

**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



***“A Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato Grosso (2004-20006): um estudo sobre seu processo decisório”***

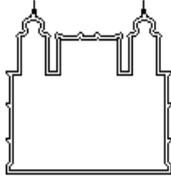
*por*

***Nídia Fátima Ferreira***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador: Prof.º Dr. Marcelo Rasga Moreira*

*Rio de Janeiro, dezembro de 2009.*



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



*Esta dissertação, intitulada*

***“A Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato Grosso (2004-2006): um estudo sobre seu processo decisório”***

*apresentada por*

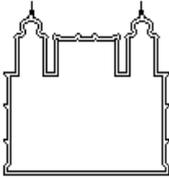
***Nídia Fátima Ferreira***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Renato Matos Lopes

Prof. Dr. José Mandes Ribeiro

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira – Orientador



**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



**MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO TRABALHO E DA  
EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**A Política de Educação Permanente em Saúde para  
Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato  
Grosso (2004-2006): um estudo sobre seu processo  
decisório**

**NÍDIA FÁTIMA FERREIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, com foco na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira.

Rio de Janeiro, dezembro de 2009

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

F383 Ferreira, Nídia Fátima  
A política de educação permanente em saúde para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato Grosso (2004-2006): um estudo sobre seu processo decisório. / Nídia Fátima Ferreira. Rio de Janeiro: s.n., 2009.  
73 f.

Orientador: Moreira, Marcelo Rasga  
Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Formulação de Políticas. 2. Conselhos de Saúde. 3.  
Implementação de Política. 4. Tomada de Decisões. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10425

*Odeio os indiferentes.  
Acredito que viver  
significa tomar partido.*

*Indiferença é apatia,  
parasitismo, covardia.  
Não é vida.*

*Por isso, abomino os indiferentes.  
Desprezo os indiferentes,  
também, porque me provocam  
tédio as suas lamúrias  
de eternos inocentes.*

*Vivo, sou militante.  
Por isso, detesto  
quem não toma partido.*

*Odeio os indiferentes.....*

*Antonio Gramsci*

## AGRADECIMENTOS

*São muitos os incentivadores, os colaboradores que proporcionaram a concretização deste projeto, contudo, não posso deixar de mencionar algumas pessoas cuja participação foi essencial.....*

*Ao Governo do Estado de Mato Grosso, na pessoa do Secretário de Saúde, Augustinho Moro por permitir a liberação das atividades para dedicar-me a este projeto.*

*Marta Maciel Metello Mansur Bumlai, Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Extensão da Escola de Saúde Pública - ESPMT, por acreditar no nosso potencial.*

*Rose Maria Peralta Guilherme Fava, diretora da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso - ESPMT pelo apoio.*

*Almir Balieiro Superintendente da Escola de Governo, pelas liberações e compreensão das ausências por vezes necessárias.*

*A todas as colegas e amigas (os) da Escola de Saúde Pública e Escola de Governo do Estado de Mato Grosso, pelo apoio e entendimento da necessidade do afastamento.*

*A todas as colegas e o único colega do Mestrado, pelo companheirismo, colaboração e Cumplicidade.*

*A todas as “seis meninas” de Mato Grosso pelo companheirismo e convivência. E em especial Lissandra e Vanessa pela tranquilidade intranquãila.....e o desejo em compartilhar idéias e experiências.*

*À Luzimar, secretária do mestrado, por todo o respeito, carinho e disponibilidade com cada um de nós.*

*Ao Professor Antenor Amâncio, pois este percurso foi possível graças à sua postura ética e justa e à sua capacidade em reconhecer a importância da dedicação ao estudo.*

*Ao Professor Sérgio Pacheco pelo apoio na direção do mestrado ao lado do Professor Antenor Amâncio.*

*Em especial, ao Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira meu orientador, que com objetividade, proporcionou importante contribuição neste processo de aprendizagem.*

*Ao Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso, que proporcionou os documentos necessários para o trabalho e a presteza no fornecimento do material a ser analisado.*

*Agradeço particularmente a minha irmã Claudette Ferreira, meus sobrinhos Wagner e Letizia, que tentaram entender as minhas ausências...e a minha falta de tempo.*

*À minha mãe Eliberta o meu reconhecimento e gratidão pela luta e por sempre me incentivar a continuar.*

*Aos amigos e amigas sem as quais muitas idéias, desejos, alegrias não seriam possíveis e pela compreensão e apoio durante a conclusão deste estudo... entendendo o meu necessário isolamento.*

*E por último, a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho...*

*O meu sincero muito obrigada...*

## RESUMO

No Estado do Mato Grosso, o Conselho Estadual de Saúde – CES/MT considerou que, para atuar de acordo com o que lhe é preconizado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, é necessário que seus conselheiros sejam qualificados e continuamente tenham seus conhecimentos aperfeiçoados. Neste contexto, o Conselho, no ano de 2004, entendeu ser importante estabelecer uma Política de Educação Permanente em Saúde - PEP capaz de propiciar o aprimoramento dos conselheiros e agentes sociais na gestão e construção do Sistema Único de Saúde. Assim, o CES/MT constituiu um Grupo de Trabalho Interinstitucional – GTI com o objetivo de formular e coordenar a construção PEP. A política e o plano de ações que a colocaria em prática foram construídas em oficinas regionais e aprovadas em reunião ordinária do CES, porém, as atividades decorrentes dessas propostas não foram implementadas.

Analisar o processo decisório da ‘Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato Grosso (2004/2006) é o objetivo geral do estudo desta dissertação. O estudo do processo decisório em políticas públicas poderá contribuir para evidenciar e compreender os problemas que levaram a não implementação de uma política e isto é fundamental para a gestão pública, sobretudo quando envolve as relações do poder executivo com o CES/MT. Justifica-se ainda a necessidade de construir, no campo específico estudos que permitam suprir lacunas na área do conhecimento que possam contribuir com as correções de rota e de gestão, apoiando a resolução de problemas da gestão pública, além de disseminar experiências asseguradas cientificamente colaborando na implantação de um SUS resolutivo, de qualidade e com participação e controle social.

Foram utilizadas fontes secundárias, como documentos que registraram as ações colocadas em prática e as relações travadas neste processo; atas das reuniões do CES/MT, e a política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais. As atas foram organizadas sistematizadas cronologicamente, no tocante ao assunto da construção da PEP com a intenção de reproduzir, com o máximo possível de clareza, o que ocorreu no processo decisório. Desta maneira, o corpus foi metodologicamente trabalhado em dois eixos: cronologia e relações (embates e alianças) travadas pelos atores políticos participantes do processo decisório da PEP, procedimentos típicos da análise documental utilizada em estudos qualitativos. Para melhorar o rendimento de tais procedimentos e reforçar as estratégias metodológicas que lidam com a assimetria de interesses, foram incorporados à dissertação determinados pressupostos da técnica de análise de discurso, em especial o que se refere à ênfase na compreensão do papel social desempenhado pelo ator político como determinante para a fala que este produz.

Produziu-se então, um conjunto de informações e explicações cujo intuito primordial foi de contribuir para que, na nova tentativa de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais, os problemas já ocorridos fossem superados e não fossem, novamente, óbices.

Palavras – Chaves: Formulação e Implementação de Política, Processo Decisório, Conselho de Saúde

## ABSTRACT

In the Mato Grosso State, the State Council of Health – CES/MT considered that, to actuate in accordance with what is professed to him by the Laws 8080/90 and 8142/90, it is necessary that their counselors be qualified and continually have their knowledge improved. In this context, the Council, in the year 2004, understands that it is important to establish Permanent Education Politics in Health - PEP capable of propitiating the counselors and social agents' refinement in the management and construction of the Sistema Único de Saúde (Unique System of Health). Thus, the CES/MT constituted a Group of Inter institutional Work - GTI with the objective of formulating and coordinating the PEP construction. The politics and the actions plan that would put it in practice were constructed in regional workshops and approved in ordinary reunion of the CES, but, the activities derived from these proposals were not implemented. And analyze the decisive process of the Permanent Education Politics in Health for Counselors and Social Agents (2004/2006) in the Mato Grosso State is the general objective of this dissertation's study. The study of the decisive process in public politics can contribute to evidence and understand the problems that led to the not implantation of a politic and this is fundamental for the public management, especially when it involves the executive power's relations with the CES/MT. It still justifies the need of constructing, in the specific field studies that make it possible to supply blanks in the knowledge area that could contribute with the route and of management corrections, supporting the resolution of the public management problems, beyond disseminate experiences secured scientifically collaborating in the implantation of a decisive SUS, of quality and with social participation and control. Secondary sources, like documents that registered the actions put into practice and the relations engaged in this process were utilized; registers of the CES/MT's meetings and the Permanent Education politics for Counselor and Social Agents. The minutes were chronologically organized and systematized, concerning the subject of the PEP construction with the aim at reproducing, with the greatest of clarity, what occurred in the decisive process. In this manner, the corpus was methodologically worked in two main points: chronology and relations (clashes and alliances) engaged by the political actors participants of the PEP decisive process, typical procedures of the documental analysis utilized in qualitative studies. To enhance the income of such procedures and reinforce the methodological strategies that deal with the interests' asymmetry, some purposes of the discourse analysis technique were incorporated to the dissertation, specially the one that is referred to the emphasis in the social paper's comprehension performed by the political actor as determinant for the speech that it produces. Thus, it produced an information and explications body whose primordial purpose was to contribute so that, in the new attempt of establishment of the Permanent Education Politics in Health for Counselors and Social Agents, the problems just occurred could be overcome and could not be, obstacles again.

Key words: Politics' Formulation and Establishment, Decisive Process, Council of Health

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	15
2.1 Da pergunta – Problema aos Objetivos Específicos.....	15
2.2 Sobre os objetivos .....	16
2.3 A Ética em Pesquisa.....	20
3. POLÍTICAS PÚBLICAS E SEU PROCESSO DECISÓRIO.....	22
3.1. O Processo Decisório.....	23
3.2. A importância das etapas de Formulação e Implementação às Políticas Públicas .....	26
3.3 Democratização e Participação da Sociedade no Processo Decisório.....	30
4. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SEU PROCESSO DECISÓRIO.....	33
4.1 A participação dos Conselhos de Saúde no Processo Decisório: formulação e implementação das políticas de saúde.....	35
5.O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATOGROSSO.....	38
5.1 Breve histórico das Capacitações de Conselheiros no Estado de Mato Grosso.....	44
5.2 Grupo de Trabalho Interinstitucional.....	49
6. UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DECISÓRIO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E AGENTES SOCIAIS.....	65
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
8. REFERÊNCIAS.....	71

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Composição do Conselho Estadual da Saúde.....	42
Quadro 2: Número de Conselheiros de Saúde e Representantes da sociedade civil capacitados na I Etapa – ano de 1997.....	45
Quadro 3: Número de Conselheiros de Saúde e Representantes da sociedade civil capacitados na II Etapa-ano de 2000.....	45
Quadro 4: Número de Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais capacitados na III Etapa - anos de 2002 a 2003 .....	46
Quadro 5: Diretrizes para o Processo de Capacitação.....	45
Quadro 6: Objetivos das Oficinas Regionais .....	51

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>AMAPA</b>	Associação dos Aposentados de Mato Grosso
<b>AMDE</b>	Associação dos Deficientes
<b>CES/MT</b>	Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso
<b>CGT/MT</b>	Central Geral dos Trabalhadores de Mato Grosso
<b>CIS</b>	Comissão Interinstitucional de Saúde
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CRP</b>	Conselho Regional de Psicologia
<b>CRESS</b>	Conselho Regional de Serviço Social
<b>ESPMT</b>	Escola de Saúde Popular de Mato Grosso
<b>GSP</b>	Grupo de Saúde Popular
<b>GEP</b>	Grupo de Educação Permanente
<b>GRUCON</b>	Grupo Representante do Movimento de Raças
<b>PEP</b>	Política de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais do Estado de Mato Grosso
<b>PTA</b>	Plano de Trabalho Anual
<b>RI</b>	Regimento Interno
<b>SIMPAS</b>	Sindicato dos Assistentes Sociais da Associação dos Servidores
<b>SINTEP</b>	Sindicato dos Profissionais de Educação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFMT</b>	Universidade Federal de Mato Grosso
<b>UNEMAT</b>	Universidade Estadual de Mato Grosso

## 1. INTRODUÇÃO

A participação da sociedade constitui-se em um princípio-diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). Garantida pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90) - ambas resultantes da atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (MRS), que desde a década de 1970/80 já propugnava por um sistema público de saúde - esta participação foi institucionalizada por meio de Conselhos e Conferências de Saúde que, obrigatórios nas três esferas político-administrativas de governo, buscam assegurar a democratização do processo decisório das políticas de saúde.

Em Mato Grosso, o Conselho Estadual de Saúde (CES/MT), buscando investir na melhoria de qualidade dessa participação, deliberou que, para desempenhar adequadamente sua missão e atuar de acordo com o que lhe é preconizado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, os conselheiros (os do CES e dos CMS do Estado) precisariam, a partir de então, tornarem-se sujeitos de um processo contínuo de capacitação e aperfeiçoamento.

Para colocar tal deliberação em prática, o CES/MT propôs, em 2004, a elaboração de uma política de educação permanente em saúde voltada para o aprimoramento de conselheiros e agentes sociais na gestão e na construção do Sistema Único de Saúde. Para dar conta desta tarefa, o CES/MT constituiu um Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) cujo objetivo foi o de formular e coordenar a construção da “Política de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais do Estado de Mato Grosso (PEP)”.

Entre 2004 e 2006, o GTI, por meio de oficinas descentralizadas e regionalizadas, elaborou a PEP e o plano de ações que a colocaria em prática. Marcado por duros embates entre os atores que dele participaram, este processo revelou-se extremamente problemático, de difícil pactuação e com tão poucos acordos que só em 2006 a PEP veio a ser aprovada pelo CES/MT. Apesar desta aprovação, a política nunca foi implantada.

Em 2009, o CES/MT deliberou pela retomada desse processo, propondo a implantação e a execução da Política de Educação Permanente para conselheiros. Para isto, apoiou-se na Resolução nº 354 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - ‘Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde – e na atuação do Ministério da Saúde (MS) que, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), publicou a portaria nº 3.060, definindo as diretrizes da “Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)”’.

Esta retomada aponta para um cenário político-institucional no qual novamente ocorrerá um processo decisório em que a necessidade de negociação, pactuação e estabelecimento de novas orientações para a política de educação permanente em saúde serão essenciais. Diante deste cenário e a fim de reduzir as possibilidades de que os problemas ocorridos em 2006 ocorram de novo e, mais uma vez, interfiram negativamente no processo, faz-se necessário – e mesmo fundamental – identificar e compreender tais problemas.

Para isto, o estudo aqui apresentado (decorrência de inquietações advindas de minha participação, em 2005, como técnica da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso nas oficinas e reuniões do GTI) analisa o processo decisório da PEP a fim de identificar entraves, problemas e impasses que possam ter interferido na implantação desta política.

O investimento em tal proposta justifica-se porque o estudo do processo decisório das políticas públicas tem efetiva capacidade de evidenciar e de promover a compreensão de importantes situações que levam, por exemplo, a não-implantação de uma determinada política. Além disto, pode identificar, nos diferentes atores envolvidos no processo decisório, motivações que levam a não-execução da política. Se a compreensão destes problemas já é, per si, importante para a análise do processo decisório, tal importância amplia-se quando a política não-implantada é reinsertada na agenda pública, como é o caso da PEP.

Por tudo isso, nesta dissertação, a pergunta-problema da qual se parte é: que motivos levaram a não-implantação da ‘Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais’?

O raciocínio hipotético que norteia os rumos da investigação daí suscitada é que, durante a etapa de formulação da PEP, não houve consenso entre os atores envolvidos, o que resultou em uma política que não atendia aos interesses do CES/MT, ao mesmo tempo em que não contava com o apoio dos demais atores envolvidos no processo decisório.

