

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
(2003 – 2007)”***

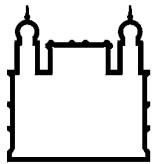
por

Iris Jordão Lessa

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sarah Maria Escorel de Moraes

Rio de Janeiro, maio de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2003 – 2007)”

apresentada por

Iris Jordão Lessa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Cristiane Corrêa Batista Santos

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado

Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Escorel de Moraes – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 13 de maio de 2010.

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

L638 Lessa, Iris Jordão
Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da
Saúde (2003 – 2007) / Iris Jordão Lessa. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
119 f., graf.

Orientador: Moraes, Sarah Maria Escorel de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Políticas Públicas. 2. Democracia. 3. Participação Comunitária.
4. Gestão em Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Reforma dos
Serviços de Saúde. 7. Formulação de Políticas. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10425

AGRADECIMENTOS

Aos meus maravilhosos pais, Ana e Edenilson que me ensinaram desde muito cedo que o amor, paciência, dedicação são fundamentais para o processo educativo.

A minha orientadora, Sarah Escorel, pelo grandioso conhecimento que me transmitiu, e por me incentivado a desenvolver este trabalho com autonomia e liberdade.

Agredeço ao meu querido marido Rafael pelo companheirismo, paciência e bom humor que teve ao longo deste período.

A Luziana, minha irmã, e também aos amigos e colegas da Ensp, em especial, Suelen Oliveira, Juliana Bravo, Aline Gabriela, Anilka Medeiros. As amigas da Fiocruz de Brasília que me apoiaram enormemente: Julianna Takarabe, por ter dividido o apartamento comigo e pela excelente companhia, Simione por ter me ajudado a agendar as entrevistas.

A Elisabeth Ferraz, pelo apoio necessário e incentivo para que eu pudesse desenvolver com tranquilidade a conclusão desta dissertação.

A Coordenação de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp, e as professoras Maria Cristina Guilan e Maria Helena Mendonça.

Também agradeço ao professor Marcelo Rasga Moreira e a professora Cristiane Batista pelo apoio recebido.

Por fim, agradeço a todos os/as entrevistados/as pela colaboração neste trabalho.

Índice

Apresentação	6
1. Metodologia.....	10
2. Revisão teórica sobre participação e democracia	18
a) Participação direta: as assembleias populares gregas	18
b) (Re) surgimento da categoria participação: a soberania popular na Idade Moderna	20
c) Participação, representação política e as críticas a este modelo	22
d) 'O povo jamais governa' x 'Poliarquias': a participação analisada sobre diferentes perspectivas	24
e) Para além da representação: ampliação dos canais de participação do povo na política	27
3. Democracia no Brasil e o setor Saúde	32
a) Algumas considerações gerais sobre democracia e participação.....	32
b) Democracia, participação e a Reforma Sanitária	35
c) Institucionalização da participação social em saúde	39
d) Elementos teóricos e principais conceitos: participação, controle social e gestão participativa	43
4. Gestão Participativa em saúde.....	52
a) Criação da Secretaria de Gestão Participativa.....	53
b) Reformulação da Secretaria: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.....	57
c) Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS	60
5. A SGP/SGEP e o processo participativo em saúde	65
Criação e a reformulação de uma nova Secretaria	66
Relação da SGP/SGEP com o Conselho Nacional de Saúde.....	81
Percepções sobre gestão participativa e participação social	91
SGP/SGEP e movimentos sociais.....	96
Percepções sobre a democratização da formulação das políticas de saúde	101
Considerações Finais.....	107
Bibliografia.....	112
Anexo 1	119

Apresentação

A participação social é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). A trajetória de institucionalização da participação social no SUS é uma conquista da luta pela democracia travada durante décadas no Brasil. Contudo, há exatos 20 anos de criação do SUS muitos desafios devem ainda ser superados na busca pela consolidação de um sistema de saúde com qualidade no atendimento das necessidades de saúde da população. As péssimas condições de saúde são comprovadas por dados oficiais segundo os quais 53% da população brasileira ainda não têm acesso a um saneamento adequado¹, há prevalência de desnutrição e persiste o analfabetismo. Estes são apenas três exemplos de problemas sociais que compõe a realidade social brasileira.

Este trabalho surge como parte da minha experiência como graduada em ciências sociais e como sanitarista. Ao longo de um ano, participei do projeto Observatório de Conjuntura da Política de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca² – Ensp, no qual pude acompanhar a política de saúde, no atual cenário político brasileiro. Esta experiência institucional foi um ponto de partida para despertar o interesse por uma pesquisa que envolvesse o tema da formação e formulação da política de saúde como objeto de estudo no mestrado.

A participação social no Sistema Único de Saúde é uma temática que vem sendo analisada por diversos pesquisadores interessados na democratização do processo decisório no setor saúde. A criação dos espaços de participação, compostos pelos diversos segmentos sociais, consolidados pela institucionalização do SUS, tornou-se um fato novo na América Latina (LABRA, 2005).

A democratização das políticas de saúde remete à idéia de processo de mobilização e envolvimento de diversos atores sociais, conferindo-lhe poder de interferir, propor e deliberar sobre a formulação das políticas de saúde. Por

¹ No ritmo atual de ampliação do acesso ao saneamento básico a universalização só ocorreria dentro de 115 anos (FGV, 2007).

² Projeto coordenado por Sarah Escorel entre 2007 e 2009.

isso, a associação entre participação social e democracia é indispensável, pois a primeira é intrínseca a vida em sociedade, abarca a relação indivíduo e coletivo e envolve a tomada de decisão (ESCOREL & MOREIRA, 2008).

Em geral, a literatura associa democratização das políticas de saúde à criação dos espaços deliberativos, como os Conselhos de Saúde. Os Conselhos são compostos por entidades de usuários (50%), representação de governo e de prestadores de serviços privados (25%) e entidades dos trabalhadores de saúde (25%). Deste modo, constituem uma experiência inovadora na prática do controle social, pois congregam diversos segmentos sociais, ampliando o debate setorial e, por consequência, a democracia participativa.

Esta dissertação de mestrado tem por objeto analisar o processo de criação e funcionamento da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, criada no ano de 2003, com o nome de Secretaria de Gestão Participativa (SGP). O trabalho possui como *objetivo geral* identificar o papel desempenhado por essa instância na democratização da política de saúde através do apoio/estímulo à participação social em saúde no período de 2003 a 2007. O ano de 2007 encerra um ciclo de quatro anos de governo e no setor saúde tem como marco a realização da XIII Conferência Nacional de Saúde.

Os *objetivos específicos* são: conhecer quais eram/são os objetivos do Ministério da Saúde na criação desta Secretaria, as expectativas e opiniões de alguns informantes-chave, conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, atuais e ex-gestores, quanto ao papel desempenhado por esta Secretaria no Ministério e cotejar as percepções destes atores sobre o processo participativo em saúde a partir da institucionalização da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Analisaremos, também, se, com a criação da SGEP, o Ministério da Saúde aumentou ou não o diálogo com os movimentos sociais em saúde, aspecto fundamental para analisar a democratização da política de saúde e o processo participativo, em especial a relação entre Estado e sociedade. Segundo Machado (2007), mesmo com o processo de democratização no âmbito da saúde, o Ministério da Saúde, ao longo da década de 90,

caracterizou-se pelo caráter concentrador dos ministros e de seus dirigentes na definição de prioridades para a política de saúde.

Consideramos que a SGP/SGEP é um relevante objeto de estudo pelo fato de ser um órgão do Ministério da Saúde com apenas sete anos de existência e que nunca foi estudado de maneira sistemática. Ademais, a iniciativa do governo de criar a SGP/SGEP merece ser estudada porque tal como analisam Costa & Lionço “considerando que a participação social e a democracia participativa atuam na qualificação da gestão pública, é de grande relevância a iniciativa que teve o governo na criação da SGEP” (COSTA & LIONÇO, 2006, p.49).

O trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, além desta apresentação e da conclusão. O **primeiro capítulo** trata da metodologia do trabalho, em que são expostas as principais questões teóricas e metodológicas que orientaram a elaboração da dissertação.

No **segundo capítulo** é apresentada uma revisão da literatura sobre os temas democracia e participação. Este capítulo está dividido em cinco seções. Na primeira busca-se estudar as origens da participação do povo nas decisões políticas tomando a antiga sociedade grega como marco. Na segunda seção é feita uma revisão sobre o (re) surgimento da participação do povo no poder, já na Idade Moderna. Na terceira, aborda-se o nascimento da democracia liberal e representativa. A quarta seção tem por objetivo mostrar a importância dos movimentos sociais europeus, no século XIX, como uma potente corrente crítica ao modelo liberal democrático. Em seguida, trabalhamos a relação entre democracia e participação a partir de dois estudiosos do século XX: Joseph Schumpeter e Robert Dahl, cujas teorias tratam de distintas correntes do pensamento democrático. Por fim, entramos no campo da democracia participativa, destacando alguns de seus principais teóricos, o que possibilita analisar a experiência da democracia participativa no Brasil.

No **terceiro capítulo**, trabalhamos o tema da democracia no Brasil e o Para isso dividimos o tópico em quatro partes. Na primeira são feitas algumas considerações gerais sobre democracia e participação no Brasil. Esta parte do trabalho serviu como pano de fundo para analisar a história da participação social em saúde. Na segunda seção deste capítulo, abordamos os temas democracia, participação e Reforma Sanitária brasileira destacando os

anteriores do SUS, especialmente a luta do movimento sanitário pela democratização do país e do setor saúde. Na terceira parte, analisamos a institucionalização da participação social em saúde, a partir da década de 90. Encerramos este capítulo trazendo os elementos teóricos e principais conceitos do processo participativo no SUS: participação comunitária, participação social, participação popular, controle social e gestão participativa.

O **quarto capítulo** apresenta o objeto deste estudo e teve por meta estudar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde a partir da análise documental. O capítulo está dividido em três principais partes: a criação da Secretaria de Gestão Participativa em 2003; a reformulação da SGP/SGEP em 2005; e a análise da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), em 2007.

Dando continuidade ao estudo da Secretaria, o **quinto capítulo** trata da análise do material obtido no trabalho de campo. Esta etapa do trabalho estruturou-se em cinco tópicos: criação da SGP em 2003 e sua reformulação para SGEP a partir de 2005; a relação entre a SGP/SGEP e o CNS; diferenças e semelhanças entre os conceitos de gestão participativa e participação social; a relação entre a SGP/SGEP e os movimentos sociais; e as percepções dos entrevistados sobre a democratização da formulação das políticas de saúde e o papel desempenhado pela SGP/SGEP nesse processo.

Na conclusão pretendemos recapitular os principais aspectos discutidos neste trabalho e destacar alguns significados, avanços e dilemas que a criação e desenvolvimento da SGP/SGEP proporcionou para o processo participativo em saúde, no período estudado.

1. Metodologia

O desenvolvimento do presente estudo adotou uma abordagem essencialmente qualitativa utilizando as seguintes técnicas de pesquisa: revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas semi-estruturadas com atores políticos selecionados.

A organização da metodologia de uma pesquisa segue passos como: definição das fontes de informação (diferentes atores sociais, documentos instituidores, relatórios de avaliação interna das instituições, além da bibliografia pertinente ao tema para subsidiar a discussão dos conceitos-chaves); momento do trabalho de campo em que são realizadas as entrevistas; e análise das informações (MINAYO et al, 2005)

As pesquisas qualitativas, para as autoras, permitem o “aprofundamento das histórias, captar a dinâmica relacional (...) compreender as representações e símbolos e dar atenção aos sinais evasivos que não podem ser entendidos por meio formal” (idem, 2005, p. 42). Segundo Gaskell (apud GOMES et al., 2005) o propósito da abordagem qualitativa é a exploração do espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto que está sendo pesquisado.

O primeiro passo para a construção desta dissertação foi a revisão bibliográfica sobre os aspectos teóricos e conceituais deste trabalho, tendo como linha condutora a categoria *participação*. A partir da revisão histórico-conceitual da literatura trabalhamos a relação entre participação e democracia. Por se tratar de uma dissertação sobre o processo participativo em saúde, não foi realizada uma análise sistemática e exaustiva dos autores da ciência política. Nosso objetivo, no primeiro capítulo, foi destacar a importância da teoria política, no que se refere ao tema da participação do povo nas decisões políticas para melhor compreender o tema da participação social e gestão participativa em saúde.

Na revisão bibliográfica, alguns textos ‘nortearam a seleção de autores e conceitos utilizados no trabalho. O primeiro foi o livro “Liberalismo e Democracia”, de Norberto Bobbio que dentre os vários tópicos estudados, indica dois marcos históricos: a democracia dos ‘antigos’ e a dos ‘modernos’, analisando as diferenças no que se refere à participação política dos cidadãos. O segundo texto orientador foi a coleção “Os Clássicos da Política” (vários autores) que apresenta uma excelente análise dos mais consagrados autores e temas da ciência política, o que nos permitiu selecionar os estudiosos que trabalharam a relação entre democracia e participação. Os textos “Participação e Teoria Democrática”, de Carole Pateman e “Democracia e Liberalismo”, de C.B. Macpherson também foram fundamentais para orientar a revisão bibliográfica, tendo em vista que estes autores explicam como as diferentes perspectivas clássicas discutem o tema da participação do povo no poder. Os dois autores distinguem tanto as teorias que vão ao encontro da democracia participativa, como, por exemplo, a teoria de Rousseau, quanto as teorias elitistas que estão mais distantes da idéia de ampliação dos canais de participação popular.

