, quando o governo alterou seis dos seus oito assentos. Neste momento, apenas dois conselheiros (CS1 e CS3/CT10) mantiveram-se como referência para os conselheiros societais. No segundo momento de alta rotatividade, em maio de 2003, o governo substituiu três dos quatro assentos reservados aos conselheiros titulares. Vale ressaltar, entretanto, que dois meses antes o próprio Secretário de Saúde havia sido substituído e, por uma questão de manutenção de representatividade e de proximidade ao centro decisório, seria coerente esperar que o governo substituísse, de fato, os seus conselheiros. Afora estes dois momentos críticos, o governo manteve certa estabilidade em sua representação.

4.1.5. Apoio estrutural do governo ao CMS/SP

Contrastando com a realidade encontrada em diversos Conselhos no país, o CMS/SP obteve um considerável apoio estrutural para o seu funcionamento. Assim que a SMS/SP foi transferida para a Rua General Jardim, em junho de 2001, o CMS/SP passou a contar com uma sala exclusiva para a realização das suas reuniões. Desde o primeiro ano, equipamentos básicos como telefones e computadores estavam à disposição do Conselho, e a partir do segundo ano, um equipamento de som com microfone foi instalado na sala. Além do próprio Secretário-Geral, outros quatro funcionários do governo foram destacados exclusivamente para acompanhar e dar suporte às atividades do Conselho.

Em termos orçamentários, o CMS/SP também estava amparado. Segundo a Secretária-Geral, o CMS/SP tinha recursos para a contratação de consultores externos, para a realização de cursos de capacitação, para a publicação e divulgação de boletins, para transporte e para a realização de fotocópias. Trata-se de um respaldo orçamentário pouco comum na realidade dos Conselhos de muitos municípios.

4.1.6. Delegação de poder para os conselheiros não-governamentais

A presidência das reuniões ordinárias e extraordinárias — um valioso recurso político em órgãos colegiados — foi delegada pelos dois Secretários de Saúde, Eduardo Jorge e Gonzalo Vecina, ao coordenador geral da Comissão Executiva. Este, por sua vez, segundo o acordo político firmado pelos Secretários, deveria ser um representante dos usuários. Com efeito, durante os quatro anos de gestão petista no município, a presidência do CMS/SP ficou a cargo de um membro escolhido pelos usuários.

“A gente achava que tinha que ser esse o mecanismo de coordenação. Porque faz parte até do treino político: as pessoas coordenarem e terem condição de poder.”
(Secretária-Geral — SG3).

Se as funções da Comissão Executiva já eram de grande relevância para o funcionamento do Conselho, com o acúmulo da presidência das reuniões do Plenário, esta Comissão passou a ser o principal órgão interno do CMS/SP. Com efeito, a Comissão Executiva reunia poderes que iam da formação da agenda e da supervisão do trabalho das demais Comissões, à condução das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS/SP.

Em função disto, todos os atores governamentais entrevistados acreditam que a formação da pauta do Conselho era suscetível à contribuição de qualquer conselheiro. Sugestões de pauta deveriam ser encaminhadas para a Comissão Executiva e a ela caberia definir como escalonar os assuntos dentro da ordem do dia ou mesmo dentro do cronograma mais geral de discussões do Conselho. Ademais, quando trazida ao Plenário, a pauta do CMS/SP ainda estava aberta para as apreciações dos conselheiros.

“A reunião plenária do Conselho tem um poder supremo. Esta plenária, quase que invariavelmente, traçava a agenda. Independente daquilo que as Comissões tivessem encaminhado e protocolado, essa plenária tinha o poder de inverter a ordem da pauta. **Havia plena condição de os conselheiros não-governamentais participarem da formação da agenda, principalmente os usuários, que eram a maioria.**” (conselheiro governamental – CT1).

“**A pauta era encaminhada por qualquer conselheiro** para a Comissão Executiva do Conselho. Havia uma possibilidade da participação de todos para a inclusão de questões na pauta.” (conselheiro governamental – CS5)

Ao contrário do que afirma a literatura especializada, não se pode dizer que o CMS/SP no período estudado se enquadre nos casos em que os atores estatais contassem com uma “enorme preponderância no controle da agenda do Conselho” (TATAGIBA, 2002). Tampouco seria possível afirmar que o CMS/SP não reunia razoáveis condições estruturais de trabalho para o seu funcionamento. Antes, o que se observou foi uma tentativa de desconcentração de poder estatal no interior do Conselho — que por iniciativa do próprio governo visava empoderar os conselheiros sociais — e uma estrutura de recursos físicos, humanos e financeiros que procurava contribuir para o funcionamento do Conselho.

4.1.7. Prioridades de governo trazidas para apreciação do CMS/SP

Um dos aspectos ressaltados pela literatura para explicar a baixa capacidade de influência dos Conselhos sobre as políticas públicas refere-se ao fato de o governo nem sequer levar as suas propostas para a análise dos conselheiros (TATAGIBA, 2002). Distanciados das políticas governamentais, os Conselhos não teriam chance de opinar ou propor alternativas aos caminhos planejados pelo Poder Executivo (*idem*).

Entretanto, os documentos analisados nesta pesquisa e os discursos dos atores governamentais entrevistados indicam uma postura diversa da SMS/SP em relação ao CMS/SP, qual seja, a de que as prioridades estabelecidas pela Secretaria foram trazidas para a apreciação e aprovação do Conselho.

“Eu acho que **as políticas eram trazidas sim para o Conselho**. Eu me lembro de ter sido trazida toda a proposta da política para a Aids, da saúde do trabalhador, da proposta de saúde materno-infantil, o PSF [Programa Saúde da Família]... **Existia uma agenda do governo com vários pontos e essa agenda foi discutida com o Conselho**. E essa agenda representava as prioridades de governo. Ela foi elaborada por uma equipe técnica e passou pelo Conselho. Foi referendada pelo Conselho.”
(conselheiro governamental — CS5)

4.2. A COMPREENSÃO DOS ATORES GOVERNAMENTAIS SOBRE OS PODERES E PAPÉIS DO CMS/SP

Tendo em vista que “(...) as instituições dependem de expectativas mutuamente compartilhadas, não só de pessoas envolvidas imediatamente nelas, mas de outras que lidam com elas” (BARDHAN, 2001⁶⁸; *apud* EVANS, 2003), é essencial que se compreenda a leitura de cada ator político em relação ao “jogo social” no qual ele se insere (MATUS em HUERTAS, 1996).

Atendo-se ao escopo deste projeto, o presente capítulo será dedicado à descrição e análise da visão dos atores governamentais sobre os papéis e poderes do CMS/SP. Em primeiro lugar, serão apresentadas as reflexões dos entrevistados em relação às seguintes questões: Quais seriam as finalidades do CMS/SP? Em que sentido seria possível compreender o papel deliberativo do Conselho? Qual deveria ser o envolvimento do Conselho no processo de definição e de controle das políticas públicas? Uma vez compreendida a visão dos atores governamentais sobre os papéis e poderes do CMS/SP, será possível avançar na avaliação destes atores em relação ao desempenho do Conselho no período de 2001 a 2004..

De maneira geral, a visão dos atores governamentais sobre o caráter deliberativo do CMS/SP revelou-se bastante consensual. Para estes agentes *o Conselho é deliberativo na medida em que lhe é dado o poder de aprovar ou reprovar as políticas municipais de saúde apresentadas pela SMS/SP*. Mais do que um foro para a discussão da política, o Conselho teria um *poder de veto* para barrar as propostas do Poder Executivo e os respectivos orçamentos destinados à área da saúde. Por vezes, o relato dos atores governamentais parece descrever um órgão acima do próprio Secretário de Saúde. Os trechos a seguir evidenciam estes aspectos:

“O Conselho Municipal de Saúde é estabelecido pelo SUS e tem uma função muito clara: ele é um órgão deliberativo da política de saúde. **Ele é deliberativo na medida em que ele aprova ou não aprova as políticas de saúde.** Se ele resolver que vai acabar com o PSF [Programa Saúde da Família] em São Paulo ele acaba com o PSF de São Paulo. Ele tem esse poder. É óbvio que também o governo [federal] pode dizer

⁶⁸ BARDHAN, Pranab. (2001). Deliberative conflicts, collective action, and institutional economics. In: Meier & Stiglitz (eds.). *Frontiers of Development Economics*. pp. 269-300.

‘Ah é? Acabou o PSF? Então também não mando mais esse dinheiro do PSF, não vou mandar para fazer outras coisas, vocês vão ter menos não sei quantos milhões de reais’, então é um poder relativo, evidentemente. Mas é um poder, não tenho dúvidas de que é um poder.” (conselheiro governamental — CT18)

“O Secretário depende da decisão do Conselho Municipal para levar adiante as políticas da Secretaria. **O Conselho não é um simples órgão assessor do Secretário; é um órgão deliberativo.**” (conselheiro governamental — CS3 e CT10)

Em certo sentido, todos os entrevistados concordam que uma vez tendo aderido ao SUS, o Poder Executivo municipal não poderia fazer o que bem entendesse sobre a política de saúde. Ambas as instâncias de participação popular junto ao SUS, Conferências Municipais de Saúde e Conselho, precisariam ser ouvidas e respeitadas no processo de definição das políticas públicas.

“O Secretário não pode fazer o orçamento que quiser e mandar para o Executivo e o Executivo mandar para a Câmara. Dentro da legislação o Conselho delibera sobre o orçamento da Secretaria, então é um momento de negociação. (...) Não adianta [o Secretário/Prefeito] dizer assim: ‘olha, eu fui eleito com tantos mil votos e então eu faço o que eu quiser’. Dentro do SUS não é assim. **Dentro do SUS tem as Conferências e o Conselho, que têm que ser respeitados pelo governo.**” (conselheiro governamental — CT2)

Uma outra posição homogênea defendida pelos atores governamentais é a de que, embora o CMS/SP deva ser reconhecido como uma instância de aprovação das políticas públicas, a formulação das políticas em si competiria ao governo, detentor do saber técnico demandado pela tarefa.

“Depende do que você entende por deliberativo. Porque, por exemplo, se uma política que já estivesse pensada aqui na Secretaria e até no Ministério da Saúde fosse para o Conselho e o Conselho falasse ‘não, nós votamos contra’, [essa política] não passava. Isto é ser deliberativo. **Se você entender deliberativo como alguém que decide se determinada política vai ser implementada ou não, então o Conselho é deliberativo. Todas as grandes decisões, as avaliações, as metas, tudo isso tinha que passar no Conselho. E se o Conselho falasse não, não passava. Agora, se você entender como deliberativo alguém que constrói, que pensa, que tem o saber técnico, político, que monta as políticas públicas, aí não. Mas o Conselho é deliberativo no sentido de que tem que passar por ele para que as políticas sejam implementadas.**” (conselheiro governamental — CT6)

“Na verdade eu acho que o Conselho é um espaço em construção. Quer dizer, eu acho que o Conselho pode ser uma instância importante no sentido de respaldar as políticas públicas de saúde. Digo respaldar no sentido de dizer ‘olha nós [do Conselho] achamos que isso é legítimo ou achamos que isso não é legítimo e não vamos aprovar’. **Tenho minhas dúvidas se o Conselho terá capacidade, se é função dele elaborar políticas de saúde.**” (conselheiro governamental — CT18)

Seria um equívoco, no entender dos entrevistados, que o Conselho se dedicasse à formulação e aos aspectos pormenorizados e burocráticos de cada Programa, sob pena de que o foco do Conselho fosse desviado da sua atuação principal ou mesmo de que os gestores do governo deixassem de cumprir funções que lhe cabiam.

“O Conselho não deve ser deliberativo sobre dar férias ou não dar férias para funcionário público. Não deve ser deliberativo sobre se nomeia ou não nomeia fulano de tal. Quem nomeia os servidores públicos é a administração pública. **Às vezes tem essa confusão de alguns conselheiros quererem deliberar sobre questões que não lhe cabem, ou seja, o comando da administração é do Poder Público que foi eleito.** Agora o que esta Administração deve fazer é de deliberação da Conferência [Municipal de Saúde]. Este é o cruzamento que deve ser pensado”. (conselheiro governamental — CT2)

“**A formulação [da política] e as questões pequenas, do dia a dia, têm que ser do gestor público e não do Conselho.** Um desafio é tentar fazer com que o Conselho não se imiscua, não sinta prazer em se imiscuir na gestão. Quer dizer, **se você expropriar a gestão do gestor, das duas uma: ou você cria um conflito desnecessário, ou você ocupa um papel que tem que ser feito pelo gestor e que, às vezes, é confortável a ele não fazer**”. (Secretário de Saúde — SS2)

O questionamento dos atores governamentais sobre o envolvimento do Conselho com o processo de formulação de políticas públicas é bastante evidente. Além de os entrevistados acreditarem que o desenvolvimento das políticas deva ser realizado pelo gestor público, o caráter fundamentalmente técnico da política dificultaria a participação dos atores que não pertencessem ao Poder Público.

“**Eu tenho questionamentos com relação à participação em determinados níveis de planejamento. Porque eu acho que tem algumas questões que são estritamente técnicas. (...) Então eu não sei se existe uma argumentação possível para se mudar o que está planejado...** Pelo menos não no estágio em que está o Conselho.” (conselheiro governamental — CS5)

Em sintonia com a legislação pertinente, os entrevistados acreditam que o CMS/SP deveria ter um foco voltado para as questões mais “macro” da política, dedicando-se (1) ao estabelecimento das prioridades de atuação e das diretrizes políticas gerais a serem implementadas pela SMS/SP e (2) ao controle do cumprimento destas orientações pelo governo.

“O que que o Conselho deveria votar? **A grande política.**” (Secretária-Geral — SG3)

“**A função do Conselho é uma função política**, não tem dúvida que é política. **De tomar decisões políticas.**” (conselheiro governamental — CT18)

“**Delibera fundamentalmente sobre prioridades, esse é o papel deliberativo do Conselho. Prioridades em termos de intervenção na área da saúde, prioridades em termos de alocação de recurso**, em última instância é isso. É pôr mais dinheiro para o Programa Saúde da Família, é pôr mais dinheiro para o controle de AIDS, é pôr mais dinheiro para o controle de não sei o que... Então na realidade a questão fundamental do meu ponto de vista de deliberação é deliberação da política.” (conselheiro governamental — CT2)

No entender dos entrevistados, mesmo o papel de controle do Conselho deveria adotar uma lente mais macro. O Conselho não deveria se propor a fiscalizar cada centavo gasto pela SMS/SP — uma capacidade que, ademais, o Conselho nem teria. O papel de controle do Conselho deveria ser compreendido como um monitoramento das fases de formulação, implementação e avaliação final das políticas priorizadas e pactuadas junto ao CMS/SP. Este seria o controle possível e desejável que o CMS/SP fizesse. No mais, a participação na gestão da política seria uma utopia equivocada.

“**Não dá para falar em gestão participativa...** Gestão participativa é coisa dos iugoslavos, é outra coisa. **O que eu acho que dá para falar é em participação popular no controle do governo.** E aí tem dois ou três momentos que o controle social deve estar presente: no momento da **construção da política**, no momento da **implementação** [da política], mas do ponto de vista da realização ou não — e não na execução [detalhada] — e deve estar presente na **avaliação final.**” (Secretário de Saúde — SS2)

Muitos entrevistados lembram também do papel das Conferências Municipais de Saúde, instâncias máxima da participação popular junto ao SUS, no estabelecimento

das diretrizes e prioridades políticas a serem seguidas pela SMS/SP. Segundo a opinião de alguns entrevistados, as Conferências constituir-se-iam no foro próprio e mesmo no foro mais legítimo para a construção destas prioridades. Neste sentido, os papéis do Conselho seriam o de fiscalizar o cumprimento destas diretrizes pelo Poder Público e o de negociar e repactuar com a SMS/SP as correções de rota conjunturais.

“Eu acho que o Conselho é um espaço fundamental para a negociação das prioridades de condução da Secretaria. Prioridades da Secretaria que são tiradas nas Conferências [Municipais de Saúde]. (...) **Na Conferência você tira as prioridades macro; e entre uma Conferência e outra o Conselho deve acompanhar para verificar se a Administração está cumprindo a política estabelecida pela Conferência.** E eventualmente se houver mudança de conjuntura na área da saúde, que não estava prevista numa Conferência, então nesse momento o Conselho tem que dizer ‘olha, nós temos que dar prioridade para essa questão aqui, temos que tirar o dinheiro dali e por para cá’. **O Conselho é um órgão fiscalizador dos cumprimentos das deliberações da Conferência.**” (conselheiro governamental — CT2)

A percepção dos atores governamentais sobre a efetividade das Conferências Municipais e a análise da relação entre as Conferências e o Conselho não foram objeto deste estudo. Ressalta-se, porém, a importância de que pesquisas neste campo sejam empreendidas. Conforme estabelece a Lei Federal nº. 8.142/90, é papel da Conferência de Saúde “(...) avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.” (artigo 1º, § 1º).

Convém reportar brevemente, entretanto, a descrença do Secretário de Saúde em relação à validade das prioridades estabelecidas pelas Conferências. A reunião de cerca de quatro mil pessoas para deliberar sobre prioridades políticas de forma acrítica e em apenas dois dias produziria uma lista infindável de deliberações utópicas ou mesmo incoerentes entre si.

“Eu participei de um monte de Conferencias... [Mas só] teve uma Conferência no Brasil: a oitava. Depois da oitava tudo se transformou num Woodstock, num *big rap*, qualquer coisa... Se você pegar qualquer Conferência nossa aqui a relação das deliberações é nota nos níveis da Suécia, [cabe] tudo. [Mas] por causa do corporativismo **não se discute razoavelmente nada.** Não se discute o campo do possível, só o campo do ideal. Por isso que quando você me pergunta quem propõe a política eu te digo que quem propõe a política tem que ser o Executivo, porque não tem como. **Porque os grupos [presentes na Conferência] vão propor tudo.** Então para você ter um bom exemplo disso basta avaliar — não as moções — basta avaliar o

que foi aprovado como decisão de qualquer uma das Conferências. É só olhar um pouquinho: **do total de decisões [das Conferências] que são dá ordem de mil e não sei quantas decisões (...) você vai encontrar que tem dez por cento, pelo menos, que são absolutamente contraditórias com as restantes.**” (Secretário de Saúde — SS2)

Mais adiante o Secretário ressalta a natureza “catártica” das Conferências como um ponto que as afastam do ideal *habermasiano* de esfera pública: a construção da “vontade” de modo pouco dialógico, racional e discursivo. Uma característica que anularia a legitimidade democrática do processo coletivo.

“As Conferências como instrumento de construção da vontade elas só têm valor pela catarse, são catárticas. Se você pegar qualquer documento da conferência você vai notar esse caráter catártico. (...) A onda decisória dessas Conferências é avassaladora. E são essas coisas gigantescas: quatro, cinco mil pessoas Não sobra nada na frente, não tem jeito. (...) [Mas] **não podemos imaginar que isso tenha algo a ver com a construção da democracia**, exceto do ponto de vista da importância da catarse da construção da democracia.” (Secretário de Saúde — SS2)

Tudo somado, a percepção negativa do Secretário com relação às Conferências levava-o a desqualificar a lista de deliberações advindas deste espaço público. Dada a sua estruturação problemática a única função das Conferências seria a de um *brainstorming*.