A fim de estudar esta hipótese, confrontando-a com a realidade para compreender seu potencial explicativo (e, por antinomia, a falta deste potencial), buscou-se reconstruir o processo de formulação da PEP por meio de análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CES/MT no período de 2004 a 2006, a fim de identificar se e em que medida, esta etapa foi marcada por embates e conflitos capazes de contaminar a etapa de implementação, de maneira a inviabilizar a implantação da política. Em síntese, são os frutos deste trabalho que serão apresentados nos capítulos seguintes.

Precedido por um capítulo de *aspectos metodológicas* (**capítulo II**) no qual são descritos e debatidos os métodos, técnicas e aspectos éticos envolvidos na pesquisa que gerou a presente dissertação, o **capítulo III** – ‘*As políticas Públicas e seu Processo Decisório*’ – apresenta e discute o referencial teórico sobre políticas públicas e processo decisório que aqui será adotado. Neste esforço, busca-se enfatizar o processo decisório das políticas públicas, suas etapas e as relações travadas pelos atores políticos (embates e alianças) a fim de fazerem valer seus interesses.

No **capítulo IV** – ‘*As Políticas Públicas de Saúde no Brasil e seu Processo Decisório*’, o referencial teórico abordado no capítulo anterior é direcionado para apoiar uma melhor compreensão sobre um aspecto inovador do processo decisório das políticas de saúde no Brasil – e que é fundamental para esta dissertação: a inclusão dos Conselhos de Saúde no processo decisório, viabilizando, assim, a participação da sociedade organizada nas diferentes etapas da política de saúde, em especial a da formulação.

Com o papel deste ator inovador delineado e com o processo decisório das políticas de saúde mapeadas, o **capítulo V** – ‘*O Conselho Estadual de Mato Grosso e o Processo Decisório da Política de Educação*’ – assume um enfoque ainda mais centrado, apontando

diretamente para o Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso e, mais especificamente, para o processo decisório da *Política de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais do Estado de Mato Grosso (PEP)*, retratando, em seu segundo tópico, as relações travadas na etapa de formulação da PEP.

Em seguida, o **capítulo VI – *Uma Análise sobre o Processo Decisório da Política de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais*** – analisa justamente as etapas e relações descritas no capítulo anterior. Seu principal intento é produzir uma melhor compreensão do processo, identificando os problemas que levaram a não-implantação da PEP. Pretende, assim, gerar subsídios para que, na retomada da pauta sobre educação permanente para conselheiros de saúde ora proposta pelo CES/MT, os atores envolvidos no processo decisório consigam superar seus embates e diferenças, articulando-se de maneira suficiente para (re) formular e implantar uma política pública eficaz e eficiente.

Concluindo a dissertação, o **Capítulo VII** é dedicado às *Considerações Finais*, que apontam que, para que um processo democrático seja democrático e efetivo, a busca por pactuação e articulação são elementos fundamentais.

Isto posta, é importante ressaltar que, ao longo de todo este estudo, procurei articular um ‘conhecimento’ de cunho acadêmico recentemente aprendido com os ‘saberes’ acumulados na prática profissional. Desafiadora e por vezes desconcertante, tal prática, que ainda precisa ser otimizada e aprofundada, produziu um crescimento pedagógico-profissional fundamental em meu cotidiano. Situo, assim, a importância deste Mestrado Profissional como estratégia viabilizadora de crescimento intelectual e laboral, sobretudo por sua capacidade de estabelecer pontes entre os conteúdos ‘acadêmicos’ e os oriundos do ‘mundo do trabalho’.

## 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Etimologicamente, método é o caminho para se atingir a um determinado fim. No âmbito de uma pesquisa, este fim é seu objetivo geral. De acordo com Richardson<sup>1</sup>, o método científico fundamenta-se primeiramente na *observação* do mundo que nos rodeia, apreendendo para observar de forma mais ampla possível para que se possa questionar sobre o que, porque e como são os fenômenos. Para este autor, o segundo fundamento do método científico é a *formulação de um problema ou pergunta* em que o pesquisador deve fazer uma pergunta abalizada na observação de um fenômeno.

A terceira etapa do método é a procura de *informações* sobre o fenômeno escolhido. A quarta etapa é a *formulação de uma hipótese*, ou seja, uma resposta possível de ser testada e fundamentada para uma pergunta feita atinente ao fenômeno escolhido. A quinta etapa do processo é a tentativa de predizer o resultado do teste de uma hipótese, a *predição* é, portanto o meio formal de testar uma hipótese. A sexta etapa contempla a manipulação e comparação de resultados - *análise*. A sétima e última etapa do método científico consiste na *aceitação ou rejeição* da hipótese.

Em linhas gerais e com as críticas e adaptações necessárias para se fugir a uma visão esquemática e formalista do método científico, buscou-se, nesta dissertação, percorrer o caminho acima apontado. Nos próximos tópicos deste capítulo, tal percurso, assim como as adaptações e críticas, será apresentado, descrito e debatido.

### 2. 1. Da Pergunta-Problema aos Objetivos Específicos

Destacaram-se, a seguir os elementos componentes deste item com sua respectiva descrição:

**Pergunta-problema:** que motivos levaram a não-implantação da Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais (2004/2006)?

**Raciocínio Hipotético:** o principal motivo é o de que, durante a etapa de formulação da referida política, não houve consenso entre os atores envolvidos, o que resultou em uma política que, não atendia aos

interesses do CES/MT ao mesmo tempo em que não contava com o apoio dos demais atores envolvidos no processo decisório.

**Objeto:** O processo decisório da '*Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato Grosso (2004/2006)*'.

**Objetivo Geral (OG):** Analisar o processo decisório da '*Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais do Estado de Mato Grosso (2004/2006)*'.

**Objetivos Específicos (Oe):**

(Oe1) Mapear as etapas, reuniões e debates travados no processo decisório da *Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais do Estado de Mato Grosso (2004/2006)*;

(Oe2) Identificar, a partir do mapeamento produzido em Oe1, motivos que possam ter influenciado a não-implantação da *Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais (2004/2006)*;

(Oe3) Analisar, a partir das relações (embates e alianças) travadas pelos atores políticos que participaram do processo decisório *Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais (2004/2006)*, os motivos identificados em Oe2;

## **2. 2. Sobre os Objetivos**

A fim de que os debates propostos e suscitados por uma dissertação sejam coerentemente estabelecidos, faz-se necessário apresentar a construção metodológica que orientou sua elaboração, conduziu seu desenvolvimento e engendrou seus resultados. Atendo-se aos objetivos de uma dissertação, tais necessidades são sintetizadas demonstrando que, para alcançar seu **objetivo geral**, faz-se fundamental a identificação e execução de determinadas tarefas consideradas imprescindíveis. Estas tarefas são os **objetivos específicos**.

Na presente dissertação, esta relação metodológica interna constrói-se a partir da compreensão de que a tarefa necessária para a consecução do objetivo geral volta-se para a reconstrução do processo decisório da *Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais (PEP)* a fim de, a partir desta

reconstrução, identifique situações de embates entre os atores políticos que possam indicar motivos para sua não-implantação.

A tarefa de reconstrução do processo decisório de uma política pode ser feito a partir de fontes primárias – quando os atores políticos são diretamente consultados, por meio de entrevistas, grupos focais e outras técnicas mais específicas – e fontes secundárias, que, via de regra, concretiza-se em documentos que dão oficialidade/institucionalidade/verificabilidade ao processo, tais como atas, pautas, relatórios e etc.

Para o pesquisador, a melhor opção é sempre a que lhe permite conjugar e diversificar suas fontes e, por conseguinte, as técnicas das quais se utiliza para levantar as informações junto a tais fontes. Como uma das principais características de uma pesquisa são sua adequabilidade ao tempo e aos recursos (financeiros e humanos) disponíveis, a conjugação e diversificação de fontes e técnicas deve ser trabalhada para produzir esta adequabilidade.

Para a presente dissertação, construída no âmbito da primeira turma de um Mestrado Profissional com características estruturais e cronológicas peculiares, o tempo e os recursos disponíveis para se trabalhar com os dois tipos de fonte acima identificados mostraram-se insuficientes e, portanto, inadequados, impedindo o caminhar neste trajeto. Em tal contexto, a opção tomada foi a de se trabalhar apenas com as fontes secundárias disponíveis, as quais mais à frente serão explicitadas.

O trabalho com fontes secundárias traz limitações próprias, das quais a principal é que tais fontes não são construídas com/pelos mesmos interesses que o pesquisador desposa (note-se que isto não representa nenhum juízo de valor acerca de ambos os interesses, ressaltando, isto sim, a dessemelhança entre eles). Isto significa que, muitas vezes, as informações disponíveis em tais fontes não são adequadas (e, por vezes, nem mesmo pertinentes) à pesquisa desenvolvida. Sistematizar o conjunto de informações levantadas junto às fontes secundárias (muitas vezes, um conjunto desarticulado e complexo), selecionando as que atendem aos interesses da pesquisa é, portanto, uma das tarefas essenciais do pesquisador.

Decorrente desta, outra limitação importante e que deve ser levada em conta é a de que, ao serem produzidos para atender a determinados interesses que não os da pesquisa, os documentos que concretizam as fontes secundárias são influenciados pelos interesses que os produziram. Estes interesses podem realmente introduzir um viés que nuble o desenvolvimento de estudos e pesquisas.

No entanto, em casos como os trabalhados na presente dissertação, nos quais os documentos de referência são submetidos à aprovação do coletivo que participou do processo que o gerou, além de serem documentos públicos, cujo acesso é franqueado a qualquer cidadão, tais procedimentos de transparência reduzem (embora não eliminem) as possibilidades de manipulação.

De qualquer maneira, a influência dos interesses de quem produz o documento é um fator que deve ser levado em conta em qualquer pesquisa que lide com fontes secundárias, não para que o pesquisador tenha pseudo-oportunidades de eliminá-los, mas para que ele esteja certo de que precisa lidar metodologicamente com eles.

Tal fato explica o porquê de serem trabalhadas nesta dissertação as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pelo CES/MT no período de 2004 a 2007, embora com as limitações acima expostas. Além de serem as únicas fontes possíveis de serem analisadas (conforme acima explicado), elas têm reduzidas (embora não anuladas) possibilidades de ser fruto de um viés inviabilizador, uma vez que todas foram aprovadas por votação no Pleno do CES/MT. Logicamente, uma continuidade e o aprofundamento do estudo aqui trabalhado apontam para uma busca direta das fontes primárias, ouvindo-se os atores que participaram do processo decisório. Ressalte-se, porém, que, apesar de melhorar a qualidade da informação, tal procedimento não acabaria com os vieses.

Antes de trabalhar mais diretamente com os objetivos da dissertação, faz-se necessário refletir sobre mais um aspecto da presente dissertação, que se refere à minha participação no processo decisório que estudei. Enfrentar tal proximidade foi um desafio para quem pretendeu realizar uma análise cientificamente embasada, mas que ainda trazia impressões e sentimentos decorrentes da vivência profissional, muito demarcados. Em situações como esta, fui sendo orientada durante todo o

tempo todo a me guiar por meus objetivos de pesquisa e a submeter os fatos às categorias analíticas, deixando de fora opiniões e sentimentos. Logicamente, estes procedimentos não geraram neutralidade, mas foram importantes, permitindo-me ir além do senso comum que marcava minhas opiniões. Considero ter sido uma experiência dura, mas muito interessante.

Adentrando aos objetivos da dissertação, é preciso explicitar que, para a consecução do objetivo específico 1 (Oe1) - *Mapear as etapas, reuniões e debates, travados no processo decisório da Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais do Estado de Mato Grosso (2004/2006)*, foram utilizadas as fontes secundárias acima referidas, quais sejam, as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pelo CES/MT.

Com a intenção de reproduzir, com o máximo possível de clareza, o que ocorreu no processo decisório, as atas foram, num primeiro momento, organizadas e sistematizadas cronologicamente para, posteriormente, terem selecionados os trechos que se referem à formulação da PEP. Gerou-se assim, um novo documento, que tem como único tema a PEP. Documentos como este são denominados por Bourdieu de *Corpus*.

No *corpus*, buscou-se *identificar, a partir do mapeamento produzido em Oe1, motivos que possam ter influenciado a não-implantação da Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais (2004/2006)*, o que se configura no segundo objetivo específico (Oe2).

Para isto, buscou-se identificar os momentos em que os atores políticos que participaram do processo decisório produziram embates e alianças; se e em que medida estas relações foram tópicas ou permearam o processo como um todo; e mais uma série de efeitos que relações de embate e aliança possam ter tido sobre o processo decisório. Desta forma, as relações travadas pelos atores políticos, em especial de embate e aliança, são o foco de análise deste Oe2 e, concomitantemente, sua principal categoria de análise.

Desta maneira, o *corpus* foi metodologicamente trabalhado em dois eixos: cronologia e relações (embates e alianças) travadas pelos atores

políticos participantes do processo decisório da PEP. Este é um procedimento típico da análise documental utilizada em estudos qualitativos.

Para melhorar o rendimento de tal procedimento e reforçar as estratégias metodológicas que lidam com a assimetria de interesses entre autores da ata e pesquisadora, foram incorporados à dissertação determinados pressupostos da técnica de análise de discurso, em especial o que se refere à ênfase na compreensão do papel social desempenhado pelo ator político como determinante para a fala que este produz.

É neste momento que desponta o objetivo específico 3 (Oe3): *analisar, a partir das relações (embates e alianças) travadas pelos atores políticos que participaram do processo decisório Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais (2004/2006), os motivos identificados em Oe2.*

Em essência, neste objetivo, foi analisado se e em que medida, os embates e alianças travados pelos atores políticos impediram que determinados pontos fossem debatidos ou impuseram sua introdução no texto da PEP. Com isto, pretende-se analisar se tais situações configuram-se em motivos para a não-implantação da PEP, produzindo-se, assim, o Objetivo Geral da pesquisa (OG).

Tem-se clareza que este estudo apresenta limitações, ainda mais porque se buscou uma leitura diferente das que já foram feitas sobre seu objeto. Com esta consciência, tentou-se produzir um conjunto de informações e explicações cujo impacto pensado, além de uma melhor compreensão sobre o processo decisório já travado, é o de contribuir para que, na nova tentativa de implantação de uma política de educação permanente em saúde para Conselheiros e Agentes Sociais, os problemas anteriormente ocorridos sejam superados e não sejam, novamente, motivos para a não-implantação da política.

### **2. 3. Sobre a Ética em Pesquisa**

A ética na pesquisa é construída a partir dos seguintes pilares: ‘autonomia’ (o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que de alguma forma participam da pesquisa); a ‘beneficência’ (o compromisso do pesquisador em refletir sobre suas ações e estratégias, sempre

privilegiando os procedimentos que tragam o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos sujeitos da pesquisa); ‘não-maleficência’ (a garantia de que danos previsíveis serão evitados); e ‘justiça e equidade’ (a relevância social da pesquisa contida na premissa de que ela deve trazer contribuições significativas para os sujeitos envolvidos, minimizando possíveis ônus) (CNS, 1996) (Ministério da Saúde<sup>2</sup>).

O trabalho de pesquisa que resultou nesta dissertação foi desenvolvido a partir de atas que são documentos oficiais, públicos e de livre acesso ao cidadão, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso divulgá-los à sociedade. Portanto, nesta dissertação, os dados trabalhados derivam de fontes já publicizadas.

Isto não permite nem isenta sua autora de trabalhar o rigor metodológico e a reflexão constante sobre a ética dos procedimentos empregados na pesquisa. Esclareça-se, pois, que, ao se trabalharem estes dados, buscou-se ao máximo não gerar riscos para o conjunto de atores políticos envolvidos. Como todos os atores envolvidos são públicos e sua participação no processo decisório também o é, e diante da importância da pesquisa e das evidências que a dissertação poderá gerar para o aprimoramento do CES/MT e da Escola de Saúde Pública frente à recondução da Política de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado, considera-se que os benefícios tendem a se sobressair sobre os malefícios, que são praticamente nulos.