A leitura dos textos evidenciou cinco tópicos analíticos referente ao tema democracia e participação. O primeiro diz respeito ao exercício da participação direta dos cidadãos, nas assembléias populares gregas da Antiguidade, fato considerado como origem da democracia. O segundo tópico resgatou a importância da soberania popular nas decisões políticas, a partir da teoria de Rousseau no século XVIII. Além de soberania popular escolhemos mencionar dois outros conceitos deste autor: vontade geral e vontade de todos, para destacar a importância do *interesse comum* nesta teoria participativa. O terceiro tópico analisou a participação como representação política, a partir da ascensão do modelo de democracia representativa. Para abordar este tema mencionamos o modelo dos federalistas norte-americanos que deram origem ao sistema político caracterizado pela representação política. Também buscamos destacar a importância dos movimentos sociais europeus, no século XIX, na luta pela ampliação da participação da população nas decisões políticas. Em decorrência disso, citamos dois marcos históricos, a Comuna de

Paris e a Revolução Russa que constituem fatos históricos singulares no que tange a participação popular nas decisões políticas.

Para analisar o tema da democracia participativa foram escolhidos três teóricos do século XX, tendo em vista a importância de seus trabalhos: Robert Dahl, Carole Pateman e C.B. Macpherson. Além destes, a teoria elitista de Joseph Schumpeter foi um importante contraponto na análise, já que os teóricos da democracia participativa, tal como Pateman e Macpherson, utilizaram o autor para construir críticas ao modelo elitista. Tanto Pateman como Macpherson enfatizam a associação direta entre participação e democracia; os seus textos defendem expressamente a possibilidade de combinar, nas sociedades contemporâneas, instâncias populares e participativas com as instituições representativas, consolidando assim o modelo de democracia participativa.

O último tópico mostra a democracia participativa não mais como um ideal – embora seja sempre um processo em construção – mas a partir de experiências concretas, como o caso brasileiro. Para isso, foram estudados dois autores atuais, Boaventura Souza Santos e Leonardo Avritzer, que se dedicam a estudar as experiências de democracia participativa, tanto no Brasil, como internacionalmente. Por serem estudos recentes, estes trabalhos nos ajudam a melhor compreender as origens e caminhos percorridos na construção da democracia participativa no Brasil.

Para analisar o segundo tema deste trabalho, democracia no Brasil e no setor saúde, recorreremos a análise histórica, sempre norteada pelos conceitos de democracia e participação. Este capítulo está dividido em quatro partes. Na primeira utilizamos uma abordagem histórica para apontar as principais características da sociedade política brasileira. Destacamos a partir disso, as dificuldades da participação política no Brasil, tendo em vista, o autoritarismo, o clientelismo, e o elitismo como traços estruturais da nossa sociedade. Buscamos também dar visibilidade aos movimentos sociais brasileiros, destacando a fundamental importância dos mesmos para a consolidação da democracia no Brasil. A partir disso, entramos em nosso campo de estudo: a participação social na saúde que possui um movimento setorial importante no processo democrático brasileiro.

Os temas participação e democracia em saúde foram analisados a partir de uma metodologia histórica e conceitual. Para isso, iniciamos o estudo do processo participativo em saúde a partir da década de 70, tendo em vista aquele cenário político brasileiro composto por uma série de movimentos sociais, dentre eles o movimento sanitário, com propostas de democratizar as relações sociais e construir um novo modelo de atenção à saúde. Destacamos a realização da VIII CNS, por ser um marco na história da saúde pública no país. Para estudar a institucionalização da participação social em saúde, foi imprescindível falar das Conferências de Saúde, tendo em vista que são espaços deliberativos e de exercício da democracia.

O eixo teórico-conceitual do estudo foi constituído por cinco principais conceitos: participação comunitária, participação popular, participação social, controle social e gestão participativa. Abordamos como esta transição conceitual reflete diferentes momentos e significados que a categoria *participação* pode assumir. Para isso, foram estudados os principais autores e trabalhos que discutem os conceitos norteadores deste estudo, tais como Carvalho (1995), Escorel (1999), Fleury (1997), Labra (2005), Valla (1998), Escorel & Moreira (2008) dentre outros importantes autores no campo da participação em saúde.

Toda essa etapa de revisão bibliográfica foi extremamente relevante para este trabalho, pois o investimento teórico forneceu as ferramentas necessárias para subsidiar o trabalho de campo e analisar os depoimentos dos informantes-chaves, conferindo maior consistência ao estudo proposto.

Análise Documental

A análise documental teve por objetivo conhecer a estrutura e as atividades desempenhadas pela SGP/SGEP, ao longo do período estudado. Esta etapa metodológica foi realizada tendo por base os principais documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, entre 2003, data da criação da Secretaria de Gestão Participativa, e o ano de 2007, com o lançamento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS).

Os documentos analisados foram: Decreto 4726 de 9 de junho de 2003 que criou a Secretaria de Gestão Participativa; Decreto 5841 de 13 de julho de 2006 que reestruturou a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Decreto 5974 de 29 de novembro de 2006 que alterou o Decreto 5841; e o ParticipaSUS, lançado em outubro de 2007. Além disso, os Relatórios de Gestão disponibilizados pela SGEP, em seu site, também foram importantes fontes de informação para conhecer as atividades desempenhadas pela Secretaria. As atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde também subsidiaram a construção deste trabalho.

A importância desta etapa do trabalho foi a de conhecer como foi estruturada a SGP/SGEP e como estão sendo desenvolvidas as atividades, porém não nos detivemos para analisar cada uma das atividades da SGP/SGEP. A leitura dos documentos foi o primeiro contato com o objeto deste trabalho. Além disso, o ParticipaSUS possui grande importância para o estudo do processo participativo em saúde, primeiro pelo processo de sua elaboração tendo sido intensamente debatido e aprovado no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, e, segundo, porque traz os princípios e diretrizes que a gestão estratégica e participativa no SUS deve adotar e estimular.

Trabalho de campo

O trabalho de campo envolveu a realização de dez entrevistas semi-estruturadas, feitas entre outubro e dezembro de 2009. A elegibilidade dos entrevistados partiu de três critérios: cargo e função ocupados na SGP/SGEP; acadêmicos e profissionais atuantes em entidades representativas do movimento sanitário – Cebes e Abrasco; e conselheiros ex e atuais do Conselho Nacional de Saúde (cujas listas encontram-se no anexo 1).

Entre as pessoas que participaram do momento de criação da SGP, selecionamos três entrevistados: Crescêncio Antunes, ex-secretário nacional de gestão participativa entre 2003 e 2005; Ana Maria Costa que está na SGP/SGEP desde 2003 e é a atual diretora do Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP); e Flávio Oliveira, ex-diretor do Departamento de Acompanhamento e Articulação da Reforma Sanitária, no primeiro ano da Secretaria. Também entrevistamos atuais dirigentes da SGEP, como o

secretario nacional de gestão estratégica e participativa no SUS, Antonio Alves, que está no cargo desde 2005; e Jacinta Senna que integra a Secretaria desde a sua criação e está na Coordenadoria Geral de Apoio a Gestão Participativa e ao Controle Social, do DAGEP/SGEP.

Por considerar a importância do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), como as principais entidades representativas do movimento sanitário, entrevistamos dois de seus representantes: Moises Goldbaum, representante da Abrasco entre 2003 e 2005; e, Ligia Bahia representante do Cebes no CNS desde a sua reformulação em 2006/7 até 2009.

Além disso, entrevistamos conselheiros do CNS, já que o Conselho é a mais importante instância, em nível nacional, de controle social em saúde. Por esta razão, foram realizadas três entrevistas com representantes de movimentos sociais no CNS: Eliane Cruz, representante da CUT e Secretaria Executiva do Conselho a partir de 2003; Francisco Batista Junior, representante do Fentas e presidente do CNS a partir de 2006; e Jurema Pinto Wemeck, representante do movimento negro, ocupando o cargo de Coordenadora da Comissão Intersectorial de Saúde da População Negra (CISPN) do CNS.

Também tentamos entrevistar duas pessoas que participaram deste processo, o ex-ministro Humberto Costa cuja assessoria responsável não respondeu às minhas solicitações feitas por telefone e email, e, Maria Natividade Santana, ex-conselheira do CNS como representante do Fentas e atual Chefe de Gabinete da SGEP que indicou dificuldades em compatibilizar a entrevista com sua agenda de trabalho.

O primeiro contato feito com os entrevistados foi por email, no qual foram explicados os objetivos da pesquisa e encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp. Em seguida, agendávamos a entrevista, por telefone ou email. Todos os entrevistados mostraram disponibilidade e foram muito receptivos e atenciosos em relação ao convite.

Para desenvolver o trabalho de campo foi necessário fazer três viagens: uma para São Paulo; e duas para Brasília, para realizar seis entrevistas. No Rio de Janeiro foram entrevistadas três pessoas. Todas as entrevistas, exceto uma, foram feitas no local de trabalho do/a entrevistado/a. Uma viagem a Brasília teve apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, as outras foram custeadas pela autora.

Todos os entrevistados permitiram gravar suas falas que foram posteriormente transcritas. A análise do trabalho de campo foi iniciada com a leitura atenta das entrevistas, a partir do qual os depoimentos foram separados em cinco grandes tópicos analíticos. Num segundo momento, as entrevistas também foram separadas por grupos, como gestores ministeriais, representantes de movimentos sociais, e entidades científicas com a intenção de verificar semelhanças e divergências entre as opiniões dos integrantes de um mesmo agrupamento. Porém, tratando-se de uma pesquisa qualitativa nos interessou mostrar as diversas opiniões e compreensões existentes sobre o tema, mais do que fazer comparações entre grupos ou quantificar resultados.

Ao separar as entrevistas por tema, tivemos o intuito de obter uma visão sobre quais eram os pontos em comum e quais as contradições existentes entre os depoimentos

As entrevistas nas pesquisas qualitativas constituem valiosas fontes de informação (YIN, 2006). Entretanto, podem ocorrer problemas decorrentes de vieses relacionados à falha de memória do entrevistado, articulação imprecisa, argumentações inconsistentes. Para minimizar possíveis problemas foi utilizada nesta dissertação, a combinação das informações provenientes das entrevistas individuais com as informações obtidas na análise documental.

Para aprofundar o estudo do tema, pesquisamos também fatos da conjuntura em matérias de jornais e agências de notícias. Além disso, as atas do Conselho Nacional de Saúde foram valiosas fontes que nos auxiliaram a enriquecer as informações coletadas. A análise do trabalho de campo, em suma, abarcou três dimensões: a teórica, os contextos/conjunturas e os dados das entrevistas (GOMES et al., 2005).

A partir das entrevistas foi possível conhecer as diversas percepções e interpretações sobre o significado da criação da Secretaria e refletir sobre os possíveis dilemas e avanços no processo de democratização da formulação da política de saúde no Sistema Único de Saúde a partir da criação e do funcionamento desta Secretaria.

2. Revisão teórica sobre participação e democracia

O objetivo deste capítulo é destacar alguns dos mais importantes e conhecidos teóricos políticos e suas interpretações sobre o processo participativo e democrático. A revisão bibliográfica explora o campo teórico para melhor entender qual referencial de democracia e participação o setor saúde brasileiro tem adotado e quais influências de pensamento permeiam as ações destinadas a promover a democratização das políticas de saúde e a participação social em saúde em nosso país.

Este capítulo está dividido em cinco seções: na primeira serão analisadas as origens da democracia, a partir das assembléias gregas, consideradas um modelo de participação direta; na segunda parte, o retorno do debate sobre soberania popular, já na Idade Moderna; na terceira a análise focaliza a participação na democracia liberal e representativa e algumas críticas a este modelo; a seguir são abordadas as teorias de Schumpeter e Dahl sobre a participação; e, na quinta seção, os principais argumentos em defesa da maior participação da sociedade nos processos decisórios, a partir do modelo contemporâneo de democracia participativa.

a) Participação direta: as assembléias populares gregas

A participação do povo nas decisões políticas é um elemento chave para caracterizar a democracia. A etimologia desta palavra grega significa “governo do povo”. Desta forma, um pressuposto do ideal democrático é a participação dos cidadãos nas diversas atividades políticas.

Participação e democracia são conceitos e práticas diretamente relacionadas, que podem ser conceituadas de várias formas e que devem considerar os vários contextos históricos. Tendo em vista essa conexão entre democracia e participação, concordamos que “a participação social é a base constitutiva da democracia e, por essa razão o aperfeiçoamento e a ampliação de uma estão diretamente relacionados ao desenvolvimento e à universalização da outra” (ESCOREL & MOREIRA, 2008, p. 987).

Em termos históricos, a democracia, como forma de governo, surgiu na Grécia Antiga. Um dos marcos históricos para tal afirmação é a eleição de Sólon para arconte em 594 a.C. Com Sólon ocorreu uma série de mudanças na organização política grega, tais como o fim da escravidão por dívida e da oligarquia absoluta. Emergiu, assim, a democracia grega que é, até os dias atuais, considerada como um modelo de democracia direta e, por essa razão, exerceu e ainda desperta grande fascínio sobre estudiosos.

A democracia direta é caracterizada pela possibilidade dos cidadãos interferirem de forma direta sobre as decisões políticas: o cidadão ateniense participava ativamente da esfera pública e valorizava esta condição. Na *ecclésia*, assembleia dos cidadãos, todos eram iguais perante a lei (*isonomia*) e tinham igual direito à fala (*isegoria*), e com isso o poder de decidir sobre as principais decisões políticas. A *ágora* era o espaço de decisão, lá os cidadãos se reuniam, escolhiam seus governantes e participavam de preenchimentos dos cargos públicos, a partir da realização de sorteios. Deste modo, todos os cidadãos tinham iguais condições de se tornar um governante e ocupar cargos públicos (*isocracia*).