“Por mim não passa. Eu nem tento [compreender e processar aquelas mil deliberações]. (...) A única coisa [para] que serve as deliberações das Conferências é para de vez em quando algum gaiato [do Conselho] levantar e falar ‘mas na Conferência nós decidimos [tal coisa]’, porque lhe interessa, por alguma razão... Mas a função das Conferências é um *brainstorming*. Mais nada. **Do jeito que elas são estruturadas hoje não servem para absolutamente nada.** Eu acho que as Conferências são um problema. Porque [até] tem jeito de você criar uma pauta e discutir a pauta, agora do jeito que se vai [que se estruturam] essas Conferências, vale de tudo, vai de tudo. [Até] tem a pauta, mas vale tudo, pode tudo... E aí, sai de tudo.” (Secretário de Saúde — SS2)

A distância entre o que os atores governamentais consideravam ser o papel normativo do CMS/SP e as avaliações por eles realizadas sobre o desempenho deste órgão também é crítica. *A maior parte dos entrevistados acredita que o Conselho não conseguiu desempenhar a contento nenhum de seus papéis — nem o de controle das ações governamentais, nem o de proposição de diretrizes políticas para a cidade, nem mesmo o de*

diálogo com as organizações civis. Focado em discussões de natureza burocrática, particulares ou corporativas, o Conselho não teria dado conta de vocalizar bandeiras coletivas da cidade e de realizar proposições políticas abrangentes para o governo.

“Eu acho que do jeito que o Conselho está organizado hoje, do jeito que estive no tempo em que eu estava lá, ele não cumpriu nenhuma das suas funções, inclusive essa de digamos assim, de tecer algumas diretrizes, de formular políticas. Esse espaço ele está perdendo, porque ele está ficando numa fiscalização pequena, que não é dele, que ele nem tem os instrumentos adequados. Quer dizer, sem um saber para isso, sem tecnologia que o apóie para isso. E sem governabilidade também”.

(conselheiro governamental — CT16)

Com efeito, os entrevistados tiveram grandes dificuldades para citar casos nos quais o governo tivesse alterado suas posições iniciais estruturantes em função das intervenções do CMS/SP. *De maneira geral, os entrevistados acreditam que o CMS/SP não foi capaz de influenciar as posições políticas do governo de forma significativa*. Os comentários abaixo sintetizam o teor das avaliações realizadas por quase todos os atores governamentais entrevistados em relação a esta questão:

“Não sei te dar um exemplo de casos em que o governo alterou sua maneira de projetar a política, sua forma de pensar, em função das discussões no Conselho.”

(conselheiro governamental — CS5)

“(...) eu tenho minhas dúvidas se em algum momento o governo chegou a mudar de idéia em alguma posição das que realmente fossem fundamentais por conta [da intervenção] do Conselho Municipal de Saúde. Eu acho que a gente ainda não conseguiu ter esse tipo de qualidade nesse órgão.”

(conselheiro governamental — CT18)

Embora a opinião da maioria dos atores governamentais tenha convergido para esta avaliação negativa em relação ao desempenho geral do CMS/SP entre os anos de 2001 e 2004, alguns entrevistados reconheceram “pequenas” contribuições do Conselho no período. De um lado, o Conselho teria colaborado com a organização das Conferências Municipais de Saúde:

“As Conferências são organizadas pelo Conselho. Desse ponto de vista eles cumpriram essa tarefa e conseguiram manter uma ‘vida’ na [área da] Saúde. Quer dizer, se precisar, a gente continua reunindo umas três mil pessoas [para participar das Conferências].”

(Secretária-Geral — SG3)

De outro lado, o Conselho teria conseguido alertar a SMS/SP em relação a lacunas “pontuais” existentes nos projetos do governo e trazer demandas dos bairros e de segmentos específicos para o conhecimento do Executivo.

“Eles [conselheiros não-governamentais] conseguiram chamar a atenção para questões específicas. Chamaram a atenção de coisas muito legais até para Brasília [para o governo federal]. Por exemplo, eles questionaram como é que poderiam aprovar a liberação de recursos para a construção de Unidades de Saúde que não garantiam o acesso a deficientes físicos. Aí isso era incluído, porque no fundo era quase um esquecimento. Outro exemplo: eles lembravam que seria importante ter um quadro de avisos em cada unidade de Saúde... Essas questões menores eles fazem muito legal.” (Secretária-Geral — SG3)

“No conjunto do Conselho Municipal várias vezes os conselheiros se levantavam e expunham os problemas da sua região... Essas exposições muitas vezes alertam para essas necessidades de políticas.” (conselheiro governamental — CS5)

Convém esclarecer que, além de terem sido poucos os atores governamentais que observaram tais contribuições, muitas vezes os pontos trazidos pelo Conselho eram absorvidos pelo governo como parte de uma estratégia política. Segundo os entrevistados, a flexibilidade do governo para incorporar sugestões advindas do Conselho era proporcional ao escopo da demanda. O governo aprovava as questões consideradas “pequenas” e não abria mão do desenho mais macro da política.

“A flexibilidade do governo era bastante proporcional à magnitude da demanda/projeto. Questões pequenas eram atendidas, mas nas grandes questões o governo era inflexível.” (Secretária-Geral — SG3)

O próprio Secretário de Saúde declarou utilizar uma estratégia de não entrar em colisão com o Conselho em questões consideradas de “menor relevância”. *Ainda que o governo discordasse de algumas destas questões*, a orientação do Secretário era a de que os conselheiros governamentais aprovassem as demandas pontuais dos outros segmentos.

“Eu orientava a minha bancada para não comprar brigas em questões que não fossem relevantes. (...) Então um conselheiro levanta [uma demanda qualquer], então para não deixar aquele conselheiro sozinho, apesar de sabidamente louco, vota-se com ele. (...) E sempre que eu tive que peitar o Conselho e ir para o voto, eu ganhei tranquilamente.” (Secretário de Saúde — SS2)

“O Gonzalo aprovava tudo. O pessoal do Conselho adorava o Gonzalo.”
(conselheiro governamental — CT16)

“A discussão sobre a questão dos medicamentos, por exemplo. Eu queria suspender a entrega de medicamentos para quem não fosse cliente das unidades básicas [do SUS]. Nós discutimos esse assunto no Conselho e o Conselho foi contra não entregar medicamentos para quem não fosse cliente [do SUS]. Eu pessoalmente acho um despautério você ir ao médico privado e buscar remédio no SUS... Mas o Conselho acha que não. O Conselho achou que não e eu nem pus em votação. Essa eu perdi. A distribuição dos medicamentos ficou universal.” (Secretário de Saúde — SS2)

Por outro lado, quase sempre, ou ao menos nas questões consideradas importantes, *o governo conseguia fazer prevalecer o seu ponto de vista nas reuniões do Conselho.*

“Havia uma defesa com bastante argumentação quando se tinha que apresentar alguma coisa que precisasse ser aprovada pelo Conselho. O orçamento, por exemplo, que estava vinculado à aprovação do Conselho para que pudesse ser encaminhado, era uma das questões. O governo procurava mostrar todos os encaminhamentos, todas as possibilidades. Havia uma posição coerente permitindo uma argumentação que levava, normalmente, às aprovações das questões — as vezes com ressalvas, restrições — mas no geral, as grandes questões que o governo precisava de voto favorável, esse voto favorável foi dado em função da argumentação que era trazida.” (conselheiro governamental — CS5)

“Normalmente, o governo sempre conseguia [fazer] prevalecer o seu ponto de vista. Quando isso não ocorria, marcava-se nova reunião, até chegar a essa posição.”
(Secretária-Geral — SG3)

Além da estratégia de incorporar as questões consideradas “menores”⁶⁹, o governo também procurava construir suas alianças no interior do Conselho para que os Planos Municipais e o Orçamento fossem aprovados. Uma conduta que evidencia que as deliberações de algumas políticas no interior do Conselho não eram pautadas, como quer Habermas (1995, 1997), pela construção argumentativa e racional entre os debatedores presentes na esfera pública.

⁶⁹ É interessante notar que o governo considerava a universalização da distribuição dos medicamentos, a inclusão de acesso para deficientes físicos nas Unidades de Saúde, ou ainda a exposição de demandas locais, como questões “menores” dentro da política de saúde.

“O governo também se articulava, porque o governo tinha aliados lá dentro. E aí, quando era na véspera de votar o Orçamento ou o Plano, ele saía a campo. Claro que saía. Como os outros [segmentos] também saíam a campo. E daí identificava-se quem era quem, ligado a quem [e buscava-se construir as alianças]”. (conselheiro governamental – CT16)

De todo modo, fosse por que o governo aliava-se a alguns conselheiros não-governamentais, fosse porque ele oferecia argumentações técnicas ou políticas capazes de convencer os demais segmentos no CMS/SP, o fato é que a Secretaria de Saúde conseguia fazer prevalecer o seu ponto de vista em relação às políticas que lhe interessavam.

Conforme relatado pelos entrevistados, o foco de atuação do Conselho — voltado para questões burocráticas e particulares — e a baixa qualificação dos conselheiros não-governamentais contribuíam para que o CMS/SP tivesse pouca influência sobre o processo de definição de políticas públicas. Os aspectos relacionados à fragilidade política do CMS/SP que, segundo os atores governamentais auxiliam a explicar o baixo desempenho do Conselho, encontram-se no próximo item deste trabalho.

4.3. A BAIXA LEGITIMIDADE E A BAIXA QUALIDADE DA REPRESENTAÇÃO SOCIETAL

Apontada pela literatura especializada como uma das questões mais sensíveis dos mecanismos de democracia participativa, a legitimidade e a qualidade de representação dos atores que participam destas instâncias⁷⁰ é também um dos pontos mais críticos destacados pelos atores governamentais entrevistados em relação à participação dos conselheiros não-governamentais no CMS/SP. O presente capítulo buscará apresentar as percepções dos atores governamentais a respeito dessas questões.

Na opinião de *todos* os entrevistados a baixa representatividade, a baixa legitimidade e a baixa qualificação dos conselheiros não-governamentais configuram-se como graves problemas para a efetividade do CMS/SP. Somados, estes aspectos seriam responsáveis pela fragilidade política do Conselho e pela baixa capacidade de proposição deste órgão.

As percepções dos atores governamentais sobre este conjunto de aspectos constituem o eixo central deste capítulo. Mais do que a identificação de fatores explicativos para o problema da baixa representatividade dos conselheiros sociais, o intuito deste capítulo é analisar como os agentes governamentais avaliavam os atores com os quais eles tinham que dialogar e negociar as políticas públicas de saúde.

Neste sentido, comentando a representatividade dos Conselheiros sociais, um conselheiro governamental afirma:

“A visão geral do governo sobre a representação dos conselheiros dos usuários era de que uma boa parte deles tinha **problemas quanto à legitimidade**. (...) A gente percebia que tinha alguns representantes folclóricos lá no Conselho, que estavam lá pela persistência, pela insistência. Diziam para a gente: ‘olha esse cara foi eleito dessa vez como suplente porque realmente ele foi lá na reunião da comunidade (...), e ele insistiu tanto que o pessoal para, sabe, [para agradá-lo] botou ele como suplente’. E são pessoas que ocupavam, criavam dificuldades e ocupavam o tempo do Conselho. E às vezes chegavam até a inviabilizar algumas reuniões. E **daí a gente se perguntava**

⁷⁰ Ver, dentre outros, os trabalhos de Sartori, 1994; Held, 1997; Drysek, 2004 e Jardim Pinto, 2004.

‘afinal de contas quem e o quê exatamente esse cara está representando?’
(conselheiro governamental — CT18)

Segundo os entrevistados, a falta de legitimidade da representação dos conselheiros não-governamentais devia-se à fragilidade no processo de seleção dos conselheiros e ao distanciamento destes com as suas bases. Este fenômeno se evidenciava, em maior medida, no segmento da “sociedade civil” que, ao contrário do segmento dos trabalhadores, carecia de uma estrutura organizacional para respaldar e legitimar os seus representantes.

“Os trabalhadores são indicados de uma forma bastante corporativa, mas são os que têm a melhor estrutura organizacional. Qual é representação ‘mais democrática’? Eu acho que a representação ‘mais democrática’ é, de longe, a representação dos trabalhadores. Eles estão muito mais aparelhados e organizados — pelo menos o componente dos trabalhadores da saúde. Agora os **que vêm indicados pela sociedade civil não passam por nenhum processo de seleção mais amplo.**”
(Secretário de Saúde — SS2)

“Eu acho que, concretamente, no que diz respeito aos trabalhadores, os conselheiros representavam as entidades e as direções das entidades dos trabalhadores. Eu acho que eles eram tão representativos quanto as suas entidades são em relação à massa dos funcionários. Não tenho dúvidas disso. Se tiver algum problema de representatividade, na verdade não está nesses conselheiros, está nessas entidades. Agora, **na representação da população [do segmento da sociedade civil] eu vejo sinais claros de falta de legitimidade.** Eu nem sei exatamente quais são os critérios e como acontecem as eleições desses conselheiros, mas tenho certeza que eles não são suficientes para garantir a legitimidade do processo.” (conselheiro governamental — CT18)

A baixa representatividade dos conselheiros da “sociedade civil” e o distanciamento destes representantes com relação às suas bases seriam reflexos de outros problemas. Um deles, segundo os entrevistados, seria o fato de a população não ter nem conhecimento do processo de seleção dos conselheiros nem consciência do papel destes representantes. Este desconhecimento da população, aliado ao modo pelo quais os conselheiros eram selecionados, contribuiria para que os conselheiros não-governamentais presentes no CMS/SP fossem os “mesmos de sempre”.

“A representação no Conselho ainda não é uma representação 100% eleita pela população. **Eu acho que a população não tem nem consciência do significado dessa**

representação no CMS/SP. Isso eu posso falar por mim mesma. Eu fui ter uma clareza do que significa o CMS, no momento em que eu comecei a participar. Mesmo sendo uma funcionária pública de 28 anos ligada à saúde. Se você fizer uma pesquisa junto aos trabalhadores da saúde ou mesmo da população com relação ao que é o CMS/SP, acho que a porcentagem de conhecimento será mínima.” (conselheiro governamental – CS5)

“A população não tem idéia do que acontece, não tem idéia. As pessoas que estão no Conselho são os mesmos de sempre. E aí você vai para Conferência Nacional em Brasília e estão lá os mesmos de sempre. São as mesmas peças que estão sempre no mesmo lugar e defendo aquilo que eles acham, **sem ligação com as suas bases.**” (conselheiro governamental – CT16)

A fragilidade na ligação dos representantes da “sociedade civil” com as suas bases também poderia ser explicada, conforme interpretação dos entrevistados, devido à perda de vitalidade dos Movimentos Sociais. Diferente da sua atuação ao longo dos anos 70 e 80, atualmente os Movimentos não estariam mais organizados e integrados a ponto de montar as suas pautas e cobrar a atuação dos seus representantes. Por conta disto também, os conselheiros da “sociedade civil” não procurariam remeter as discussões do Conselho às suas bases; um outro fator que fragilizava a qualidade da representação exercida no CMS/SP.

“Eu acho que a ligação dos representantes dos usuários com as suas bases é muito falha. Sempre foi. **Isso é uma coisa que incomoda muito,** porque eles poderiam atuar de uma forma melhor, representando de fato. Isso não existia. Para nós, da administração, era mais fácil. A gente trabalhava na mesma sala, então a gente conversava, se preparava. Agora, para eles era difícil. Eles representam São Paulo, vários bairros, vários Movimentos, e eu acho que os Movimentos têm diminuído a atuação ao longo desses anos todos. Antigamente eles tinham uma organização melhor. Eles se reuniam em vários locais, tinha reunião de bairros. Mas [na época de 2001 a 2004] **eu acho que os representantes [não-governamentais] do Conselho eram falhos. Não havia nenhuma preocupação da parte deles de estar remetendo as discussões à população.**” (conselheiro governamental – CS3 e CT10)

Um indicador da falta de diálogo do Conselho com a sociedade consiste, segundo a Secretária-Geral, na baixa produção dos boletins informativos. Embora estivessem financeiramente previstos no orçamento, durante os quatro anos de 2001 a 2004 o CMS/SP só havia produzido e distribuído dois boletins.

“Eu acho que o Conselho só conseguiu fazer dois boletins em quatro anos... E olha que tinha orçamento pra isso! Nós [governo] tínhamos separado estes recursos porque a gente sabia que o Conselho tinha que se comunicar com as suas bases. Porque para o Conselho poder deliberar com qualidade ele tem que ser cobrado... Em qualquer lugar da vida é assim: para você trabalhar com qualidade tem que haver cobrança.” (Secretária-Geral — SG3)

Um outro problema relacionado à baixa qualidade de representação dos conselheiros não-governamentais refere-se ao viés político-partidário observado na representação dos conselheiros da “sociedade civil”. Segundo os entrevistados, muitos dos representantes deste segmento tinham vínculos evidentes com grupos políticos — alguns deles, inclusive, seriam funcionários de gabinete de vereadores — de modo que as posições defendidas por estes conselheiros no CMS/SP representavam a opinião “encomendada” pelos seus líderes, e não a posição de suas bases de origem. Todas as argumentações abaixo se alinham em torno desta idéia.

“Muitas pessoas [conselheiros] da sociedade civil são funcionários do legislativo. Trabalham em gabinetes.” (Secretária-Geral — SG3)

“Os representantes dos usuários não têm ligações com as bases, **falam pelas suas convicções e pelo interesse** — às vezes de políticos de determinados partidos que elas representam ali dentro. E às vezes nem é do partido como um todo, mas de determinadas correntes.” (conselheiro governamental — CT16)

“Não posso generalizar, mas **tem alguns representantes da sociedade civil que representam muito mais um partido político do que a necessidade da população de saúde.**” (conselheiro governamental — CS5)

Em grande medida, a insatisfação demonstrada pelos entrevistados em relação à baixa representatividade dos conselheiros não-governamentais estava diretamente ligada à avaliação sobre a participação destes conselheiros nas reuniões do CMS/SP. Devido ao distanciamento dos representantes da “sociedade civil” de suas bases e em decorrência do viés político-partidário encontrado no exercício desta representação, *os conselheiros não-governamentais acabavam por exercer uma representação de interesses muito particulares e corporativos no CMS/SP*. Com isto, a possibilidade de que o Conselho se constituísse em um espaço para a discussão e construção de políticas de caráter mais coletivo, de natureza mais pública de fato, ficou comprometida. *Todos* os entrevistados

manifestaram-se neste sentido. As colocações abaixo descritas ilustram esta visão do governo.

“Os usuários e os trabalhadores defendiam muito seus interesses particulares, corporativos. Havia até quem defendesse os interesses de algum vereador. Não se tinha um interesse público voltado para a cidade.” (conselheiro governamental — CT16)

“A população tendia para uma atuação mais individual.” (conselheiro governamental — CS3 e CT10)

“Havia representantes que sequer levavam as discussões para as suas bases. Eles emitiam posições pessoais no Conselho.” (conselheiro governamental — CT6)

Alguns entrevistados foram mais além neste debate. Para eles, a defesa de interesses particulares no CMS/SP não poderia ser explicada, apenas, pelo viés político-partidário ou pelo distanciamento dos representantes com as suas bases. Seria preciso levar em consideração que *muitos dos conselheiros societais não tinham clareza do seu papel de representação política*. Familiarizados com as demandas de seus bairros e de seus Movimentos, os conselheiros societais prendiam-se a questões sobre as quais eles se sentiam mais aptos a reivindicar. Entretanto, faltava-lhes *capacidade e qualificação* para vocalizar demandas da cidade como um todo e para poder discutir as políticas municipais de saúde, de caráter mais coletivo, com o governo.