### 3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E SEU PROCESSO DECISÓRIO

As políticas públicas resultam de um complexo processo que abarcam múltiplos interesses - inclusive divergentes - negociações e confrontos entre diferentes atores, podendo ser definida como:

“Um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado em relação a uma questão que chama a atenção, o interesse e a mobilização de outros atores da sociedade civil. Desta intervenção pode-se inferir uma determinada direção, uma determinada orientação normativa que, presumivelmente, afetará o futuro curso do processo social desenvolvido, até então, em torno do tema”.  
Ozzlak e O’Donnell <sup>3</sup> (p.21)

Neste sentido, têm como objetivo

“(...) promover uma determinada intervenção sobre um problema social específico a fim de superá-lo em um dado intervalo de tempo a partir da mobilização de diversos atores e de um deliberado investimento”.

(Bodstein e Moreira<sup>4</sup>, p.18).

Percebe-se, pois, que a política pública pressupõe um processo de intenções e disputa de interesses que delineiam o caminho da ação estatal. Este processo é estudado por diversos autores que, como recurso metodológico para uma melhor análise e avaliação, divide-no em etapas e/ou fases.

Viana<sup>5</sup>, por exemplo, considera a existência de quatro etapas - *construção da agenda; formulação de políticas; implementação de política; e avaliação de política*. Em tom similar, Labra<sup>6</sup> distingue (i) o surgimento de uma questão que inquieta a sociedade e/ou o governo; (ii) a inclusão da questão na agenda governamental; (iii) a formulação do problema, que compreende o exame das possíveis soluções, a escolha de alternativas de ação, a tomada da decisão final, aprovação e promulgação mediante um estatuto legal; (iv) a execução ou implementação da política; e (v) o monitoramento e a avaliação.

Adotando-se a proposta de divisão por etapas/fases e compreendendo que os autores citados (e outros) trabalham de maneira a analisá-las não como estanques e/ou lineares, mas como dispostas em ciclos, intrinsecamente articuladas e retroalimentáveis, procurar-se-á, na presente dissertação, centrar esforços na compreensão do processo decisório e suas diferentes etapas, em especial as de formulação e de implementação, fundamentais para a compreensão do objeto aqui estudado, assim como para a consecução de seu objetivo geral.

### **3.1. O Processo Decisório**

Lindblon<sup>7</sup> em sua ‘abordagem política da decisão’, afirma que o processo decisório é extremamente complexo, sem princípio e fim e de limites incertos, sendo composto por uma cadeia de decisões tomadas por diferentes representantes em diferentes arenas políticas. É, pois, um caminho no qual as decisões, compreendidas como soluções por/para determinados grupos, podem representar, para outros, problemas e usurpação de interesses legítimos. Neste contexto, para estudar o processo decisório faz-se necessário entender as características dos participantes, os papéis que desempenham a autoridade e como se relacionam os diferentes atores (uns com os outros e com relação à autoridade).

De acordo com o referido autor, o sistema de decisão política tem um importante efeito sobre as aspirações, opiniões e atitudes que respondem às políticas. Seu funcionamento não é como o de uma máquina que é alimentada com demandas para produzir decisões, pois ele é a *‘própria máquina que fabrica necessidades e demandas’*.

Modelando as aspirações dos cidadãos, o processo decisório inclui determinados temas na agenda política e rejeitam outros; apresenta certas políticas; e informa às opiniões que vão condicionar tais escolhas:

(...) o processo decisório político... produz acordos, conciliações e ajustes, cuja avaliação com vistas à equidade, aceitabilidade, possibilidade de reexame e atendimento à variedade dos interesses em jogo é sempre inconclusiva. (Lindblon<sup>7</sup>, p. 110)

Lindblom<sup>7</sup> aponta duas questões essenciais para a compreensão do processo decisório: (i) como tornar as políticas efetivas na solução concreta de problemas sociais – análise - e (ii) como tornar o processo decisório sensível ao controle popular - jogo do poder.

Em relação à primeira, demanda-se que seja feita uma boa análise sobre o problema, enquanto, na segunda, requer-se que a decisão política mantenha-se sempre como um processo “político”. Surge, portanto um conflito entre os processos racionais (nos quais se exige uma análise ampla e cuidadosa para se fazer frente aos problemas complexos que ameaçam a sobrevivência humana) e a manutenção do espírito democrático pelo qual pessoas com diferentes níveis de informação e capacidade de entendimento possam opinar e encaminhar as soluções. Isto significa que, de um lado, exige-se que a política seja mais científica, de outro, que não deixe de ser “política”.

A ‘análise’ constitui-se em uma importante fase do processo decisório, uma vez que o problema a ser tratado deve ser decomposto em suas partes, examinado com minúcia e crítica para conhecimento de sua natureza e das suas relações de tal maneira que, ao final, possa-se compreendê-lo em sua totalidade ou o mais próximo possível do que o determina e das suas conseqüências. Lindblom<sup>7</sup> explicita os vários tipos de análises feitas pelos governantes, apontando suas vantagens, desvantagens e os riscos de perder os ideais democráticos. A ‘análise’ é limitada na medida em que (i) é falível, pois não pode resolver completamente os conflitos a respeito de valores e interesses; (ii) é lenta e custosa; e (iii) não determina de modo conclusivo que problemas devem ser abordados.

A ‘análise’ no processo decisório enfrenta ainda a complexidade dos problemas sociais. Por isso, Lindblom<sup>7</sup> afirma que não é possível chegar, analiticamente, a políticas boas para todos, pois, se de um lado faltam informações necessárias à análise, de outro, este pode receber um fluxo muito grande de dados, que são de difícil análise. Além disso, a análise está limitada pela necessidade de ser realizada nos limites impostos pelo tempo e pelos recursos disponíveis.

O inter-relacionamento é o elemento fundamental do ‘jogo do poder’. Tal interação política é regulamentada por regras que

especificam os diferentes papéis a serem desempenhados. “Indicam quem pode exercer cada função, de que modo as pessoas devem ser escolhidas para os diferentes papéis, bem como o que é permitido e proibido a cada ator” (Lindblom<sup>7</sup>, p. 47-55).

O autor comenta ainda que a conquista deste poder corresponde à adoção de um conjunto de normas, ou seja, o desenho de como os formuladores de políticas vão propor sua implementação e isto depende de fatores como: a estrutura das regras, as relações de autoridade e a influência que exercem na política. Alguns participantes, na tentativa de regulamentar esse poder sobre os outros, tentam influenciá-los mediante alguns métodos como: intercâmbio de vantagens, persuasão, ameaça a autoridade e a obediência.

Em relação ao *intercâmbio de vantagens*, Lindblom<sup>7</sup> aponta que esse método pode assumir várias formas, e ressalta três delas: (i) favores explícitos, tipo “*quid pro quod*”, ou seja, troco isso (favor) por aquilo (outro favor); (ii) reciprocidade, que cria obrigações indefinidas, em que alguém pode pedir um favor a outro e, em troca, este outro pode pedir outro favor a aquele alguém quando surgir uma oportunidade; (iii) o dinheiro, que é uma forma de controle de intercâmbio pela ‘compra’ do resultado que deseja por sua vez a *persuasão* pode funcionar mediante a repetição de mensagens.

Este recurso muitas vezes neutraliza o julgamento crítico das pessoas. O poder persuasivo da informação e da análise pode estimular os participantes deste jogo a manifestarem suas queixas, podendo ser relevantes de tal maneira que possa convencer os outros e influenciar uma decisão política. Finalmente, a *autoridade* é o fundamento da decisão política, porque é à base do próprio governo. A *autoridade* e o *intercâmbio* estão entrelaçados, pois “possivelmente a forma mais comum do uso indireto da autoridade seja a obtenção de vantagens mediante troca”.

O Autor considera ainda que as pessoas podem se organizar em grupos mediante objetivos comuns para fazer valer seus interesses junto ao poder público e atuar na função fiscalizadora mediante a prática do *lobbying*. Os chamados “grupos de interesse” ou “grupos de pressão” representam o principal método de exercer influência no processo

decisório, embora não participem diretamente da tomada de decisão. São intermediários que transmitem os interesses dos seus grupos aos centros de decisão. Por meio de pressão, procuram impor seus interesses junto ao poder público, na tentativa de influenciar o processo decisório.

Por outro lado, faz-se importante a atividade dos grupos de interesse no jogo do poder. Uma vez que podem promover a liberdade dos cidadãos, exercem funções específicas no processo decisório de políticas por meio da informação e da análise sobre os problemas de políticas desenvolvendo grande habilidade na capacidade de persuasão. Na tentativa de alcançar resultados esperados, os grupos de interesses formam alianças a fim de se fortalecerem. Porém, é importante ressaltar que o poder público não fica imóvel frente a essa situação e pode reagir e trabalhar no sentido de abafar, abrandar, regulamentar ou até mesmo coibir a pressão integrando e institucionalizando as organizações.

Como já se definiu nesta dissertação o conceito de política pública a ser trabalhado, e, neste tópico, já se situou a compreensão que se tem sobre o processo decisório (acrescida de uma tipologia das relações que nele podem ser travadas a fim de se viabilizar que determinados interesses sejam contemplados pelas políticas públicas), torna-se importante compreender melhor o desenrolar do processo decisório de uma política pública, em especial a importância de suas etapas.

### **3.2. A Importância das Etapas de Formulação e Implementação para as Políticas Públicas**

Assim como há divergências e especificidades nas diferentes definições acerca do conceito de ‘políticas públicas’, há também divergências e especificidades na conceituação sobre o que seria a ‘etapa de implementação’. Segundo Perez Júnior<sup>8</sup>, os estudos de implementação mostram que parte destas divergências deve-se ao fato de que esta etapa da política pública varia de acordo com o tipo, o formato e a natureza das agências que a implementam.

Para Viana<sup>5</sup>, a implementação define-se em um espaço administrativo, sendo concebida como um processo racionalizado de procedimentos e rotinas, “uma ação social, traduzindo-se no encontro de diferentes intenções, de diferentes atores”, envolvendo recursos, idéias e

valores, isto é uma “relação entre atores (governamentais e não governamentais), na qual estes ganham status de sujeitos intencionais”. Citando Lester, Perez<sup>8</sup> define que a implementação diz respeito ao processo que vai do estabelecimento da política até o seu impacto. Ao avaliar o processo de implementação de políticas educacionais, este autor destacou três dimensões analíticas: (i) as relações entre o desenho ou a formulação da política ou programa, de um lado, e os formatos que os programas adquirem ao final do processo; (ii) a dimensão temporal do processo e seus efeitos diferenciados no tempo sobre a organização em que se processam e o comportamento dos atores no processo de decisão e implementação, em termos de resistência ou adesões; e (iii) as condições que propiciam ou entram o processo de implementação.

Nesta dissertação, que se propõe a articular a visão destes autores, compreende-se que a etapa de implementação não se confunde com a política em si nem com o produto desta, sendo, em essência, um processo de tomada de decisões práticas, iniciado com a oficialização do resultado da etapa de formulação (normalmente um documento, uma normativa, uma portaria ou mesmo uma Lei), que têm como objetivo viabilizar a execução das ações e serviços propostos para aquela política. Em termos mais sintéticos, é o conjunto de relações que vai construir e tornar possível o funcionamento da política formulada.

Desta forma, pode-se compreender que as políticas públicas formuladas são mais ou menos transformadas pelas decisões tomadas durante a etapa da implementação. Assim, nesta etapa, há, em maior ou menor grau, o redesenho da política formulada, quer para modificar os objetivos, quer para mobilizar novos recursos, de modo a atingir antigos objetivos pendentes.

Porém, é importante ressaltar que embora as decisões concretizadas durante a implementação possam visar o aprimoramento da política formulada, também podem inviabilizar a continuidade e/ou a execução desta política. Isto tende a ocorrer em situações nas quais a política formulada evidencia não-compromissos e/ou conflitos exacerbados entre os atores políticos, em especial em torno dos interesses dos atores que vão implementar a política, normalmente ligados ao poder executivo. Portanto, a etapa da implementação, ainda

mais quando é atribuição de atores cujos interesses não foram levados em conta na formulação, pode, paradoxalmente, produzir até mesmo a não-implantação da política pública.

Pensando de maneira similar, Labra<sup>6</sup> afirma que a implementação dificilmente transcorre como previsto ou desejado pelos formuladores. Segundo a autora, esta compreensão tem gerado muitos estudos sobre as “falhas” da implementação, particularmente em relação a políticas reformistas, cujos resultados deveriam ser duradouros.

Neste descompasso, entre formulação e implementação despontam situações geradoras de problemas e motivos fortes o suficiente para impedirem a concretização de uma política pública. Labra<sup>6</sup>, afirma ainda que:

(...) para além dos fatores externos e internos que incidem em todo e qualquer processo de produção de políticas, a própria política pode ter sido mal formulada, ou seja, pode conter defeitos de concepção que tornam extremamente difícil efetivar as mudanças desejadas. Em todo caso, as falhas ou brechas, e mesmo o fracasso de uma política são inevitáveis. Em outras palavras, não existe uma implementação perfeita<sup>6</sup>.

Assim sendo, torna-se necessário compreender a etapa de formulação de uma política pública, relacionando-a à da implementação.

Viana<sup>4</sup> considera a etapa da formulação como um diálogo entre intenções e ações, ou seja, um contínuo processo de reflexão para dentro e ação para fora. Por conseqüência, a etapa de implementação torna-se um processo prático de decisão, considerando que a quantidade de mudança nela envolvida influencia o grau de consenso ou conflito em torno das metas e objetivos.

Para Labra<sup>6</sup>, na etapa da formulação, a politização em torno do problema acentua-se e, conseqüentemente, os confrontos e as incertezas quanto aos resultados também, de tal forma que a decisão final poderá vir à luz num tempo impossível de se determinar. E, caso a decisão seja tomada, tanto a definição do problema quanto a alternativa de solução encontrada podem estar longe dos propósitos iniciais de seus promotores,

isto porque há o crivo das diversas instâncias que intervêm no processo decisório.

Há, portanto, uma relação direta entre a etapa de formulação e a de implementação: esta última é modificadora das condições inicialmente estabelecidas pela primeira. A implantação, e de certa maneira, o sucesso de uma política pública envolve, pois, a criação de condições adequadas assim como o estabelecimento de processos de negociação e de acordo que possibilitem a pactuação entre os atores envolvidos nas duas etapas.

Por isto, a articulação entre formuladores e implementadores, numa dinâmica que garanta o conhecimento destes sobre as atividades pertinentes a cada fase de elaboração do projeto é um aspecto fundamental para o êxito de uma determinada política. A disposição dos implementadores também está condicionada à compreensão que eles têm da política, além da intensidade da aceitação e ou rejeição que têm dela (Viana<sup>5</sup>).

Caso esta articulação não aconteça, pode ocorrer uma espécie de “*divórcio*” entre os formuladores e os implementadores, em que os primeiros consideram que aos segundos cabe única e exclusivamente colocar em prática a política como foi formulada mediante expedientes normativos internos. Para esta “*miragem*” concorre a “*despolitização*” da política durante a etapa da implementação, momento em que o debate sai da cena pública e as decisões ficam confinadas aos circuitos burocráticos da agência incumbida de pôr em marcha a nova política pública (Labra<sup>6</sup>).

Reforçando esta posição, Hogwood e Gunn<sup>9</sup> consideram que o sucesso de uma política depende, em última instância, da vontade e da habilidade de algum grupo dominante (ou coalizão de grupos) para fazer valer seus interesses. Em algumas circunstâncias, a distribuição de poder pode ser tal que produz um impasse na fase de implementação, mesmo quando a política tenha sido em sua formulação, autorizada e legitimada oficialmente.

Conclui-se que, ainda que a etapa de formulação de uma determinada política pública tenha oficialidade, normatividade e institucionalidade (ao menos no que concerne aos dois primeiros aspectos), as relações de embate e aliança que são travadas em seu

desenrolar são fundamentais para delimitar o desenho da política e, por isto, podem contaminar a etapa de implementação.