A democracia grega trazia em si o sentimento de liberdade: por serem livres, os cidadãos poderiam participar e decidir. Também carregava o ideal igualitário no direito de se expressar e de ser ouvido nas assembleias populares. A participação se exercia de forma direta e cotidiana. Entretanto, a democracia dos antigos, bem como seu conceito de cidadania, era excludente e desigual: no governo do povo, as mulheres, escravos e metecos não participavam das assembleias populares que eram consideradas soberanas. Deste modo, o 'governo do povo' excluía da participação política parte de sua população.

Ainda assim, o fascínio que a democracia grega exerce sobre muitos teóricos está no fato de que o homem comum participava diretamente das decisões políticas, bem como supervisionava, de forma muito próxima, aqueles que exerciam as funções políticas.

“a palavra ‘democracia’ designava um conjunto específico de instituições voltadas, muitas delas, para permitir a participação efetiva dos cidadãos na tomada das decisões políticas” (MIGUEL, 2002, p. 484).

É possível dizer que a democracia nasceu a partir de espaços como as assembleias que ampliaram a participação dos cidadãos, ao mesmo tempo em que se criou um conjunto de excluídos do direito de participar da esfera pública. Logo, naquele contexto não foram criados os canais e mecanismos para que a participação social ocorresse de forma plena para todos.

Bobbio (2007) considera que a principal alteração na passagem da democracia dos antigos à democracia dos modernos é a compreensão do modo como o 'povo' vai exercer o direito à participação na tomada de decisão. Ou seja, se na Grécia Antiga, o povo participava diretamente das decisões, com os modernos a democracia transformou-se num sistema representativo: os poderes passam a ser exercidos por representantes eleitos pelo povo (GOMES, 2006).

b) (Re) surgimento da categoria participação: a soberania popular na Idade Moderna

Durante muitos séculos, o tema da participação popular ficou ausente do debate político. Na Idade Média predominaram o autoritarismo e o forte poder e tradição da Igreja e das monarquias, diferentes da cultura hedonista e da democracia direta grega. É por essa razão que o Renascimento, (séculos XII e XVII), tem como uma de suas marcas, a releitura sobre a cultura dos antigos clássicos gregos e a crítica à tradição medieval, caracterizando assim o início da Idade Moderna. Contudo, foi somente no século XVIII, no período do Iluminismo, que a questão da participação social foi retomada. Numa época de queda dos regimes absolutistas, e a ascensão da burguesia, emergiram novas propostas de regime político, uma delas com base no postulado de soberania popular. Este singular contexto da sociedade seduzia os teóricos da modernidade, que mesmo antes das grandes Revoluções Francesa e Inglesa, percebiam que a nascente sociedade burguesa investia na retomada dos princípios da razão, da liberdade e da igualdade de todos os homens, em oposição ao absolutismo monárquico (HELFERICH, 2006).

Dentre os teóricos, podemos destacar, especialmente, o trabalho de Rousseau, filósofo do século XVIII, que buscou na antiga sociedade ateniense as bases para construir o debate sobre igualdade e soberania popular nas

sociedades modernas (PATEMAN, 1992). Embora a sociedade burguesa do século XVIII fosse completamente distinta da pequena sociedade ateniense da Antiguidade, esta fornecia as bases que permitiam analisar o protagonismo do povo nas decisões políticas, e Rousseau buscava resgatar a soberania popular nas decisões políticas. Na sua teoria, o Estado é a representação do bem comum e, por mais que haja oposição de interesses particulares, foi a partir de um acordo entre interesses comuns que surgiu o pacto que deu origem às sociedades (NASCIMENTO, 1989). Embora Rousseau entendesse que “a democracia é a liberdade entendida como participação direta na formação das leis através do corpo político”, como ocorria com os cidadãos gregos reunidos em assembléia, ele acreditava que o modelo de democracia direta só seria possível em determinados contextos históricos, ou seja, nos Estados pequenos (ESCOREL & MOREIRA, 2008, p. 987). Contudo, no pensamento do autor, o exercício da soberania pelo povo, uma das bases do contrato social, deve prevalecer em qualquer forma de governo, ou organização do corpo político que venha se adotar, independentemente da forma de governo estabelecida. Para o mesmo, a soberania é o exercício da vontade geral, ou seja, o interesse comum. Já a vontade de todos remete a interesses privados, a soma de vontades particulares (NASCIMENTO, 1989).

Deste modo, é com Rousseau que a categoria participação do povo na política é retomada após séculos, pois ele acredita que somente por meio da participação seria possível proteger a vontade geral, e assim assegurar um bom governo. Por essa razão, Rousseau é considerado um dos principais teórico da participação (PATEMAN, 1992).

A sociedade moderna europeia do século XVIII vivenciou as transformações políticas e econômicas, tais como a Revolução Industrial e o liberalismo econômico, por um lado, e a Revolução Francesa e a defesa do liberalismo político, por outro. Sob hegemonia do pensamento liberal, a questão da participação do povo nas decisões políticas sofreu uma reviravolta distanciando-se profundamente do modelo de participação direta (BOBBIO, 2000). Neste sentido, verificou-se no início do século XIX, nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), a ascensão do modelo de democracia representativa.

c) Participação, representação política e as críticas a este modelo

Após a independência, os EUA adotaram o modelo republicano. A diferença entre democracia e república, naquele contexto, era feita especialmente para distinguir o modelo republicano do conceito de democracia pura, como Madison denominava a democracia grega. A república, para este autor, é um modelo baseado na representação política, o que significa, um pequeno grupo de cidadãos eleitos pelos demais, com as atribuições de aperfeiçoar e ampliar os pontos de vista da população, levando em consideração os interesses do país. Este modelo de república tinha como princípio resguardar a propriedade privada, os direitos e as liberdades individuais, bem como, enaltecer a forma federalista. Madison e os federalistas criticavam o modelo de democracia direta, pois acreditavam que igualando todos os cidadãos em seus direitos políticos, igualar-se-iam também os bens, opiniões e sentimentos dos mesmos. Surgiram assim as bases para o pensamento da democracia liberal (LIMONGI, 1989).

Tocqueville estava certo de que o modelo criado pelos norte-americanos seria uma nova referência de democracia na história. Nas primeiras páginas de 'A Democracia na America' o autor destaca a singularidade da experiência dos EUA, na qual o povo escolhe diretamente seus representantes. Deste modo, Tocqueville acreditava que mesmo sendo uma forma representativa de poder, quem o dirige é o povo, tratando-se, portanto de uma democracia. Os princípios que o autor enaltece da experiência norte-americana constituíram, de fato, alguns dos pilares das democracias contemporâneas, tais como, os aspectos relacionados aos direitos, garantias e deveres dos cidadãos, associação livre, igualdade de condições, direitos civis e políticos, separação de poderes (QUIRINO, 1989). Para Bobbio, Tocqueville "entendia a democracia como forma de governo em que todos participam da coisa pública, o contrário da aristocracia". (BOBBIO, 2000, p. 57)

Com o advento do modelo de democracia representativa a participação assumiu formas e acepções completamente distintas da democracia direta. Enquanto os gregos reuniam-se nas suas assembléias para decidir sobre os rumos da vida política, nas sociedades modernas, os cidadãos – aqueles

portadores de direitos civis e políticos– elegem seus representantes políticos que se reúnem em fóruns decisórios e legislativos.

Contudo, com o estabelecimento da democracia representativa, a participação, como o direito ao voto, foi concedida apenas aos proprietários. A extensão do sufrágio foi recusada, tanto por Tocqueville, como pelos federalistas, pois consideravam que somente os bem instruídos teriam poder de discernimento para diferenciar entre questões gerais da nação e interesses particulares (BOBBIO, 2000). Stuart Mill retomou o tema da participação ao propor a extensão do sufrágio e com isso a ampla participação da sociedade, embora o autor excluísse do direito ao voto, os que não pagavam impostos e os analfabetos, por considerar que a educação universal deve preceder o voto universal (BALBACHEVSKY, 1989; BOBBIO, 2000). Ainda que Mill tenha sido ousado naquela época por defender a extensão da participação, o sufrágio continuaria sendo um direito político de um grupo reduzido de proprietários, que tiveram acesso aos estudos e com uma condição social financeiramente privilegiada.

Deste modo, a soberania popular, na democracia representativa, somente seria possível com a extensão dos direitos políticos (BOBBIO, 2000) e por isso foi uma das principais lutas populares no século XIX e início do século XX.³

“o desenvolvimento da democracia em regimes representativos ocorreu em duas direções: no alargamento gradual do direito de voto até atingir o sufrágio universal e na multiplicação de órgãos representativos, isto é, dos órgãos compostos por representantes eleitos” (SCOREL & MOREIRA, 2008, p. 987) .

O século XIX foi um período de efervescência dos movimentos sociais na Europa, quando emergiram novas teorias e interpretações a respeito da ampliação da participação da população nos processos decisórios. Na segunda metade do século XIX, a pauta da participação popular emergiu de forma

³ Podemos lembrar que em termos históricos, a ampliação do sufrágio ocorreu de forma lenta e gradual. Nos EUA do século XIX foram excluídos do sufrágio os escravos e as mulheres. Em vários países democráticos, o sufrágio feminino só ocorreu a partir das décadas de 20 e 30 do século XX. O sufrágio feminino ocorreu na França em 1944, na Itália e no Japão em 1946, na Suíça em 1971 e em Portugal em 1974. Na América Latina, o Brasil foi o segundo país a fazê-lo, em 1932 – o primeiro foi o Equador, em 1929 (NICOLAU, 2002).

intensa, a partir dos movimentos anarquistas e socialistas, com suas propostas políticas revolucionárias e críticas ao Estado liberal. Na Europa,

“começava a haver, de fato, uma democratização da vida social, sobretudo a partir do momento em que a classe operária irrompeu com face própria na cena política, com a Revolução de Fevereiro de 1848, na França” (MIGUEL, 2002, p. 485).

Outra experiência histórica importante foi a Comuna de Paris, no ano de 1871. Nesta ocasião os eleitores de Paris elegeram seus representantes do Executivo e Legislativo na Comuna. Marx considerava que a Comuna de Paris, que durou alguns poucos meses, mostrou a ascensão do poder político daqueles que antes não o tinham, os quais puderam ser votar e ser votados. Essa experiência originou os conselhos de operários e camponeses (*soviets*), na Revolução Russa. O regime comunista, instituído na Rússia, em 1917, buscou dar as bases para um novo tipo de Estado e institucionalizar a participação social, a partir dos conselhos⁴. A proposta inicial dessas instâncias participativas era a de combinar em sua organização elementos da participação direta, a partir da livre-expressão de seus participantes, e ao mesmo tempo, direcionar as manifestações de interesses para os responsáveis pelas políticas públicas. Entretanto, o estado soviético transformou-se numa instância totalitária e a participação social foi bruscamente reduzida (SCOREL & MOREIRA, 2008).

d) ‘O povo jamais governa’ x ‘Poliarquias’: a participação analisada sobre diferentes perspectivas

Como já foi dito, não foram todos os teóricos que acreditavam que o aumento da participação garantiria à democracia se transformar no ‘governo do povo’. Na década de 40, já no século XX, verificou-se mais uma reviravolta no pensamento sobre democracia e participação política, a partir dos estudos de Schumpeter (1961), considerado como um dos principais teórico do elitismo. O

⁴ “‘Todo poder aos soviets’, o famoso mote usado por Lênin e Trotski, pode ser lido, à luz da categoria participação social, como uma forma de transformar as instâncias participativas em instituições, buscando eliminar ou, pelo menos, reduzir as mediações entre os sujeitos, o ciclo de políticas e os bens sociais que estas produzem e distribuem” (SCOREL & MOREIRA, 2008, p. 990).

autor pretende ser um divisor de águas em relação à teoria democrática clássica dos séculos XVIII e XIX. Schumpeter assevera (1961), que o povo tem o direito de participar, influenciar e controlar o governo, mas isso não significa que se possa definir a democracia como governo do povo. Para o autor “o povo jamais governa, mas pode sempre governar por definição” (SCHUMPETER, 1961, p. 297). Bem como, ‘a vontade da maioria é apenas a vontade da maioria e não a do povo’ (idem, 1961, p. 325), o qual considera um mosaico e porquanto a maioria não pode representar. “O princípio da democracia, então, significa apenas que as rédeas do governo devem ser entregues àqueles que contam com maior apoio do que outros indivíduos ou grupos concorrentes” (SCHUMPETER, 1961, p. 325).

Para Schumpeter, a democracia se define pelo fato da população ‘aceitar ou recusar aqueles que governarão’, e pela concorrência livre e intensa entre as elites que disputam a preferência do eleitorado, sendo, em sua visão, a política como uma carreira. Por isso, as sociedades deveriam estar dispostas a substituir a idéia do ‘governo do povo’ para ‘governo aprovado pelo povo’, pois ‘a democracia é o governo dos políticos’.

Tendo em vista esta condição, como se daria a participação política nas sociedades capitalistas contemporâneas? Em primeiro lugar, ao assinalar a competição entre as elites políticas pela preferência do eleitorado, o autor faz uma analogia ao mercado, e por isso os eleitores são colocados como meros consumidores das opções que lhes são ofertadas pelas elites (MACPHERSON, 1978). Além disso, com o advento da profissionalização da carreira política, as tomadas de decisões ficariam sob a responsabilidade daqueles inseridos no governo e na administração pública. Com a ampliação do eleitorado, os partidos políticos passaram a fazer a intermediação entre representantes e representados. A participação do povo, nesta perspectiva, fica cada vez mais distante da experiência de participação direta.