“Falta a formação, a consciência aos conselheiros dos movimentos de que eles não estão lá só representando o Movimento de Saúde Mental da Zona não sei o que. Eles passaram a ser um conselheiro de saúde que tem que olhar pela gestão do sistema municipal de doze milhões de habitantes — que é muito maior do que alguns países do mundo. Essa consciência eu acho difícil.” (conselheiro governamental — CT18)

“Chegou uma época em que a gente pensou em fazer uma faixa dizendo: ‘você está aqui reunido pensando na saúde de 11 milhões de habitantes’. Tenho certeza absoluta que os conselheiros da sociedade civil defendiam questões mais particulares. E não é nem porque ficavam premeditando ou porque iriam enriquecer com isso. Mas é porque cada um conhece a realidade do seu bairro, a que sabe defender e a que sabe falar. Eles não conseguem abstrair para pensar, por exemplo, que gasta-se muito com a saúde devido aos acidentes com motocicletas na cidade. (...) Eu acho que eles [os conselheiros societais] não estão conseguindo vocalizar a bandeira da cidade.” (Secretária-Geral — SG3)

Um outro problema sublinhado pelos entrevistados seria a existência de uma *desarticulação entre os conselheiros não-governamentais* para a construção de uma pauta estruturada que refletisse as demandas coletivas da cidade. Uma vez mais, a intervenção dos conselheiros sociais caracterizada pela estreiteza de demandas particulares prejudicaria a concertação de interesses comuns.

“Os representantes da sociedade civil vêm cada um com a sua pauta. Eles têm uma dificuldade muito grande de tirar uma pauta integrada, que reflita o que é fundamental para o cidadão de São Paulo. Cada um quer discutir coisas do ‘meu Movimento’, como o Movimento Negro, e não percebem que eles estão lá para defender os Movimentos Sociais como um todo. Eu procurava alertá-los disso.”
(Secretária-Geral — SG3)

Os entrevistados também argumentaram que os conselheiros não-governamentais careciam de grande *qualificação técnica* para poder dialogar e negociar com o governo no Conselho. Seria fundamental que os conselheiros soubessem como o SUS funciona na cidade, quais limitações o governo enfrenta para atender às demandas sociais e como o orçamento público é realizado. Mas os próprios atores governamentais entrevistados admitem que este é um desafio difícil de ser transposto. A qualificação dos conselheiros não poderia ser um mecanismo de cooptação do governo.

“Eu acho que qualificação dos conselheiros é um desafio, uma coisa fundamental. Não dá para o conselheiro não ter a compreensão da complexidade do Sistema de Saúde de uma cidade como São Paulo. Para que eles possam ter uma participação mais qualificada nos debates eles precisam ter essa compreensão. Mas aí ocorre a seguinte situação, você tem que qualificar o conselheiro, mas por outro lado você não pode cooptar ou tutelar esse camarada. Porque as vezes esse camarada pode ficar tão qualificado que ele deixa de representar o morador da Zona Leste e passa a ser um bom servidor público no setor de Saúde. É preciso ter essa preocupação de que a qualificação não leve a uma desvinculação da representação que eles têm. Ao contrário é fazer com que eles levem essa sua qualificação para a sua base e tentem fazer com que a sua base seja qualificada, é esse movimento que tem que ser pensado e não de você cooptar e trazer para cá [para dentro do governo].” (conselheiro governamental — CT2)

É preciso dar especial destaque a uma questão que está por trás de todos os comentários relatados até aqui. Seja pela baixa qualificação dos conselheiros sociais, pelo viés político-partidário nas representações, pela reivindicação de interesses

particulares dos conselheiros ou pela desarticulação entre os diversos representantes não-governamentais, o fato é que o CMS/SP no período estudado não conseguiu elaborar propostas de diretrizes políticas para a apreciação do governo. Os atores governamentais entrevistados argumentam que o Conselho teve uma baixíssima capacidade de proposição no período.

“O Conselho não chegou a propor diretrizes políticas. Porque é como eu lhe digo: falta preparo. O pessoal [conselheiros não-governamentais] não estava preocupado com uma política municipal de saúde.” (conselheiro governamental — CT16)

Esta baixa capacidade propositiva do Conselho gerava uma enorme fragilidade do órgão frente à Secretaria de Saúde. Concebido para atuar na formulação de estratégias e no controle da política municipal de saúde (cf. Decreto Municipal nº. 38.576/99), o CMS/SP pecava por não sugerir alternativas ou caminhos à SMS/SP. Segundo a Secretária-Geral, o CMS/SP não cumpriu o papel “oxigenador” esperado para este tipo de espaço público (cf. LÜCHMANN, 2002). Com este desempenho impotente seria mesmo difícil esperar que o Conselho exercesse qualquer influência sobre o processo de definição de políticas públicas.

“Acho que o Conselho nunca conseguiu barrar nenhuma proposta do governo porque ele nunca propôs alguma alternativa. As vezes o Conselho batia, batia e batia no governo e daí o governo perguntava ‘então tá bom, qual é a alternativa?’ E o Conselho se fragilizava porque não tinha resposta.” (Secretária-Geral — SG3)

Para que o Conselho venha a exercer algum tipo de influência sobre o processo de definição de políticas públicas é fundamental que ele tenha propostas a fazer para a instância governamental a qual ele se vincula. Na ausência de uma agenda de prioridades própria, o órgão participativo corre o risco de tornar-se muito dependente da lógica governamental e perde a possibilidade de uma atuação crítica perante o governo (TEIXEIRA, 2001; DAGNINO, 2002; LÜCHMANN, 2002; FRASER, 1993). Na opinião da Secretária-Geral, esta agenda política independente não chegou a ser desenvolvida pelo CMS/SP no período de 2001 a 2004.

“O governo tem que fazer uma agenda de saúde com os seus projetos prioritários. Isso é o que o Conselho vai fiscalizar, acompanhar e deliberar. Paralelo a isso, o Conselho deveria ter uma agenda própria, independente do governo. Até para poder ter um espaço de negociação com o governo. [No entanto] o **Conselho nunca**

conseguiu constituir a sua agenda de prioridades. (...) Os conselheiros da sociedade civil não ocupavam o seu espaço.” (Secretária-Geral — SG3)

As avaliações dos atores governamentais entrevistados sobre a legitimidade, qualidade de representação e capacidade propositiva dos conselheiros não-governamentais (dentre outras questões reportadas neste capítulo) denotam a fragilidade com que o CMS/SP se apresentava para o governo. Elas também auxiliam a responder porque o Conselho exerceu reduzido poder de influência sobre o governo no processo de definição de políticas públicas. Ao se depararem com um grupo de conselheiros não-governamentais vistos como desqualificados, pouco representativos e pouco propositivos, *o governo sentia-se mais qualificado e mais legítimo para definir os rumos das políticas municipais de saúde.*

4.4. RELAÇÃO DE POLARIZAÇÃO E CONFLITO

Uma grande dificuldade narrada pelos atores governamentais para que o Conselho se constituísse como um espaço de discussão e negociação respeitoso e plural refere-se à relação de polarização existente entre os representantes do governo e os conselheiros não-governamentais. Como será demonstrado neste capítulo, embora fosse natural segundo os entrevistados que o Conselho fosse palco para conflitos, a imaturidade na relação entre estes dois campos levava as reuniões a uma improdutividade e a um desgaste que debilitava o próprio Conselho.

“Eu acho que essa forma, que **essa relação Estado / Sociedade ainda não está madura**. Acho que isso é um processo em construção... O problema é que as vezes os dois lados ficam achando que o outro é ‘inimigo’ e daí não adianta. (...) O Conselho parecia um ringue! A gente [governo] sentia que **ia lá para se defender**.” (conselheiro governamental — CT16)

O desânimo dos atores governamentais entrevistados em ocupar a função de conselheiro é um indicativo desta relação conflituosa. Nenhum entrevistado declarou ter gostado de cumprir este papel. Muito pelo contrário, o que se via era um desejo de esquivar-se do posto, considerado por muitos como um “sacrifício”.

“Ser conselheiro na bancada do governo não é exatamente uma das coisas mais desejáveis que as pessoas têm para a sua função... Até preocupa... Porque embora na época do governo do Gonzalo a gente achar que isso era uma coisa fundamental, é **uma atividade bastante desgastante, porque é uma área de atrito muito grande**” (conselheiro governamental — CT18)

“(...) as pessoas [do governo] tinham uma certa **resistência a uma vez por mês ficar lá uma tarde toda discutindo no Conselho**”. (Secretário de Saúde — SS2)

“**Tem que ter uma paciência muito grande para ser conselheiro governamental. Tem um desgaste muito grande**. Houve até um combinado de fazer um rodízio. Gente que falava que já tinha ficado um ano no Conselho, que já tinha dado a sua contribuição e que era hora de ir alguma outra pessoa para o **sacrifício**”. (conselheiro governamental — CT2)

A polarização existente, segundo os entrevistados, não permitia com que o Conselho se debruçasse sobre as questões em pauta de maneira ponderada e racional.

O viés da representação de interesses particulares ou partidários desqualificava o Conselho como um espaço voltado para a seleção e problematização de temas de interesse público. Segundo os entrevistados, esta polarização derivava muito mais da postura dos conselheiros não-governamentais em relação ao governo, do que o contrário.

“Havia muita agressividade por parte de alguns conselheiros representantes dos usuários e dos sindicatos. Eu sentia que eles estavam ali para destabilizar o governo mesmo. Não tinham a menor ligação com as suas bases. Eram interesses político-partidários que estavam por trás de suas colocações. Muitos procuravam manipular os demais conselheiros só para ir contra o governo. **Eles não estavam nem aí para as propostas em pauta. Era aquela coisa de ‘si hay gobierno, soy contra’.**” (conselheiro governamental — CT6)

“Eu sinto por parte de alguns representantes da sociedade civil uma coisa muito política, um foco muito político. E uma coisa do **‘si hay gobierno, soy contra’**”.(conselheiro governamental — CS5)

“Eu via [a postura dos conselheiros não-governamentais em relação ao governo] em geral como de cobrança. **Eles não contemporizavam**, sempre cobrando, exigindo respostas, exigindo as atuações”. (conselheiro governamental — CS3 e CT10)

“Não adiantava você ir com argumentos técnicos, por que eles não queriam entender. Não era que não entendessem, eles até entendiam, mas eles não queriam entender. **Porque achavam que a gente era inimigo.** Então eu acho que todos, os trabalhadores principalmente, então eu acho que esse meio de campo todo, quer dizer, **essa relação ainda vai ter muito o que avançar.**” (conselheiro governamental — CT16)

Inconformada com a agressividade dos conselheiros não-governamentais com a SMS, uma conselheira governamental lamentou a existência da relação polarizada, que prejudicava o desempenho do CMS/SP. Na opinião dela, os atores sociais não souberam valorizar o empenho e o comprometimento do governo com o Conselho.

“Eu acho que naquela época o Conselho foi muito ingrato com a administração. Esse foi o maior sentimento que eu fiquei. Eu não sei se é ingrato ou se é assim: será que eles não perceberam que a gente estava fazendo não só da melhor forma, mas da forma mais participativa?” (conselheiro governamental — CT6)

Fosse por conta de suas convicções políticas, fosse por conta do despreparo para o diálogo qualificado, os conselheiros não-governamentais foram caracterizados pelos entrevistados como atores com pouca flexibilidade e com pouca capacidade para a construção coletiva no CMS/SP.

Embora o ônus da polaridade existente entre governo e sociedade no interior do CMS/SP tenha sido, em ampla medida, atribuído à postura e à participação dos conselheiros não-governamentais no Conselho, a visão do governo de que os representantes dos demais segmentos eram desqualificados para o debate e de que eles não deveriam opinar sobre algumas matérias também contribuía para este cenário.

“A relação era muito conflituosa. O Conselho sempre acha que o governo está escondendo coisas e **o governo também acha, considera que algumas coisas o Conselho não deve opinar**” (conselheiro governamental — CT16).

Esta relação de conflito entre os atores não é um fenômeno isolado do caso do CMS/SP. Diversos estudos realizados no país sobre a dinâmica de funcionamento dos Conselhos revelam que a relação polarizada entre Estado e sociedade civil é uma realidade comum a vários órgãos de participação institucionalizada (TATAGIBA, 2002). Não há dúvidas de que a relação de conflito entre os atores presentes no Conselho prejudicava a qualidade das reuniões deste órgão, reduzindo a possibilidade da construção ou da pactuação das políticas municipais. Esta relação polarizada impactava, assim, a capacidade de proposição do CMS/SP.

4.5. A FRAGILIDADE DO GOVERNO PARA PLANEJAR E AVALIAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE

Um das principais causas levantadas pelos atores governamentais para que o Conselho não tivesse conseguido desempenhar um papel mais propositivo em relação às políticas municipais de saúde é também aquela que menos aparece nos estudos empíricos sobre os mecanismos de democracia participativa ou deliberativa. Trata-se das fragilidades e dificuldades vivenciadas pelas próprias organizações do Estado para o planejamento e gestão da política municipal.

Muitos atores governamentais entrevistados declararam que os obstáculos enfrentados pela Secretaria de Saúde para a efetiva gestão da política municipal exerciam um impacto negativo sobre o desempenho do CMS/SP. Seria muito difícil, segundo estes atores, observar um Conselho com amplos domínios sobre o orçamento municipal de saúde, com clareza para diagnosticar os problemas sociais da cidade e com habilidade para planejar e avaliar as políticas públicas, quando a própria Secretaria a qual este órgão se vincula não conseguia realizar estas atividades a contento.

Os entrevistados acreditam que a fragilidade da capacidade de planejamento e gestão da SMS/SP comprometia significativamente o desempenho do CMS/SP que, sem ter a clareza da dimensão do “todo” da política municipal de saúde, encontrava dificuldades para propor diretrizes políticas e para acompanhar e controlar as atividades governamentais.

“(...) normalmente a discussão [no Conselho] se foca em pedacinhos. Eu não vejo uma discussão do todo: o planejamento. E isso é um reflexo na verdade do governo mesmo. Eu não vejo, nessa vivência que eu tive de governo... eu acho que a coisa do planejamento ainda não está muito bem estruturada: de realmente você pensar os quatro anos, de todo mundo estar envolvido nesse planejamento de quatro anos, inclusive o Conselho, pra você poder projetar nesses quatro anos o que vai acontecer. O que é que acontece? Tudo é importante. E tudo as pessoas querem que seja imediato. E aí você se perde nesse imediatismo e não consegue pensar o longo prazo. Então eu sinto que isso: é um reflexo da própria confusão do governo no Conselho.” (conselheiro governamental – CS5)

“... a gente [o governo] não tem um bom domínio dos instrumentos de planejamento. Quer dizer, a gestão pública é paupérrima em gestão. Então já começa por aí a dificuldade... o enfraquecimento do governo na sua própria capacidade de formulação etc., tem reflexos muito fortes no Conselho e em todo o resto.” (Secretário de Saúde — SS2)

“(...) os Governos fazem pouco planejamento do que vão fazer. Ao longo desses anos todos isso é uma coisa que muitos têm pecado. Eles sentam pouco para planejar... eles vão tocando o serviço.” (conselheiro governamental — CS3 e CT10)

Na opinião do Secretário de Saúde que presidiu o Conselho entre março de 2003 e dezembro de 2004, a SMS/SP não conseguiu estruturar satisfatoriamente o que ele considerava ser o “fio condutor” de uma política governamental. O fio condutor que ligasse a agenda de prioridades políticas com o plano de programas e ações, o plano com o orçamento e este com a execução programática. Na ausência deste fio condutor, o desafio vivido pela SMS/SP para o compartilhamento do orçamento municipal da saúde com o Conselho, com a Câmara de Vereadores e com outras instituições, tais como o Orçamento Participativo, se tornava ainda maior.

“Tem que levar em conta também que a gente fala em plano, em agenda, fala em orçamento-programa, mas o que a gente [Poder Executivo] faz muito mal é um orçamento incremental.” (Secretário de Saúde — SS2)

“Uma dificuldade importante era casar a sistemática de confecção do orçamento público com a sistemática de aprovação do Conselho. (...) Eu nunca consegui juntar os eixos da política, do planejamento e juntar ainda o Conselho, o Orçamento Participativo e o negócio [a aprovação] da Câmara, da democracia representativa... Era uma loucura! Eu não consegui fazer isso...” (Secretário de Saúde — SS2)

Um bom exemplo dos impactos da fragilidade de gestão da SMS/SP no desempenho do Conselho refere-se à dificuldade do governo em municiar os conselheiros não-governamentais com informações relevantes da política municipal de saúde. O fornecimento de relatórios inteligíveis sobre orçamento para o Conselho, por exemplo, era uma tarefa quase impossível.

“Prestar contas na administração pública é difícil. Eu era o coordenador financeiro e orçamentário da Secretaria, então eu tinha um esforço muito grande de elaborar relatórios que fossem inteligíveis, porque a peça orçamentária da Secretaria é um negócio quase que impossível de um ser humano normal entender. A gente, que

estava no governo, entendia muito pouco do que acontecia naquela execução orçamentária... dar transparência para isso, para os conselheiros, era uma coisa muito difícil.” (conselheiro governamental – CT18).

O ponto central a ser retido nessas argumentações dos atores governamentais é que se um órgão governamental não conseguir realizar adequadamente as suas funções de planejamento e gestão das políticas ele também não vai conseguir fazer com que o Conselho cumpra os seus papéis de controle e proposição política. Em outras palavras, o fortalecimento do Conselho depende do fortalecimento das capacidades governamentais.

“O Conselho não conseguiu ser melhor do que a Secretaria; e a Secretaria era débil em gestão. (...) Se eu fosse um melhor gestor, o Conselho teria condições de ser um melhor controlador, porque os instrumentos [de gestão] que eu tinha eram os mesmos instrumentos que o Conselho tinha. Se a Secretaria funcionasse melhor, o Conselho funcionaria melhor.” (Secretário de Saúde – SS2).

As diversas falas apontam que havia uma série de fragilidades na própria SMS/SP para realizar seu planejamento, o que impactava de forma negativa no desempenho do Conselho. Por um lado, as dificuldades de o governo realizar um planejamento articulado com o orçamento, acompanhar e avaliar os programas afetavam diretamente a produção de informações para o funcionamento do Conselho, e, por outro, esta mesma fragilidade do governo dificultava a possibilidade de uma construção dialógica com o CMS/SP.

4.6. CONSTRANGIMENTOS À POSSIBILIDADE DE NEGOCIAÇÃO DA SMS/SP NO CONSELHO

*“Havia discussão com uma certa flexibilidade, mas **tinha coisas que eram políticas de governo que não estavam em discussão para flexibilizar.**” (conselheiro governamental — CS4 e CT13)*

Diversos atores governamentais entrevistados acreditam que a abertura do governo para negociar as políticas públicas no CMS/SP dependia, em grande medida, da margem de negociação que a SMS/SP detinha para estabelecer as prioridades da política de saúde da cidade. Segundo a opinião dos entrevistados, esta margem era bastante restrita, haja vista que *a maior parte das diretrizes políticas já estava pré-estabelecida* em outros momentos ou em outros foros.