Desta forma, processos de formulação construídos a partir da preponderância de embates e encontros tendem a gerar implementações com maior grau de problemas, nas quais a política formulada tende a ser redesenhada na prática dos implementadores. Tais mudanças podem ser tão drásticas que são capazes de gerar, inclusive, a não-implantação de determinada política. Por sua vez, a não-implantação é uma possibilidade ainda maior quando, durante a formulação, um determinado grupo de atores (ou uma coalizão) obtém recursos políticos para impor seus interesses aos dos demais atores envolvidos no processo decisório.

Tais questões remetem a quem são os atores que participam do processo decisório das políticas públicas, em que instituições vão atuar e em que bases serão travadas suas relações. Remetem, pois, à questão da democratização de um regime político.

### **3.3. Democratização e Participação da Sociedade no Processo Decisório**

Escorel e Moreira<sup>10</sup>, analisando a participação por meio de seu fazer cotidiano, consideram que há diferentes graus de intensidade de participação na esfera política, aglutinando-as em três formas ou níveis: (i) *presença*, a forma menos intensa e mais marginal. Englobam comportamentos essencialmente receptivos ou passivos, situações em que o indivíduo não põe qualquer contribuição pessoal; (ii) *ativação*, em que o sujeito desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, uma série de atividades que lhe foram confiadas por delegação permanente (envolvimento em campanhas eleitorais, participação em manifestação de protesto); e (iii) *participação em si*, quando o indivíduo contribui diretamente para uma decisão política.

Em abordagem mais voltada para resultados, Pateman<sup>11</sup> considera que a participação é educativa e promove, através de um processo de capacitação e conscientização individual e/ou coletiva, o desenvolvimento da cidadania, cujo exercício se configura como

requisito central na ruptura com o ciclo de subordinação e de injustiças sociais.

Para MacPherson<sup>12</sup>, o qual se mostra mais preocupado com a possibilidade da mudança social, a participação deve ser analisada por meio de sua capacidade de gerar mudança da consciência política e diminuição das desigualdades sociais. Para este autor, um baixo nível de participação tem relação com as desigualdades sociais, com a carência ou ausência de recursos materiais, e com poucas oportunidades político-institucionais.

Relacionando participação com democratização e com o processo decisório, Moreira<sup>13</sup> aponta que...

(...) para se concretizar, [a democratização] precisa incluir no processo decisório das políticas públicas os setores da sociedade que têm sua vida modelada por estas políticas e dele desejam participar. Para que os incluídos tenham melhores oportunidades de interferir nos rumos do processo decisório, devem participar de instituições que tenham na busca pelo consenso entre os atores que participam da competição política, um objetivo. Estas instituições enfrentam o desafio de conciliar competição e articulação política. (p.17).

Deste ponto de vista, a institucionalização da participação é um processo complexo, mas vital para o aperfeiçoamento da democracia. Embute, portanto, o pressuposto de que o Estado e a sociedade, de alguma maneira, aceitam-se como interlocutores legítimos e com capacidade de dialogar.

Ao mesmo tempo, esta inclui no processo decisório atores que, até então, dele haviam sido excluídos pelos atores tradicionais. Amplia os interesses em jogo e, caso as instituições que viabilizam essa participação não consigam enquadrar tal medida em um conjunto de regras que busque o consenso, será criada uma tensão que poderá eclodir embates e conflitos irreconciliáveis cuja superação tende a ocorrer por meio da imposição dos interesses de atores (ou grupo de atores) que, em

um determinado momento, venham a acumular maiores recursos políticos.

A democratização do processo decisório das políticas públicas é, portanto, um processo que convive com a tensão entre os atores incluídos e os tradicionais. Esta tensão torna-se mais palpável quando se dispõe a analisar o processo decisório em suas diferentes etapas, pois elas dão mais visibilidade aos embates e acordos travados.

Desta maneira, a análise de um processo decisório precisa levar em conta os atores que dele participam e em que etapas do processo participam. Com isto, passa-se a analisar o processo decisório focado diretamente nesta dissertação, qual seja o da PEP. Para uma melhor compreensão, antes da análise em si, procura-se situar o leitor, identificando as especificidades do processo decisório das políticas de saúde no Brasil e seus atores.

#### **4. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SEU PROCESSO DECISÓRIO**

A reforma do sistema de saúde do Brasil, pensada pelo Movimento pela Reforma Sanitária nos anos 1970/80 e concretizada nos anos 1990, foi marcada pela preocupação com a criação de mecanismos de participação da sociedade, que foi associada, na Constituição Federal de 1988 e nas leis 8080/90 e 8142/90, à descentralização político-administrativa, outro dos princípios-diretrizes do Sistema Único de Saúde.

No conjunto de princípios do SUS, a participação da comunidade foi identificada como elemento vital para a garantia de uma gestão democrática e do controle da sociedade sobre o sistema e os serviços de saúde. A legislação que regulamentou o SUS, em consonância com os princípios constitucionais, definiu que a participação da sociedade deveria ser institucionalizada por meio de conselhos e conferências de saúde.

Em seu parágrafo 2º, a Lei 8.142/90<sup>14</sup> define:

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 de governo<sup>14</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>15</sup>, os Conselhos de Saúde têm como objetivo:

Contribuir para a Gestão no âmbito dos princípios do SUS, especialmente nos aspectos: 1. Situação de saúde da população sob o ângulo dos riscos sociais e epidemiológicos, dos direitos de cidadania dos grupos populacionais e de cada indivíduo. 2. Prioridades das intervenções (ofertas de serviços) de promoção,

proteção e recuperação da Saúde da coletividade e de grupos de riscos. 3. Formulação de diretrizes e estratégias das intervenções do SUS (oferta de serviços), levando em conta a relação custo-benefício. 4. Formulação de diretrizes e estratégias para o processo de planejamento, compromissos de metas, orçamentação e execução orçamentária. 5. Acompanhamento e avaliação do processo de execução dos planos, do orçamento e do cumprimento de metas, em função dos resultados e impacto na saúde da população geral e dos grupos de riscos, no âmbito das responsabilidades e atribuições legais do Gestor. 6. Receber dos demais órgãos da Gestão, todas as informações necessárias ao cumprimento das atribuições legais do Conselho de Saúde, em relações de parceria e sinergismo<sup>15</sup>.

Levando em conta as leis que regulamentam a criação dos conselhos de saúde como obrigatória e torna tal criação uma exigência para o acesso aos recursos do Fundo Nacional de Saúde para prefeituras e governos estaduais, Cortez<sup>16</sup> pondera que os conselhos estaduais e municipais passaram a ser condição de inclusão dos entes federados na gestão descentralizada do SUS, e, por isto, sua criação foi fortemente estimulada ao longo dos anos 1990.

Desta forma, nas três esferas político-administrativas do poder público brasileiro, o conselho de saúde foi institucionalizado no processo decisório e, de maneira mais específica, nas etapas de formulação e, com menos intensidade, de implementação. Constitui-se, portanto, em um ator fundamental para o resultado do processo decisório.

Por si, a inserção de atores no processo decisório através de legislações e mesmo decorrente da mobilização e de lutas sociais, não se constituem propriamente em inovações políticas. O que diferencia a experiência do SUS e, portanto, conferem ao processo decisório da política de saúde no Brasil um caráter de inovação política, é o fato de que, por lei, metade dos conselheiros de saúde representa entidades que representam a sociedade civil organizada, enquanto a metade restante é

dividida entre profissionais de saúde (25%) e prestadores de serviço e governantes (juntos perfazem 25%). Isto significa que os conselhos de saúde institucionalizam a participação da sociedade no processo decisório das políticas de saúde, tornando este um processo mais democrático e, ao mesmo tempo, democratizante.

Como analisa Moreira<sup>13</sup>, tal ampliação da participação da sociedade organizada inclui no processo decisório atores políticos que tradicionalmente tiveram seus interesses relegados em prol de outros. Dialeticamente, ao mesmo tempo em que tal procedimento promove um importantíssimo avanço democratizante na política de saúde brasileira, que pode e deve ser reproduzido no âmbito das demais políticas públicas, o que também constitui novas ameaças à democratização.

O autor, baseado em Przerworski<sup>13</sup>, considera que se novos atores incluídos não estiverem dispostos e não for incentivado pelas instituições a participarem do processo decisório de maneira a levar em conta os interesses dos demais atores (muitos deles, os que relegaram os seus), o esforço democratizante tende diluir, pois os acirrados embates que surgem daí podem paralisar o processo decisório ou mesmo fazer com que suas decisões não venham a ser implantadas e/ou executadas. Faz-se necessário, pois, compreender melhor a participação dos Conselhos no processo decisório das políticas de saúde.

#### **4.1. A Participação dos Conselhos de Saúde no Processo Decisório: formulação e implementação das políticas de saúde.**

Autores como Moreira e Escorel<sup>10</sup>, Cortez<sup>16</sup> e outros vem estudando os conselhos de saúde. Apesar das divergências, estes convergem em maior ou menor grau para um ponto importante: embora tenham obtido sucesso em sua tarefa inclusiva, os conselhos de saúde ainda precisam suplantar importantes problemas para que possam influir de forma efetiva e proativa no processo decisório das políticas de saúde.

Neste contexto, Moreira<sup>13</sup>, estudando os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) aponta que

Os CMS... por não conseguirem oferecer a todos os atores envolvidos no processo decisório garantias

concretas de que seus interesses não serão usurpados... geram insegurança [no processo decisório]. Esta insegurança é mais forte entre os governantes que, por representarem, na maioria dos casos, atores políticos que tradicionalmente concentraram poder decisório e por terem interesses inflados por práticas ultrapresidencialistas, tendem a identificar ações de desconcentração de poder como usurpação, reagindo contra a institucionalização dos CMS e questionando, direta ou indiretamente, sua legitimidade<sup>13</sup>.

Embora o autor refira-se ao processo decisório municipal, considera-se aqui que tal realidade é passível de ser também aplicada ao nível estadual. Aproximando tal postulação do objetivo geral desta dissertação, compreende-se que a dissintonia de interesses entre conselhos e poder executivo traduz-se no processo decisório e, em especial, em suas etapas de formulação, na qual os conselhos são protagonistas, e de implementação, na qual o poder executivo assume e amplia seu protagonismo e os conselhos têm a sua atuação reduzida ou mesmo relegada à simples ‘acompanhador’.

Desta maneira, é possível compreender que, num processo decisório em que atores não buscam construir uma deliberação consensuada, a etapa de formulação das políticas públicas tende a ser marcada por acirrados embates, que contaminam a etapa da implementação.

Moreira<sup>13</sup> aponta que a articulação entre os diferentes atores, a busca pelo consenso possível e a pactuação em torno de políticas que, de alguma maneira representem os interesses envolvidos sem usurpar nenhum, estão, por sua vez na essência da deliberação política que pode em sentido amplo, ser definida como a tomada de decisões por meio do debate entre cidadãos livres e iguais.

No caso da política de saúde brasileira, há um elemento que potencializa as possibilidades de acirramento destes embates, qual seja a inclusão de atores cujos interesses foram historicamente usurpados. Neste caso, é ainda mais necessário que o processo decisório seja orientado por dinâmicas deliberativas, pois a tendência é a de que tais atores enfrentem diretamente os demais, considerando-os como atores

que devem ser vencidos, dentre aqueles cujos interesses estão, historicamente, pouco ou nada ligados à democracia, devendo, portanto, ser sobrepujados.

Aprofundando esta compreensão, considera-se que à medida que um determinado conselho de saúde, protagonista da etapa de formulação do processo decisório de uma determinada política de saúde, constrói este processo de maneira a multiplicar embates e conflitos, e estimula determinados atores a ter posturas nas quais a deliberação racional não é buscada, haverá maior expressão da política formulada pelo interesse dos atores que adquiriram recursos políticos suficientes para impor seus interesses sobre os demais.

Desta maneira, quando a política formulada for implementada, é elevada a possibilidade de que tais conflitos sejam reproduzidos. Como nesta etapa do processo decisório, o protagonismo do conselho é reduzido, e, sobretudo, o poder executivo recupera centralidade, força e recursos políticos, a tendência é a de que este ator busque fazer valer seus interesses, ainda que, para isto, tenha que desconsiderar o que foi decidido na etapa de formulação.

É certo que se em praticamente todos os cenários, dos mais conflituosos aos mais articulados, a implementação modifica a política formulada, também é certo que se esta implementação ocorrer em um ambiente contaminado pelo acirramento dos conflitos e que devolver poder aos que tiveram interesses pouco valorizados, serão elevadas as possibilidades de ela modificar radicalmente o que foi formulado ou de a política não ser implementada.

É com base nos aspectos conceituais trabalhados nos capítulos III e IV que se pretende, nos próximos capítulos, descrever e analisar o processo decisório da PEP a fim de identificar se, na etapa de formulação desta política que teve o CES/MT como protagonista ocorreram embates e conflitos que contaminaram o processo de implementação, levando à sua não-implementação.

## **5. O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO MATO GROSSO E O PROCESSO DECISÓRIO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA CONSELHEIROS E AGENTES SOCIAIS**

Em 1989, a Constituição Estadual do Mato Grosso, seguindo os passos da Constituição Federal de 1988, avançou de uma concepção na qual o Estado não era responsável pelo setor saúde, para uma tentativa de legalização da cidadania plena, com princípios de equidade, justiça e universalização, definindo saúde como dever do Estado e direito do cidadão<sup>17</sup>.

O Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso (CES/MT) foi criado pelo decreto nº1055/88<sup>18</sup>, e de acordo com Velasco<sup>17</sup>, esta criação foi resultado de um processo de lutas no qual a sociedade civil organizada teve papel significativo. Essa participação da sociedade foi mais ativa em 1988, quando a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), instância que, à época, era responsável pela decisão, planejamento, gestão e acompanhamento das Ações Integradas de Saúde (AIS), instituiu uma comissão para atuar junto à sua secretaria técnica com a principal atribuição de elaborar uma proposta de criação do CES/MT.

Desta comissão, 'Pro - conselho', faziam parte representantes do Movimento Popular de Saúde (MOPS/MT); da Central Geral dos Trabalhadores (CGT/MT); do sindicato dos Farmacêuticos; da Associação profissional de Nutricionistas; da Associação profissional dos Enfermeiros; do sindicato dos Assistentes Sociais; da Associação dos servidores do SIMPAS; e da Operação Anchieta.

Do processo deflagrado em abril de 1988 pela comissão pró-saúde resultou uma minuta de criação do conselho e uma proposta preliminar de regimento interno, propondo uma composição paritária entre os órgãos institucionais e entidades civis, atribuindo poderes deliberativos ao CES/MT e, para a CIS, uma função de execução das decisões demandadas do CES/MT<sup>19</sup>.

Após análise da proposta, a CIS discordou de alguns pontos, principalmente no tocante à composição do CES/MT e apresentou uma contraproposta. As entidades populares interpretaram a posição da

CIS/MT como intransigente e antidemocrática, na medida em que na sua proposta alterava substancialmente o caráter deliberativo do CESMT, atrelando-o à CIS e reforçando a participação de entidades privadas.

Segundo Velasco<sup>17</sup>, naquele momento, as entidades populares “denunciaram” para a população através da imprensa, que a CIS, embora tivesse tentado democratizar a discussão, desrespeitou o processo de luta dos movimentos organizados, impondo de forma autoritária uma composição que contrariava os interesses populares, excluindo todos os sindicatos, associações, o Movimento Popular de Saúde e incluindo os conselhos profissionais, os prestadores de serviços privados e filantrópicos.

Desse embate, no qual vence a proposta elaborada pela CIS, resulta o Decreto governamental nº1055/88. Decreto este que cria o Conselho Estadual de Saúde. Velasco<sup>17</sup> aponta que ao fazer isto, o decreto governamental nº1055/88 excluiu a maioria das entidades que estavam engajadas na luta pela democratização da saúde em Mato Grosso.

A composição aprovada pelo decreto governamental nº1055/88 de acordo com Soares<sup>20</sup>, não tinha proporcionalidade entre os seguimentos e permaneceu inalterado mesmo após a promulgação da Constituição Estadual em 1989, que previa no seu artigo 222, a composição paritária: “por um terço de entidades representativas dos usuários, um terço de representantes de trabalhadores do setor de saúde e um terço de representante de prestadores de serviços de saúde”<sup>21</sup>.