Porém, a associação direta entre participação e democracia é retomada por Robert Dahl, um dos mais importantes teóricos contemporâneos. O aspecto central da análise dahlsiana é a crítica às democracias existentes que, para o autor, ‘nada mais são do que pobres aproximações do ideal democrático’, e por isso deveriam ser chamadas de *poliarquias*. Em outras palavras, a democracia

para Dahl é um ideal, pois, nem as sociedades contemporâneas, nem as passadas satisfizerem todas as condições definidoras da democracia, quais sejam:

1. Todos os membros da organização praticam atos que supomos constituir uma manifestação de preferência entre alternativas apresentadas, isto é, votando.
2. Na tabulação dessas manifestações (votos), é idêntico o peso atribuído à escolha de cada indivíduo;
3. A alternativa com o maior número de votos é declarada vencedora;
4. Cada membro que considera um conjunto de alternativas, pelo menos uma das quais acha preferível a qualquer das alternativas apresentadas, pode inserir sua(s) alternativa(s) preferida(s) entre as apresentadas à votação. (Dahl desconhece qualquer organização em que tenha prevalecido esta condição).
5. Todos os indivíduos possuem informações idênticas sobre as alternativas.
6. As alternativas (líderes ou políticas) com o maior número de votos vencem todas as demais (líderes ou políticas) contempladas com menos.
7. As ordens dos servidores eleitos são executadas.
- 8.1. Todas as decisões tomadas entre eleições são subordinadas ou executórias àquelas tomadas durante o período de eleição, isto é, as eleições são, em certo sentido, controladoras;
- 8.2. Ou as novas decisões, tomadas durante o período entre eleições, são pautadas pelas sete condições precedentes, operando, no entanto, sob circunstâncias institucionais muito diferentes;
- 8.3. Ou ambas as coisas (DAHL, s/d, p 84-85).

Dahl observa que o voto, como manifestação de preferência entre as alternativas, pode ser influenciado por variáveis como educação, grupo etário, características sócio-econômicas, acesso à informação, identificações étnicas e religiosas e características de personalidade. Além disso, considera importante destacar que o controle sobre as comunicações é desigualmente distribuído, e nas sociedades existe um hiato de informação entre as elites políticas e os membros ativos, o que afasta as sociedades do ideal democrático.

Na perspectiva dahlsiana, a participação política e a manutenção da democracia estão associadas ao direito ao voto, à tomada de decisão dos atores políticos, à existência de múltiplos interesses e à liberdade dos grupos de associar-se e expressar-se livremente e ter seu interesse representado (LIMONGI, 2005). Por outro lado, o Estado deve conciliar os diversos interesses que estão dispersos em vários centros de poder, consolidando um “equilíbrio de poderes” (COSTA, 2007). Em suma, para Dahl o ideal democrático consiste na capacidade de uma sociedade construir instituições que tornem possível a participação dos cidadãos, e que estas instituições

possuam os mecanismos necessários para consolidar a participação dos diferentes sujeitos, especialmente, dos setores que contestam o governo (ESCOREL & MOREIRA, 2008).

e) Para além da representação: ampliação dos canais de participação do povo na política

Como foi apresentado, o modo como o povo exerce o poder, adquiriu vários significados ao longo do processo histórico. A participação para os gregos significava uma unidade entre governo e povo, as decisões políticas não eram delegadas e sim exercidas e controladas pelos cidadãos atenienses, séculos depois, com as transformações sociais e o advento das sociedades burguesas, a relação democracia e participação passou a estar associado ao dualismo Estado e Mercado.

Com a 'evolução' das instituições democráticas, a ampliação do eleitorado, os partidos políticos, a profissionalização da vida política e a formação da burocracia especializada, a participação associou-se ao sufrágio e à representação política. Porém, os anseios por maior liberdade e aproximação da população e governo nunca desapareceram. Em busca de uma sociedade efetivamente mais participativa e a partir da crítica aos teóricos que viam os eleitores como meros consumidores de uma cesta de opções, ocorreu uma das mais importantes inflexões no pensamento democrático: a retomada do princípio da participação direta como elemento fundamental para caracterizar a democracia participativa⁵.

A democracia participativa surgiu como lema dos movimentos estudantis, da chamada Nova Esquerda, nos anos 60, a partir da crítica à democracia representativa, pressupondo 'a existência de uma considerável participação pelos cidadãos nas decisões governamentais' (MACPHERSON, 1978, p.97).

É interessante notar que sendo democracia e participação idéias imbricadas, tal como já foi mencionado, o conceito de democracia participativa pode nos parecer uma redundância, contudo esta afirmação não procede. A

⁵ Segundo Lyra (1998) o conceito de democracia participativa possui uma grande elasticidade e multiplicidade de sentidos.

democracia participativa buscou justamente aproximar esta relação, trazer elementos de participação direta nas decisões políticas, reafirmar que os cidadãos poderiam desempenhar um papel mais ativo nas democracias contemporâneas, a partir da criação de novos canais.

No seu consagrado texto “A democracia liberal: origens e evolução” (1978), C. B. Macpherson considera que existe uma interrelação entre a baixa participação e iniquidades sociais, já que uma sociedade mais equânime e humana exige um sistema com mais participação política.

“não podemos conseguir mais participação democrática sem uma mudança prévia da desigualdade social e sua consciência, mas não podemos conseguir as mudanças da desigualdade social e na consciência sem um aumento antes da participação democrática”.
(MACPHERSON, 1978, p.103)

O modelo de democracia participativa para Macpherson consiste num modelo piramidal que combinaria democracia direta em sua base (decisões no local de trabalho, nas comunidades, nos bairros etc.) e prosseguiria com os partidos políticos e estrutura governamental até o vértice da pirâmide onde seriam tratados os assuntos de interesse nacional.

Carole Pateman (1992) também discute o lugar da participação nas democracias contemporâneas retomando autores clássicos, como Rousseau e Mill, os quais considera teóricos da democracia participativa:

“Mill apenas vê a possibilidade de desenvolvimento de um tipo de caráter “ativo”, de espírito público, no contexto de instituições populares, participativas. Encontramos aí, de novo, a asserção básica defendida pelos teóricos da democracia participativa da inter-relação e conexão existente entre os indivíduos, suas qualidades e características psicológicas, por um lado, e os tipos de instituições, por outro; a asserção de que a ação social e política responsável depende em larga medida dos tipos de instituições no interior das quais o indivíduo tem que agir politicamente” (PATEMAN, 1992, p. 44).

Pateman considera que teóricos, como Schumpeter, não levaram em consideração o destaque que a participação tem nas teorias dos clássicos modernos. Para a autora, as reivindicações contemporâneas por mais participação dentro das democracias, são viáveis e não fantasiosas como alguns clássicos consideravam. Para isso, a autora avalia que a noção do termo político deva ser “ampliada para cobrir esferas exteriores ao governo nacional” (1992, p.140). A autora defende, assim como Macpherson, que nas

democracias participativas contemporâneas haveria tanto espaço para um sistema representativo, como para a participação direta.

A partir desta apresentação de idéias, as principais diferenças entre democracia participativa e a democracia representativa podem ser apontadas. Na primeira, a participação acontece num contexto mais amplo considerando que a prática democrática não se restringe apenas a escolha dos dirigentes políticos. Além disso, a democracia participativa pressupõe uma aproximação direta entre governo e sociedade, especialmente nas decisões em nível local. Também exige um exercício permanente e cotidiano de cidadania; enquanto na democracia representativa esse exercício ocorre apenas em eleições esporádicas para escolha dos governantes.

Porém, duas principais críticas são feitas à democracia participativa, a primeira é a de que a mesma poderia restringir a própria existência do regime democrático, retirando a legitimidade dos representantes eleitos e das instituições políticas. A segunda diz respeito à possibilidade de manipulação da população pelo governante, fortalecendo, assim, sua autoridade em situações de conflito com o Legislativo:

“Em termos históricos encontramos evidências que comprovam a veracidade de argumentos tanto favoráveis quanto desfavoráveis à democracia participativa: enquanto na Suíça a participação popular tem sido importante fator de fortalecimento dos pequenos partidos ou blocos partidários contribuindo para superação de impasses, favorecendo a negociação e, assim, aproximando governo e opinião pública, a França viveu a experiência traumática de utilizar a participação popular exclusivamente como meio de fortalecer o poder pessoal do governante. (Napoleão e De Gaulle)” (FLEURY, 2006, p. 96).

Contudo, tanto a participação de forma direta, quanto a escolha de representantes pressupõe a formação de cidadãos mais conscientes de seus direitos e deveres e com autonomia para fazer escolhas. A consolidação das democracias participativas, como no caso brasileiro, evidenciou que aumentar a participação da população nas ações coletivas não significou um risco à existência de estruturas representativas, mas ao contrário que elas se complementam.

O trabalho de Boaventura de Souza Santos (2002) relata experiências de democracia participativa em várias partes do mundo, especialmente em

países de democracias recentes. No Brasil, após 1988, foi adotado o modelo de democracia participativa ou semi-direta, como Benevides (2005) e Avritzer (2006) preferem conceituar. Estes dois conceitos de democracia são tratados na literatura brasileira como sinônimos, já que ambos referem-se aos mesmos instrumentos participativos introduzidos na Constituição Federal (CF) e que permitiram, para além dos mecanismos de democracia representativa, a participação direta da população nas decisões políticas, como o plebiscito, referendo, e a iniciativa popular. Neste sentido, Boaventura Santos (2002) discute as possibilidades de combinação entre a democracia participativa e a democracia representativa ao trazer duas categorias analíticas: coexistência e complementaridade.

A coexistência implica na convivência, em níveis diversos, das diferentes formas de organização administrativa e variações de desenho institucional. Ou seja, pode combinar a democracia representativa em nível nacional com a democracia participativa em nível local. Já a complementariedade pressupõe uma escolha da sociedade em ampliar as formas de participação, “através da transferência ou devolução para formas participativas de deliberação de prerrogativas decisórias a princípio detidas pelos governantes” (SANTOS, 2002, p.76) .

Boaventura Santos considera que o Brasil adota o modelo da complementariedade, o que significa que a participação política é uma escolha feita pela própria sociedade brasileira com o objetivo de articular participação e representação. Já Avritzer & Pereira (2005) chama este partilhamento de processos deliberativos entre atores estatais e sociais de hibridismo institucional. Santos lembra que contrariando muitas teorias, a democracia nos países semi-periféricos e periféricos emerge de forma completamente distinta dos países centrais, onde a democracia “foi primeiro introduzida e depois consolidada”, enquanto “é na originalidade das novas formas de experimentação institucional impulsionada pelos países periféricos que podem estar os potenciais emancipatórios ainda presentes nas sociedades contemporâneas” (SANTOS, 2002, p. 77).

Entretanto, esta combinação, representação e participação, não é simples. Como revela o estudo de Avritzer & Pereira (2005), em decorrência da

pressão da sociedade civil, a CF de 88 trouxe uma série de mecanismos que permitiram a participação direta da população na tomada de decisões políticas. Contudo, o que tem ocorrido é que estes processos têm ficado dependentes do funcionamento do Congresso Nacional ou dos Legislativos locais e, por isso, muitas questões trazidas pela sociedade, a partir da iniciativa popular de leis, por exemplo, não são tratados como prioridade no Legislativo. Outra crítica feita pelo autor é a falta de articulação entre as instâncias participativas e os legislativos locais, dificultando que as decisões tomadas nos processos deliberativos sejam transformadas em lei.

A importância desta revisão bibliográfica de diferentes abordagens sobre a relação entre democracia e participação é a de fornecer elementos teóricos que nos auxiliem a pensar sobre o tema participação em saúde. A seguir analisaremos os seguintes tópicos: considerações gerais sobre democracia e participação no Brasil; democracia e participação em saúde; a institucionalização da participação social no setor saúde; e um estudo sobre os conceitos norteadores deste trabalho.

3. Democracia no Brasil e o setor Saúde

a) Algumas considerações gerais sobre democracia e participação

Para entender os atuais problemas sociais, os caminhos que a sociedade brasileira percorreu para conquistar a democracia, a mobilização do movimento sanitário na defesa da democracia e da participação em saúde, até chegarmos ao debate sobre gestão participativa, vale a pena recapitular o que José Murilo de Carvalho (2007) denominou “fundamentos da política e sociedade brasileira”.

A participação política via canal eleitoral e partidário, no Brasil, iniciou-se no período da Primeira República (1890-1930), a partir de eleições populares para presidente da República e para governadores dos estados. Antes disso, as únicas experiências representativas ocorreram nas eleições municipais, no período colonial, mas ainda assim, só votava uma parcela da sociedade, os proprietários de terra, chamados ‘homens bons’ (CARVALHO, 2007). Portanto, a participação política não implicou numa igualdade de direitos, já que o direito ao voto, na Primeira República, ainda excluía grande parte da população, como os analfabetos e as mulheres.

A prática do coronelismo, na qual as eleições e as instituições políticas eram controladas pelas elites políticas que ditavam suas regras, é outra importante característica da democracia no Brasil. Em decorrência disso, grande parte da sociedade brasileira ficava excluída de exercer livremente o direito ao voto, e ainda estava submetida ao controle, coerção e violência dos poderosos:

“Formou-se uma pirâmide de poder que ia do coronel ao presidente da República passando pelos governadores dos estados. No melhor estilo patrimonialista, o poder do Estado se aliava ao poder privado dos proprietários, sustentavam-se os dois mutuamente, em detrimento da massa dos cidadãos do campo e das cidades que ficava a margem da política” (CARVALHO, 2007).