Os atores governamentais entrevistados argumentam que uma parcela significativa das diretrizes da política municipal de saúde era traçada pelo governo federal. Esta ingerência política ocorria, pois os recursos transferidos pela União para a implementação do SUS no município — um montante significativo para a cidade de SP — não poderiam ser destinados a outros fins que não aqueles estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Mesmo que o CMS/SP, ou que a própria SMS, achasse que as prioridades de intervenção na cidade deveriam ser outras, os recursos não poderiam ser realocados. Ou bem o município aceitava as diretrizes impostas por Brasília, ou os recursos não seriam repassados para a cidade.

*“(...) e olha a opção que o Conselho municipal tem: ou ele aprova, ou ele não aprova [o plano de saúde municipal]. **Mas as políticas são federais!** Não é que o Conselho possa não aprovar o dinheiro da dengue [uma diretriz federal] e daí realocar para os problemas com os ratos, um problema real do município. **Se o Conselho não aprovar, o dinheiro volta para Brasília.**” (Secretária-Geral — SG3)*

*“(...) o mecanismo nos quais os assuntos são priorizados e as políticas públicas são implementadas **por vezes extrapola a questão [da governabilidade] do próprio órgão, no caso a Secretaria de Saúde. Ou são políticas públicas financiadas pelo Ministério da Saúde — e por isso passam a ser prioridades —, ou são políticas de decisão do governo, de campanha de governo.** Mesmo que não sejam de campanha,*

que sejam gestadas no decorrer do governo pelo Executivo, **nem sempre a própria Secretaria tem um poder maior sobre elas**. Lógico que o Secretário é ouvido, discute, participa, mas muitas vezes não é ele quem decide. **É o prefeito/prefeita quem decide isso daí; e esse é o grosso da diretriz política do município. No grosso, as políticas de saúde implantadas são aquelas que são financiadas pelo Ministério da Saúde.**" (conselheiro governamental — CS4 e CT13)

Embora as argumentações dos atores governamentais entrevistados acerca da ingerência do governo federal sobre a política municipal de saúde devam ser contextualizadas — haja vista as implicações pessoais dos entrevistados com o tema — as observações destes agentes encontram respaldo em estudos acadêmicos sobre a descentralização das políticas sociais. Ao analisar as relações intergovernamentais na gestão e no financiamento das políticas sociais no México, EUA e Brasil, Farah *et al* (2004) concluem que a despeito da descentralização observada no Brasil nas décadas de 80 e 90, os governos subnacionais continuaram fortemente subordinados às diretrizes emanadas pelo governo federal. Nas palavras dos autores:

"Even though the subnational state in Brazil is consolidating its fiscal capacity of both the regularity federal transfers, unlike the previously negotiated transfers of the centralized system, and the increases in own source revenues, local governments remain constrained by the imposition of federal priorities and guideline that accompany the federal transfers". (FARAH et al., 2004: 44, grifos meus)

"Many sectors continue to display a very strong presence of the federal level in formulating public policies and programs, controlling funds, establishing performance requirements and trying to coordinate the action of the subnational units". (idem, p.29)

A forte influência do governo federal sobre a política de saúde dos municípios é também uma conclusão de Abrúcio e Costa (1999) em seus estudos sobre o processo de descentralização das políticas sociais no Estado Federativo do Brasil. Segundo os autores, o controle da transferência orçamentária da União para os municípios confere grandes poderes de indução ao governo federal.

"Finalmente, observou-se a grande capacidade indutora da União no que se refere à política de saúde, pois, embora apresente baixa capacidade de acompanhamento, avaliação e controle da implementação destas políticas, o órgão gestor federal controla o repasse de grande volume de recursos financeiros". (ABRÚCIO e COSTA, 1999: 128, ênfases minhas)

Um outro ponto que, segundo os entrevistados, restringia a margem de negociação da SMS/SP junto ao Conselho diz respeito à inerente ingerência política do chefe do Executivo, detentor legítimo do poder de governo, sobre a SMS/SP. Fosse porque a Prefeita quisesse seguir as diretrizes presentes em sua campanha de governo, fosse porque ela resolvesse alterar as estratégias vigentes com vistas à eleição seguinte, a opinião do Secretário de Saúde sobre a política municipal, por vezes, tornava-se secundária. Muitas diretrizes que obedeciam a esta lógica político-eleitoral, segundo alguns entrevistados, nem sequer passavam pela apreciação do CMS/SP.

“Havia uma lógica político eleitoral imposta pela prefeita, de loteamento político e de mostrar resultados na área, que atropelava o Eduardo [Secretário de Saúde] e o próprio Conselho.” (Secretária-Geral – SG3)

“Em algum momento, saiu o Eduardo Jorge [Secretário de Saúde] e entrou o Gonzalo. Mesmo governo, todo mundo entendeu; estávamos lá continuando... Mas **houve uma mudança muito grande de diretriz nesse momento**. Cessou-se o dinheiro no PSF [Programa Saúde da Família] e colocou-se esse dinheiro nas ambulâncias, nos SAMUs [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência]. **O Conselho não foi consultado nesse deslocamento financeiro.**” (Secretária-Geral – SG3)

A coerência às diretrizes políticas presentes na plataforma de governo foi outro aspecto ressaltado pelos entrevistados para justificar a restrição da margem de negociação da SMS/SP no Conselho. Muitas das prioridades políticas do governo estariam alicerçadas nas propostas feitas pelo partido político no momento de campanha, fazendo com que a participação do Conselho fosse limitada a um campo definido pelo governo. Esta limitação da participação do Conselho no estabelecimento de prioridades para a política municipal de saúde independia, segundo os entrevistados, da “boa vontade” ou do “respeito” do Secretário de Saúde e de seus representantes em relação ao CMS/SP.

“Na medida em que entra um novo governante, ele entra com uma proposta de encaminhamento e que inclusive está vinculada à sua posição política. Então ela tem um vínculo. Ele foi eleito por um determinado projeto que ele tem. Então ele tem o foco no seu objetivo. Se você tem um foco no seu objetivo, você sabe o que você quer priorizar. Eu acho que [a participação no Conselho] acaba sendo um jogo de cena muitas vezes. Não há uma participação efetiva [do Conselho] na priorização porque já existe um pré-contrato na verdade, uma pré-definição do que vai ser dado. Então quer dizer, na verdade, você acaba fazendo meio que um jogo do que

que é viável a opinião ou não. Você leva pra votação, mas dentro daquele projeto maior. Que é a mesma coisa que acontece na mesa de negociação sindical... As vezes é uma coisa que até me incomoda. Eu me sinto as vezes num teatro.” (conselheiro governamental — CS5)

Em outras palavras, o projeto político do Executivo — referendado pelas urnas — tinha precedência sobre as manifestações do Conselho de modo que a participação dos representantes societais sobre o processo de definição das políticas estava constrangida por parâmetros definidos pelo Executivo. Operando dentro da lógica da democracia representativa, portanto, o governo evitava oferecer uma ampla margem de negociação das políticas com o Conselho.

Alguns entrevistados ressaltaram ainda que a redução da margem de negociação da SMS/SP no Conselho não se dava apenas pelo fato de as diretrizes políticas serem estabelecidas em outros foros. Seria preciso considerar também os constrangimentos orçamentários e legais enfrentados pela Secretaria.

“O governo já tinha uma política de saúde traçada e definida. Então a coisa já vinha meio como um pacote pronto. Até porque, muitas das questões são dependentes do uso efetivo dos recursos. E **o uso efetivo dos recursos transcende a capacidade da Secretaria Municipal de Saúde decidir sobre os seus recursos. Em determinados momentos ali da execução orçamentária você ficava totalmente submetido, tutelado pela Secretaria de Finanças.** Não adiantava eu querer falar ‘vamos por esse caminho aqui, vamos investir aqui’ se não viesse o dinheiro ou se o dinheiro estivesse contingenciado.” (WC)

Com vistas a esta série de constrangimentos, os atores governamentais voltam a questionar o papel deliberativo do Conselho e as suas fronteiras com relação aos papéis e responsabilidades legais do governo. Diversos entrevistados acreditam que esta questão precise ser melhor discutida.

“Um desafio é definir qual é o grau deliberativo do Conselho. Onde ele se choca ou onde ele não se choca, por exemplo, com as instituições representativas. Digamos dos poderes constituídos, representativos, quer dizer, representativos principalmente. **Porque não adianta falar que o Conselho é deliberativo quando tem certas coisas que ele não tem condições de deliberar, que ele não deve deliberar porque extrapola o seu papel.**” (conselheiro governamental — CS4 e CT13)

“Acho que essa questão de ser deliberativo é uma das pautas que precisaria ser discutida realmente. Pra ver **até onde a deliberação é possível.**” (conselheiro governamental — CS5)

“**Eu vejo o Conselho como deliberativo até certo ponto. Porque quem vai sofrer a coisa do Tribunal de Contas e tudo mais é o chefe do Executivo.** Até que ponto é possível ser deliberativo eu não sei. Nunca me debrucei sobre essa questão. Acho que é um desafio. Acho que isso é uma questão muito importante. É o maior drama.” (conselheiro governamental — CT16)

Somada à necessidade de que haja uma discussão dos poderes deliberativos do Conselho, os atores governamentais — tal qual Habermas (1997) — sublinham a importância de que se reconheça o papel e a centralidade do Estado no processo de definição de políticas públicas. Nos momentos de negociação de alocação de recursos financeiros, por exemplo, os entrevistados destacam a o papel do Poder Público na proteção de grupos excluídos, que não têm capacidade de organização social e de mobilização política.

“**Cabe ao Poder Público mostrar o peso de cada segmento,** com o contexto da Saúde do município, para ver quanto dinheiro vai pôr para cada grupo, para cada área. Isso é conflito, óbvio que é conflito. Agora veja, o tuberculoso e o hanseniano não têm essa capacidade de articulação, essa possibilidade de entrar na disputa. Então daí como é que fica? Quem é que vai pôr dinheiro para esses caras? Se não for o Poder Público que vai chamar os atores e dizer ‘olha, vocês tem razão, só que veja, esse aqui também é um problema grave para ser atendido, este grupo não tem um segmento organizado porque eles são pobres’. Agora na medida que eu tenho que cumprir a Constituição, eu, como Poder Público tenho que fazer equidade. É o meu papel como Poder Público.” (conselheiro governamental — CT2)

Neste sentido, todos os entrevistados acham fundamental que as deliberações do Conselho tenham que passar pela homologação do Secretário de Saúde. Como o responsável legal pelas políticas do município e como o gestor público escolhido pelo chefe do Executivo para comandar a Secretaria de Saúde, o Secretário tem um mandato e uma responsabilidade a cumprir.

“É lógico que toda resolução do Conselho tem que passar pela aprovação do Secretário! Quem é o gestor público é o **Secretario, não é o Conselho!**” (Secretário de Saúde — SS2)

“O fato de o governo deparar-se com uma decisão deliberativa do Conselho não o autoriza a promover ilegalidades. Há coisas que são impossíveis de serem praticadas. **O governo está restrito a uma responsabilidade legal. O Conselho não assina contrato, ele é inimputável. Quem responde pelos contratos é o gestor.**”
(conselheiro governamental – CT1)

CAPÍTULO V.

CONCLUSÕES

CAPÍTULO V. CONCLUSÕES

5.1. O DIAGNÓSTICO CONSTRUÍDO NESTA PESQUISA

O propósito central deste trabalho foi o de identificar e analisar as percepções e visões dos atores governamentais sobre o reduzido poder de influência dos Conselhos no processo de definição das políticas públicas. Ao privilegiar o prisma destes agentes pouco investigados pela literatura, o presente estudo procurou inverter o enfoque tradicionalmente utilizado para a investigação de experiências participativas. Em lugar de abordar o problema do reduzido poder de influência do Conselho junto às organizações do Estado partindo do campo societal, esta pesquisa buscou compreender o mesmo fenômeno a partir da lógica endógena ao governo.

Com esta inversão investigativa foi possível problematizar diversos aspectos ressaltados pela literatura em relação ao comportamento governamental diante dos Conselhos. Neste sentido, o primeiro aspecto apresentado neste estudo de caso foi o de que o diagnóstico apresentado pela literatura em relação ao baixo comprometimento governamental com os Conselhos (*cf.* TATAGIBA, 2002) não se aplica para o caso do CMS/SP no período de 2001 a 2004. Antes, a pesquisa realizada com os representantes da Secretaria de Saúde com assento no Conselho e, sobretudo, a análise de documentos advindos destes dois órgãos, possibilitou demonstrar que *a SMS/SP estava comprometida com o funcionamento do Conselho.*

O comprometimento governamental com o Conselho pôde ser verificado por meio dos seguintes aspectos: a) os conselheiros governamentais eram representativos da posição do governo. Muitos ocupavam cargos de alto escalão da estrutura da SMS/SP e participavam do Comitê de Gestão que se reunia com frequência com o Secretário de Saúde. Eles estavam a par dos projetos prioritários do governo e tinham autonomia para defender posições institucionais no Conselho; b) tanto os Secretários de Saúde quanto os conselheiros governamentais apresentaram elevada assiduidade nas reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho. Ademais, os conselheiros governamentais participavam das Comissões Temáticas que se reuniam paralelamente às reuniões do Plenário; c) muitos dos representantes governamentais com assento no

Conselho, tal qual o próprio Secretário de Saúde, Eduardo Jorge, tinham um reconhecido histórico de luta pela democratização dos serviços de saúde no país e pela inclusão de instâncias participativas no SUS. O primeiro CMS/SP havia inclusive sido criado durante a gestão do Secretário Eduardo Jorge no governo da Prefeita Luiza Erundina (1989) ; d) embora os Secretários de Saúde tivessem o direito legal de presidir as reuniões do Conselho, eles delegaram este poder a um representante do segmento da “sociedade civil” — escolhido pelo Plenário; e) o governo ofereceu condições estruturais para o funcionamento do Conselho. O órgão tinha uma sala ampla para se reunir, contava com uma dotação orçamentária própria e com um corpo de funcionários exclusivamente dedicados ao apoio administrativo necessário; e f) o governo levou as suas prioridades políticas para a apreciação do Conselho. Tudo somado, este conjunto de fatores encontrados no estudo de caso do CMS/SP indica que a Secretaria de Saúde valorizava o Conselho enquanto instituição política relevante.

Embora estes indicadores já representem uma novidade dentro do campo de estudos dos Conselhos, eles causariam surpresa menor caso o CMS/SP no período analisado tivesse sido capaz de influenciar as decisões governamentais acerca das políticas municipais de saúde. Tal fato, entretanto, não foi o verificado pela presente pesquisa. Apesar da reunião destes aspectos considerados favoráveis ao bom desempenho dos Conselhos, a pesquisa demonstrou que *o CMS/SP não foi capaz de influenciar o governo de maneira significativa no processo de definição das políticas públicas*. Além de acreditarem que o ponto de vista do governo prevalecia em todas as discussões mais importantes, os atores governamentais declararam não terem sido afetados pelas intervenções do Conselho. Segundo os entrevistados, as deliberações do CMS/SP que eram acatadas pela SMS/SP não representavam alterações significativas do projeto político do governo.

Evidentemente, a baixa correlação encontrada neste estudo entre o comprometimento⁷¹ dos atores governamentais com o CMS/SP e o poder de influência deste órgão sobre o processo de definição de políticas públicas não quer dizer que fatores como a representatividade e a assiduidade do governo não sejam importantes para a dinâmica de funcionamento dos Conselhos. Entretanto, ela chama a atenção

⁷¹ Definido pelos aspectos ressaltados anteriormente.

para o fato de que a pré-disposição dos atores governamentais em relação aos Conselhos não é suficiente para garantir o referido poder de influência sobre as políticas.

Os elementos apresentados ao longo deste trabalho para a compreensão do problema pretenderam oferecer novos elementos para o debate. Se, por um lado, eles reafirmaram fatores causais já apresentados pela literatura em relação ao campo societal — como a baixa representatividade e a baixa qualificação dos conselheiros não-governamentais —, por outro, eles revelaram qual o impacto destes aspectos sobre o posicionamento do governo no Conselho. Deste modo, a pesquisa procurou demonstrar que, *em grande medida, a baixa abertura do governo para a negociação das políticas com o CMS/SP deveu-se à própria fragilidade política e técnica deste órgão*. Ao se deparar com um grupo de conselheiros societais vistos como pouco representativos e orientados para a satisfação de interesses estreitos⁷² — corporativos, partidários, particulares, ou muito específicos — o governo sentia-se mais legítimo e mais qualificado do que o CMS/SP para formular e definir as políticas públicas do município; funções estas que, ademais, o governo está legitimado a e responsabilizado por fazer.

Embora a verificação empírica das impressões dos atores governamentais não estivesse no escopo deste trabalho, tanto a fragilidade política quanto a fragilidade técnica do CMS/SP no período de análise parecem ter fundamento. Além de respaldadas pela totalidade dos estudos de caso analisados nesta pesquisa, a percepção dos atores entrevistados em relação a esta questão foi reforçada por algumas evidências desta pesquisa. Por meio da análise crítica dos instrumentos jurídicos que dispõem sobre a composição do CMS/SP e observando a forma como os conselheiros com mandato entre os anos de 2003 e 2005 foram selecionados, esta pesquisa problematizou a legitimidade e a representatividade dos conselheiros não-governamentais. Com efeito, um dos aspectos destacados neste estudo foi o da quantidade de pessoas envolvidas no processo de seleção dos representantes dos “movimentos populares de saúde” da cidade de São Paulo. Não mais do que 36

⁷² Não orientados para a construção de políticas com caráter “público”.

pessoas, em média, “elegeram” cada um dos representantes das cinco regiões da cidade⁷³.

Ainda que a fragilidade do CMS/SP tenha se constituído como um importante fator explicativo para a compreensão do problema, ela não pode ser responsabilizada, sozinha, pela baixa abertura do governo para a negociação das políticas. Com efeito, a presente pesquisa com os atores governamentais alertou para o fato de que *a maior parte das diretrizes políticas a serem implementadas pela SMS/SP era estabelecida em outros foros*, restando pouco espaço para que o órgão governamental dialogasse com o Conselho. Segundo os atores governamentais entrevistados, a Secretaria teria que seguir as diretrizes presentes no Programa de Governo e aquelas estabelecidas pelo governo federal e pela Prefeita. Somadas, estas diretrizes representavam o “grosso” das políticas municipais e não eram passíveis de grandes alterações — fosse este o desejo do Conselho ou da própria Secretaria. Em relação a este questão, cabe ressaltar a necessidade de que mais pesquisas sejam desenvolvidas a fim de que se analise a possibilidade real de intervenção dos Conselhos junto ao Poder Executivo. A avaliação da eficácia destes espaços públicos precisa estar alicerçada em parâmetros que definam com maior clareza — e maior realismo — o escopo de intervenção dos Conselhos.