Em janeiro de 1991, quando ocorreu a posse do Governo do Estado, o CES/MT foi destituído e outro decreto foi editado, definindo uma nova composição, o que mais uma vez, segundo Soares<sup>20</sup>, contrariava as expectativas das entidades civis. Frente a essa situação, as entidades reuniram-se e demandaram ao Secretario de Saúde a criação do Código Estadual de Saúde. O Código Estadual de Saúde iria dispor sobre a organização, regulamentação, fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado. No entanto, a Secretaria de Estado de Saúde formou uma comissão somente com técnicos da Secretaria Estadual de Saúde para a elaboração do Código Estadual de Saúde<sup>22</sup>.

Naquele período, o Estado ficou sem Conselho de Saúde, e as decisões eram tomadas *ad referendum* pelo Secretário de Saúde. A proposta do Código (elaborada pela comissão da Secretaria) foi apresentada para a sociedade civil na II Conferência Estadual de Saúde, realizada em agosto de 1991, gerando novos descontentamentos entre as entidades ali representadas, especialmente em relação à composição do CES/MT, pois, segundo Soares<sup>20</sup> mantinha parte das entidades, até então criticadas por não representarem os usuários do sistema de saúde, como por exemplo, o caso da federação do Comércio e da Indústria.

Realizou-se então, uma audiência pública, na Assembléia Legislativa, na qual foi apresentado um substitutivo do Deputado Estadual à época, Roberto França. Porém, o substitutivo também não agradava às partes envolvidas (sociedade civil e Secretaria de Estado). Criou-se então outra comissão, composta por técnicos do governo, representantes do movimento popular de saúde, sindicatos dos assistentes sociais e enfermeiros e um representante do deputado autor do substitutivo. A proposta resultante, conforme acertado na audiência pública foi encaminhado ao Legislativo, por meio do Executivo, e não sofreu nenhuma alteração.

Nesta proposta, a composição do Conselho Estadual de Saúde satisfazia os interesses dos movimentos sociais e dos técnicos envolvidos nas discussões, uma vez que contemplava a maioria dos segmentos da sociedade civil organizada no Estado.

Em 09 de novembro de 1992, o Código Estadual de Saúde, foi aprovado através de Lei Complementar nº 22 de 09 de novembro de 1992 – Diário Oficial do Estado 09/11/92<sup>23</sup>.

Segundo o Regimento Interno do CES/MT, este é composto por 30 conselheiros titulares e 30 conselheiros suplentes eleitos para exercerem o cargo por dois anos, permitida a recondução, não sendo, porém, especificado o número de vezes em que o conselheiro poderá ser reconduzido. Os Conselheiros são nomeados pelo Governador do Estado para o mandato, mediante indicação formal dos respectivos órgãos e entidades que representam. O CES/MT tem como presidente nato o Secretário de Estado de Saúde, conforme determina o § 1º do art. 20 do Código Estadual de Saúde, a secretaria executiva e eleita pelo pleno e o

ouvidor é escolhido pelo CES, dentre os sanitaristas de carreira da administração direta, indireta e fundacional, das instituições participantes do SUS<sup>24</sup>.

De acordo com o art. 20 do Código Estadual de Saúde, a estrutura organizacional básica do CES/MT é a seguinte<sup>21</sup>:

*I – Conselho Pleno*

*II – Secretaria Geral*

*III – Ouvidoria Geral*

*IV – Comissões Especiais*

A Ouvidoria-Geral, de acordo com o art. 33 do Regimento Interno do CES/MT, é o órgão da estrutura organizacional básica do CES, com incumbência de detectar e ouvir reclamações e denúncias no âmbito do SUS, investigar sua procedência e apontar responsáveis ao CES<sup>19</sup>.

Ainda segundo o Regimento Interno do CES, este conta com Comissões Especiais Permanentes e/ou Temporárias, que são grupos de trabalhos de caráter consultivo, propositivo e de assessoramento ao Pleno. Estas comissões atuam de modo abrangente no acompanhamento da execução das ações do Sistema Único de Saúde no âmbito Estadual. São elas:

*I - Assistência Ambulatorial e Hospitalar;*

*II - Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica;*

*III - Comunicação Social;*

*IV - Recursos Humanos e Saúde do Trabalhador;*

*V – Monitoramento e Cooperação Técnica ao Controle Social;*

*VI - Planejamento e Orçamento;*

*VII - Eleitoral e Ética;*

*VIII - Saúde Indígena;*

*IX – Ações Programáticas.*

*X – Atenção Integral à Saúde.*

O CES/MT possui uma estrutura administrativa e Secretaria Executiva própria, sendo que esta responde ao plenário do Conselho. Tem dotação orçamentária e gerencia seu próprio orçamento. Discute e aprova a proposta orçamentária anual da saúde, mas a discussão da programação e execução orçamentária e financeira como item único de

pauta, é realizada parcialmente pelo Colegiado. O Conselho reúne-se pelo menos uma vez ao mês e as reuniões são abertas ao público. O planejamento e aprovação da pauta das reuniões não ocorrem em plenária. As pautas são encaminhadas aos conselheiros com antecedência suficiente, mas o material de apoio às reuniões nem sempre as acompanha.

Em março de 2008, o CES/MT teve seu quadro de conselheiros renovado, para o biênio março de 2008 a março de 2010, porém as entidades permaneceram as mesmas, pois se encontram definidas no Código Estadual de Saúde<sup>22</sup>.

### **Quadro 1 - Composição do Conselho Estadual da Saúde\***

<b>I – Representantes do Governo e Prestadores de Serviços</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Representantes do Poder Executivo</li> <li>b) Representantes da Secretaria de Estado de Saúde</li> <li>c) Representantes do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores - MATO GROSSO SAUDE</li> <li>d) Representantes da Secretaria de Estado de Meio Ambiente-SEMA</li> <li>e) Representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/MT</li> <li>f) Representantes da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA</li> <li>g) Representantes da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT</li> <li>h) Representantes da Federação das Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado</li> <li>i) Representantes do Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Mato Grosso- SINDESSMAT</li> </ul>
<b>II – Representantes dos Trabalhadores da Saúde</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sindicato dos Trabalhadores da Saúde- SISMA</li> <li>b) Conselho Regional de Psicologia- CRP</li> <li>c) Conselho Regional de Farmácia - CRFa</li> <li>d) Conselho Regional de Serviço Social- CRESS</li> <li>e) Conselho Regional de Educação Física</li> </ul>
<b>III – Representantes dos Usuários</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Representantes da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Mato Grosso - FETAGRI</li> <li>b) Representantes da Federação Matogrossense de Associações de Moradores de Bairro - FEMAB</li> <li>c) Representantes da Associação dos Deficientes - AMDE</li> <li>d) Representantes da Associação dos Portadores de Patologia</li> <li>e) Representantes do Movimento Popular de Saúde e Grupo de Saúde Popular – MOPS/GSP</li> <li>F) Representantes das Entidades de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes – Pastoral da Criança</li> <li>g) Representantes da Associação dos Aposentados de Mato Grosso – AMAP</li> <li>h) Representantes do Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI</li> <li>i) Representantes do Movimento Ambientalista e Ecológico</li> <li>j) Representantes do Sindicato dos Garimpeiros do Estado - Sindiminério</li> <li>k) Representantes do Núcleo de Estudos e Organização da Mulher - NEOM</li> <li>l) Representantes do Sindicato dos Profissionais da Educação - SINTEP</li> <li>m) Representantes dos Classistas das Centrais Sindicais - CUT</li> <li>n) Representantes da Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes do Trabalho e Trânsito</li> <li>o) Representantes do Movimento de Raças – GRUCON</li> </ul>

\*Fonte: Ata do CES/MT de março de 2008<sup>21</sup>

Ressalta-se que, em Mato Grosso, a participação da sociedade foi marcada por lutas dos movimentos sociais na tentativa de participar do processo decisório das instâncias da saúde, ou seja, do Conselho de Saúde. Como resultados destas lutas houve a inclusão de segmentos sociais que até então estavam alijados do contexto. No entanto, havia a necessidade de se pensar na formação e qualificação destes atores que estavam integrando o sistema para que atuassem de acordo com o que é preconizado pelas Leis 8080/90 e 8142/90<sup>14</sup>.

Assim sendo, no período de 1997 a 2002 foram desenvolvidas capacitações periódicas para conselheiros e agentes sociais, através de parcerias com Organizações Não-Governamentais, Movimentos Populares, Gestores Municipais e Instituições Formadoras. A primeira e a segunda etapa da capacitação foram viabilizadas com recursos próprios da SES. A terceira etapa, em 2002, aliou-se ao projeto do Ministério da Saúde - Fortalecimento do Controle Social no SUS, financiado com recursos do REFORSUS.

Após a realização da 3ª etapa de capacitação foram realizadas várias avaliações das capacitações ao qual resultou na necessidade de se traçar uma Política de Educação Permanente para o Controle Social envolvendo a sociedade civil.

Assim, o CES/MT constituiu em dezembro de 2004 um Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) com o objetivo de formular e coordenar a construção da Política de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais (PEP). A política e o plano de ação foram estabelecidos e aprovados na reunião ordinária do CESMT, porém, as atividades decorrentes dessas propostas não foram implementadas.

Diante disto, retomando o objeto do estudo, faz-se indispensável conhecer ainda que de forma breve o processo de Educação Permanente para conselheiros no Estado de Mato Grosso, bem como compreender os entraves e impasses que impediram a política de educação permanente para conselheiros de ser implementada.

### **5.1. Breve histórico das Capacitações de Conselheiros no Estado de Mato Grosso**

As discussões sobre processo de capacitação de conselheiros de saúde em Mato Grosso advêm desde 1996, quando foi realizada uma oficina de trabalho cujo objetivo era discutir propostas e elaborar um projeto que expressasse os anseios técnicos e os princípios políticos dos atores envolvidos no controle social. A proposta construída nessa oficina ganhou força política quando foi aprovada pelos delegados na III Conferência Estadual de Saúde - realizada em 1996 -, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde (SES) assumiu o compromisso de financiar as ações advindas da proposta.

As ações começaram a ser realizadas em 1997, quando foi executado o primeiro trabalho dessa natureza no Estado de Mato Grosso, havendo a continuidade do trabalho nos anos de 2000 a 2002, sendo que em 2002 as ações foram integradas ao 'Programa Nacional de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS', desenvolvido pelo Ministério da Saúde por meio do projeto REFORSUS (com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID).

O trabalho foi dividido em três etapas e executado pelo **Grupo de Saúde Popular – GSP**, com financiamento da Secretaria de Estado de Saúde e, em sua terceira etapa, com a contrapartida do Ministério da Saúde. A coordenação das atividades foi exercida por um 'grupo de condução' formado por representantes de entidades que representavam gestores e usuários do SUS, instituições formadoras em recursos humanos, Secretaria Estadual de Saúde e representantes do Conselho Estadual de Saúde. Na terceira etapa houve a inclusão da participação do Ministério Público.

A primeira etapa, realizada no período de 1997/1998, concentrou-se na construção coletiva de conceitos como: democracia, estado, governo, cidadania, participação, controle social e saúde, sendo discutidas ainda, as formas de exercício do controle social, o papel do conselho e as atribuições do conselheiro de saúde bem como as dimensões legais e técnico-operacionais do SUS.

Nesta etapa foram capacitadas 735 (setecentos e trinta e cinco) pessoas, sendo 654 (seiscentos e cinquenta e quatro) conselheiros e 81

(oitenta e um) representantes da sociedade civil, envolvendo 114 dos 139 municípios existentes no Estado até então.

**Quadro 2 – Número de Conselheiros de Saúde e Representantes da Sociedade Civil capacitados na I Etapa – Ano de 1997.\***

<b>I ETAPA</b>	<b>Nº de Participantes</b>	<b>%</b>
<b>CONSELHEIROS</b>	654	88,98
<b>REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL</b>	81	11,03
<b>TOTAL</b>	735	100

\* FONTE: Relatório final do projeto de capacitação de conselheiros de saúde de MT – 3ª etapa – 2003<sup>24</sup>

A segunda etapa de capacitação foi realizada em 2000, e os temas trabalhados foram mais específicos para a operacionalização da Política de Saúde como: planejamento, financiamento, orçamento, atenção básica, sistemas de informação, plano de saúde e relatório de gestão. Participaram 87 (oitenta e sete) municípios envolvendo 542 (quinhentos e quarenta e dois) conselheiros e 365 (trezentos e sessenta e cinco) representantes da sociedade civil. Nesta etapa houve ainda a construção de uma agenda de trabalho para os conselhos (Relatório da 3ª Etapa)<sup>24</sup>.

**Quadro 3 – Número de Conselheiros de Saúde e Representantes da Sociedade Civil capacitados na II Etapa – Ano de 2000.\***

<b>II ETAPA</b>	<b>Nº de Participantes</b>	<b>%</b>
<b>CONSELHEIROS</b>	542	59,76
<b>REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL</b>	365	40,24
<b>TOTAL</b>	907	100

\* FONTE: Relatório final do projeto de capacitação de conselheiros de saúde de MT – 3ª etapa – 2003<sup>24</sup>

A terceira etapa, realizada no período de julho de 2002 a setembro de 2003, associou - se ao Programa Nacional de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS do Ministério da Saúde. Foram executadas oficinas de 32 horas, abordando temas como: os conselheiros de saúde e suas realidades; os problemas de saúde da população e as políticas públicas; Sistema Único de Saúde e controle social; Participação e Controle Social; Planejamento em Saúde: agenda, plano de saúde e quadro de metas; Planejamento em saúde: orçamento, financiamento e prestação de contas; o controle das políticas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização; Agenda dos Conselhos de Saúde e o Guia do Usuário do SUS Mato Grosso. Foram capacitadas 1032 (mil e trinta e duas) pessoas, 887 (oitocentos e oitenta e sete) conselheiros e 145 (cento e quarenta e cinco) agentes sociais, em 114 municípios<sup>24</sup>.

**Quadro 4 – Número de Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais capacitados na III Etapa – Anos de 2002 a 2003.\***

III ETAPA	Nº de Participantes	%
CONSELHEIROS	887	85,95
REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL	145	14,95
<b>TOTAL</b>	<b>1032</b>	<b>100</b>

\* FONTE: Relatório final do projeto de capacitação de conselheiros de saúde de MT – 3º etapa – 2003<sup>24</sup>

Para o desenvolvimento da terceira etapa foram elaborados materiais didáticos que serviram como suporte pedagógico: cartilhas, guias, vídeos, boletins informativos, Guia do Usuário do SUS Mato Grosso bem como os recursos produzidos pelo Consórcio Nacional<sup>1</sup>- Manual do Monitor e do Conselheiro e o Caderno de Atividades.

<sup>1</sup>Consórcio: ENSP/FIOCRUZ; NESCON/UFGM; UNICAMP E NESP/UNB.

Para que esse processo da 3ª etapa fosse efetivado, contou-se com o envolvimento de diversos monitores procedentes de várias entidades governamentais e não-governamentais de todo o Estado. Foi constituído ainda um ‘Núcleo Estadual de Coordenação’, formado por: Secretaria de Estado de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Grupo de Saúde Popular, Universidade Federal de Mato Grosso, Conselho de Secretários Municipais de Saúde/MT, Movimento Popular de Saúde e Ministério Público Estadual. Estes foram capacitados por uma equipe local para o desenvolvimento do trabalho com educação popular. Contou-se também, com monitores selecionados e capacitados pelo Consórcio Nacional.

Em meio às oficinas da terceira etapa, realizou-se um estudo com o objetivo de conhecer a realidade dos Conselhos de Saúde e dos conselheiros. O instrumento de estudo foi dividido em duas fases: a que traçou o perfil dos conselheiros e outra que procurou analisar a dinâmica dos conselhos de saúde<sup>24</sup>.