Deste modo, a participação política no período da República Velha, que se estende de 1890 a 1930, excluía a participação popular no poder político a

partir de “entraves que a própria estrutura social, política e econômica antepunha à legitimação do sistema representativo” (KINZO, 1980, apud BENEVIDES, 2005, p. 28). A República Velha caracterizou-se, segundo Nunes (2003), “por ser altamente conservadora, oligárquica e patrimonialista”.

“A participação eleitoral, mesmo em eleições presidenciais, só superou 5% da população em 1930. Não se podia falar na existência de democracia representativa no Brasil, nem mesmo após a proclamação da República. A própria República não tinha povo” (CARVALHO, 2007, p. 26).

O Brasil formou suas bases políticas em meio as mais profundas desigualdades políticas, econômicas e sociais, como pela presença do grande latifúndio voltado à produção de produtos para exportação, a grande hierarquização da sociedade brasileira, a violência, o paternalismo, o patriarcalismo, a pouca escolaridade de seus cidadãos, as doenças e o trabalho servil. Estas bases de nossa sociedade refletiram-se na criação das primeiras instituições democráticas brasileiras. Segundo Avelar, “as redes clientelísticas se tornaram assim verdadeiros mecanismos de relações intergovernamentais” (2007, p. 267), e com o decorrer das décadas, em especial, a partir da I Guerra Mundial, a estrutura da sociedade brasileira passou a combinar elementos da política tradicional e moderna, como a troca de favores por votos, o poder das famílias tradicionais locais e a formação de coalizões que ligavam os níveis local, estadual e federal.

No campo das mudanças sociais, nas áreas urbanas no Brasil, surgiram, na Primeira República, as primeiras indústrias, enquanto nas áreas rurais mantinham-se formas de servidão, compondo uma combinação paradoxal: avanço da urbanização e a manutenção de formas de servidão nas áreas rurais (MARTINS, 1993, apud, ESCOREL, 1998). Outro aspecto foi o aumento do número de greves operárias influenciado pelos ideários anarquistas, socialistas e comunistas trazidas pelos imigrantes europeus. Na década de 20, ao passo que surgem as primeiras leis sociais do Brasil, como a Lei Eloy Chaves, o poder público, representado por uma elite conservadora, passa a reprimir cada vez mais as demandas das manifestações operárias.

Com a Revolução de 30, o cenário político e econômico brasileiro transformaram-se de forma considerável. O período Vargas adotou um modelo

de Estado centralizador e disposto a patrocinar a industrialização, e para tal aperfeiçoou a legislação trabalhista, regulou o associativismo e com isso o conflito trabalhista, e tornou os sindicatos dependentes da burocracia estatal (CARDOSO, 2007). O conceito chave para entender a política social pós-30 é o conceito de cidadania regulada (SANTOS, 1979), no qual 'são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei' (1979, p.75), ficando aqueles que não estavam inseridos nas profissões regulamentadas, conseqüentemente, excluídos.

A existência de canais corporativos gerou uma participação corporativa, ou seja, uma participação seletiva caracterizada pelas: "organizações profissionais, as federações, os *lobbies* profissionais, empresariais e sindicais com trânsito junto à burocracia governamental, às instâncias legislativas, executivas e judiciárias" (AVELAR, 2007, p. 268). Esta forma de participação política, pelo predomínio dos interesses privados, agravou as desigualdades existentes no âmbito da representação política.

Em 1932, foi criado um novo código eleitoral estendendo o direito ao voto para os maiores de 18 anos, e para as mulheres. Outra inovação foi a criação da Justiça Eleitoral com o objetivo de organizar o alistamento eleitoral, apurar as eleições, garantir o sigilo dos votos, e fazer a proclamação dos eleitos. Entretanto, com o golpe de Estado, em 1937, o Congresso e os partidos políticos foram fechados e as eleições foram suspensas (NICOLAU, 2007) e as manifestações políticas fortemente reprimidas.

A partir de 1945, ocorreu um retorno ao Estado de Direito, consolidando alguns direitos políticos como a legalidade dos partidos políticos e o direito à greve. Segundo Bem (1997), o período entre 1945 e 1964 abriu perspectivas para o desenvolvimento de diversas formas de participação, tanto pelo retorno da disputa político-partidária, quanto pela emergência das classes populares urbanas. Neste contexto surgiram: as primeiras associações de moradores, movimentos de luta pela educação, sindicatos paralelos aos oficiais e movimentos sociais no campo associados às Ligas Camponesas.

Com a ditadura militar (1964-1985), a participação política foi reprimida, o Estado de direito e as eleições diretas para Presidente da República foram

suspensas, e foi instituído o bipartidarismo⁶. Mas mesmo com uma série de repressões à participação popular, na década de 70, uma série de movimentos sociais mobilizou o cenário político brasileiro em torno da redemocratização do país, como o próprio movimento pela reforma sanitária.

b) Democracia, participação e a Reforma Sanitária

Toda essa trajetória histórica é importante de ser analisada para entendermos o porquê das críticas do Movimento Sanitário, a partir da década de 70, ao modelo verticalizado, centralizado, e a necessidade de criação de um novo Sistema de Saúde democrático, equitativo, participativo e descentralizado. Nas próximas partes do trabalho, nas quais serão abordados os avanços e dilemas da institucionalização da participação no setor saúde, a Reforma Sanitária será o referencial, e tanto nas entrevistas, quanto nos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, a defesa dos princípios da Reforma Sanitária é mencionada.

No Brasil, mesmo num contexto político de restrições à participação política, emergiram, na década de 70, distintas práticas que envolviam a participação da população nas ações de saúde. Carvalho (1995) identifica duas principais propostas no que se refere à participação da população: as preconizadas pelos programas oficiais de extensão da atenção básica, baseados no pressuposto da participação comunitária; e as propostas de participação popular.

Uma das primeiras iniciativas governamentais a utilizar o pressuposto da participação comunitária foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), de 1976. O programa teve por objetivo principal, a extensão da atenção básica dirigida à população mais pobre, e para tanto, usava como uma estratégia o envolvimento da população nestes serviços.

A proposta da participação comunitária foi defendida pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS) em 1978, na Conferência de Atenção Primária em Alma-Ata. A Conferência propôs o estreitamento da relação entre participação comunitária e extensão de cobertura.

⁶ Dividido entre ARENA (pró-militares) e MDB (oposição) até 1979.

Por outro lado, movimentos populares organizados em conselhos comunitários, populares e administrativos tentavam viabilizar a participação da população. Eles reivindicavam melhoria na atenção e condições a saúde, mas não apenas isso:

“O lócus da participação deixa de ser o serviço de saúde, ultrapassa os limites do setor e alcança o conjunto da sociedade e do Estado. E é nesse plano que se definem seus novos objetivos: a democratização da saúde, designando a reivindicação pelo acesso universal e igualitário aos serviços e também acesso ao poder” (Carvalho, 1995, p. 22).

Neste mesmo cenário político foi articulado o movimento sanitário, definido por Escorel (1999) como um grupo de pessoas – ligadas ou não a partidos políticos, embora com forte presença e condução do Partido Comunista Brasileiro (PCB) – articuladas em torno de um projeto de redemocratização do Brasil e da construção de um novo modelo de sistema de saúde. Segundo Fleury, a “democracia era vista como comportando um elemento social que se traduziria na proposta de desalienação da população e sua conseqüente organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social” (FLEURY, 1997, p.27). Desta forma, a participação popular, para o movimento sanitário, transforma-se no mecanismo que proporcionaria um re-ordenamento nas relações de poder.

O movimento sanitário possuía sua base de apoio nas principais instituições acadêmicas brasileiras construindo nelas pólos de investigação sobre as condições de vida da população e de elaboração da proposta de um novo modelo de atenção a saúde, norteadas pelas diretrizes da participação da população, universalidade do direito à saúde, regionalização, hierarquização e descentralização político-administrativa. O movimento sanitário tem como marcos institucionais: a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes (1976) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (1979). (ESCOREL, 1999).

No período de abertura política, e especialmente a partir da década de 80, ganhou enorme notoriedade no cenário político brasileiro uma série de movimentos sociais: mulheres, indígenas, trabalhadores do campo, negros, ecológico, etc., que, na análise de Gohn, encontram-se noutra patamar

reivindicatório de direitos sociais modernos, como, por exemplo, igualdade e liberdade nas relações de gênero e raça (GOHN, 2002). O movimento sanitário também ocupou este cenário ao trazer “propostas concretas, transformadoras, reflexos na prática de que a construção de um saber já havia sido desenvolvida” (ESCOREL, 1999, p. 182). Todos esses movimentos dirigiam-se numa única direção: o processo de redemocratização no Brasil.

O movimento sanitário optou pela “tática da ocupação dos espaços institucionais, tornando-se o portador coletivo e obstinado da proposta da participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde” (CARVALHO, 1995, p. 49). Segundo este autor, no final dos anos 70 e início dos anos 80, a proposta de participação comunitária torna-se limitada frente ao projeto político-ideológico de participação na transformação democrática. A pressão dos movimentos sociais e o debate político ideológico em prol da democracia que estava sendo travado no período apontavam para uma nova etapa do processo de ampliação da participação da população nas instituições políticas.

Em 1981, foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), com intuito de enfrentar a crise previdenciária. Foram convocados setores da sociedade, em uma primeira experiência de gestão compartilhada no setor saúde: sete representantes governamentais, três patronais, três dos trabalhadores e dois da área médica. Contudo, como é possível verificar, além de não paritário, o Conasp teve uma sub-representação da classe trabalhadora (CARVALHO, 1995).

As Ações Integradas de Saúde (AIS), decorrentes do plano do Conasp, em 1983, constituíram um programa importante no desenvolvimento do processo participativo em saúde, sendo uma das primeiras iniciativas que envolveram a participação da população em um colegiado de gestão. O programa consistiu na implementação de ações articuladas entre Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e as secretarias estaduais e municipais de Saúde, a partir da participação de representantes da sociedade organizada, gestores governamentais, prestadores públicos e privados. Estes atores integraram novos colegiados de gestão tais como: Comissão Interinstitucional de Saúde

(CIS), em nível estadual, Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Interinstitucional Local de Saúde (CLIS) (ESCOREL & MOREIRA, 2008).

Com a chamada “Nova República”, em 1985, novas perspectivas foram abertas na relação Estado e Sociedade. O movimento sanitário que optou pela ocupação de espaços institucionais como estratégia política, conseguiu, nesse período, fazer-se representar por quadros técnico-políticos comprometidos com a Reforma Sanitária tanto no Ministério da Saúde quanto na Previdência Social. Neste contexto foi convocada e realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde que constituiu um marco no processo participativo ao propor a criação dos Conselhos de Saúde com caráter deliberativo.

A VIII Conferência Nacional de Saúde reuniu cerca de 4.000 pessoas e foi composta por diversos segmentos sociais, comprometidos com a democratização do país. Tanto a Conferência como a organização da mesma foi presidida por Sergio Arouca – naquele momento presidente da Fundação Oswaldo Cruz – e um dos principais líderes e teóricos da Reforma Sanitária. Esta Conferência é considerada um marco na história das políticas sociais e da democracia no Brasil por ter aglutinado uma ampla participação social em defesa da democracia e saúde, sendo “o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais” (ESCOREL, 1999, p. 193)

O relatório final desta Conferência defendeu uma concepção de saúde como um direito universal e igualitário e a participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, na execução e na avaliação das ações em saúde. Os delegados da Conferência também deliberaram pela Constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde que seria composto tanto por representantes governamentais quanto por entidades civis e movimentos populares nacionais.

A mobilização da população brasileira foi decisiva para os rumos da política de saúde. O debate estimulado pela VIII Conferência se estendeu ao Legislativo, que elaborava uma nova Constituição. A apresentação da Emenda Popular da Saúde com mais de 100.000 assinaturas (CNRS) na Assembléia Constituinte foi um dos principais desdobramentos da VIII Conferência Nacional

de Saúde. O movimento sanitário, articulado na Plenária Nacional das Entidades de Saúde, defendeu e conseguiu no Congresso Nacional que os princípios defendidos na VIII Conferência fossem incorporados na nova Constituição.

“O movimento sanitário desenvolveu um processo de intensa articulação social, política e partidária, conseguindo que a Constituição Federal de 1988 estabelecesse a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e formalizasse legalmente a organização das ações e serviços de saúde em um Sistema Único de Saúde, regido pelas diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação da comunidade” (ESCOREL & MOREIRA, 2008, p. 1000)

Mesmo sendo uma prerrogativa constitucional, a implementação do SUS enfrentou uma série de barreiras conjunturais e estruturais na década de 90. A luta dos movimentos sociais em saúde foi imprescindível, especialmente, para conseguir regulamentar as diretrizes da participação comunitária. Este cenário político será o tema da próxima parte deste trabalho.

c) Institucionalização da participação social em saúde

Na Assembléia Constituinte de 1987/1988 foi elaborada uma nova Constituição, promulgada em outubro de 1988, que resultou em transformações de cunho organizativo-político do sistema político brasileiro. Com a Constituição Federal de 1988 ficou estabelecido o modelo da democracia participativa. Elementos de participação e controle social foram incorporados a Constituição. Diversas áreas como saúde, educação, assistência social e meio ambiente passaram a adotar conselhos deliberativos em sua organização.