Um outro resultado encontrado nesta pesquisa foi o de que o reduzido poder de influência do CMS/SP sobre o processo de definição de políticas públicas também estava relacionado à baixa capacidade de proposição deste órgão. Segundo os entrevistados, *o Conselho não foi capaz de propor diretrizes políticas para a apreciação do governo*. Com este cenário ficava mesmo improvável que o CMS/SP pudesse interferir nos rumos da política municipal. Embora esta assertiva pareça trivial, muitos estudos deixam de atentar para a quantidade e para a qualidade das proposições advindas destes espaços públicos, esperando que o governo altere o modo de definir as políticas pelo simples encontro com os representantes da sociedade civil associativa. Com efeito, a investigação das pautas de cada reunião dos Conselhos e das deliberações advindas destes órgãos mantém-se como uma relevante tarefa de pesquisa a ser desenvolvida.

⁷³ Zonas Leste, Norte, Sul, Sudeste e Centro.

Tendo em vista a construção de um diagnóstico explicativo dos problemas vividos pelo CMS/SP, este trabalho procurou explicitar ainda que a baixa capacidade propositiva do CMS/SP era um fenômeno decorrente de três fatores. O primeiro deles, já dito aqui, diz respeito à baixa qualificação técnica e mesmo política dos conselheiros não-governamentais para a construção de propostas coletivas para a cidade. As intervenções desarticuladas dos conselheiros sociais, de caráter reivindicativo e particularista, pouco contribuíam para que o Conselho estabelecesse prioridades políticas mais amplas. O segundo fator refere-se à *relação de polarização e conflito* existente entre os atores governamentais e os conselheiros sociais. O atrito entre estes atores fazia com que as reuniões do Conselho fossem improdutivas e desgastantes, impossibilitando, portanto, a criação de um espaço saudável para a proposição das políticas. Um terceiro fator que contribuía para que a baixa capacidade propositiva do CMS/SP existisse relaciona-se ao *foco de atuação do Conselho*. Segundo a ótica dos atores governamentais, *o Conselho dedicava-se a questões de natureza muito micro e burocráticas, desvirtuando o seu papel normativo*.

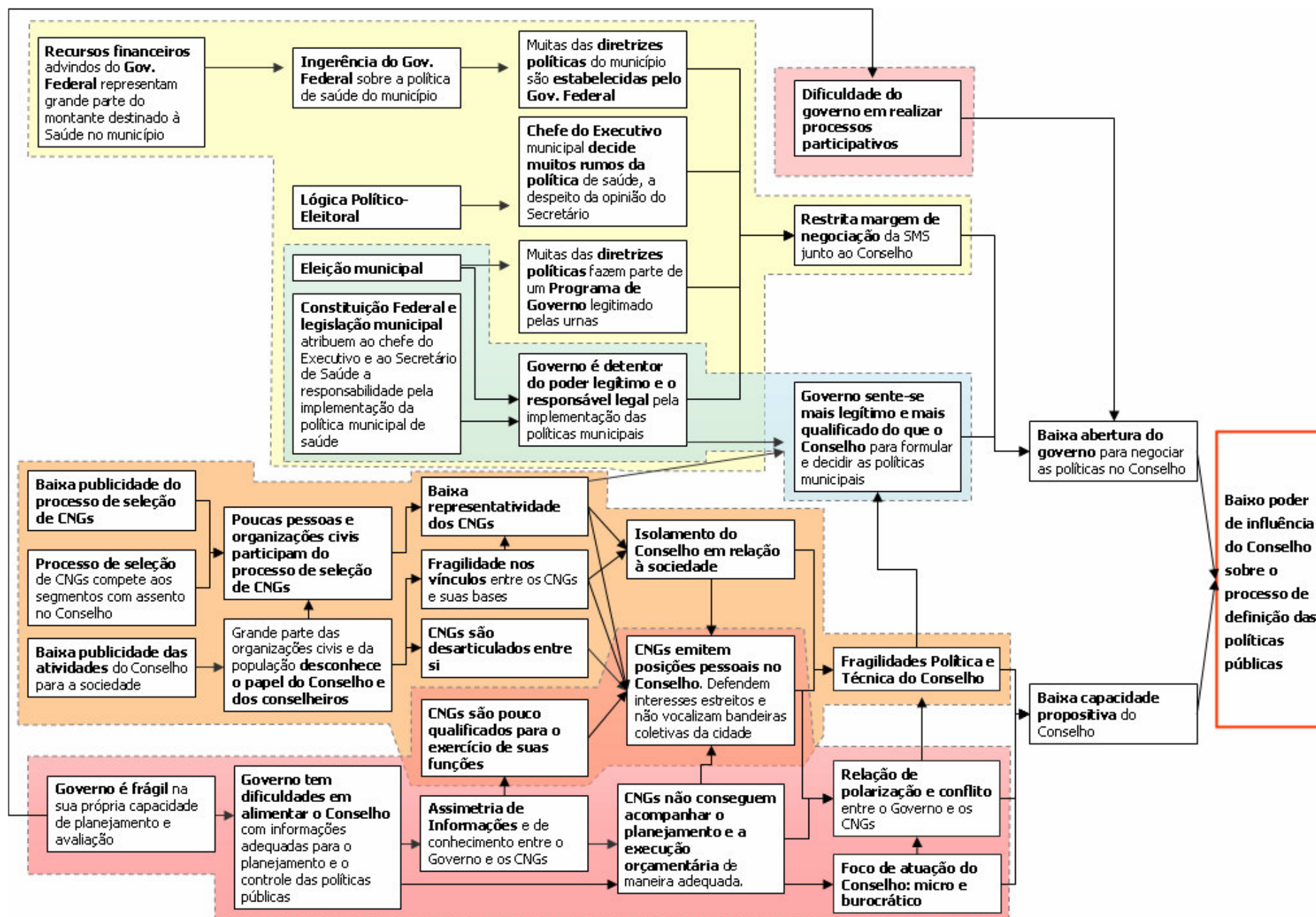
Por fim, esta pesquisa procurou demonstrar a existência de um último conjunto de fatores explicativos para a compreensão do baixo poder de influência do CMS/SP. *As fragilidades vividas pela própria SMS/SP para o efetivo planejamento e gestão da política municipal de saúde impactavam negativamente no desempenho do Conselho*. De um lado, as dificuldades do governo em realizar um planejamento articulado com o orçamento e em acompanhar e avaliar os programas afetava diretamente a produção de informações essenciais para a participação qualificada dos conselheiros não-governamentais nas reuniões do Conselho. De outro lado, esta mesma fragilidade do governo dificultava a possibilidade de uma construção dialógica com o CMS/SP.

Com o intuito de oferecer novos elementos para o debate em tela, este trabalho procurou demonstrar a existência e a interligação de diversos fatores causais que se relacionam com o baixo poder de influência do CMS/SP sobre o processo de definição de políticas públicas. O diagnóstico construído ao longo deste trabalho encontra-se sistematizado de maneira simplificada no diagrama a seguir (Quadro 3). Como todo quadro síntese, o esquema a seguir não pretende dar conta de explicar todas as relações causais entre os problemas levantados ao longo desta dissertação. Esta seria

uma tarefa impossível de ser feita em um único quadro. Ainda assim, acredita-se que esta “árvore de problemas” (MATUS em HUERTAS, 1996) possa ser útil para a visualização dos principais pontos abordados no diagnóstico.

Dado o caráter qualitativo da presente pesquisa, convém alertar que os fatores apresentados neste trabalho servem mais para alimentar o debate do que para *comprovar* qualquer vínculo explicativo. Esta tarefa, porém, configura-se como um importante campo de estudos sobre as experiências conselhistas no país.

QUADRO 3 – DIAGNÓSTICO SÍNTESE DO CONSELHO MUNICIIPAL DE SAÚDE/SP



5.2. DESAFIOS COLOCADOS AOS CONSELHOS

O diagnóstico construído a partir do estudo de caso do CMS/SP aponta para uma série de desafios que se descortina para o aprimoramento deste espaço público estatal. Nesta seção serão abordados os desafios considerados mais críticos para o CMS/SP e que possivelmente se enquadram para outros Conselhos no país. Para que as generalizações sejam feitas, entretanto, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas empíricas aplicadas a uma quantidade maior de casos.

O primeiro desafio diz respeito à própria *compreensão dos papéis deste órgão e ao estabelecimento de limites entre estes espaços públicos e o Estado*. As imprecisões e ambigüidades encontradas na literatura acadêmica e, por vezes na legislação pertinente⁷⁴, sobre as finalidades, competências e poderes dos Conselhos contribuem para que os atores sociais e políticos presentes nestes espaços públicos desenvolvam conflitos improdutivos neste órgão, tornando-os fragilizados para a execução de quaisquer atividades. Com isto em vista, *é preciso que se estabeleça um consenso mínimo acerca das finalidades dos Conselhos respeitando-se a centralidade do Estado no processo de formulação e implementação das políticas públicas*. Só assim será possível qualificar o debate sobre participação política e avançar no aprimoramento do sistema representativo. A reflexão de Teixeira (2001) em relação a este ponto merece ser reproduzida:

“Não se pode negar o papel da participação no conjunto do processo decisório, mas não se pode substituir aqueles que recebem um mandato popular com responsabilidades de decidir e implementar ações que respondam às necessidades do povo. Cabe assim à participação cidadã contribuir para melhorar a qualidade das decisões mediante o debate público e a construção de alternativas, e exigir a *accountability* e a responsabilização dos gestores. Dessa forma, *poder-se-á compatibilizar a participação com a representação*.” (TEIXEIRA, 2001: 41; grifos meus)

⁷⁴ Ambigüidades que não se apresentaram na legislação incidente sobre o CMS/SP. Ver análise jurídico-institucional no item 3.4. desta dissertação.

O segundo desafio apontado por este estudo é que está diretamente ligado à delimitação de papéis entre os Conselhos e o governo refere-se à *correção no “foco” de atuação dos Conselhos*. Estes órgãos devem evitar entrar dentro da lógica governamental e se imiscuir nos aspectos cotidianos da gestão pública. Se antes este problema aparecia na literatura como um “risco”⁷⁵ ao desenvolvimento dos Conselhos, agora e cada vez mais ele parece ser uma realidade consolidada na dinâmica de funcionamento destes espaços. Ao embarcar na lógica burocratizada do Estado, os Conselhos perdem a possibilidade de se posicionar de maneira crítica e distanciada do governo. Perdem também a possibilidade de construir uma agenda de demandas políticas ampla. A sugestão oferecida pelos atores governamentais entrevistados nesta pesquisa — de que os Conselhos dediquem-se às questões políticas e não às administrativas — merece ser levada em consideração. Como órgãos híbridos entre Estado e sociedade civil associativa, os Conselhos devem buscar a inserção de novos temas e novas demandas *políticas* na agenda pública. A atuação voltada para aspectos administrativos pode ocupar o tempo dos Conselhos em atividades que não lhe competem. Em relação a esta questão, o desafio colocado aos Conselhos é *o desafio de não ser governo*.

Neste sentido, cabe fazer uma advertência aos termos utilizados pela literatura para definir os Conselhos de políticas públicas. Os Conselhos não parecem (ou ao menos não deveriam) ser “gestores” de políticas públicas, tampouco configuram-se como espaços de “co-gestão” ou de “gestão compartilhada” das políticas com o governo. As expectativas super-dimensionadas em torno da participação das organizações civis na gestão das políticas podem levar a um desgaste dos mecanismos de participação institucionalizados pelo Estado que, desvirtuados de sentido, perdem a possibilidade de contribuir de maneira substantiva para a intermediação entre as esferas societal e política (*cf.* HABERMAS, 1997).

A fim de contribuir para este debate sobre os papéis dos Conselhos e suas distinções em relação ao Estado, o presente trabalho traz à tona algumas questões para o debate: 1) até que ponto é desejável combinar os papéis de controle das atividades governamentais e de proposição de diretrizes políticas em um mesmo órgão? Haja vista que e a natureza do exercício do controle social é sempre geradora de incômodos

⁷⁵ Ver, entre outros, os trabalhos de Avritzer (2002a) e de Teixeira (2001).

ao governo, seria possível esperar que o Poder Executivo se mostrasse aberto para as proposições advindas dos mesmos atores que o “importunam”? 2) Qual é a possibilidade real de negociação dos Conselhos junto ao governo se as políticas já são trazidas prontas para a apreciação destes órgãos? Em que medida o papel de aprovação dos Conselhos não se torna, na prática, apenas um legitimador das decisões governamentais, caminhando na contramão do processo de democratização do Estado (cf. DAGNINO, 2002 e TATAGIBA, 2002)? 3) Para Habermas as deliberações geradas na esfera pública devem ser dirigidas às instâncias políticas legítimas para a tomada de decisão, quais sejam, as instâncias legislativas (HABERMAS, 1997). Assim como todos os mecanismos institucionalizados de participação política no Brasil, entretanto, os Conselhos Municipais estão vinculados ao Poder Executivo e pouco se articulam com a Câmara dos Vereadores. Compreendendo os Conselhos como um mecanismo *complementar* à democracia representativa (e não *substitutivo* dela) torna-se fundamental discutir a articulação destes órgãos com o Poder Legislativo. 4) Segundo Tatagiba (2002), “(...) os estudos demonstram que tem sido muito difícil reverter, na dinâmica concreta de funcionamento dos Conselhos, a centralidade e o protagonismo do Estado na definição das políticas públicas e das prioridades sociais” (*idem*, p. 55). A questão que se coloca é até que ponto seria desejável reverter esta centralidade do Estado? Ao se deslocar o protagonismo do Estado na execução deste papel, quem poderia assumi-lo de maneira democrática?

A questão do reconhecimento da legitimidade e da centralidade do Estado no processo de definição de políticas públicas espelha, ao mesmo tempo, um terceiro desafio colocado aos Conselhos: *o desafio de que os conselheiros não-governamentais conquistem uma maior legitimidade para exercer as suas funções*. Para que os Conselhos tenham força política capaz de influenciar as posições governamentais os representantes da “sociedade civil”, ou melhor, os representantes das organizações civis precisam ser valorizados tanto pelos atores governamentais quanto pela sociedade. A manter-se o cenário atual, no qual os atores destes dois campos parecem desqualificar a legitimidade de representação dos conselheiros não-governamentais, o Conselho não atingirá grandes êxitos. Ao contrário, continuará a ser tratado como “café com leite” isolando-se do mundo da vida e do sistema político (cf. HABERMAS, 1997).

Há dois caminhos a percorrer neste sentido. De um lado *é preciso avançar no debate teórico sobre o binômio participação e representação*. Os modelos teóricos para análise da representatividade política não acompanharam o desenvolvimento de experiências de “democratização da democracia”, atrelando-se apenas à representatividade via eleições (LAVALLE *et al.*, 2005). Mas com os limites e fragilidades da democracia representativa, faz-se necessário compreender como as novas formas de representação e participação vêm se desenvolvendo nos últimos anos (*idem*). A análise adequada da representação das organizações civis em instâncias como os Conselhos de políticas públicas desdobra-se, assim, como um importante campo de pesquisa a ser aprofundado.

Mas o reconhecimento da legitimidade de representação societal não é uma questão que se limita ao desenvolvimento de categorias analíticas mais apropriadas para a avaliação da representação no contexto atual. Um outro caminho a ser percorrido é o da *institucionalização de formas mais públicas, plurais e inclusivas para a seleção dos conselheiros não-governamentais*. Será difícil encontrar alguma categoria analítica que legitime a representação de um conselheiro do “Movimento Popular de Saúde” de uma determinada Zona territorial da cidade “eleito” por um pequeno grupo de 40 indivíduos. Em outras palavras, para ser reconhecido como legítimo, o processo de seleção de conselheiros sociais precisa ser mais democrático. A democratização deste processo, entretanto, não é tarefa que possa ser enfrentada apenas pela sociedade civil em seus “foros próprios”. Como regulador de normas institucionais, o Estado pode e deve interferir para que o processo de seleção dos conselheiros sociais seja mais democrático e plural (*cf.* LÜCHMANN, 2002). Uma possibilidade a ser estudada com maior rigor é a sugestão dada pelos atores governamentais entrevistados de que a seleção dos conselheiros sociais ocorra por meio de eleições diretas. Há que se problematizar, porém, como os candidatos ao posto de conselheiro seriam escolhidos e em que medida o status econômico de determinadas organizações civis interfeririam em favor de alguns candidatos. Em suma, seria preciso problematizar se a eleição direta de conselheiro não carregaria em si os mesmos vieses observados na democracia representativa.

Ainda em relação à legitimidade e qualidade de representação dos conselheiros societais, há um quarto desafio que se descortina para os Conselhos, qual seja, o do *fortalecimento dos vínculos entre os representantes e as suas bases*. Isolados de suas bases de origem, os conselheiros têm emitido posições pessoais nas reuniões do Conselho, desqualificando este espaço como um *locus* para a negociação de políticas de interesse coletivo. A fragilidade no vínculo entre os conselheiros e as organizações civis que eles representam prejudica não apenas a vocalização de demandas públicas, mas também o acompanhamento das políticas governamentais por parte da sociedade. Neste sentido, vale resgatar a importância do caráter *comunicativo* do modelo de esfera pública *habermasiana* de modo a orientar os Conselhos no estabelecimento de canais de comunicação permanentes com a sociedade.

Um quinto desafio essencial para o fortalecimento dos Conselhos é o da *qualificação dos conselheiros não-governamentais para o exercício de suas funções*. Sem a compreensão do seu papel político e sem a capacitação técnica mínima para a participação qualificada no Conselho, os conselheiros não-governamentais são incapazes de acompanhar os programas governamentais, de remeter as discussões para as suas bases e de contribuir para o processo de formulação de políticas públicas. Fragilizam-se, portanto, para as disputas políticas que se dão no interior deste espaço público. A baixa capacidade propositiva dos Conselhos, um problema central para que os Conselhos consigam “oxigenar” o Poder Público e inserir novos temas na agenda política, é uma questão que só pode ser resolvida com a qualificação dos conselheiros não-governamentais.

A qualificação dos conselheiros, entretanto, não é tarefa fácil. Em primeiro lugar, o mandato de dois anos conferido aos conselheiros é um período muito curto para que as capacitações possam ser feitas com os representantes já eleitos⁷⁶. O desafio, portanto, seria capacitar um grande contingente de lideranças sociais que desejem se tornar conselheiros. Em segundo lugar, a capacitação dos conselheiros, se oferecida pelo Estado, corre o risco de se tornar um mecanismo de tutela e de cooptação do Estado. Como consequência disto, os conselheiros correm o risco de adentrar a lógica governamental e se distanciar com facilidade de suas bases.

⁷⁶ O que não quer dizer que elas não tenham efeito ou que não devam ser feitas.

A possibilidade de que os Conselhos consigam influenciar o processo de definição das políticas públicas parece estar relacionada, também, à disposição dos atores em participar destes encontros — em especial os atores governamentais. Além dos desafios abordados anteriormente, os Conselhos precisam enfrentar o problema de as suas reuniões serem improdutivas, cansativas e conflituosas. Ainda que o conflito faça parte destes encontros, e justamente em função disto, é preciso investir em metodologias de condução das reuniões que facilitem o processo de construção de coletiva.