O estudo procurava não só avaliar o que vinha sendo realizado, mas, também propor ações que visassem o processo de educação permanente não apenas para os conselheiros de saúde, mas da sociedade civil em geral. O estudo apontava ainda, à fragilidade dos conselhos no tocante a operacionalização do acompanhamento da política de saúde o que, poderia indicar que a atuação dos conselheiros reduzia-se muitas vezes a questões pontuais e periféricas, pois hes faltava o domínio das informações técnicas e habilidade política necessária para influir nos rumos da política de saúde local<sup>24</sup>.

As etapas do processo de capacitação de conselheiros e agentes sociais transcorreram o longo de 06 seis anos, e neste período foi capacitado um total de 2083 conselheiros e 591 representantes da sociedade civil. A ênfase dada na capacitação reforçou a importância da continuidade do processo para a instrumentalização dos conselheiros e o avanço do controle social no SUS (Relatório da 3ª etapa)<sup>24</sup>.

Posteriormente à efetivação da 3ª etapa de capacitação, foram realizadas inúmeras avaliações do processo resultando na necessidade de se traçar uma Política de Educação Permanente para o Controle Social, envolvendo a sociedade civil. Para isto, em abril de 2004, na Escola de

Saúde Pública, foi realizada uma oficina de discussão da Política de Educação Permanente, que contou com a participação do Conselho Estadual de Saúde. Em agosto de 2004 foram apresentados ao pleno do Conselho Estadual os resultados das oficinas com as diretrizes para o processo de capacitação de conselheiros (Quadro 5):

**Quadro 5 - Diretrizes para o Processo de Capacitação\***

1. O processo de capacitação de conselheiros de saúde e agentes sociais deveria permitir-lhes adquirir novos conhecimentos a fim de que pudessem ter habilidade para pensar coletivamente e abordar situações de conflito problematizando o próprio conselho e o papel dos conselheiros em cada contexto político.
2. A capacitação seria de caráter permanente, processual e descentralizado, observando a realidade e especificidades locais, valorizando a construção coletiva.
3. A definição de temas a serem abordados deveria considerar as demandas locais e necessidades apresentadas no momento.
4. A metodologia mais adequada seria da problematização, que valorizava a construção coletiva do conhecimento e estimulava experiências democráticas, partindo da realidade vivenciada dos envolvidos.
5. A Coordenação do processo deveria ser do Conselho Estadual de Saúde, e o gerenciamento por um grupo temático constituído pelas instituições e entidades parceiras. A execução pela Escola de Saúde Pública.

\* Fonte: Política Estadual de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes sociais<sup>28</sup>

Durante a apresentação dos resultados das oficinas surgiram críticas as etapas de capacitação realizadas no período de 1997 a 2002, por meio do segmento de usuários que através da representante da Associação dos Aposentados de Mato Grosso pontuou que a última capacitação não havia atingido seus objetivos<sup>25</sup>.

Essa crítica foi rebatida pela representante do Conselho Regional de Serviço Social do segmento dos Trabalhadores da Saúde que apontou ser esta a primeira vez que o CES/MT discutia democraticamente capacitação de conselheiro<sup>25</sup>.

Nesta mesma apresentação houve a tentativa de criação do ‘Núcleo de Coordenação de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes

Sociais'. Porém em função das discussões sobre a efetividade das capacitações anteriores a criação do Núcleo foi adiada e somente retomada em dezembro de 2004, quando foi criado o Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI) ao invés do Núcleo de Coordenação. Ao GTI caberia o gerenciamento da construção da Política de Educação Permanente para o Controle Social.

## **5.2. Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI)**

As discussões no CES/MT para a construção da minuta de resolução de criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional foram acirradas e levaram quatro meses. Neste período, os pontos mais polêmicos concentraram-se em torno da definição da composição, das atribuições, das competências e a qual instituição o Grupo deveria prestar contas de suas decisões e ações<sup>25</sup>.

Os principais questionamentos provinham tanto de representantes do segmento dos usuários (alguns de seus representantes, em reuniões anteriores, afirmavam que as capacitações realizadas no período de 1997 a 2002 não tinham atingido seus objetivos) quanto dos trabalhadores da saúde.

Após varias revisões na minuta de resolução, o CES/MT instituiu, em 14 de dezembro de 2004, via Resolução nº. 023/04, o 'Grupo de Trabalho Interinstitucional de Formulação, Coordenação, Acompanhamento e Avaliação da Política Estadual de Educação Permanente para Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais' - doravante denominado GTI<sup>26</sup>.

Seguindo o definido na resolução, o GTI foi formado por doze membros: três representantes do Conselho Estadual de Saúde (um conselheiro usuário, representante do NEOM (Núcleo de Estudos e Organização da Mulher) e dois conselheiros do segmento dos profissionais de saúde, – CRESS (Conselho Regional de Serviço Social) e CRP (Conselho Regional de Psicologia); dois, das instituições públicas de formação em recursos humanos (UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso e UNEMAT – Universidade Estadual de Mato Grosso); cinco, de movimentos sociais (escolhidos pelo fórum dos movimentos

sociais); um, da Secretaria Estadual de Saúde (indicado pela Escola de Saúde Pública do Mato Grosso - ESPMT), e um do COSEMS/MT<sup>26</sup>.

Este Grupo iniciou suas atividades em janeiro de 2005, sob a coordenação da ESPMT, que indicou uma profissional da escola para exercer tal função. Reunindo-se quinzenalmente até abril de 2005, o GTI teve como membros mais assíduos os representantes do segmento dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais.

Durante este período, os principais embates, sempre suscitados pelos membros do GTI que eram representantes do CES/MT, giraram em torno do papel do GTI como formulador da PEP e em torno da autonomia com a qual trabalhava.

Após várias reuniões, o GTI elaborou uma proposta segundo a qual a PEP seria formulada a partir de oficinas regionais descentralizadas que abrangessem os dezesseis Escritórios Regionais de Saúde do Estado de Mato Grosso (unidades administrativas da SES/MT responsável pela condução da política Estadual de Saúde em nível regional e pela coordenação e articulação técnica e política com os municípios): Juina, Diamantino, Alta Floresta, Juara, Porto Alegre do Norte, Barra do Garças, Pontes e Lacerda, Tangara da Serra, São Felix do Araguaia, Colider, Sinop, Baixada Cuiabana, Cáceres, Água Boa, Peixoto de Azevedo e Rondonópolis. O quadro 6 ilustra os objetivos destas oficinas regionais.

## Quadros 6 - Objetivos das Oficinas Regionais\*

1) Construir a 'Política de Educação Permanente para Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais' no âmbito regional, em consonância com as diretrizes da Política Nacional e Estadual;
2) Sensibilizar e mobilizar os diversos sujeitos sociais (conselheiros de saúde, lideranças comunitárias, gestores municipais, profissionais de saúde e outros) para participar do processo de educação permanente para conselheiros de saúde e agentes sociais;
3) Identificar pessoas com potencialidade e perfil para trabalhar como educadores, para o acompanhamento dos conselhos de saúde e de questões relacionadas ao controle social no âmbito regional;
4) Buscar a contribuição e adesão de instituições governamentais, entidades não-governamentais e movimentos populares a esta proposta;
5) Definir estratégias para a educação permanente desses segmentos, forma de gerenciamento do processo, financiamento, metodologia, conteúdos a serem abordados, carga horária, agenda de trabalho e outros;
6) Estimular a constituição de um grupo temático interinstitucional regional de formulação, coordenação, acompanhamento e avaliação da Política de Educação Permanente para Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais; e
7) Descentralizar a política estadual de educação permanente para conselheiros e agentes sociais para os regionais.

\* Fonte: Política Estadual de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes sociais<sup>28</sup>.

A proposta formulada pelo GTI foi apresentada ao CES/MT na reunião ordinária no dia 06 de abril de 2005. Apresentado pela representante da ESPMT, o Grupo informou que o processo de construção da PEP estava sendo deflagrado e que as ações a serem desenvolvidas seriam voltadas para o contato com os Escritórios Regionais de Saúde a fim de que estes se articulassem e organizassem-se, entre maio e junho de 2005, as dezesseis oficinas regionais, que ficariam sob a responsabilidade da ESPMT<sup>25</sup>.

Diante desta proposta, os conselheiros, sobretudo os do segmento dos usuários, afirmaram não entender se o que o GTI estava propondo era a construção da política ou a política propriamente dita. Dentre as falas, a mais enfática foi a do representante do Sindicato dos Garimpeiros do Estado, que afirmou que a proposta do GTI era um

desrespeito às decisões do CES/MT e que não havia sido informado das ações desenvolvidas pelo Grupo. Em resposta, a representante do GTI procurou reafirmar que se tratava da proposta de construção da política e não da própria política<sup>25</sup>.

Cabe acrescentar que nesta reunião não ocorreu à deliberação sobre a realização das oficinas regionais.

Como o CES/MT não deliberou sobre a proposta do GTI na reunião de abril e também não a incluíram na pauta da reunião ordinária de maio de 2005, as oficinas regionais que construiriam a política, que estavam marcadas para ocorrer entre maio e junho de 2005, não ocorreram neste período. Apesar disso, o GTI continuou a realizar as suas reuniões e a planejar as atividades.

Na reunião ordinária de junho de 2005, o CES/MT voltou a incluir o assunto em sua pauta: “Apresentação, discussão e Homologação do Regimento Interno do GTI” e “Apresentação, discussão e homologação da 1ª Fase do Projeto de Construção da PEP”<sup>25</sup>.

A primeira pauta, que dizia respeito ao Regimento Interno do GTI (e que foi elaborado pelo próprio GTI), gerou discussões que giraram em torno do papel e da legitimidade do GTI: a representante do Conselho Indigenista Missionário (segmento dos usuários), disse que a Resolução do Conselho que criou o GTI (nº 023/04) estava equivocada, pois este Grupo Temático não poderia ter a competência de formular e promover uma política, já que esta é uma atribuição do Conselho Estadual de Saúde; (ii) outro conselheiro representante dos usuários, o representante do Sindicato dos Profissionais da Educação, argumentou que se o Regimento Interno do GTI estivesse coerente com a resolução nº 023/04, não haveria contradição, por isso poderia ser aprovada.

Caso houvesse contradição com a legislação que normatizava o Conselho Estadual de Saúde, este deveria rever a resolução de criação do GTI; contrapondo-se aos usuários, a representante do Conselho Regional de Serviço Social, que representa o segmento dos Trabalhadores da Saúde e era membro do GTI, comentou que o CES/MT levou quatro meses discutindo a resolução de criação do GTI e que esta foi aprovada pelo Pleno, após parecer favorável da assessoria jurídica da Secretaria de Saúde; e um Conselheiro representante do poder executivo argumentou

que o Regimento Interno do GTI tratava somente de questões internas relativas àquele colegiado, por isto não deveria ser debatido no pleno do CES/MT. As discussões foram tensas e acaloradas e o resultado final foi à aprovação, com modificações, do Regimento Interno do GTI. As principais alterações foram: “artigo 2º, dos Objetivos retirarem a expressão ‘promover’; inciso I, artigo 6º, das competências retirarem a expressão ‘executar’; inciso VI onde se lê: ‘aplicar os recursos financeiros...’, leia-se: ‘gerir os recursos financeiros’”<sup>25</sup>.

No segundo ponto de pauta referente ao GTI e à PEP, o CES/MT retomou a discussão das oficinas regionais. Desta vez, o GTI foi representado por um de seus representantes que também é conselheiro representante dos usuários (MOPS – Movimento Popular de Saúde). Um novo cronograma foi apresentado e as oficinas regionais foram previstas para o período de agosto a outubro de 2005, sendo que em agosto ocorreriam as oficinas para a construção da PEP; em setembro, a sistematização dos resultados e a formulação da PEP a partir do produto das oficinas regionais; e, no mês de outubro, haveria a apresentação da política formulada ao CES/MT, que deliberaria sobre ela<sup>25</sup>.

Nos objetivos deste novo Projeto foi destacado que a construção da PEP no âmbito regional estava em consonância com as diretrizes da política Nacional, pois havia a preocupação entre os conselheiros, mais precisamente os do segmento dos usuários, de que a PEP regional fosse de encontro à Política Nacional de Capacitação de Conselheiro<sup>27</sup>.

Durante o processo de discussão da PEP nesta reunião, os conselheiros representantes do ‘Movimento de Raças’, do ‘Núcleo de Estudos e Organização da Mulher’ e das ‘Entidades de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes – Pastoral da Criança’, todos representantes do segmento de usuários, apontaram a necessidade de rever as questões financeiras do novo projeto.

Isto ocorreu porque a Coordenadoria de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde, respondendo a um pleito destes conselheiros, informou que devido a contingenciamento financeiro determinado pelo Governo do Estado, não havia previsão de recursos para a capacitação de conselheiros e que o recurso originalmente destinado para tal havia sido remanejado<sup>25</sup>.

Diante de tal informação, o CES/MT deliberou que o problema fosse encaminhado para a Comissão de Orçamento do CES/MT a fim de se proceder a um levantamento dos recursos disponíveis.

As discussões sobre o PEP continuaram nessa mesma reunião, centrando-se no segmento dos usuários (mais especificamente nos representantes do ‘Conselho Indigenista Missionário’, do ‘Sindicato dos Profissionais da Educação’, da ‘Associação dos Aposentados de Mato Grosso’, da ‘Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes do Trabalho e Trânsito’, do ‘Movimento de Raças’, do ‘Sindicato dos Garimpeiros do Estado’) e no do Governo (Fundação Nacional de Saúde - FUNASA), sendo direcionados para questionamentos sobre (i) processo de seleção dos participantes das oficinas; (ii) valores a serem investidos na PEP; e (iii) se o orçamento da PEP deveria ser alocado na Escola de Saúde (ESPMT) ou no Conselho.

A preocupação com a alocação de recursos, por parte destes conselheiros, tinha haver com outra atividade de responsabilidade do CES/MT – Monitoramento e Avaliação dos Conselhos Municipais de Saúde, pois caso o recurso fosse alocado todo para a ESP/MT haveria a necessidade de se dividir o recurso.

No calor das discussões, a representante do Sindicato dos Profissionais da Educação (SINTEP), do segmento de usuários, solicitou a recontagem de Conselheiros presentes na reunião, pois havia percebido que não haveria quorum para deliberação. A conselheira representante do Conselho Indigenista Missionário, segmento de usuários enfatizou que havia Conselheiros que não queriam votar a favor do projeto da PEP porque, diante do contingenciamento, poderia haver uma redução dos recursos para as viagens de monitoramento e avaliação, considerando isto uma vergonha para o CES/MT e que mereceria ser denunciado<sup>25</sup>.

Esta fala foi recebida por outros conselheiros como ofensiva e desrespeitosa, acirrando ainda mais os ânimos. O Conselheiro representante dos Classistas das Centrais Sindicais (CUT - segmento dos usuários) considerou igualmente importante a ação de viagens de monitoramento e a de construção da PEP, e sugeriu que o Pleno

encaminhasse para a Comissão de Orçamento o levantamento de recursos no PTA<sup>25</sup>.

O Pleno, então, deliberou que a Comissão de Planejamento e Orçamento do Conselho buscasse alternativa dentro do orçamento do CES/MT para o cumprimento das metas de construção da PEP e das Ações de Monitoramento e Avaliação dos Conselhos Municipais de Saúde. Embora tivesse havido nessa reunião a apresentação da PEP, com muita discussão e debate, ela não foi deliberada pelo CES/MT, que decidiu condicionar sua deliberação à liberação dos recursos.

Nos meses de julho e agosto de 2005, o processo de construção da PEP não entrou como ponto de pauta do CES/MT e nem as oficinas regionais previstas aconteceram. Neste período, houve ainda a mudança de gestor da Secretaria Estadual de Saúde.

No mês de setembro de 2005 houve uma reunião extraordinária do CES/MT com o objetivo de tratar especificamente do Plano de Trabalho Anual (PTA) da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso para 2006. Nela, a Secretária Executiva do CES/MT esclareceu que o PTA do Conselho foi elaborado com a colaboração de dois conselheiros (o representante do ‘Movimento de Raças’ – usuário - e a representante da ‘Fundação Nacional de Saúde’ – governo.) e que haviam sido alocados recursos para a implantação e execução da PEP.