A grande conquista setorial do processo constituinte foi estabelecer a saúde como um direito social e um dever do Estado. As leis, decretos e normas que sustentam institucionalmente o Sistema Único de Saúde foram criadas em meio a conflitos de interesses, coalizão de forças e lutas políticas dentro do Estado brasileiro. Após a elaboração da Constituição de 1988, os conflitos continuaram na elaboração da Lei Orgânica da Saúde (LOS), tendo como protagonistas que pressionaram as bancadas no Legislativo: a Federação Brasileira de Hospitais e a Plenária Nacional das Entidades de Saúde (FALEIROS et al, 2006). Em setembro de 1990, a LOS (lei 8080) foi

regulamentada. Entretanto, recebeu vetos do então presidente Fernando Collor de Mello nos artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento do setor. Este fato ocasionou a mobilização dos defensores do SUS, reunidos na Planária Nacional de Saúde, em defesa dos princípios de participação e descentralização.

Em dezembro de 1990, após intensas disputas políticas, foi aprovada a lei 8142 que regulamentou a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como as transferências de recursos entre as esferas governamentais. Esta lei estabelece que a participação da comunidade se estrutura a partir dos Conselhos e Conferências de Saúde. Os Conselhos, integrados por usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e representantes do governo, como já propunham os delegados da Conferência Nacional de Saúde de 1986, se tornaram, a partir desta legislação, o canal institucional, de caráter permanente e deliberativo, que proporcionariam a participação plena da comunidade no “planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde” (BRASIL, 1990b).

As Conferências de Saúde, segundo a legislação, devem acontecer de quatro em quatro anos, com representação de diversos segmentos sociais para debater, avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas.

“O princípio da paridade na composição do CS distribui os membros da seguinte forma: a) 50% de entidades de usuários; b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; c) 25% de representação de governo e de prestadores de serviços privados conveniados. Quanto aos representantes, devem ser indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos, entidades, ou fóruns próprios e independentes. Os membros do CS também podem instalar comissões temáticas e grupos de trabalho. Quanto à autonomia, os governos devem garantir pleno funcionamento do CS, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa, além da liberação dos funcionários escolhidos para se desempenharem como conselheiros” (LABRA, 2005, p. 365).

A IX Conferência Nacional de Saúde – ocorreu em 1992 e foi presidida pelo ministro da saúde Adib Jatene – ratificou a defesa da democratização e do direito à participação, além de denunciar a crise do financiamento setorial. Esta Conferência também apoiou a mobilização da sociedade contrária ao governo do então presidente Fernando Collor. No ano de 1993, já no governo de Itamar

Franco, foi regulamentada a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93. Por meio deste dispositivo legal foram definidos “os parâmetros para a garantia de descentralização do sistema de saúde no âmbito federal, estadual e municipal” (FALEIROS et al, 2006, p. 128). Uma das principais inovações para a institucionalização da participação social no SUS é que a partir da NOB 93, para que o município receba recursos do nível federal passou a ser necessária a existência do Conselho Municipal de Saúde.

A X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, mostrou, já no período do governo Fernando Henrique Cardoso e na segunda gestão do ministro da saúde Adib Jatene⁷, que os movimentos sociais continuavam a articular forças e a pressionar o governo em direção à consolidação do SUS como um direito universal. Neste mesmo ano, a Plenária Nacional de Saúde consolidou-se numa outra instância de debate: a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, que surgiu como uma deliberação do I Congresso Nacional dos Conselhos de Saúde, no ano de 1995. Dessa forma constituiu-se um espaço de articulação entre os Conselhos, no período entre as Conferências Nacionais, no qual são debatidos temas conjunturais e estruturais relacionados às políticas de saúde.

No ano de 1997, foi constituída a primeira coordenação nacional da Plenária de Conselhos, composta por conselheiros das cinco regiões brasileiras. Além disso, foi estabelecido que as plenárias passariam a se reunir para discutir dois eixos temáticos: “um fixo, efetividade do controle social e o outro conjuntural, que durante muitos anos traduziu a luta pelo financiamento em saúde” (FALEIROS et al, 2006, p. 211). Neste mesmo ano, a Plenária lançou o documento “SOS-SUS” que teve como principal objetivo mostrar para a população o SUS como uma conquista de cidadania.

Em suma, dentre as principais deliberações dos movimentos da saúde na década de 90 estão: posicionamento contrário às reformas administrativas e neoliberais do Estado, como as privatizações; defesa das políticas sociais; a luta em defesa do financiamento regular em saúde; defesa do direito social à saúde como dever do Estado e, especialmente, a luta pela consolidação da participação e controle social no SUS (FALEIROS et al, 2006).

⁷ Adib Jatene foi ministro da saúde em dois períodos: 02/1992 a 10/1992 e 01/1995 a 11/1996 (MACHADO, 2007).

A XI Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no ano 2000, na gestão do ministro José Serra, teve como tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”. Os delegados da Conferência enfatizaram que a efetivação do SUS só é possível se existir controle social. Por isso, dentre as principais resoluções da Conferência encontram-se o fortalecimento do controle social da sociedade, na área de saúde, através das Conferências e Conselhos de Saúde, e, a exigência de respeito às decisões que ocorrem nestas instancias. Além disso, os delegados ressaltaram que é fundamental que a gestão, em seus diferentes níveis, apresente o Plano Anual de Saúde, para que seja amplamente debatido e tenha a deliberação dos Conselhos (BRASIL, 2000).

Podem ser apontadas como algumas conquistas do processo participativo do período de 1995 a 2002:

“a) aliança com o Ministério Público, que permitiu a esse órgão sair de ótica repressiva/penal para uma perspectiva promotora de políticas sociais (no caso a saúde) e ao movimento, a compreensão de suas relações com a lei, o direito, a justiça;

b) o exercício de práticas de gestão participativa, nos conselhos disseminados pelo país, cuja análise global é incabível neste texto, mas encontra expressão na atuação do Conselho Nacional de Saúde, que, a despeito de sua quase desinstitucionalização, no início, da gestão FHC, exerceu suas atribuições de modo significativo;

c) a articulação de uma nova modalidade de institucionalização do movimento, a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, cuja atuação foi intensa neste período;

d) a aprovação, em 2000, da Emenda Constitucional 29/00 que vincula recursos à saúde (FALEIROS et al, 2006, p. 203) ”.

A XII Conferência Nacional de Saúde, realizada de 7 a 11 de dezembro de 2003, foi antecipada em um ano atendendo à solicitação do governo federal do presidente Lula, e também a pedido do Secretario de Gestão Participativa Sergio Arouca, para que as deliberações da Conferência pudessem ser incluídas no Plano de Ação do governo (2003-2007).

Esta Conferência que teve como tema “Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado. A Saúde que Temos, o SUS que Queremos” definiu as principais atribuições que o controle social e a gestão participativa no SUS devem desenvolver para ampliar o comprometimento com a gestão

democrática. O primeiro propósito é o de contribuir para ampliação da cidadania, considerando que o usuário dos serviços de saúde no SUS são portadores de direitos e deveres e não meros consumidores de bens e serviços. Para isso, o controle social no SUS deve ser qualificado e os conselhos de saúde integrados em rede, em conjunto, com os movimentos sociais organizados. Um segundo ponto, é a qualificação das ouvidorias do SUS, que devem ser mecanismos eficientes de escuta do cidadão usuário e da população em geral. O terceiro aspecto é a maior publicidade e transparência das prestações de contas e dos relatórios de gestão do SUS. Além disso, o relatório destaca a importância de ampliar a participação dos profissionais e funcionários na gestão criando assim ambientes solidários e com novas possibilidades de vínculos dos trabalhadores com as instituições (BRASIL, 2003).

Retornaremos a esta Conferência no capítulo de análise do trabalho de campo. Por ora, serão estudados os principais conceitos norteadores desta dissertação, no que se refere ao processo participativo em saúde.

d) Elementos teóricos e principais conceitos: participação, controle social e gestão participativa

Como foi visto no primeiro capítulo, a participação é uma categoria histórica que agrega múltiplos significados e formas. Também varia de acordo com a cultura política, envolve diferentes atores e a situação social dos que participam (AVELAR, 2007).

Participação é uma palavra latina cuja origem remonta ao século XV (...) significa “tomar parte em”, compartilhar, associar-se pelo sentimento ou pensamento. Entendida de forma sucinta é a ação de indivíduos e grupos com o objetivo de influenciar o processo político (AVELAR, 2007, p. 264).

Serão estudados neste tópico cinco conceitos-chaves fundamentais para explicar este processo: participação comunitária, participação popular, participação social, controle social e gestão participativa.

Tal como já foi discutido anteriormente, o conceito de participação comunitária surgiu na década de 70, a partir das primeiras tentativas de

viabilizar a participação da população nos programas e ações de saúde. Contudo, os conselhos comunitários serviram mais de espaço de apresentação das demandas das comunidades às elites políticas locais do que um locus de construção de um novo projeto político sanitário (CARVALHO, 1995).

A partir da crítica a este modelo, foi elaborada o conceito de participação popular, que assumiu a concepção de combate ao Estado através de críticas ao sistema político gerador da exclusão do processo político dos setores *populares*, conforme analisa Carvalho (1995). Esta transição conceitual é percebida pela substituição da categoria *comunidade* para a de *povo*, o que produziu um novo significado político para participação: “introduz-se a questão da segmentação social não mais apenas como elemento de descrição da distribuição dos problemas de saúde, mas como chave para sua explicação” (CARVALHO, 1995, p. 9). A participação popular também pode ser definida como “as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social” (VALLA, 1998, p.9).

É fundamental destacar que o conceito de participação popular possui várias perspectivas e até mesmo ambigüidades. Ao mesmo tempo em que este conceito se relaciona a um reconhecimento das desigualdades sociais existentes numa sociedade, a participação popular também pode ser utilizada como pretexto para envolver a população em serviços que são responsabilidades do poder público. Entretanto, a participação popular defendida pelos movimentos sociais, caracteriza-se pela participação da sociedade nas instâncias responsáveis pelas políticas públicas, permitindo assim maior inserção da população nas decisões governamentais. A VIII Conferência Nacional de Saúde pode ser um exemplo de participação popular, pois as deliberações da Conferência resultaram numa reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil (VALLA, 1998).

A participação social ganha impulso, na década de 90, quando a categoria *sociedade*, entendida em sua diversidade de interesses e projetos, torna-se o cerne da discussão. Entretanto, o princípio da participação social esteve presente desde o início na proposta do movimento de Reforma Sanitária, a partir da defesa da democratização do poder público e a garantia

da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (ESCOREL & MOREIRA, 2008). Em um contexto político de transformação conceitual e de ampliação da cidadania e de universalização de direitos, o *locus* da participação passa a ser o conjunto da sociedade compreendida em seus múltiplos interesses e atores (CARVALHO, 1995).

“No início dos ‘anos Figueiredo’, o movimento sanitário, já totalmente articulado e associando-se à luta mais geral da sociedade brasileira reafirmava entender por uma saúde autenticamente democrática, quatro grandes reconhecimentos: de que saúde é um direito universal e inalienável do homem; de que são as condições de caráter socioeconômico as que viabilizam a preservação da saúde; de que as ações médicas detêm responsabilidade parcial, porém intransferível na promoção da saúde; e, de que diante do caráter social desse direito cabe a coletividade e ao estado a sua efetiva implementação”. (ESCOREL, 1998, p. 64)

Embora seja possível estabelecer diferenças qualitativas entre os conceitos acima citados, é possível aceitar que os mesmos expressam diferentes momentos da luta pela ampliação da participação da população nas políticas públicas. Pode-se com essa afirmação concluir que a categoria central para estudar a participação é a *sociedade*, composta por diversos grupos sociais que podem estar mais perto ou distantes dos centros de poder decisório. Por isso, a participação social é considerada uma categoria “guarda chuva”, por possuir e produzir múltiplos significados, que geram novas categorias e novas formas de explicação da sociedade (ESCOREL & MOREIRA, 2008).

O terceiro conceito a ser trabalhado é controle social. De acordo com Alvarez (2004) este conceito é polifônico, tendo em vista a heterogeneidade dos contextos teóricos e metodológicos em que o termo é utilizado por diversos autores, e por conseqüência, atribuindo-lhe diversos significados. A noção de controle social é antiga e remonta o pensamento de Thomas Hobbes o qual define que o Estado tem poder absoluto de controlar a sociedade (CORREIA, 2006). Já na vertente sociológica, o conceito referia-se à influência da sociedade sobre os indivíduos, e, desta forma, trazia consigo a idéia de coerção, conformidade e submissão às normas sociais. Essa interpretação remonta aos estudos sociológicos desenvolvidos por Emilie Durkheim no século XIX, em que a noção de controle social relaciona-se tanto aos

“mecanismos gerais de manutenção da ordem social quanto aos fenômenos ou instituições específicas que buscam fortalecer a integração e reafirmar a ordem social quando esta se encontra ameaçada” (ALVAREZ, 2004 apud SOUZA, 2007, p. 117).

A sociologia norte-americana também definiu controle social numa acepção semelhante a criada por Durkheim, porém num contexto diferente:

“como recurso para apreender os mecanismos de cooperação e de coesão voluntária daquela sociedade. Ao invés de pensar a ordem social como regulada pelo Estado, tal tradição estava mais interessada em encontrar na própria sociedade as raízes da coesão social. Desejava-se muito mais entender as raízes da ordem e da harmonia social do que as condições de transformação e da mudança social. Após a Segunda Guerra Mundial, a noção de controle social começa a ganhar outra configuração, pois a coesão social não será mais vista como resultado da solidariedade e da integração social, mas sim como resultado de práticas de dominação organizadas pelo Estado ou pelas classes dominantes” (idem, 2007, p. 118).