No intuito de que as reuniões dos Conselhos configurem-se como espaços dialógicos e construtivos há que se atentar, ainda, para as próprias capacidades do governo na gestão e na implantação das políticas. Se confirmada a relação causal sugerida neste trabalho — de que as fragilidades do governo para o planejamento e gestão das políticas públicas impactam negativamente no desempenho dos Conselhos — então *o fortalecimento das capacidades governamentais se constituirá como um condicionante importante para o fortalecimento dos Conselhos*. A equação parece fazer sentido e merece ser aprofundada em futuras pesquisas: um governo que não consegue reunir as informações necessárias para o mapeamento dos problemas sociais, que não domina a elaboração do orçamento público, e que não consegue acompanhar e avaliar os seus programas, não é capaz de municiar os Conselhos com as informações necessárias para a construção coletiva.

Por fim, é preciso observar que o conjunto dos desafios relacionados neste trabalho, bem como aqueles derivados de outros estudos sobre os Conselhos, enquadram-se em uma moldura de pesquisa mais ampla: a da democratização da democracia. Embora muitas das expectativas em torno dos Conselhos transcendam os poderes legais conferidos a estes órgãos, não se deve perder de vista o potencial democratizante destes espaços públicos em contribuição ao sistema político vigente.

BIBLIOGRAFIA

ABERBACH, J., PUTNAM, R. & ROCKMAN, B. (1981). *Bureaucrats and Politicians in Western Democracies*. Harvard: Harvard University Press.

ABRÚCIO, Fernando e COSTA, Valeriano. (1999). Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro. In: *Fundação Konrad Adenauer. Caderno pesquisas nº12*.

ARENDT, Hannah. (1999). *A condição humana*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

AVRITZER, Leonardo. (1994). *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del Rey.

_____. (1995). Cultura Política, atores sociais e democratização. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. nº. 28.

_____. (2000) Teoría democrática, esfera pública y deliberación. *Metapolítica*, México, v.4, nº. 14, p.76-78, abr./jun., 2000.

_____. (2002). O orçamento participativo: as experiências de Porto Alegre e Belo Horizonte. In: DAGNINO, Evelina (org). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. pp. 17-45. São Paulo: Paz e Terra.

_____. (2002a). *O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítico*. Texto disponível em endereço eletrônico: <<http://www.democraciaparticipativa.org/>>.

_____. (2002b). Modelos de Deliberação Democrática. In: SANTOS, Boaventura de S. (org). *Democratizar a Democracia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

AVRITZER, Leonardo (org.) (2004). *A participação em São Paulo*. São Paulo: Editora Unesp.

AVRITZER, Leonardo e COSTA, Sergio (2004). Teoria crítica, democracia e esfera pública: concepções e usos na América Latina. In. *DADOS — Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 47, nº. 4, 2004, pp. 703 a 728.

AVRITZER, Leonardo *et al.* (2005). Relatório de pesquisa apresentado à FAPEMIG como resultado do projeto: *Reinventando os mecanismos de inclusão e controle social nos conselhos de saúde*. Consulta no site: <<http://www.democraciaparticipativa.org/>>.

BOBBIO, Norberto (1986). *O futuro da democracia — em defesa das regras do jogo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

BOHMAN, J. (1996). *Public deliberation, pluralism, complexity and democracy*. London: Mit Press.

BOSCHI, R. R. (1999). Descentralização, clientelismo e capital social na governança urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador. In: *Revista Dados*. v.42 n.04. Rio de Janeiro. pp. 655-690.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos (2004). *Democracy and Public Management Reform*. Oxford: Oxford University Press.

_____. (1997). Estratégia e estrutura para um novo Estado. In: *Revista de Economia Política*. Vol. 17, nº. 3 julho-setembro/1997: 24-38.

_____. (1996) Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. In: *Revista do Serviço Público*. 47(1) janeiro 1996:7-40.

CARNEIRO, Carla B. L. (2002). Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. In: *Revista de administração pública*. v. 36, n. 2, p. 277-292, mar./abr. 2002, Rio de Janeiro.

Fascículo

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

_____. (1997). Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania. In: *Conselhos municipais e políticas sociais*, IBAM, IPEA. Comunidade Solidária (orgs). Rio de Janeiro. pp.130-159.

_____. (1998). Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. In: *Revista Ciência e saúde coletiva*. Vol. III, nº1, pp. 23-25.

CARVALHO, Maria do Carmo A. A. e TEIXEIRA, Ana Claudia C (orgs). (2000). *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. São Paulo: Pólis, Publicações Pólis, nº37.

COELHO, Vera S. (2004). Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: *Participação e Deliberação*. COELHO, Vera S. e NOBRE, Marcos (orgs). São Paulo: Editora 34.

COELHO, Vera S. e NOBRE, Marcos (orgs). (2004). *Participação e Deliberação*. São Paulo: Editora 34.

COELHO, Vera S. e VERÍSSIMO, José. (2004). Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde em São Paulo. In: *A participação em São Paulo*. AVRITZER, Leonardo (org.). São Paulo: Editora Unesp.

COHEN, Jean. (1997). Deliberation and democratic legitimacy. In: BOHMAN, J: REGH, W. (orgs). *Deliberative democracy. essays on reason and politics*. Massachusetts. Institute of Technology.

COHEN, Jean L. & ARATO, Andrew. (1992). *Civil society and political theory*. Cambridge: MIT Press.

COSTA, Sergio (1997). Categoria analítica ou passe-partout político-normativo: notas bibliográficas sobre o conceito de sociedade civil. In *BIB*, Rio de Janeiro, 43, p.3-25, jan./jul.

_____. (1999). La esfera pública y las mediaciones entre cultura y política: el caso de Brasil. In *Metapolítica: Revista trimestral de teoría y ciencia política*. México. Vol.3, no. 9, pp. 95-107.

_____. (2002). *As cores de Ercilla: esfera pública, democracia, configurações pós-nacionais*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

CUNILL GRAU, Nuria. (1998). *Repensando o público através da sociedade: novas formas de gestão pública e representação social*. Rio de Janeiro: Renavam; Brasília, DF: ENAP.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles. (2000). Desafios para o funcionamento eficaz dos Conselhos. In CARVALHO, Maria do Carmo A. A. e TEIXEIRA, Ana Claudia C (orgs). (2000). *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. São Paulo: Pólis, Publicações Pólis, nº37.

DAGNINO, Evelina. (1994). Os movimentos sociais e a emergência de uma nova cidadania. In: DAGNINO, Evelina (org). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense.

_____. (2002) Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, Evelina (org). (2002). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra.

DAGNINO, Evelina (org). (2002). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra.

DAHL, Robert A. (1990). *Um prefácio à democracia econômica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.

_____. (1996). *Um prefácio à teoria democrática*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

_____. (1997). *Poliarquia: Participação e Oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

DRYSEK, John. (2004). Legitimidade e economia na democracia deliberativa. In *Participação e Deliberação*. COELHO, Vera S. e NOBRE, Marcos (orgs). São Paulo: Editora 34.

EVANS, Peter. (2003). Além da “Monocultura Institucional”: instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. *Revista Sociologias*, nº9, Porto Alegre, jan/jun 2003.

_____. (1996). *Embedded Autonomy: States and Industrial Transformation*. Princeton University Press.

_____. (1993). O Estado como problema e solução. In: *Revista Lua Nova*. nº. 28/29, pp. 107-156.

EVANS, P, RUESCHMEYERE, D. e SKOCPOL, T (eds). (1985). *Bringing the State back in*. New York: Cambridge University Press.

FARAH, Marta F. S., JACOBI, Pedro, RODRIGUEZ, Victoria, WARD Peter and WILSON, Robert. (2004). Intergovernmental relations and the subnational state: a policy perspective. In: WILSON, Robert e Rodriguez, Victoria (org.). *Decentralization and the subnational federalist state*. (no prelo).

FRASER, Nancy (1993). Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of actually existing democracy. In: CALHOUN, C. (org.) *Habermas and the public sphere*. Cambridge: MIT Press.

GENRO, Tarso (1996). *O novo espaço público*. Artigo publicado no jornal Folha de São Paulo, 9/6/1996.

GOHN, Maria da Glória. (2001). *Conselhos gestores*. São Paulo: Cortez

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. (2003). *Conselhos gestores de políticas públicas: democracia, controle social e instituições*. Dissertação de Mestrado FGV — EASP. São Paulo.

GRUPO de estudos sobre a construção democrática. (1998/1999). Os Movimentos sociais e a construção democrática: sociedade civil, esfera pública e gestão participativa. In: *Idéias: Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas*. Ano 5(2)/6(1). Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas.

HABERMAS, Jürgen. (1980). *A crise de legitimação no capitalismo tardio*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

_____. (1995). Três modelos normativos de democracia. *Lua Nova*, Cedec: São Paulo, nº. 36, p.39-53, 1995.

_____. (1997). *Direito e Democracia: entre a facticidade e a validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2 v.

_____. (2003). *Mudança estrutural da esfera pública*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

HELD, David. (1987). *Modelos de Democracia*. Belo Horizonte: Paidéia.

HIRST, Paul. (1992). *A democracia representativa e seus limites*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

HOUTZAGER, Peter P; LAVALLE, Adrián G e ACHARYA, Arnab. (2004). Atores da sociedade civil e atores políticos: participação nas novas políticas democráticas em São Paulo. In: *A participação em São Paulo*. AVRITZER, Leonardo (org.). São Paulo: Editora Unesp.

HUERTAS, Franco. (1996). *O método PES: entrevista com Matus*. São Paulo: Fundap.

HUNTINGTON, Samuel P. (1975). *A ordem política nas sociedades em mudança*. Rio de Janeiro/São Paulo: Forenses-Universitária/EDUSP.

JARDIM PINTO, Céli Regina (2004). Espaços Deliberativos e a Questão da Representação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19(54), fevereiro 2004: 97-113.

KOWARICK, Lúcio (org.). (1994). *São Paulo passado e presente: as lutas sociais e a cidade*. 2ª ed. São Paulo: CEDEC/Paz e Terra.

LAVALLE, Adrian Gurza; HOUTZAGER, Peter P.; CASTELLO, Graziela. (2005). In whose name? Political representation and civil organisations in Brazil. IDS Working papers nº 249. Disponível em: <<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp249.pdf>>

LIPSET, Seymour Martin (1963). *Political Man: The Social Bases of Politics*. Garden City: Anchor Books.

_____. (1994). *A terceira onda. A democratização do século XX*. São Paulo: Ática.

LÜCHMANN, Lígia H.H. (2002). *Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do Orçamento Participativo de Porto Alegre*. Tese de Doutorado. UNICAMP. Campinas, SP.

MACPHERSON, C.B. (1978). *A democracia liberal: origens e evolução*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

MAINWARING, Scott. (1989). Os movimentos populares de base e a luta pela democracia: Nova Iguaçu. In: STEPAN, Alfred. *Democratizando o Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

MANIN, Bernard. (1987). On Legitimacy and Political Deliberation. In: *Political Theory*, vol.15, 3, Aug.1987, pp.338-368.

MARQUES, Eduardo C. (1997). Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. In: *Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, nº. 43, 1º semestre de 1997, pp. 67-102.

MIGDAL, J., KOHLI, A. E SHUE, V. (orgs.). (1994). *State Power and Social Forces: domination and transformation in the third world*. Cambridge: Cambridge University Pres.

MIGUEL, Luis Felipe. (2002). A democracia domesticada: bases antidemocráticas do pensamento democrático contemporâneo. In: *Dados — Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Vol. 45 nº. 3, 2002, pp. 483 a 511.

_____. (2003). Representação Política em 3-D. Elementos para uma teoria ampliada da representação política. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v. 18, fev. nº. 51. pp. 123-140

MOISÉS, J. Álvaro. (1990). *Cidadania e Participação*. São Paulo: CEDEC/Marco Zero.

- NOBRE, Marcos. (2004). Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: *Participação e Deliberação*. COELHO, Vera S. e NOBRE, Marcos (orgs.). (2004). São Paulo: Editora 34.
- OFFE, Claus. (1984). *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- PATEMAN, Carole. (1992). *Participação e teoria democrática*, Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- POULANTZAS, Nicos. (1980). *State, Power, Socialism*. London: New left books.
- RAICHELIS, R. (1999). *Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez.
- ROUSSEAU, Jean-Jaques. (1983). *Do contrato social*. São Paulo: Abril Cultural.
- SABATIER, Paul A. (1999). *Theories of the policy process (theoretical lenses on public policy)*. Boulder: Westview.
- SACARDO, Gislaine, CASTRO, Iracema. (2002). Conselhos de Saúde. Instituto Pólis / PUC-SP.
- SADER, Eder. (1988). *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- SANTOS, B. d. S. e AVRITZER, L. (2002). Para Ampliar o Cânone Democrático. In: SANTOS, Boaventura de S. (org). *Democratizar a Democracia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- SANTOS JUNIOR, A. dos *et al.* (2004). Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS JUNIOR, Orlando A. dos. *et al.* (orgs.). *Governança democrática e poder local — a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. 1 ed. Rio de Janeiro: Renavan, Fase.
- SARTORI, Giovanni (1994). *A Teoria da Democracia Revisitada*. São Paulo: Ática.
- SCHUMPETER, Joseph A. (1984). *Capitalismo, socialismo e democracia*. São Paulo: Zahar.
- SILVA, Zilda Pereira da (2004). *A política municipal de saúde (2001-2003)*. São Paulo: Instituto Pólis; PUC-SP.
- SKOCPOL, Theda. (1985). Bringing the State back in: strategies of analysis in current research. In: EVANS, P, RUESCHMEYER, D. e SKOCPOL, T (eds). *Bringing the State back in*. New York: Cambridge University Press.
- _____. (1994). *Protecting soldiers and mothers: the political origins of social policy in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.

STARK, David e BRUSZT, Laszlo. (1998). Enabling Constraints: fontes institucionais de coerência nas políticas públicas no pós-socialismo. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 13, nº. 36, fevereiro 1998: 13-39.

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

_____. (2004). A institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo. In: *A participação em São Paulo*. AVRITZER, Leonardo (org.). São Paulo: Editora Unesp.

TEIXEIRA, Elenaldo C. (1996). “Movimentos sociais e conselhos”, *Cadernos Abong*, nº15, julho de 1996, pp.7-20.

_____. (2000). “Conselhos de Políticas Públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa?” In: CARVALHO, Maria do Carmo A. A. e TEIXEIRA, Ana Claudia C (orgs). *Conselhos Gestores de Políticas Públicas*. São Paulo: Polis. Publicações Pólis, nº37.

_____. (2001). *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora.

TELLES, Vera. (1994). Sociedade civil, direitos e espaços públicos. In: VILLAS-BÔAS, Renata (org.). *Participação Popular nos governos locais*. São Paulo, PÓLIS, publicação nº. 14, pp. 43-53.

_____. (1994b). Sociedade Civil e a construção dos espaços públicos. In: DAGNINO, E. (org). *Anos 90, política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense.

THELEN, K. e STEIMO, S. (1992). Historical institutionalism in comparative politics. In: SVEN, S., THELEN, K., e LONGSTRETH, F. (orgs.) *Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis*. New York:Cambridge university press.

TÓTORA, Silvana M. C. (1998). *A Questão democrática: Perspectivas teóricas e análise do pensamento político brasileiro na década de 1980*. Tese de Doutorado. PUC/SP.

TÓTORA, Silvana e CHAIA, Vera. (2004). Conselhos Municipais e a institucionalização da participação política: a Região Metropolitana de São Paulo. In: SANTOS JUNIOR, Orlando A. dos. et al. (orgs.). *Governança democrática e poder local — a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Renavan, Fase.

VITULLO, Gabriel Eduardo. (1999). Teorias alternativas de democracia: uma análise comparada. In: *Cadernos de Ciência Política. Série: Teses e Dissertações*. Nº 3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

WAMPLER, Brian. (2004). *Delegation, Authority, and Co-optation: Brazil's participatory democracy*. no prelo.

WEBER, Max. (1991). *Economia e sociedade: Fundamentos da Sociologia*. Brasília, DF. Editora da Universidade de Brasília.

_____. (1993). *Ciência e Política: duas vocações*. São Paulo: Editora Cultrix.

ANEXOS

ANEXO 1. QUADRO SÍNTESE DA LEGISLAÇÃO SOBRE O CMS/SP

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷	
CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988	<u>Art. 198.</u> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I — descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III — participação da comunidade.
	(Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000) <u>Art. 77.</u> Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: III — no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º § 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.
LEI FEDERAL Nº. 8.080/90	<u>Art. 7º</u> As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: VIII — participação da comunidade; IX — descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
	<u>Art. 9º</u> A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I — no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II — no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III — no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.
	<u>Art. 18.</u> À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I — planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II — participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; III — participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às

⁷⁷ Todas as ênfases assinaladas no quadro são de minha autoria.

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷

LEI FEDERAL Nº. 8.080/90	condições e aos ambientes de trabalho; IV — executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador; V — dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; VI — colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las; VII — formar consórcios administrativos intermunicipais; VIII — gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; IX — colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; X — observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; XI — controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; XII — normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
LEI FEDERAL Nº. 8.080/90	Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. § 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei. CAPÍTULO III Do Planejamento e do Orçamento Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. § 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷	
LEI FEDERAL Nº. 8.142 28 DE DEZEMBRO DE 1990	Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I — a Conferência de Saúde; e II — o Conselho de Saúde. § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. § 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
LEI FEDERAL Nº. 8.142 28 DE DEZEMBRO DE 1990	Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: I — Fundo de Saúde; II — Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; III — plano de saúde; IV — relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; V — contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI — Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação. Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.
NORMA OPERACIONAL BÁSICA — NOB/SUS 1996	15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL 15.2.2. Requisitos a. Comprovar o funcionamento do CMS (Conselho Municipal de Saúde). h. Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento. k. Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷	
	17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.
LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE SP 5 DE ABRIL DE 1990	Art. 217 — O sistema único de saúde do Município de São Paulo promoverá, na forma da lei, a Conferência Anual de Saúde e audiências públicas periódicas, como mecanismos de controle social de sua gestão. Art. 218 — Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde e usuários que, dentre outras atribuições deverá promover os mecanismos necessários à implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência, na forma da lei.
LEI MUNICIPAL Nº. 12.546 7 DE JANEIRO DE 1998	Art. 2º O Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, cujas decisões serão homologadas pelo Prefeito, atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no âmbito municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Parágrafo único. A competência para homologação das decisões, referida no "caput" deste artigo, poderá ser delegada ao Secretário Municipal da Saúde. Art. 3º Compete, ainda, ao Conselho Municipal de Saúde: I. Escolher seus representantes no Conselho Gestor do Fundo Municipal de Saúde — FUMDES; II. Elaborar, aprovar e emendar seu Regimento Interno; III. Controlar, acompanhar e avaliar a política de saúde do Município; IV. Acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde; V. Desenvolver propostas e ações de acordo com a política de saúde ditada pelo Executivo; VI. Garantir a participação e o controle popular, através da sociedade civil nas instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde, constantes do artigo 10 desta Lei; VII. Analisar, fiscalizar e apreciar, em nível municipal, o funcionamento do Sistema Único de Saúde; VIII. Possibilitar o amplo conhecimento do Sistema Único de Saúde junto à população e às instituições públicas e entidades privadas.
LEI MUNICIPAL Nº. 12.546 7 DE JANEIRO DE 1998	Art. 7º Na forma de seu Regimento Interno, o Conselho Municipal de Saúde deliberará pelo voto de mais da metade dos membros presentes à sessão. § 1º Para aprovação de matérias relativas à formulação de estratégias, controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, o "quorum" de deliberação será o de mais da metade dos integrantes do Conselho. Art. 8º O Conselho Municipal de Saúde contará com os recursos materiais e humanos necessários ao pleno desenvolvimento de suas atribuições. Parágrafo único — As solicitações do Conselho Municipal de Saúde, pertinentes ao disposto neste artigo, serão atendidas pelas unidades da Secretaria Municipal da Saúde, tão logo o possibilitem os recursos disponíveis para tanto.