Contudo, o GTI, por ter a garantia da ESP/MT de que esta dispunha de recursos para realizar as oficinas, definiu que, a despeito da posição e dos recursos do CES/MT, deveria dar início às oficinas regionais. Tal foi feito e informado ao CES/MT na reunião ordinária de novembro de 2005, na qual foi apresentado ao Pleno do CES/MT um memorando do GTI que definia um novo cronograma para a realização das oficinas de capacitação de Conselheiros e para a construção da PEP. As relações entre CES/MT e ESP/MT que já estavam complicadas, ficaram ainda mais difíceis.

Entre 23 de novembro e 16 de dezembro de 2005, o GTI realizou as dezesseis oficinas regionais, cada uma com dezesseis horas de duração, de forma descentralizada e como o apoio dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS). As oficinas envolveram 101 municípios, com

a participação de 323 conselheiros de saúde e 63 agentes sociais. Para consecução das oficinas foram selecionados 4 facilitadores com vivência e experiência em educação popular, os quais passaram por capacitação na metodologia da problematização. As oficinas contaram com o acompanhamento dos membros do GTI e da ESP/MT e seguiram o seguinte roteiro de trabalho:

1. Acolhimento
2. Apresentação
3. Tempestade de idéias e apresentação e discussão de Educação Permanente em Saúde
4. Levantamento dos problemas de saúde dos municípios/região.
5. Controle Social e Participação Social – identificação de problemas para sua efetivação
6. Construção de agenda de atividades para 2006, levando em consideração a partir dos problemas levantados: a pertinência, a relevância, a tempestividade, a precedência e a factibilidade de temas a serem trabalhados. Para a sistematização desta agenda utilizou-se o seguinte quadro:

Problema	Tema	Ações	Estratégias	Metas	Período	Responsáveis
----------	------	-------	-------------	-------	---------	--------------

Como originalmente previsto, o GTI, a partir dos relatórios das oficinas, formulou a proposta da ‘Política de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais (PEP)’, assim como o ‘Plano de Ação da Política’, no qual foram definidos ações e valores para sistemas de monitoramento e avaliação.

O CES/MT só retomou os debates sobre a PEP em abril de 2006, com a seguinte pauta “Apresentação e votação da Política Estadual de Educação Permanente para Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais<sup>29</sup> e Apresentação do Plano de Ação da Política Estadual de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais”.

Essa pauta foi geradora de muitas discussões, tanto por parte dos representantes do segmento dos usuários, sobretudo por meio da representante da Associação dos Aposentados de Mato Grosso (AMAP), que foi contrária à aprovação da PEP, sugerindo que o CES/MT

aguardasse uma Oficina que seria promovida pelo Conselho Nacional de Saúde para discussão das diretrizes do processo de capacitação de conselheiros de saúde. Esta conselheira apontou ainda que se o CES/MT discutisse e aprovasse a PEP, não haveria razão para participar da oficina do CNS.

Em oposição à pontuação desta conselheira, a representante do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), representando os trabalhadores de saúde, declarou não vislumbrar qualquer problema em colocar a proposta do GTI em votação, uma vez que considerava não haver pontos de contradição entre a PEP e a Política que o CNS pretendia implantar. Pontuou ainda que:

Este Conselho vem aprovando desde 1996 alguns projetos soltos e hoje estamos definindo como política de educação permanente para conselheiros de saúde e ainda que este trabalho fosse premiado pelo Conselho Nacional de Saúde em terceiro lugar na categoria de experiências bem sucedidas.

Prosseguindo em suas pontuações, a conselheira afirmou que o CES/MT aprovou, em 2004, uma resolução no qual definia uma comissão para traçar a PEP. Assim sendo, foram realizadas oficinas de trabalho regionais contemplando vários municípios que discutiram a política local e que agora estavam propondo a apreciação do trabalho.

Disse também que o colegiado aprovou no orçamento do Estado recurso para que fizessem ações neste sentido no ano de 2006, afirmando que o que se pretende apresentar não tem nada de diferente do que o Conselho Nacional iria apresentar. O GTI trabalhou levando em consideração as diretrizes nacionais e que a proposta do CNS é semelhante ao que o GTI realizou, portanto, o Estado está adiante deles. Em sua opinião, o Pleno deveria discutir o assunto, aprovando-o ou não.

O presidente do CES/MT encaminhou que seria importante discutir e votar a PEP e, se na oficina promovida pelo CNS houvesse alguma questão que a impactasse, isto poderia ser revisto e realinhado no Conselho. Esta proposta foi criticada por representantes dos usuários, em especial o representante do Sindicato dos Garimpeiros do Estado

(Sindiminério), que manifestou sua discordância com o encaminhamento do Presidente. Por sua vez, a representante do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) informou que:

(...) havia encaminhado à secretaria executiva ofício em que o GTI solicitava deliberação sobre a PEP, mas, diante das dificuldades, estamos retirando a apresentação e também estou me retirando do Grupo de Temático Interinstitucional, porque ele nunca é respeitado pelo Pleno! As pessoas conseguem manipular e se caso haja alguém que sabia fazer este trabalho melhor que o GTI, que o faça!.

Reagindo, o representante da Secretaria de Estado de Meio Ambiente (SEMA), segmento de governo, solicitou que fossem registradas em ata as palavras da Conselheira do CRESS:

(...) não conjugo com esta prática de manipulação e desrespeito! Solicito à Presidência do CES/MT que coloque em votação, ainda que omissa ou equivocada, a apresentação da pauta! O Pleno é quem vai dizer se vai deliberar ou não! Mas também concordo que deve ser aceita a retirada porque estas posições pessoais contrariam os princípios da administração pública! Por fim, solicito que fique o registro de tudo o que fora dito para que possamos deliberar e, sobretudo, com desagravo!

O representante do Conselho Regional de Educação Física (segmento dos trabalhadores de saúde) apontou que, no projeto da PEP, estavam contemplados recursos financeiros, cronograma de execução e que ele se sentia preparado para votar. Caso fosse adiada a votação, sugeria uma reunião extraordinária. A representante do GTI e membro do CES pelo Conselho Regional de Psicologia, disse que:

(...) antes do início da reunião, havia conselheiros articulando a retirada de pauta! Junto com a representante do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, fomos pessoalmente conversar com a Secretária Executiva e ela nos disse que devíamos esperar a Oficina Regional! A proposta que está sendo apresentada está em

conformidade com a política nacional e o trabalho do GTI vem sendo desqualificado! Capacitação de conselheiros pode e deve ser executado por um grupo de parceiros, por isso o GTI foi criado!

Representando o Poder Executivo, o representante da ESP/MT pontuou que:

(...) esta ação do CES/MT sobre o processo a PEP está à frente de qualquer estado do Brasil! A proposta a ser apresentada não contradiz o pensamento nacional! Ao contrário! A política nacional de capacitação é que está se espelhando na capacitação de conselheiros do estado de Mato Grosso! Atrás disso... tem uma responsabilidade deste estado com a Escola de Saúde Pública, pois foram inviabilizados muitos processos que eram para ser iniciados desde o ano passado e não se concretizou dado estas indefinições!

O Conselheiro representante do Movimento de Raças (GRUCON – segmento de usuários) solicitou ao Conselheiro representante do Poder Executivo que não confundisse os encaminhamentos:

(...) é o Pólo de Educação Permanente que estava ligado à Escola de Saúde Pública e não o GTI! O GTI foi criado, de maneira equivocada, por este Conselho. A capacitação de conselheiros não está relacionada à Escola de Saúde Pública!

A Representante do Sindicato dos Profissionais da Educação (SINTEP), do segmento dos usuários, ponderou que:

(...) a sensação é a de existência de divergência entre todos, não há consenso! Algo não está explicitado ou dito, precisaria ter um momento para que todos pudessem estar expondo com sinceridade! O Conselheiro representante do Poder Executivo garante que as diretrizes não contrariam o que está no plano, mas as pessoas não estão convencidas disso e querem ouvir e conhecer as diretrizes na oficina do CNS, para poder aprovar com tranqüilidade e absolutamente convencidos! Proponho que não haja pressa para que não corramos o

risco de aprovarmos 'a toque de caixa'! Prefiro aguardar uma sessão ordinária em que este assunto esteja em primeiro ponto de pauta.

O Conselheiro representante da Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes do Trabalho e Trânsito (segmento dos usuários) fez adendo à fala da Conselheira representante do GTI:

(...) os assuntos que dizem respeito ao Conselho dizem respeito a mim também! Este Pleno aprovou uma resolução de forma equivocada e que deve ser revista! Não sou contra a capacitação, mas a favor de uma discussão em nível macro!

Não tendo chegado a um consenso, o pleno decidiu continuar os debates na reunião ordinária de maio/2006. As discussões, sobretudo pelo segmento dos usuários (na representação do Movimento de Raças - GRUCON, Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes do Trabalho e Trânsito, Sindicato dos Garimpeiros do Estado – Sindiminério, Movimento Ambientalista e Ecológico-ECO) giraram em torno da forma como a PEP foi formulada pelo GTI, bem como em torno da necessidade de se esclarecer qual a instituição deveria capacitar os conselheiros, pois na resolução CNS n.º 354, está definida a responsabilidade intransferível do conselho na realização da capacitação.

O Presidente do CES/MT lembrou ainda aos conselheiros de Saúde que:

(...) na minha gestão, este Pleno aprovou matérias que não tinham sido aprovadas em outra ocasião, principalmente com relação à execução financeira. Quando da execução desta política de educação permanente, acredito que devemos levar em consideração toda a estrutura da ESPMT, que é uma instituição pública! Sou pela legalidade e não vou executar nada que esteja em desacordo com a lei!

Após discussões tensas e acirradas a pauta foi colocada em votação pelo presidente do CES/MT e a Política Estadual de Educação

Permanente foi aprovada com cinco abstenções. Também colocado em deliberação, o Plano de Ação 2006 foi aprovado com seis abstenções.

Na mesma reunião ordinária, o conselho discutiu, também, a Resolução n.º 023/04, que criou o GTI. Após intensas críticas (sobretudo dos representantes dos segmentos de usuários e de trabalhadores em saúde) e debates sobre a qual instituição compete acompanhar, executar e coordenar o processo de capacitação, o Pleno deliberou pela constituição de uma comissão especial que deveria apresentar, na reunião seguinte, uma proposta alternativa para a execução da Política.

Esta comissão foi formada por representantes do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS – representante dos trabalhadores em saúde), Classistas das Centrais Sindicais (CUT – representante dos usuários), Sindicato dos Garimpeiros do Estado (Sindiminério – representante dos usuários), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA – representante do governo), Sindicato dos Trabalhadores da Saúde (SISMA – representante dos profissionais de saúde) e Associação dos Aposentados de Mato Grosso (AMAP – representante dos usuários).

Na reunião do CES/MT de junho de 2006 foram apresentadas duas propostas de resolução: uma elaborada pela comissão especial instituída pelo CES/MT para este fim, e outra, elaborada por uma parte da Comissão - Sindiminério, AMAP e ECO (ressalta-se que o representante do ECO, Movimento Ambientalista Ecológico, não fazia parte da comissão, porém participou desta reunião) que se reuniram em separado e formularam uma nova proposta, uma vez que nas reuniões da comissão especial não conseguiram chegar ao entendimento.

Durante as discussões no pleno do CES/MT não se chegou a consenso algum, sendo solicitado pedido de vistas das duas propostas por dois conselheiros do segmento de usuários (Associação dos Deficientes - AMDE e Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes do Trabalho e Trânsito). A vista foi concedida pelo presidente do CES/MT, com prazo de 30 dias.

Na reunião do CES/MT de julho de 2006, esta temática voltou ao pleno e as discussões foram muito tensas, gerando um ambiente desfavorável para a continuidade do assunto. Tomando a palavra, o

Presidente do CES/MT (representante do executivo), propôs a retirada da matéria de pauta, sugerindo a constituição de uma nova comissão para apresentação, na reunião seguinte, de uma minuta de resolução devendo levar em conta as proposições anteriores. Este encaminhamento foi aprovado pelo pleno e deliberou-se ainda por se consultar o Conselho Nacional de Saúde, solicitando orientações sobre as novas diretrizes da política de capacitação.

Nos meses de agosto e setembro de 2006, nada relacionado à PEP foi pautado nas reuniões do CES/MT. A única menção foi à solicitação, na reunião de setembro, dos conselheiros representantes do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e do Conselho Regional de Psicologia (CRP), ambos do segmento dos trabalhadores em saúde, de esclarecimento sobre os trabalhos da comissão instituída para tal finalidade, porém, as atas não registram manifestação de nenhum dos membros desta comissão.

Embora houvesse a cobrança dos conselheiros do segmento dos profissionais da saúde para uma definição do assunto no que diz respeito à resolução do GTI, bem como a definição de coordenação e execução do projeto de capacitação, este assunto também não foi objeto de pauta no CES durante os meses subsequentes do ano de 2006.

A PEP só voltou à pauta do CES/MT na reunião de abril de 2007. Nesta reunião, a comissão especial encarregada de formular uma proposta ao pleno do CES/MT sobre a formação de uma Comissão Especial Temporária para tratar dos assuntos de Capacitação de Conselheiros e Agentes Sociais, apresentou uma minuta de resolução.

Ocorreram muitos debates sobre quem deveria conduzir as capacitações e o que sobressaía era que os Processos de Educação Permanente eram de responsabilidade intransferível dos próprios Conselheiros de Saúde, que poderiam desenvolver parcerias com instituições e entidades.

Nessa reunião foram levantadas dúvidas sobre a legalidade do CES/MT criar uma comissão temporária. Em função deste tipo de dúvidas, o presidente do CES/MT encaminhou que a matéria fosse enviada à assessoria jurídica e que esta verificasse os pontos de ordem

legal e de terminologia, e que a nova minuta fosse pautada na próxima reunião. Este encaminhamento foi aprovado pelo pleno.

Na reunião realizada em maio/2007, o CES/MT colocou como ponto de pauta a minuta de resolução do Processo de Capacitação de Conselheiros de Saúde. Tal minuta foi aprovada pelo pleno sem grandes discussões. A ata desta reunião não traz maiores informações sobre o conteúdo da minuta, apenas pontuando os aspectos que ficaram pendentes na plenária anterior.

A discussão da Capacitação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais de Saúde voltou a ser ponto de pauta na reunião ordinária de agosto/2007, cuja pauta previa a Composição da Comissão Especial de Educação Permanente e a Coordenação do Processo de Capacitação. O Presidente do CES/MT informou que esta composição deveria estar em conformidade com o disposto na Resolução n.º16/07 (que cria, em caráter permanente, no âmbito do Conselho Estadual de Saúde, a Comissão Especial de Educação Permanente de Conselheiros, e defini suas competências) publicada em Diário Oficial do Estado em 10 de maio/2007<sup>29</sup>.

A Comissão Especial de Educação Permanente de Conselheiros deverá ser composta por cinco membros de forma paritária e eleita na plenária. Após muitas discussões entre os segmentos do conselho, o presidente do CES/MT encaminhou o processo de votação dos membros sendo homologados da seguinte forma: (i) um representante do trabalhador em saúde, (ii) um representante do governo; (iii) três representantes de usuários.

O presidente apontou ainda, que a comissão tinha sessenta dias para apresentar a proposta de Regimento Interno (RI). A minuta de RI da comissão especial de educação permanente de conselheiros foi apresentada ao pleno na reunião ordinária do mês de novembro/2007 e foi seguida de muitos debates e sugestões de inclusão e exclusão de artigos. Nessa reunião, o regimento interno foi votado parcialmente, ficando deliberado pelo pleno que o que havia sido discutido não seria objeto de re-discussão e que o regimento interno (RI) estaria como ponto de pauta na próxima reunião ordinária.