O conceito de controle social possui uma ambigüidade: pode ser entendido tanto como controle do Estado sobre a sociedade, tal como nas teorias clássicas de Hobbes e Durkheim; como no sentido inverso, a sociedade controlando o Estado. Segundo a teoria gramsciana, além de ambíguo, este conceito é contraditório, porque o exercício do controle social pode variar entre as classes sociais dependendo do momento histórico e da correlação de força entre as mesmas (CORREIA, 2006).

Na visão de Carvalho (1995), as primeiras ações de controle social no Brasil tiveram sua origem no sanitarismo campanhista e possui como base o controle do Estado sobre a população. Porém, com a implementação do SUS, o termo passou a possuir significado inverso: “o controle social corresponde a uma moderna compreensão de relação entre Estado e sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele” (CARVALHO, 1995, p.7). Em outras palavras, o controle social na saúde significou a possibilidade das políticas de governo serem controladas pelas instâncias participativas da sociedade, como os conselhos e conferências de saúde. Ao mesmo tempo, o exercício deste controle exige que os movimentos sociais consigam orientar as ações do Estado na direção da consolidação dos direitos sociais, políticos, humanos e de uma sociedade mais justa.

Por tudo isso, este conceito está diretamente relacionado à participação social, porque só é possível assegurar à população a possibilidade de fiscalizar os recursos e ações públicas, se a sociedade, em suas diferentes representações, estiver organizada e mobilizada para isso.

O quinto conceito a ser estudado é o de gestão participativa. Para Faleiros (2006) a gestão participativa está inserida num projeto mais abrangente de democratização do Estado e da sociedade. Misoczky (2003) compreende a gestão participativa como a orquestração de um conjunto de políticas construídas em parceria com a sociedade.

A gestão se torna participativa por que:

“permite a construção de ações planejadas por executores e usuários; trabalha com recuos e avanços decididos pelos próprios protagonistas do processo; proporciona aos envolvidos o exercício da aprendizagem; entende que a responsabilidade para ser solidária deve ser primeiramente assimilada, compreendida e internalizada” (MISOCZKY, 2003, p. 338).

Para que ocorra a gestão participativa, as instâncias de participação devem estar mobilizadas e a gestão pública disposta a romper a assimetria de poder entre os governantes e o restante da sociedade. Contudo, é necessário compreender que participação na gestão também pode ter múltiplos significados. Misoczky destaca dois tipos de abordagem da gestão participativa: *pragmática* e *emancipatória*.

Na primeira, a participação está relacionada ao conceito de governança, que aponta uma mudança na administração pública num contexto de globalização. Nesta abordagem, uma sociedade civil forte que participa do processo de formulação das políticas, seria considerada como um dos requisitos para a prática da boa governança, ao melhorar as ações do governo. Várias críticas são feitas a essa abordagem como a de incentivar a redução do tamanho do Estado, transferindo para a sociedade parte de suas responsabilidades; a atuação da população ser mais um recurso produtivo do que político; a dificuldade de identificação da responsabilidade institucional; e a facilidade na apropriação de recursos públicos.

A abordagem emancipatória considera o postulado da participação enquanto conquista histórica e não como algo delegado, outorgado ou imposto. Nesta concepção, os canais de participação são criados pela mobilização e organização da sociedade, e a participação é uma prática cotidiana.

É importante citar o trabalho de Cruz (2008) – que diferente de Misoczky (2003) – identifica os diferentes modelos de gestão democrática não como antagônicos, mas complementares. Cruz aponta que, nos anos 1990, ao mesmo tempo em que ocorreu uma série de experiências participativas como o orçamento participativo e a consolidação dos conselhos de saúde, também ocorreu uma série de mudanças na administração pública federal, bem como no modelo econômico-social, na chamada ‘Reforma do Estado Brasileiro’ e no período neoliberal, caracterizado por Nogueira (1998) da seguinte forma:

“Educação, ciência e tecnologia, saúde, previdência, habitação, toda uma gama de temas decisivos para o alcance de um patamar aceitável de bem-estar e de uma melhor posição em termos de desenvolvimento, seriam relegados a um posto subalterno e passariam a sofrer o principal impacto da crise do Estado. Torna-se-iam, ao mesmo tempo, vítimas indiretas da campanha privatizante promovida pelo neoliberalismo, que entrará na década de 90 em rápida ascensão e carregada de pretensões hegemônicas” (NOGUEIRA, 1998, p. 150).

Deste modo, assim como o termo descentralização na década de 90, assumiu dois significados distintos – redistribuição de poder político e redução do tamanho do Estado e a consequente privatização de ações governamentais – gestão participativa também pode ser interpretada a partir de duas diferentes concepções político-ideológicas: numa significa (re) distribuir poder político, noutra legitimar poderes já instituídos. O ponto convergente das diferentes correntes políticas é a de que “a participação nos anos 90 passou a ser vista não mais como incompatível com um bom governo” (CRUZ, 2008, p. 37), o que mostra que distintas concepções ideológicas co-existiram num mesmo contexto político, complexificando as relações sociais.

No início dos anos 2000, o debate político-intelectual ganhou novos contornos com o aumento dos canais de participação social no Brasil e do número de estudos sobre o tema:

“os processos societários básicos que dão origem aos males atuais, digamos assim, das democracias de países ricos – alienação

participativa, absenteísmo eleitoral, recolhimento ao privado com concomitante redução no número das associações voluntárias – encontram no Brasil precisamente o seu oposto” (SANTOS, 2005, p.36-37).

Santos (2005) chama de ‘conversão cívica’ a ampliação da mobilização social, a partir da expansão do eleitorado, aumento da competitividade eleitoral - participação político eleitoral -, aumento de associações voluntárias e da mobilização social. Benevides (2005) considera que o princípio da participação popular é ‘um remédio contra a nossa arraigada tradição oligárquica e patrimonialista’.

“A democratização no nosso país depende, nesse sentido, das possibilidades de mudanças nos costumes - e nas ‘mentalidades’ - em uma sociedade tão marcada pela experiência do mando e do favor, da exclusão e do privilégio. A expectativa de mudança existe e se manifesta na exigência de direitos e de cidadania ativa; o que se traduz, também em exigência de maior participação política - na qual se inclui, quero crer, a institucionalização dos mecanismos de democracia semidireta (...) Os institutos de democracia semidireta contribuem para a educação política do povo. Neste sentido, podem ser visto como uma verdadeira escola de cidadania” (idem, 2005, p.114).

Na primeira década do século XXI emergem estudos sobre avaliação das práticas envolvendo a participação social e o controle social pela população no Brasil. Neste campo analítico muito se destacaram as pesquisas sobre o orçamento participativo, cujos processos são elucidativos para trabalhar os temas democracia participativa, instituições políticas, políticas públicas e gestão participativa. Segundo Escorel & Moreira (2008) analisar a existência ou a cultura política de uma sociedade não significa chegar ao fim de um percurso,

“mas ao ponto mais social de um ciclo dialético que se amplia ou se restringe nos movimentos que faz em direção aos pontos mais individuais: o ambiente participativo é também construído por indivíduos que, em determinadas situações, direcionam seus objetivos para delas participar, transformando-se em sujeitos e recomeçando o ciclo (ESCOREL & MOREIRA, 2008, p. 986)”.

Boaventura Santos (2002) aponta que as experiências de orçamento participativo no Brasil são reconhecidas tanto dentro quanto fora do país, como inovações institucionais que visam garantir a participação da população nas tomadas de decisões na preparação e execução do orçamento municipal. Para este autor, essas experiências são frutos do novo contexto político de

redemocratização brasileira, de cidadania. Por isso, são herdeiras das forças políticas impulsionadas pelos movimentos populares que, nas décadas de 1960 e 1970, se mobilizaram localmente para reivindicar melhorias de suas condições de vida, de habitação, transporte, saneamento básico, urbanização, centros de saúde e com isso se envolveram com a administração local.

Sader (2002) considera que as experiências com orçamento participativo são práticas que impõem outras formas de relação entre governantes e governados, ao colocar as estruturas de governo sob controle direto da população, o que fortalece os direitos de cidadania, reforça a importância dos espaços públicos, e por isso articula cidadania e democracia, embora necessitem ser incorporadas aos programas nacionais do governo.

No campo da saúde, os estudos sobre os Conselhos de Saúde mostram tanto os avanços como os dilemas enfrentados por estas instâncias. Segundo Escorel & Moreira (2008), o Brasil possui um sistema de saúde altamente participativo: todos os estados e 5.569 municípios brasileiros possuem Conselhos Municipais de Saúde (CMS), o que produz uma soma de 72.184 conselheiros titulares, além de 720 conselheiros estaduais e 48 conselheiros nacionais, num total de 72.952 conselheiros de saúde titulares no Brasil.

Em termos da representação política nos Conselhos, estudos mostram mudanças no perfil dos conselheiros: entre 1990 e 2005 cresceu o número de conselheiros provenientes de organizações sociais, trabalhadores da saúde, de entidades de portadores de patologia, étnica e de gênero, e de associações comunitárias, movimentos sociais e ONGs, ao passo que a participação dos representantes governamentais e de mercado diminuiu (CORTEZ, 2009).

Por outro lado, os Conselhos encontram dificuldades no que se refere a garantir a sua autonomia, especialmente os Conselhos Municipais que possuem dificuldades estruturais e políticas. Labra (2005) destaca que os Conselhos enfrentam problemas de funcionamento interno, especialmente com a falta de infra-estrutura. Os dados da pesquisa ParticipaNetSUS vão ao encontro dessas idéias: dos 5.463 CMS pesquisados, somente 17% possuem

sede própria, 60% possuem linha telefônica e apenas 28% possuem computador (Ensp/Fiocruz, ParticipaNetSUS⁸).

Outro problema apresentado por Labra diz respeito à publicidade dos Conselhos, já que, no geral, os mesmos não são conhecidos pela população, o que se traduz numa baixa adesão, especialmente no segmento de usuários. Além disso, alguns Conselhos enfrentam problemas na sua organização interna como, por exemplo, perdem muito tempo com discussões de assuntos internos sem levar em consideração temas mais substantivos para as políticas de saúde. Os atritos políticos com os gestores também não são raros, já que muitas vezes os gestores podem manipular a discussão do colegiado, e, não levam em consideração as decisões dos Conselhos de Saúde (LABRA, 2005).

Mesmo diante destas dificuldades, os Conselhos que compõem o cenário da gestão participativa no Brasil, são práticas de ampliação do exercício da democracia, pois proporcionam a interlocução entre governo, comunidade e serviços de saúde (COSTA & NORONHA, 2003).

Deste modo, os elementos conceituais acima expostos são necessários para buscar responder qual o referencial de gestão participativa que o Ministério da Saúde adotou entre 2003 a 2007. Qual a inflexão institucional no Ministério da Saúde em termos do processo participativo em saúde que a criação desta Secretaria, em 2003, proporcionou?

⁸ Dados disponíveis em: http://www4.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo/ - acesso 03 de abril de 2010

4. Gestão Participativa em saúde

Ao longo desta dissertação destacamos a importância de instâncias como Conselhos e Conferências de Saúde para a democratização das políticas de saúde. A partir de 2003, o Ministério da Saúde criou dentro de sua estrutura um espaço organizacional, cujo objetivo é apoiar os processos participativos em saúde e efetivar a gestão participativa no SUS.

No período de 2003 a 2007, o Ministério da Saúde teve quatro ministros: Humberto Costa, José Saraiva Felipe, José Agenor Álvares e José Gomes Temporão (atual). Já a SGP/SGEP teve no mesmo período três secretários: Sergio Arouca, Crescêncio Antunes e Antonio Alves de Souza.

Quadro I - Ministros da Saúde e Secretários da SGEP (2003-2007)

Período	Ministros	SGEP	Período
01/01/2003 a 08/07/2005	Humberto Costa	Sergio Arouca	01/01/2003-02/08/2003
		Crescêncio Antunes	11/2003-1/7/2005
8/7/2005 a 31/03/2006	José Saraiva Felipe	Antonio Alves de Souza	07/07/2005- atual
31/03/2006 a 16/03/2007	José Agenor Álvares da Silva		
16/03/2007- atual	José Gomes Temporão		

No âmbito da Secretaria podemos destacar três acontecimentos fundamentais para conhecer a história da gestão participativa no Ministério da Saúde e no SUS: a criação da Secretaria no ano de 2003; sua reformulação em 2005; e a construção da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, elaborada a partir de 2004 e lançada oficialmente em 2007. Estes aspectos serão trabalhados neste capítulo a partir de uma análise documental.

a) Criação da Secretaria de Gestão Participativa

Com a eleição do presidente Lula, em 27 de outubro de 2002, foram criadas as Comissões de Transição de Governo. Na área social, esta comissão ficou sob a coordenação de Humberto Costa, que veio a se tornar o Ministro da Saúde (2003-2005). A vitória do presidente Lula repercutiu tanto no país como internacionalmente, pelo fato de ser a primeira vez na história do Brasil que uma pessoa originária das classes pobres foi eleita. Deste modo, a eleição do presidente Lula, expressou, para grande parte dos brasileiros, a possibilidade de uma nova etapa de nossa história, com desenvolvimento nacional, inclusão social e uma sociedade mais democrática (FIORI, 2002).

No programa de governo do presidente eleito constavam como prioridades a participação social e o compromisso com a democratização da sociedade brasileira. Em 2005, Benevides analisou que a participação popular e a defesa da democracia eram as principais bandeiras que marcaram o início do governo do presidente Lula. Além disso, uma das principais características das administrações municipais do PT é a de ter a participação como elemento central da estratégia política, haja vista as experiências de orçamento participativo (MORONI, 2009).