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷	
DECRETO MUNICIPAL Nº 45.037 20 DE JULHO DE 2004	Art. 1º O Secretário Municipal da Saúde é o dirigente único do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, cabendo-lhe manter a unicidade conceitual e política do sistema.
DECRETO MUNICIPAL Nº 37.330 16 DE FEVEREIRO DE 1998	Art. 2º O Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, cujas decisões serão homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde, a quem fica delegada essa competência, atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no âmbito municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Art. 3º Compete ao Conselho Municipal de Saúde: <i>(Revogado pelo decreto 38.576/99)</i> I. Formular estratégias fornecendo à Secretaria Municipal da Saúde alternativas para a atuação da política de saúde no âmbito municipal; II. Controlar, acompanhar e avaliar a política de saúde do Município, promovendo diligências e requerendo informações referentes ao seu funcionamento; III. Desenvolver propostas e ações de acordo com a política de saúde ditada pelo Executivo; IV. Escolher seus representantes no Conselho Gestor do Fundo Municipal de Saúde — FUMDES; V. Elaborar, aprovar e emendar seu Regimento Interno; VI. Acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde; VII. Assegurar a participação e o controle popular, por meio da sociedade civil, no Conselho Municipal de Saúde e na Conferência Municipal de Saúde; VIII. Analisar, fiscalizar e apreciar, em nível municipal, o funcionamento do Sistema Único de Saúde; IX. Dar amplo conhecimento do Sistema Único de Saúde à população e às instituições públicas e entidades privadas.
DECRETO MUNICIPAL Nº 37.330 16 DE FEVEREIRO DE 1998	Art. 7º Na forma de seu Regimento Interno, o Conselho Municipal de Saúde deliberará pelo voto de mais da metade dos membros presentes à sessão. <i>(Revogado pelos Decretos 38.000/99 e 38.576/99)</i> § 1º Para aprovação de matérias relativas à formulação de estratégias, controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, o "quorum" de deliberação será o de mais da metade dos integrantes do Conselho. § 2º O "quorum" de instalação da sessão ordinária será o de mais da metade dos membros do Conselho com direito a voto. § 3º O "quorum" de instalação de sessão extraordinária para deliberação sobre decisão do Conselho Municipal de Saúde não homologada pelo Secretário Municipal da Saúde, por comunicação ou por decurso do prazo de 60 (sessenta) dias de sua deliberação, será de 80% (oitenta por cento) dos membros com direito a voto. § 4º A decisão a que se refere o parágrafo anterior, se aprovada na sessão extraordinária, será submetida, em grau de recurso, à consideração do Prefeito para deliberar quanto à homologação.
DECRETO MUNICIPAL Nº. 38.000	Art. 3º Revogados os §§ 1º, 3º e 4º, o § 2º do artigo 7º do Decreto nº. 37.330, de 16 de fevereiro de 1998, renumerado como parágrafo único, passa a vigorar com a

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷	
<i>(Revogado pelo decreto 38.576)</i> 25 DE MAIO DE 1999	seguinte redação: "Art. 7º Parágrafo único. O quorum de instalação das sessões ordinárias e extraordinárias será o de mais da metade dos membros do Conselho com direito a voto."
DECRETO MUNICIPAL Nº 38.576 5 DE NOVEMBRO DE 1999 <i>(Decreto em vigor)</i>	<u>Art. 1º</u> O Conselho Municipal de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, criado nos termos do artigo 218 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, exercerá suas atividades e atribuições de acordo com a Lei n. 12.546, de 7 de janeiro de 1998, na forma disposta neste decreto. <u>Art. 3º</u> Compete ao Conselho Municipal de Saúde, observadas as diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde: I. Deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros; II. Deliberar, analisar, controlar e apreciar, no nível municipal, o funcionamento do Sistema Único de Saúde; III. Aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o Plano Municipal de Saúde; IV. Apreciar, previamente, emitindo parecer sobre o Plano e aplicação dos recursos financeiros transferidos pelos Governos Federal, Estadual e do orçamento municipal consignados ao Sistema Único de Saúde; V. Apreciar a movimentação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal e pronunciar-se conclusivamente sobre os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pela Secretaria Municipal da Saúde; VI. Acompanhar e fiscalizar os procedimentos do Fundo Municipal de Saúde FUMDES, através de comissão de análise do FUMDES; VII. Propor critérios para a criação de comissões necessárias ao efetivo desempenho do Conselho Municipal de Saúde, aprovando, coordenando e supervisionando suas atividades; VIII. Promover a articulação interinstitucional e intersetorial para garantir a atenção à saúde constitucionalmente estabelecida; IX. Solicitar aos órgãos públicos integrantes do Sistema Único de Saúde no Município a colaboração de servidores de qualquer graduação funcional, para participarem da elaboração de estudos, para esclarecimento de dúvidas, para proferirem palestras técnicas, ou, ainda, prestarem esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão a que pertencem; X. Apreciar a alocação de recursos econômicos, financeiros, operacionais e humanos dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Único de Saúde; XI. Estabelecer instruções e diretrizes gerais para a formação dos Conselhos Gestores de nível local, distrital, regional e municipal, nos serviços públicos e nos serviços privados, conveniados e contratados; XII. Estimular a participação e o controle popular através da sociedade civil organizada, nas instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde em nível distrital, regional e de unidades; XIII. Aprovar as diretrizes e critérios de incorporação ou exclusão ao Sistema Único de Saúde, de serviços privados e ou pessoas físicas, de acordo com as necessidades de assistência à população do respectivo sistema local e da disponibilidade orçamentária, a partir de parecer emitido pelos órgãos técnicos da Secretaria Municipal da Saúde, bem como

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷

	controlar e avaliar sua atuação, com a colaboração dos Conselhos Gestores das Administrações Regionais de Saúde e/ou Distritos de Saúde, podendo a qualquer tempo propor exclusões ou incorporações por não atendimento às diretrizes e critérios acima; XIV. Possibilitar a ampla informação das questões de saúde e o amplo conhecimento do Sistema Único de Saúde à população e às instituições públicas e entidades privadas; XV. Ter todas as informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro, orçamentário e operacional, sobre recursos humanos, convênios, contratos e termos aditivos, de direito público, que digam respeito à estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde; XVI. Manter diálogos com dirigentes dos órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde, sempre que entender necessário; XVII. Aprovar o regimento, a organização, e as normas de funcionamento da Conferência Municipal de Saúde, reunida, ordinariamente a cada ano, e convocá-la, nos termos da lei; VIII. Elaborar, aprovar e alterar o seu Regimento Interno; XIX. Elaborar propostas, aprovar e examinar quaisquer outros assuntos que lhes forem submetidos, dentro de sua competência.
DECRETO MUNICIPAL Nº 38.576 5 DE NOVEMBRO DE 1999 <i>(Decreto em vigor)</i>	Art. 16º As deliberações do Colegiado Pleno do Conselho Municipal de Saúde serão formalizadas em resoluções, mediante homologação do Secretário Municipal da Saúde, conforme a delegação de competência prevista no artigo 2º do Decreto n. 37.330, de 16 de fevereiro de 1998, integralmente mantida no presente decreto. § 1º As deliberações normativas do Conselho Municipal de Saúde que impliquem na adoção de medidas administrativas da competência privativa do secretário Municipal da Saúde, como as consistentes em aumento de despesa, reorganização administrativa e alteração de planos ou programas, serão apreciadas pelo mesmo e, em caso de serem impugnadas, devolvidas à instância de origem com os motivos da impugnação. § 2º A homologação ou a impugnação será efetuada pelo Secretário Municipal da Saúde no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias corridos, a contar da data de deliberação. § 3º Caso o Secretário Municipal da Saúde não homologue as deliberações do Conselho Municipal de Saúde no prazo estabelecido neste artigo, o assunto deverá voltar ao Colegiado Pleno onde será reexaminado, com prioridade na reunião seguinte, devendo a deliberação ser confirmada por dois terços dos conselheiros membros, considerando os suplentes que estiverem substituindo os titulares, e homologada pelo Coordenador-Geral da Comissão Executiva. § 4º As resoluções serão publicadas no Diário Oficial do Município dentro do prazo de até 21 (vinte e um) dias, a partir da data de sua aprovação pelo conselho Municipal de Saúde.

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷

REGIMENTO INTERNO DO CMS/SP ⁷⁸	CAPÍTULO I — DA NATUREZA E FINALIDADE <u>Art.1º</u> — O Conselho Municipal de Saúde — CMS, é órgão de instância máxima colegiada, deliberativa e de natureza permanente, criado nos termos do art. 218 da Lei Orgânica do Município de São Paulo; é órgão específico da Secretaria Municipal da Saúde, na forma da Lei n.º 12.546, de 7 de janeiro de 1998 e, em conformidade com as disposições estabelecidas no Decreto n.º 37.330/98, alterado pelos Decretos nº. 38.000/99 e 38.576/99. <u>Art.2º</u> — O Conselho Municipal de Saúde — CMS, tem por finalidade atuar e deliberar na formulação e controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.
REGIMENTO INTERNO DO CMS/SP	CAPÍTULO II — DAS COMPETÊNCIAS <u>Art.3º</u> — Compete ao Conselho Municipal de Saúde: <i>(As competências do CMS/SP descritas pelo seu Regimento Interno são idênticas àquelas presentes no artigo 3º do Decreto Municipal nº. 38.576/99)</i>

⁷⁸ Homologado em D.O.M. de 07/07/00 e Modificado em D.O.M.'s de 18/10/00 no seu artigo 13, § 6º e artigo 16, § 3º e em 19/10/01 no seu artigo 24. Aprovado na 5ª Reunião Extraordinária de 27 de junho de 2000. Aprovado na 21ª Reunião Ordinária de 25 de setembro de 2000. Aprovado na 33ª Reunião Ordinária de 20 de setembro de 2001.

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷

REGIMENTO INTERNO DO CMS/SP	Art.13º — As deliberações do Conselho Municipal de Saúde, observado o quorum estabelecido, serão tomadas pela metade mais um de seus membros, mediante: a. Resoluções homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde sempre que se reportarem a responsabilidades legais do Secretário; b. Recomendações sobre tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigida a agentes institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência; c. Moções que expressem o juízo do Conselho, sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição. 1. As deliberações serão identificadas pelo seu tipo e numeradas correlativamente. 2. As deliberações do Colegiado Pleno do CMS/SP serão materializadas em resoluções, mediante homologação do Secretário Municipal da Saúde, conforme a delegação de competência prevista no art.2º do Dec. 37.330, de 16 de fevereiro de 1998, integralmente mantida no Dec. 38.576/99. 3. As deliberações normativas do CMS/SP que impliquem na adoção de medidas administrativas da alçada privativa do Secretário Municipal de Saúde, como a consistente em aumento de despesa, reorganização administrativa e alteração de planos ou programas, ou quaisquer outras de âmbito do executivo poderão ser apreciadas pelo Secretário Municipal de Saúde e em caso de serem impugnadas, serão devolvidas à instância de origem com os motivos da impugnação 4. A homologação ou a impugnação será efetuada pelo Secretário Municipal da Saúde no prazo máximo de 45 dias úteis, a contar da data de deliberação. 5. Caso o Secretário Municipal da Saúde não homologue as deliberações do CMS/SP no prazo estabelecido neste artigo, o assunto deverá voltar ao Colegiado Pleno onde será reexaminado, com prioridade na reunião seguinte, devendo a deliberação ser confirmada por dois terços dos conselheiros membros, considerando os suplentes que estiverem substituindo os titulares, e homologada pelo Coordenador Geral da Comissão Executiva. 6. As resoluções, atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, moções, notas a imprensa, recomendações sobre temas específicos e demais deliberações do plenário do Conselho Municipal de Saúde, serão publicadas em Diário Oficial do Município, dentro do prazo de 05 dias após sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde 7. Analisadas e/ou revistas as Resoluções, seu texto final será novamente encaminhado para homologação e publicação devendo ser observado o prazo previsto no § 6º.
-----------------------------	---

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷

REGIMENTO INTERNO DO CMS/SP	Seção V — ATRIBUIÇÕES DOS REPRESENTANTES DO COLEGIADO Representantes do Plenário <u>Art.25º</u> — Aos Conselheiros incumbe: I. Zelar pelo pleno e total desenvolvimento das atribuições do Conselho Municipal de Saúde; II. Estudar e relatar, nos prazos preestabelecidos, matérias que lhes forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo; III. Apreciar e deliberar sobre matérias submetidas ao Conselho para votação; IV. Apresentar Moções ou Proposições, ou propor diligências sobre assuntos de interesse da saúde; V. Requerer, por escrito, votação de matéria em regime de urgência; VI. Acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito da municipalidade, dando ciência ao Plenário; VII. Desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento do seu papel e ao funcionamento do Conselho.
REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE 6 de Maio de 1999	<u>Art. 15º</u> — As deliberações do Conselho Nacional de Saúde, observado o quorum estabelecido, serão tomadas pela maioria simples de seus membros, mediante: a) Resoluções homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde sempre que se reportarem a responsabilidades legais do Conselho; b) Recomendações sobre tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigida a ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência; c) Moções que expressem o juízo do Conselho, sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição. §1º — As deliberações serão identificadas pelo seu tipo e numeradas correlativamente. § 2º — As Resoluções do Conselho Nacional de Saúde serão homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde e publicadas no Diário Oficial da União (D.O.U.), no prazo máximo de trinta dias, após sua aprovação pelo Plenário. § 3º — Na hipótese de não homologação pelo Ministro de Estado da Saúde, a matéria deverá retornar ao Conselho Nacional de Saúde na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência. O resultado da deliberação do Plenário será novamente encaminhado ao Ministro para homologação e publicação no D.O.U., no prazo máximo de trinta dias, a contar da aprovação plenária. § 4º — A não homologação, nem manifestação pelo Ministro até trinta dias após o recebimento da decisão, demandará solicitação de audiência especial do Ministro para comissão de Conselheiros especialmente designada pelo Plenário. § 5º — Analisadas e/ou revistas as Resoluções, seu texto final será novamente encaminhado para homologação e publicação devendo ser observado o prazo previsto no parágrafo 3º. § 6º Permanecendo o impasse, o Conselho Nacional de Saúde, com aprovação de 2/3 de seus membros, poderá representar ao Ministério Público Federal, se a matéria constituir, de alguma forma, desrespeito, aos direitos constitucionais do cidadão.

COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E PODERES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO⁷⁷

PORTARIA
1166/89 da
Secretaria
Municipal de
Saúde de São
Paulo⁷⁹

O Secretário Municipal de Saúde, usando das atribuições que lhe são conferidas por Lei e, CONSIDERANDO, a Política de Controle Popular sobre a Administração Municipal, CONSIDERANDO a deliberação da Plenária de Entidade e Movimentos de Saúde, **RESOLVE: Criar o Conselho Municipal de Saúde do Município de São Paulo (CMS/SP), nos termos do seu Regimento Interno** que segue como anexo I. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:

Art 2º. O CMS/SP, com funções deliberativas, normativa, fiscalizadora e consultiva, tem como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde, constituindo-se no órgão colegiado máximo, responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde a nível do Município de São Paulo.

Art 11º. São atribuições do CMS/SP:

- 1. Estabelecer, controlar, acompanhar e avaliar a política de Saúde do Município.**
- 4. Deliberar, analisar, fiscalizar e apreciar, no nível Municipal, o funcionamento do Sistema de Saúde.**
- 9. Definir, controlar, acompanhar e avaliar o Plano Diretor de Saúde do Município.**
- 13. Fiscalizar a alocação dos recursos econômicos financeiros, operacionais e de recursos humanos dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Municipal de Saúde,** para que assim possam os mesmos, melhor exercer suas atividades e atender eficientemente as necessidades populacionais nessa área.
- 22. Estabelecer critérios gerais de controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde,** com base em parâmetros de cobertura, cumprimento das metas estabelecidas, produtividade, recomendando mecanismos claramente definidos para correção das distorções, tendo em vista o atendimento pleno das necessidades populacionais.
- 25. Pronunciar-se sobre as prioridades orçamentárias, operacionais e metas estratégicas dos órgãos institucionais vinculados ao Sistema Municipal de Saúde.**

Art. 16º. O CMS deliberará por maioria simples dos conselheiros presentes considerando os suplentes que estiverem em exercício devendo os assuntos debatidos serem votados em aberto.

Art. 18º. Os assuntos tratados e as deliberações tomadas em cada reunião, serão registrados em ata, a qual será lida e aprovada na reunião subsequente, devendo conter as posições majoritárias e as posições minoritárias com seus respectivos votantes.

⁷⁹ Essa portaria de 1989 foi expedida pelo então Secretário de Saúde, Eduardo Jorge, antes mesmo das leis federais e municipais preverem a constituição dos Conselhos de Saúde nos municípios. Sem maiores valores legais, o CMS/SP deixa de atuar durante todo o governo de Paulo Maluf e parte do governo de Celso Pitta. Somente após a Lei Municipal nº. 12.586, de 1998 é que o CMS/SP passou a ser institucionalizado.

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	
LEI FEDERAL Nº. 8.142 28 DE DEZEMBRO DE 1990	<u>Art. 1º</u> O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I — a Conferência de Saúde; e II — o Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. § 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO 5 DE ABRIL DE 1990	<u>Art. 218</u> — Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde e usuários que, dentre outras atribuições deverá promover os mecanismos necessários à implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência, na forma da lei.
LEI MUNICIPAL Nº. 12.546 7 DE JANEIRO DE 1998	<u>Art. 4º</u> O Conselho Municipal de Saúde, observado o disposto em decreto, terá sua estrutura colegiada integrada por: VI. Representantes do Poder Público; VII. Representantes dos prestadores de serviço da área da saúde; VIII. Representantes dos profissionais liberais; IX. Trabalhadores da área da saúde; X. Paritariamente ao conjunto dos demais integrantes, representantes dos usuários. § 1º O Secretário Municipal da Saúde integrará o Conselho Municipal de Saúde na condição de membro nato e o presidirá, com direito a voz e apenas ao voto de qualidade, que será exercido em caso de empate. § 2º Haverá, para cada membro do Conselho Municipal de Saúde, um suplente, pertencente ao mesmo segmento do titular. § 3º Os representantes mencionados nos incisos II, III, IV e V, e seus respectivos suplentes, serão indicados pelos correspondentes segmentos, conforme disciplinado em decreto, sendo seus nomes homologados pelo Secretário Municipal de Saúde. § 4º Para garantir a legitimidade da representação paritária referida no inciso V, é vedada a escolha de representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesses com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho.