Em dezembro/2007 o RI voltou a ser debatido e com discussões acaloradas quanto à inclusão da ESP/MT como uma das instituições que poderia capacitar conselheiros e agentes sociais. A Representante da Associação dos Deficientes - AMDE (segmento de usuário) solicitou que a votação da reunião de novembro/2007 fosse anulada em função de se ter incluído a ESP/MT como executora da capacitação.

Houve muitas manifestações contrárias a esse posicionamento uma vez que o pleno havia deliberado que não retomaria as discussões já aprovadas. Após intensos debates, o presidente do CES/MT encaminhou pelo andamento das discussões conforme deliberação anterior do pleno.

O Regimento interno da comissão foi então aprovado com várias sugestões. O presidente do CES/MT encaminhou para que a assessoria jurídica do conselho desse uma formatação final ao regimento e encaminhasse novamente ao pleno para conhecimento.

Os trabalhos da comissão especial de educação permanente para conselheiros somente foi efetivada quando foi aprovada a portaria do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS que definiu as diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS.

Para viabilizar a implantação da política a SGEP/MS publicou a portaria nº 3.060/08 regulamentando a aplicação do incentivo financeiro destinado ao componente para a qualificação da Gestão do SUS, no que se refere à regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, participação popular e fortalecimento do controle social. A portaria nº 3060/08 condicionava o repasse do recurso à elaboração de um Plano de Ação. Plano este que foi construído e aprovado pelo CES/MT, sendo uma das propostas a retomada do processo de capacitação de Conselheiros e Agentes Sociais.

Ao longo dos anos (2004, 2005, 2006 e 2007) a Política de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais<sup>28</sup> foi debatida, discutida, brigada, não consensual e, embora aprovada, nunca chegou a ser implantada. Com a retomada do processo pela SGEP/MS, um novo panorama se apresenta, traz para a arena políticas novas demandas de negociações e pactuações enfim um novo processo decisório.

## **6. UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DECISÓRIO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA CONSELHEIROS E AGENTES SOCIAIS**

A hipótese inicial do estudo é a de que a etapa de formulação da PEP foi marcada por tantos e tão acirrados embates que estes foram responsáveis pela não-implantação da Política de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais.

Ao longo da pesquisa realizada para gerar esta dissertação, em especial durante a leitura das atas e durante a categorização dos fatos lidos, esta hipótese, ao menos em sua parte mais geral, foi sendo confirmada. Apesar disso, faz-se necessário uma melhor reflexão sobre alguns aspectos, pois, como metodologicamente era de se esperar, alguns elementos mais específicos requisitam análises mais refinadas que não podem ser abarcadas pelo grau de generalidade expectativa que uma hipótese carrega. Por isto, neste capítulo, pretende-se apresentar tais explicações.

Há dois importantes panos de fundo para os embates que inviabilizaram a implantação da PEP: (1) o já tradicional embate entre usuários e poder executivo; e (2) o que se refere à definição das instituições responsáveis pela educação permanente de conselheiros. Interessante notar que estes dois embates, que acontecem, com maior ou menor grau de acirramento, em grande parte dos conselhos brasileiros, são aqui concretizados pelo embate entre CES/MT, mais especificamente seus conselheiros usuários, e o GTI, mais especificamente a ESP/MT. Assim, pode-se, com um maior refinamento, localizar CES/MT e ESP/MT como os protagonistas dos embates.

É um tanto surpreendente que, no que diz respeito ao primeiro pano de fundo, constate-se que embora joguem papéis não-desprezíveis, os conselheiros que representam o poder público no CES/MT não são, nos embates relativos à PEP, os principais representantes do governo do estado do Mato Grosso, papel ocupado pela Escola de Saúde Pública.

Atendo-se ao segundo pano de fundo, que reproduz a tensão gerada pelo Conselho Nacional de Saúde, que considera que educação

permanente de conselheiros deve ser atribuição de conselheiros e não ‘da academia’ (embate que se refletiu no veto do CNS à participação de ‘acadêmicos’ na relatoria da XIII Conferência Nacional de Saúde<sup>30</sup> e está concretizado na resolução do CNS sobre educação permanente), reforça-se o embate do CES/MT com a ESP/MT, que passa a ser vista como ‘academia’ e, pior, uma academia do poder executivo estadual.

Ambientados nestes panos de fundo, os principais embates travados no processo decisório da PEP podem ser sintetizados em uma disputa intensa destes atores políticos para terem preponderância nas etapas de formulação, implementação e mesmo execução da PEP. Neste sentido, os dois principais atores buscaram protagonizar – quando não buscaram ter a exclusividade – de todas estas etapas do processo decisório.

Os conselheiros usuários apresentaram maior poder de negociação com outros segmentos, fortalecendo-se no CES/MT, amparando-se em um discurso nacionalizante, que relaciona diretamente CES e CNS, considerando que o processo de educação permanente é tarefa intransferível de conselheiros. Por outro lado, a ESP/MT parecia não ter força suficiente para debater suas proposições, tornando o GTI (do qual era o principal ator político), sobretudo para os usuários, uma instância que representava o poder executivo e por isto, ilegítimo. Tal foi reforçado pela ação da ESP/MT que, em uma ação típica do poder executivo, realizou as oficinas a despeito da não-deliberação do CES/MT.

De qualquer forma, foi possível perceber que as posturas compreendidas por um ator político como soluções, representavam, para outro, problemas e usurpação de interesses legítimos. Qualquer proposta que não seguisse o recomendado pelo CNS seria entendida pelos usuários como usurpação de um direito. Frente a essa situação, os embates desencadeados no CES/MT no que se refere à PEP, tinham como foco principal o GTI e o papel que este desempenhava que seria um papel usurpador. Diversos foram os momentos em que a legitimidade do GTI foi questionada, embora este tenha sido criado pelo próprio CES/MT, com a finalidade de formular, coordenar e acompanhar a Política Estadual de Educação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais,

as ações desenvolvidas eram sempre seguida de críticas pelo pleno do CES/MT.

Os autores citados ao longo dessa dissertação apontam que há uma relação direta entre a etapa de formulação e a etapa de implementação e por isto a articulação entre estes é um aspecto fundamental para o êxito de uma determinada política. Quando não há uma boa articulação e um bom entrosamento acontece o que os autores chamam de “divórcio”. Seguindo este raciocínio é possível afirmar que não houve condições adequadas de negociação e de um acordo que possibilitasse uma pactuação entre os principais atores envolvidos, ESP/MT e CES/MT.

Na etapa de formulação da PEP, ainda que ela tenha sido oficializada, as relações de embate e aliança que foram travadas em seu desenrolar foram fundamentais para delimitar o desenho da política e, por isto, contaminou a etapa de implementação. Desta forma, o processo de formulação da PEP que foi construído a partir do predomínio de embates e encontros (não intencional ao GTI, mas entre este e o CES/MT) tinha, *per se*, a tendência de gerar uma implementação com maior grau de problema, no qual a política formulada inclinou-se para ser redesenhada na prática pelos implementadores.

No caso aqui estudado, os dois atores – CES/MT e ESP/MT – disputaram o exercício do papel de formulador, implementador e executor da PEP. De forma *Sui Generis*, tal disputa pode, de maneira sintética, ser considerada como a principal motivadora dos embates travados e responsável pela não-implantação da PEP. Cumpre-se, assim, o objetivo-geral desta dissertação.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização da participação política criada e ampliada a partir da constituição de 1988<sup>31</sup> contribuiu no sentido de aumentar a qualidade da experiência democrática no Brasil. A existência de instituições públicas mais susceptível à influência da sociedade civil, e direcionando para a entrada de novos atores na arena pública é certamente uma abertura vantajosa para a democracia.

No entanto, e ainda que os conselhos de saúde tenham como um de seus principais objetivos promoverem a inclusão/participação da sociedade civil na condução da política de saúde, essa participação não segue um curso natural no funcionamento dessas arenas políticas.

A institucionalização dessas arenas, embora tenha valor em si, não é condição suficiente para que a participação política ocorra em sintonia com o que é preconizado na constituição, pois são espaços de conflitos e de interesses muitas vezes divergentes.

Assim sendo, frente a diversidades de interesses, a formulação de uma política pública passa a ser uma tarefa complexa e com graus de dependência em determinantes sociais, econômicos e políticos. E com a política pública de saúde não poderia ser diferente, pois, como em qualquer processo decisório, existe necessidade de interação, negociação e pactuações entre os diversos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde.

Contudo, formulação e implementação de políticas se retroalimentam e fazem parte do mesmo processo. Para acontecer a formulação de uma política há primeiramente a necessidade imprescindível de se ter acesso às informações e conhecimentos a fim de se ter argumentos para sua propositura. As diferenças de poder em face ao conhecimento precisam ser entendidas e levadas em consideração dentro das arenas políticas, já que conhecimento é poder. Assim, a participação de representantes dos implementadores no processo de formulação facilita, ao menos idealmente, a concretização da política.

O estudo sobre o processo decisório da Política de Educação Permanente em Saúde no Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso, no período de 2004 a 2006, permitiu durante a realização da análise

desse processo, a abordagem das seguintes categorias: **Processo de Formulação e Implementação de Política** e o **Processo Decisório**.

A partir da leitura dos referenciais teóricos que orientaram a análise das atas e de posse dos resultados apresentados no capítulo anterior é possível inferir que no Conselho Estadual de Saúde em relação ao processo de formulação da PEP, este tinha uma participação pouco articulada entre os conselheiros, porém os conselheiros usuários apresentaram maior poder de negociação com outros segmentos, fortalecendo-se no CES/MT e abrindo dessa forma possibilidades para o uso de métodos de influência.

Constatou-se que na grande maioria das vezes nas discussões da PEP não se chegavam a um consenso e no jogo do poder existentes fatores como interesses divergentes e confrontos pessoais se sobressaíam. Pode-se concluir que, no CES/MT havia uma escassez de capital social – ou seja, relações de confiança, solidariedade e cooperação disseminadas – e, portanto, escassez de elementos indispensáveis para que o conselho se constituísse de efetivo canal de democratização das decisões e de controle social.

Manim<sup>32</sup> comenta que a tomada de decisões é sempre uma escolha entre incertezas. Aponta que os indivíduos, ao tomarem decisões sobre os rumos da sociedade, possuem informações. Entretanto, elas são fragmentadas, incompletas e até mesmo contraditórias, o que não permite a formação de convicções que fundamentem a tomada de decisões. A confrontação e o debate entre os vários pontos-de-vista acerca de uma proposta, ao invés de prejudicar, é fundamental para que os indivíduos clarifiquem, aperfeiçoem e selecionem as informações de que dispõem, minimizando seus níveis de incerteza e modelando suas preferências, ainda que isto represente uma mudança de seus vagos objetivos iniciais.

Mesmo tendo uma cultura em que a sociedade espera que o governo tome as decisões, há possibilidades de inverter o jogo do poder. Para tanto a busca e divulgação de informações e saberes podem ser incentivadas nesta arena, com a intenção dos conselheiros se reconhecerem como participantes iguais e ativos, ou seja, com condições iguais de jogar o ‘jogo do poder’.

Para Pateman<sup>11</sup> a participação é educativa e promove, através de um processo de capacitação e conscientização seja individual e/ou coletiva, o desenvolvimento da cidadania, cujo exercício se configura como requisito central na ruptura com o ciclo de subordinação e de injustiças sociais. A participação confere outro ciclo, caracterizado pela relação direta que se estabelece entre a participação cidadã, a mudança da consciência política e a diminuição das desigualdades sociais.

Este mesmo autor afirma que os indivíduos precisam de tempo para aprender a importância da participação política, aprender a atuar como cidadãos e por fim participar no processo decisório político, pois como resultado de sua participação na tomada de decisões, as pessoas aprendem a distinguir entre seus próprios impulsos e desejos, aprendendo a ser tanto cidadão público quanto privado. Isso faz com que as pessoas se sintam importantes nos resultados do sistema político como um todo. Quanto mais atores sociais participarem do curso político das políticas, mais amplo poderá ser, sendo esta o resultado das relações estabelecidas entre estes.

Ressaltamos que o momento atual é promissor, na medida em que o CES/MT propõe a retomada do processo da PEP. Porém, para que esta política possa se tornar efetiva na dissolução de algumas dificuldades há necessidade de uma re-análise dos papéis e das decisões tomadas até então, numa tentativa de minimizar as resistências já existentes. A busca do conhecimento prévio de todo o processo deveria ser estimulada, por meio dos representantes do conselho, dedicando um tempo maior para o debate inclusive e principalmente com suas bases.

O Conselho de Saúde certamente constitui um espaço público privilegiado para, por intermédio da participação, aumentar o capital social e formar cidadãos mais conscientes, para ampliar a democracia e serem instrumentos na defesa dos interesses da maioria dos cidadãos. Nessa perspectiva pode-se também contribuir para uma qualificação do processo decisório nesse fórum.

## REFERÊNCIAS

1. Richardson RJ et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas; 2008
2. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. [citado set 2009]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm),
3. Oszalak O, O'Donnell G. Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires: Clacso; 1976.
4. Bodstein R, Moreira MR. Formulação, implementação e avaliação de políticas sociais. Rio de Janeiro: Unidade II DCS/ENSP/FIOCRUZ; 2007.
5. Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. In: Revista da Administração Pública. 1996; 30 (2): 5-43.
6. Labra EM. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury L, organizador. Participação, Democracia e Saúde. CEBES. 2007.
7. Lindblom C. O processo de decisão política. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1981.
8. Perez Júnior R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: Rico EM, organizadora. Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. 2.ed. São Paulo: Cortez; 1999. p.65-73
9. Hogwood B, Gunn LA. Policy analysis for the real world. Oxford: Oxford University Press; 1984.
10. Moreira MR, Escorel S. Acompanhamento dos Conselhos de Saúde: Cadastro dos CMS no Brasil. Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2005.
11. Pateman C. Participação e teoria democrática. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
12. Macpherson CB. A Democracia Liberal: origens e evolução. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. 118p.
13. Moreira, MR. Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
14. Brasil. Lei Federal nº 8080/1990 e Lei Federal nº 8142/1990 (BR). In: CONASEMS, publicações técnicas (Porto Alegre). 1992; 2 : 18-19.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão participativa. A Sociedade e a Construção do SUS/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Cortez SV, organizadora. Participação e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.
17. Velasco EG, Silva IF, Souza JCN, Rocha MCC, dos Anjos VLH. O processo de participação popular na construção do SUS em Mato Grosso: Análise preliminar do Conselho Estadual de Saúde [monografia]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso; 1990.

18. Decreto nº 1055 de 18 de novembro de 2004. Diário Oficial [do Estado]. Mato Grosso.
19. Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso. Regimento Interno; 11 fev.2004
20. Soares NRF. Conselhos de Saúde: espaço de democratização das políticas de saúde ou de cooptação dos movimentos sociais? (um estudo do significado político-pedagógico da participação popular no Conselho Estadual de Saúde – Gestão 95/97) [dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso; 1999.
21. Mato Grosso. Constituição Estadual de 1989. Cuiabá: Assembléia Legislativa; 1989.
22. Lei Complementar nº 22 de 09 de novembro de 1992. Diário Oficial [do Estado]. Mato Grosso.
23. Mato Grosso. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso de 09 de novembro de 1992.
24. Mato Grosso. Relatório Final do Projeto de Capacitação de Conselheiro de Saúde de Mato Grosso. 3ª etapa; 2003.
25. Mato Grosso. Atas do Conselho Estadual de Saúde dos anos de 2003, 2004, 2005, 2006 e 2007. Fonte CES/MT
26. Mato Grosso. Diário Oficial do Estado de 14 de dezembro de 2005.p.35.
27. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. SUS: Brasília (DF); 2007.
28. Mato Grosso. Política de Educação Permanente para Conselheiros de Saúde e Agentes Sociais. Fonte CES/MT; 2006.
29. Mato Grosso. Diário Oficial do Estado de 10 de maio de 2007.
30. Ministério da Saúde (BR). XIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF).
31. Brasil. Constituição Federal de 1988. 10 ed. atual. 1988. Brasília (DF): Senado Federal.
32. Manim B. On Legitimacy and Political Deliberation. In: Political Theory. 1987: 15 (3): 338-368.