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

DECRETO MUNICIPAL Nº 37.330 <i>(Revogado pelos Decretos 38.000/99 e 38.576/99)</i> 16 DE FEVEREIRO DE 1998	<u>Art. 4º</u> O Conselho Municipal de Saúde terá sua estrutura colegiada integrada por: I. 3 (três) representantes do Poder Público, sendo: a. 2 (dois) representantes da Secretaria Municipal da Saúde, indicados pelo Secretário Municipal da Saúde; b. 1 (um) representante da Secretaria do Governo Municipal, indicado pelo Secretário do Governo Municipal. II. 3 (três) representantes dos prestadores de serviços da área da saúde, sendo: a. 1 (um) representante das Cooperativas dos Profissionais da Saúde de Nível Superior, conveniadas com a Prefeitura do Município de São Paulo, para operacionalização do Plano de Atendimento à Saúde — PAS, eleito em foro próprio; b. 1 (um) representante das Cooperativas dos Profissionais da Saúde de Nível Médio, conveniadas com a Prefeitura do Município de São Paulo, para operacionalização do Plano de Atendimento à Saúde — PAS, eleito em foro próprio; c. 1 (um) representante do Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas, Instituições Benéficas, Religiosas e Filantrópicas do Estado de São Paulo; III. 2 (dois) representantes dos profissionais liberais, sendo: a. 1 (um) representante de Conselhos Regionais dos Profissionais de Atividades-Fim na área da saúde, eleito em foro próprio; b. 1 (um) representante de Conselhos Regionais dos Profissionais de Atividades-Meio na área da saúde, eleito em foro próprio; IV. 2 (dois) trabalhadores da área da saúde, sendo: a. 1 (um) representante de Associações de Classe de Categorias de Trabalhadores nas Atividades-Fim na área da saúde, eleito em foro próprio; b. 1 (um) representante de Associações de Classe de Categorias de Trabalhadores nas Atividades-Meio na área da saúde, eleito em foro próprio;
---	--

**COMPOSIÇÃO DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

DECRETO
MUNICIPAL
Nº 37.330

*(Revogado
pelos Decretos
38.000/99 e
38.576/99)*

16 DE
FEVEREIRO DE
1998

V. Paritariamente ao conjunto dos demais integrantes, **10 (dez) representantes dos usuários**, sendo:

- a. 1 (um) representante da Central Única dos Trabalhadores — CUT;
- b. 1 (um) representante da Confederação Geral dos Trabalhadores — CGT;
- c. 1 (um) representante da Força Sindical;
- d. 1 (um) representante da Federação do Comércio do Estado de São Paulo — FCESP;
- e. 1 (um) representante da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo — FIESP;
- f. 1 (um) representante das Associações de Portadores de Deficiências, eleito em foro próprio;
- g. 1 (um) representante das Associações de Portadores de Patologias, eleito em foro próprio;
- h. 1 (um) representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores — CONAM, do Município de São Paulo;
- i. 1 (um) representante das Entidades de Defesa do Consumidor, eleito em foro próprio;
- j. 1 (um) representante dos usuários cadastrados no Plano de Atendimento à Saúde — PAS, eleito em foro próprio.

§ 1º **O Secretário Municipal da Saúde integrará o Conselho Municipal de Saúde** na condição de membro nato e o presidirá, **com direito a voz e apenas ao voto de qualidade**, que será exercido em caso de empate, cabendo-lhe indicar o seu substituto nos seus impedimentos.

§ 2º Haverá, para cada membro do Conselho Municipal de Saúde, um suplente, pertencente ao mesmo segmento do titular.

§ 3º **Os representantes mencionados nos incisos II, III, IV e V, e seus respectivos suplentes, serão indicados pelos correspondentes segmentos em lista tríplice, separadamente para titular e suplente, sendo seus nomes escolhidos e homologados pelo Secretário Municipal de Saúde.**

§ 4º Para garantir a legitimidade da representação paritária referida no inciso V, **é vedada a escolha de representante dos usuários que tenha vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesses com quaisquer dos representantes dos demais segmentos integrantes do Conselho.**

§ 5º **As indicações a que se referem o § 3º, com eleição em foro próprio, serão efetuadas pelas entidades de cada segmento que se habilitarem junto à Secretaria Municipal da Saúde, na forma a ser estabelecida pelo Secretário da Pasta.**

**COMPOSIÇÃO DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

DECRETO MUNICIPAL Nº. 38.000 <i>(Revogado pelo Decreto 38.576/99)</i> 25 DE MAIO DE 1999	<u>Art. 1º</u> Os incisos II, III, IV e V, do artigo 4º, do Decreto nº. 37.330, de 16 de fevereiro de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação: "Art. 4º..... II — 5 (cinco) representantes dos prestadores de serviços da área da saúde, sendo: a. 1 (um) representante do Sistema Integrado Municipal de Saúde — SIMS, de nível superior, eleito em foro próprio; b. 1 (um) representante do Sistema Integrado Municipal de Saúde — SIMS, de nível médio, eleito em foro próprio; c. 1 (um) representante do Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas; d. 2 (dois) representantes de prestadores de serviços de instituições beneficentes, religiosas e filantrópicas do Município de São Paulo; III — 1 (um) representante de Conselhos Regionais dos Profissionais de Atividades-Meio da área da saúde, eleito em foro próprio;
DECRETO MUNICIPAL Nº. 38.000 <i>(Revogado pelo Decreto 38.576/99)</i> 25 DE MAIO DE 1999	IV — 1 (um) trabalhador da área da saúde, representante de Associações de Classe de Categorias de Trabalhadores nas Atividades-Meio na área da saúde, eleito em foro próprio; V — paritariamente ao conjunto dos demais integrantes, 10 (dez) representantes dos usuários, sendo: a. 1 (um) representante do Fórum de Patologias; b. 1 (um) representante do Grande Conselho Municipal do Idoso; c. 1 (um) representante da Força Sindical; d. 1 (um) representante da Federação do Comércio do Estado de São Paulo; e. 1 (um) representante da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo; f. 1 (um) representante da Associação de Defesa dos Interesses das Mulheres; g. 1 (um) representante do Conselho Coordenador das Sociedades Amigos de Bairros, Vilas e Cidades do Estado de São Paulo — CONSABESP; h. 1 (um) representante de Associações Indígenas do Município de São Paulo; i. 1 (um) representante de Entidades de Defesa do Consumidor, eleitos em foro próprio; j. 1 (um) representante dos usuários cadastrados no Plano de Atendimento à Saúde — PAS."

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	
DECRETO MUNICIPAL Nº. 38.000 <i>(Revogado pelo Decreto 38.576/99)</i> 25 DE MAIO DE 1999	<u>Art. 2º</u> O § 3º do artigo 4º do Decreto nº. 37.330, de 16 de fevereiro de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação: "Art. 4º § 3º Os representantes mencionados nos incisos II, III, IV e V, e seus respectivos suplentes, serão indicados pelos correspondentes segmentos, separadamente para titular e suplente, sendo seus nomes homologados pelo Secretário Municipal da Saúde."
DECRETO MUNICIPAL Nº 38.576 5 DE NOVEMBRO DE 1999 <i>(Decreto em vigor)</i>	<u>Art. 4º</u> O Conselho Municipal de Saúde terá composição quadripartida, com representação da Sociedade Civil, Trabalhadores da Saúde, Instituições Governamentais, Prestadores de Serviços e Fornecedores ou Produtores de Materiais de Saúde, observados os parâmetros estabelecidos neste artigo: V. 16 (dezesesseis) representantes da Sociedade Civil, assim distribuídos: 6 (seis) representantes de Movimentos Populares de Saúde, sendo 1 (um) da Região Leste, 1 (um) da Região Sudeste, 1 (um) da Região Sul, 1 (um) da Região Oeste, 1 (um) da Região Norte, 1 (um) da Região Centro; 5 (cinco) representantes de Movimentos Sociais; 2 (dois) representantes das Associações de Portadores de Patologias; 1 (um) representante de Entidades Sindicais Gerais Patronais; 1 (um) representante das Entidades Sindicais Gerais de Trabalhadores; 1 (um) representante de Associação de Portadores de Deficiência; VI. 8 (oito) representantes dos Trabalhadores da Saúde, assim distribuídos: 2 (dois) de Entidades Sindicais Gerais; 2 (dois) de Conselhos de fiscalização do exercício profissional de atividade fim; 1 (um) de Conselhos de fiscalização de exercício profissional de atividade meio; 2 (dois) de Entidades Sindicais de categorias profissionais da área da saúde; 1 (um) de Associações de profissionais liberais da área da saúde; VII. 6 (seis) representantes das Instituições Governamentais, assim distribuídos: 1 (um) representante dos Institutos de Ensino Superior e Institutos de Pesquisas públicos; 1 (um) representante dos Institutos de Ensino Superior e Institutos de Pesquisas privados; 4 (quatro) representantes do Governo Municipal; VIII. 2 (dois) representantes de Prestadores de Serviços e Fornecedores ou Produtores de materiais de saúde, assim distribuídos: 1 (um) representante de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde sem finalidade lucrativa; 1 (um) representante de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde ou Produtoras de materiais de saúde.

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

DECRETO MUNICIPAL Nº 38.576 5 DE NOVEMBRO DE 1999 <i>(Decreto em vigor)</i>	§ 1º A representação da Sociedade Civil será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos com representação no Conselho Municipal de Saúde. § 2º A cada titular corresponderá um suplente. § 3º Os representantes titulares e respectivos suplentes terão a sua homologação formalizada por ato do Prefeito. § 5º O Secretário Municipal da Saúde participará do Conselho Municipal de Saúde na condição de membro nato e o presidirá, com direito a voz e apenas ao voto de qualidade, que será exercido em caso de empate. § 6º Entende-se por "Movimento Popular de Saúde" (MPS) a organização da sociedade civil, constituída, dotada de ampla publicidade, com existência mínima de 12 (doze) meses anteriores à publicação deste decreto, cujos objetivos constitutivos e prática corrente têm na saúde e no usuário sua ênfase fundamental e, verificada a sua estrutura organizacional, possuam documentação comprobatória de existência e representatividade da área, de forma a possibilitar sua habilitação para se fazer representar no Conselho Municipal de Saúde. § 7º Define-se como "Movimentos Sociais" a organização da sociedade civil, constituída, dotada de ampla publicidade, com existência mínima de 12 (doze) meses anteriores à publicação do presente decreto, cujos objetivos constitutivos e prática corrente estejam voltados para grupos específicos de interesse e verificada a sua estrutura organizacional, como endereço notório, diretoria, órgãos colegiados, estatutos e demais documentos, de forma a possibilitar sua habilitação para se fazer representar no Conselho Municipal de Saúde. § 8º Fica vedado aos membros do Conselho Municipal de Saúde terem mais de uma representação.
DECRETO MUNICIPAL Nº 38.576 5 DE NOVEMBRO DE 1999 <i>(Decreto em vigor)</i>	Art. 5º A indicação das Entidades, Movimentos, Associações e Instituições se dará da seguinte forma: I. As Instituições representantes da esfera municipal serão indicadas pelo Governo Municipal; II. O representante dos Institutos de Ensino Superior e Institutos de Pesquisas será indicado pelo conjunto dos Institutos Públicos e Privados da área da Saúde, respectivamente; III. Os representantes do Movimento Popular de Saúde serão indicados pelo conjunto de movimentos, em plenárias regionalizadas, especialmente convocadas e divulgadas para esta finalidade; IV. As Entidades, Associações e Movimentos Sociais, representantes da sociedade civil, serão indicados em foro próprio; V. As Entidades e Conselhos representantes dos Trabalhadores de Saúde serão indicados pelo conjunto das entidades e conselhos de cada um destes segmentos; VI. As Entidades Prestadoras de Serviços e Produtoras de materiais de saúde serão indicadas pelo conjunto das entidades e instituições de cada um destes segmentos. - VII. § 1º A indicação das Entidades, Associações, Movimentos e Instituições representantes dos segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde respeitará a composição definida no artigo 4º. § 2º A renovação do Conselho Municipal de Saúde dar-se-á no primeiro ou último trimestre do ano, a cada 2 (dois) anos, devendo a gestão eleita tomar posse e ser referendada na Conferência Municipal de Saúde. § 3º O processo de renovação do Conselho Municipal de Saúde deverá contar

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	
	com amplas discussões nos 3 (três) meses que antecederem à renovação da gestão, envolvendo o conjunto de entidades e movimentos. § 4º As entidades e movimentos indicados para comporem o Conselho Municipal de Saúde terão mandato de 2 (dois) anos com direito a uma recondução.
REGIMENTO INTERNO DO CMS/SP	Subseção 1 — Composição <u>Art.6º</u> — A composição do plenário está definida no art.4º do Dec. 38.576/99, garantida sempre a paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos (Lei 8.142/90).
PORTARIA 1166/89 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Art 7º. O CMSP/SP terá composição tripartite com representação de usuários, trabalhadores de saúde, produtores de serviços ou material de saúde e instituições públicas. I- 12 Representantes das Instituições Públicas: 01 representante do Governo Federal; 01 representante do Governo Estadual; 01 representante das Universidades; 01 representante da Câmara Municipal; 03 representantes dos níveis centrais da SMS; 05 representantes dos níveis regionais da SMS. II- 08 Representantes dos Usuários: 03 representantes do Movimento Popular; 03 representantes do Movimento Sindical; 01 representante da Associação de Doentes; 01 representante de Entidades Patronais. III- 08 Representantes dos Trabalhadores de Saúde e Produtores de Serviços e Material de Saúde: 06 representantes de Entidades de Trabalhadores de Saúde; 01 representante de Entidades Lucrativas Produtoras de Serviços de Saúde; 01 representante de Entidades não Lucrativas Produtoras de Serviços de Saúde.

ANEXO 2. ROTEIRO DE ENTREVISTAS

MOMENTO / OBJETIVO	TÓPICOS ABORDADOS / PERGUNTAS ORIENTATIVAS	TEMPO PREVISTO
Apresentação do entrevistador	A. O mestrado na FGV B. A idéia da pesquisa C. A importância dessa entrevista D. O foco — democracia participativa / não à política de saúde E. A utilização exclusiva para fins acadêmicos.	2 min
Apresentação do entrevistado	A. Nome B. Período em que foi Conselheiro Governamental do Conselho de Saúde C. Cargo ocupado no governo quando era conselheiro (Qual DAS?) D. Breve histórico de vida do entrevistado (quando ingressou na administração pública, o que fazia antes disso, onde está agora, vínculos partidários)	5 min
1. Representatividade dos conselheiros governamentais	A. Como se deu a sua seleção para a representação do governo no Conselho de Saúde? B. De maneira geral, como acontecia a seleção dos conselheiros governamentais? Havia algum critério específico? C. Quão próximos os conselheiros eram do Secretário de Saúde e dos postos de direção da Secretaria? D. Qual era o grau de autonomia dos conselheiros governamentais para a tomada de decisão? E. O Sr./Sra. acredita que, de maneira geral, os conselheiros governamentais eram representativos da opinião do governo nos assuntos debatidos? Por que?	10 min
2. Representatividade dos conselheiros societais (usuários, trabalhadores e prestadores de serviços)	A. O Sr/Sra acredita que os conselheiros não-governamentais (usuários, trabalhadores, prestadores de serviços) eram representativos? B. Na sua opinião, como era a relação destes conselheiros com as suas bases?	10 min
3. As reuniões do Conselho e a formação da agenda	A. Me conte um pouco como funcionavam as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho? (Descreva a quantidade de pessoas, o clima, o ânimo, a disciplina, a produtividade, o tempo de duração, a vontade das pessoas em participar daquele espaço, o ambiente...) B. Como eram conduzidas as reuniões do Conselho? C. Como se dava a formação da agenda do Conselho? Quem participava da indicação dos temas de pauta?	10 min

MOMENTO / OBJETIVO	TÓPICOS ABORDADOS / PERGUNTAS ORIENTATIVAS	TEMPO PREVISTO
4. Participação e atuação dos conselheiros no CMS/SP	A. Como o Sr./Sra avalia a participação dos <i>conselheiros governamentais</i> nas reuniões do CMS? B. Qual era a postura deles nas reuniões? O grau de flexibilidade para ouvir o outro? A preparação para o debate... C. E a participação dos conselheiros dos demais segmentos? Como era? D. Como se dava a relação entre os conselheiros governamentais e os conselheiros representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços nas reuniões do Conselho? E. Como o Sr./Sra avalia o comprometimento dos <i>atores governamentais</i> com o funcionamento do Conselho? F. A posição de cada ator variava por assunto, ou havia blocos de coalizão fixos entre os segmentos? G. Em que medida os debates no Conselho influenciavam as posições de governo sobre uma determinada política pública? Poderia me citar algum exemplo?	30 min
5. Desempenho do CMS/SP	A. Quais eram os temas mais comuns nas pautas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho? B. No seu entender, quais eram os principais papéis e atribuições do Conselho? C. O Conselho desempenhava de maneira equivalente esses papéis ou sua atuação era mais destacada em algum desses campos? D. O que o Sr./Sra. entende por deliberativo? E. Até onde o Sr./Sra compreendia que deveria ir a participação do Conselho no processo de <u>formulação</u> de políticas públicas e de estabelecimento de diretrizes e prioridades para a SMS? F. E até onde essa participação ia de fato? Qual era a participação efetiva do Conselho nesse processo? G. O Sr/Sra poderia me citar alguns exemplos de casos concretos em que o Conselho deliberou diretrizes para a implementação de políticas de governo? Isso era freqüente? H. E em que medida essas deliberações eram absorvidas pelo governo? Poderia me citar exemplos também? I. Essas questões sobre o papel deliberativo do Conselho chegaram a ser objeto de debate no governo ou no Conselho? Se sim, conte um pouco como eram as posições a respeito. J. Qual era a expectativa dos demais segmentos em relação ao papel deliberativo do Conselho?	30 min

MOMENTO / OBJETIVO	TÓPICOS ABORDADOS / PERGUNTAS ORIENTATIVAS	TEMPO PREVISTO
	K. Segundo a lei municipal que regulamenta o funcionamento do CMS (12.546/98) uma das suas atribuições deveria ser a atuação na formulação de estratégias da política de saúde. Tendo em vista o período no qual o Sr./Sra. representou o governo no Conselho, como o Sr./Sra. avaliaria o desempenho do Conselho em relação a essa atribuição? L. O Sr./Sra. acha viável uma ampliação da participação dos conselheiros nesse sentido? M. o Sr./Sra. acha que essa participação poderia ter sido mais freqüente e mais efetiva? Ou ela foi até onde é “possível”? N. De maneira geral, o Sr./Sra achava o desempenho do CMS foi satisfatório?	
6. Fatores limitantes para um melhor desempenho do CMS	A. Na sua opinião, quais foram os principais fatores que limitaram um melhor desempenho do CMS? B. Por que esses problemas ocorriam? O que estavam por trás deles?	20 min
7. Contribuições e conquistas	A. Quais foram as principais contribuições e conquistas do Conselho de Saúde no período entre 2001-2004?	10 min
8. Principais desafios colocados aos conselhos	A. Com base na sua vivência e passados mais de 15 anos desde a implementação dos Conselhos no país, quais são, na sua opinião, os principais desafios colocados atualmente aos Conselhos de políticas públicas? B. O que precisaria ser feito para avançar nesse sentido?	10 min
Finalização da entrevista	A. Há mais algum ponto que o Sr./Sra. gostaria de destacar sobre o funcionamento dos Conselhos? B. Muito obrigado pela entrevista.	5 min