O Ministério da Saúde do novo governo, criou oficialmente, em 9 de junho de 2003, a Secretaria de Gestão Participativa. O primeiro titular da pasta foi o médico sanitarista Sergio Arouca. A Secretaria foi instituída pelo decreto n.4726 de 9 de junho de 2003, no início da gestão do Ministro Humberto Costa com a competência principal de:

“I- Coordenar a política e propor estratégias e mecanismos de fortalecimento da gestão democrática no SUS, considerando a articulação do Ministério, com os diversos setores governamentais e não governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde e a utilização da informação de interesse da área pela sociedade”. (BRASIL, 2003)

Quando esta Secretaria foi criada contava em sua estrutura com dois departamentos: Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária e Ouvidoria-Geral do SUS. Entre 2003 a 2005, a Secretaria de Gestão

Participativa teria cinco principais competências: fortalecimento da gestão democrática no SUS; avaliação permanente dos conselhos de saúde; fortalecimento do controle social; apoio a experiências inovadoras; e o aprimoramento das ouvidorias do SUS.

O Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária voltava suas atividades tanto para as relações intra-ministeriais, ou seja, a relação da SGP com outros setores dentro do próprio ministério, bem como, estendia suas ações para fora buscando dialogar com outros órgãos governamentais e não-governamentais.

O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS tinha como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde com o intuito de ampliar o acesso dos usuários ao processo de avaliação do SUS. Atrelado a esse propósito, está o incentivo à participação dos usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS. A Ouvidoria assumiria a análise das sugestões advindas da sociedade, ampliando assim o acesso e a melhoria dos serviços de saúde. Este departamento deveria estimular a realização permanente de fóruns de usuários do SUS, além de assegurar a privacidade, a confidencialidade em todas as etapas do processamento das reclamações ou informações e o acesso do cidadão às informações existentes nos órgãos de saúde, com isso garantindo a prerrogativa constitucional do cidadão: do direito à informação.

Uma das primeiras atividades desenvolvidas pela SGP ocorreu no início de 2003, quando a SGP solicitou à Ensp/Fiocruz, o desenvolvimento da pesquisa “Perfil dos Conselhos de Saúde”⁹. O objetivo da pesquisa foi de construir bases de dados com indicadores e índices sobre a atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, no intuito de subsidiar as ações da SGP/SGEP, no que se refere a sua atribuição de apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento das práticas dos Conselhos de Saúde. O resultado desta pesquisa foi apresentado na reunião do CNS dos dias oito, nove e dez dias de novembro do ano de 2005. Nesta ocasião também foi divulgado o projeto – encomendado pela SGP à Abrasco – de organização de uma Rede de Observatórios de Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde.

⁹ Pesquisa coordenada pelos pesquisadores Marcelo Rasga e Sarah Scorel

Em 2007, a SGEF lançou a publicação “Conhecimento em Gestão Participativa”, com os resultados da Rede de Observatórios sobre o panorama geral dos Conselhos de Saúde e dos Poderes Legislativos pesquisados visando subsidiar futuros trabalhos da SGEF, como o estabelecimento de uma Rede Nacional de Observatórios de Gestão Participativa. Após a realização da pesquisa a Secretaria propôs:

“Como recomendações preliminares, são sugeridos: a divulgação dos resultados deste trabalho aos conselhos de saúde e ao Poder Legislativo pesquisados, bem como ao Conselho Nacional de Saúde; o estímulo às correções de distorções quanto à representatividade dos conselheiros; os incentivos ao efetivo exercício do acompanhamento da execução da política de saúde pelo Conselho de Saúde; o estímulo à busca de articulação do Conselho de Saúde com outras instâncias da sociedade organizada; a realização de processos de capacitação para os conselheiros; os incentivos à gestão participativa do Poder Legislativo; [e] a divulgação dos resultados ao Fundo Nacional de Saúde quanto à ausência de notificação do Poder Legislativo sobre a liberação de recursos financeiros (BRASIL, 2007).

Além destas iniciativas, podemos destacar a realização do primeiro Seminário de Gestão Participativa, que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, em 2004. Os Seminários de Gestão Participativa promovidos pela SGP em regiões metropolitanas e macrorregiões brasileiras resultaram na publicação dos “Cadernos Estaduais” e “Cadernos Metropolitanos”.

Deste modo, podemos concluir que as atividades desenvolvidas inicialmente pela SGP tiveram uma continuidade entre as diferentes gestões. Não foi observada uma ruptura das ações acima citadas, nem mesmo após a reformulação da SGP para SGEF, em 2006.

Depois do decreto de criação da SGP, um segundo documento importante de ser analisado é a ‘Política Nacional de Gestão Participativa’, o ParticipaSUS, que teve uma versão preliminar divulgada em outubro de 2004 para discussão interna da SGP e em outros espaços, como o Conselho Nacional de Saúde. No dia 31 de janeiro de 2005, o então Secretário Nacional, Crescêncio Antunes, também apresentou este documento para debate na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

O documento preliminar elaborado pela SGP teve como objetivo apresentar o ParticipaSUS como uma política que visa orientar as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão democrática no âmbito do

SUS. A origem desta política fundamenta-se tanto no programa de governo federal, como nas deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde e nas proposições do Plano Nacional de Saúde. Estas instâncias indicavam a necessidade do fortalecimento do controle social, como os Conselhos de Saúde, bem como a capacitação dos diversos segmentos que os compõem, para ampliar a participação popular na gestão do SUS. Além disso, enfatizava-se a necessidade de implantar mecanismos inovadores de participação social e promover a consciência sanitária, com o objetivo de reafirmar o direito à saúde e o fortalecimento do SUS.

A versão preliminar do ParticipaSUS expressou o compromisso governamental de contribuir para a consolidação da Reforma Sanitária brasileira e do SUS, como um modelo de atenção à saúde fundamentado nas demandas e necessidades da população. Para isso seria necessária a implementação de políticas sociais direcionadas ao fortalecimento da gestão participativa, levando em consideração: o conceito ampliado de saúde como qualidade de vida, a equidade e a universalidade na cobertura dos serviços de saúde, a humanização e a descentralização na gestão e na execução das ações e serviços de saúde.

A relação entre gestão participativa e democracia participativa fica evidente no documento. Segundo a SGP, a democracia participativa na gestão pública requer o fortalecimento das formas de exercício como os Conselhos de Saúde, além da adoção de práticas e mecanismos inovadores que fortaleçam a gestão participativa. Entre estes estariam: os mecanismos de escuta das opiniões e demandas da população – a partir das ouvidorias do SUS e o estímulo aos processos participativos de gestão como conselhos gestores, mesas de negociação, direção colegiada.

Chama à atenção no documento preliminar a afirmação da adoção da gestão participativa como uma prioridade governamental:

“o atual governo adota a diretriz da gestão participativa como política transversal para todas as instituições que compõe o SUS – prioridade conferida a partir de seu entendimento como caminho estratégico para consolidação do SUS. Neste contexto, implementa instancias colegiadas de gestão em todas as secretarias e órgãos da esfera federal”. (ParticipaSUS, 2004-versão preliminar)

Este trecho pode ser questionado a partir de alguns argumentos. O primeiro diz respeito às dificuldades orçamentárias e logísticas que a SGP enfrentou ao longo de sua implementação, o que pode indicar que esse campo da gestão participativa não era prioritário dentro do Ministério da Saúde, ou talvez, a SGP em si não era uma prioridade. Além disso, a prática de gestão participativa sofre alterações conforme o contexto organizacional e local dos serviços de saúde e a relação entre os atores envolvidos. A necessidade ainda hoje de fortalecimento das instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde que possuem inúmeras dificuldades (LABRA, 2005), é um indicio de que a gestão participativa ainda precisa ser consolidada.

Contudo, a versão final do ParticipaSUS foi divulgada somente em 2007, já na gestão do Secretário Nacional, Antonio Alves, como será analisado mais adiante.

b) Reformulação da Secretaria: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

A reformulação da SGEP aconteceu num momento de ajuste interno do governo, o que resultou numa mudança do partido político que conduzia o Ministério da Saúde e a indicação do deputado federal pelo PMDB de Minas Gerais José Saraiva Felipe para assumir o cargo de ministro da saúde. Neste novo cenário, a SGEP tornou-se a única Secretaria do Ministério da Saúde ocupada por um dirigente do Partido dos Trabalhadores; as outras Secretarias foram majoritariamente ocupadas por dirigentes do PMDB.

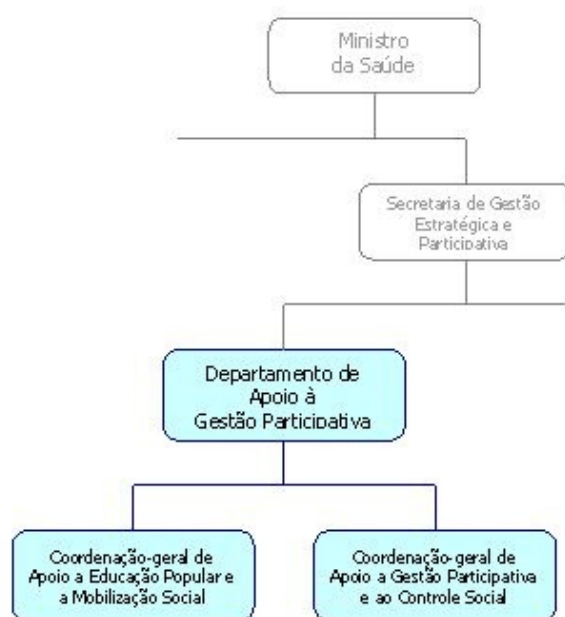
A estrutura da SGP foi alterada oficialmente a partir de julho de 2006 e finalizada em novembro do mesmo ano, na gestão do Secretário Antonio Alves, quando foi incorporado o mecanismo *estratégico* na Secretaria que passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), composta por quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa - DAGEP; Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS - DEMAGS; o Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS; e, sendo mantido Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - DOGES.

Figura 1 – Organograma da SGEP



Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ParticipaSUS_Antonio_Alves_Sem_GEP_N.pdf acesso em 28/02/2009

Com essas reformulações na estrutura e no regimento interno da Secretaria, expressos no decreto 5.974 publicado no Diário Oficial em 29 de novembro de 2006, as atribuições da mesma se ampliaram. A SGEP incorporou as atividades de auditoria e fiscalização no SUS, como a coordenação e implantação do Sistema Nacional de Auditoria no SUS (SINASUS), nas três esferas de governo; e o campo de monitoramento e avaliação do SUS, a partir da elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. A Ouvidoria Geral do SUS foi mantida na SGEP, mas o departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária deixou de existir, embora suas atribuições tenham continuado dentro da Secretaria, no DAGEP.

Figura 2 – Organograma do Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/sgp/visualizar_texto.cfm?idtxt=22736#Competencias – acesso em 27/02/2009

O DAGEP é o departamento responsável pelo fortalecimento dos Conselhos e Conferência de Saúde e pela interlocução com diferentes grupos populacionais em condição de vulnerabilidade ou em processos de exclusão. Além disso, é o departamento da SGEP que tem como competência a mobilização de diversos segmentos da sociedade civil para a defesa do direito à saúde e a promoção da equidade em saúde. Este departamento possui duas coordenações gerais responsáveis pelo desenvolvimento de programas e linhas de ações como: promoção da educação popular em saúde com os movimentos sociais; apoio a educação permanente de agentes para o controle social; implantação dos conselhos colegiados de gestão participativa nos serviços de saúde; apoio na realização de conferências e eventos na área da saúde para a consolidação da reforma sanitária; articulação com órgãos do governo e outros setores do Ministério com intuito de promover a equidade em saúde; e apoio a implementação de práticas participativas voltadas para a educação em saúde na rede de serviços. (BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, s/d)

A partir de sua reformulação, a SGEPE, em especial o DAGEPE, passou a discutir mais intensamente a elaboração da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, cujo documento final foi lançado oficialmente em 2007.

c) Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Em outubro de 2007 - após realização de consulta pública, aprovação e pactuação no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - o Ministério da Saúde lançou o documento “Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa”.

A Política traz duas importantes conceituações. A primeira é a definição de gestão participativa como uma

“estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social, o que requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade”.

Já gestão estratégica é entendida como

“a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida”.

Outra definição expressa no ParticipaSUS é a de práticas participativas: “implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas, a partir de diferentes opiniões, buscando resultados mais expressivos e duradouros”.

O documento final possui grandes diferenças em relação a sua versão preliminar apresentada em 2004. O primeiro documento além de não conceituar gestão participativa, menciona que o objetivo da mesma é “agregar legitimidade às ações do governo, criando sustentação para os programas e políticas propostas, assegurando a inclusão de novos atores políticos”. Ao definir desta forma, gerou uma compreensão de que a gestão participativa estaria voltada para a sustentação da governabilidade (MISOCSKY, 2003) e não para uma construção coletiva de propostas e práticas que produzissem uma gestão compartilhada. O ParticipaSUS, de 2007, trouxe uma nova definição, explicitando que o objetivo da política é orientar as ações de governo

na promoção e aperfeiçoamento da gestão social e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS. Para tal, o atual documento apresenta uma série de atribuições e responsabilidades que os gestores das esferas federal, estadual, do DF e municipais devem desempenhar no âmbito do ParticipaSUS.

Além disso, diferente do documento preliminar, o ParticipaSUS em sua versão final amplia o escopo de atuação, e passa a se responsabilizar pela integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento, avaliação com o controle social, para aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

Com o objetivo de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas do SUS, a SGEP apresentou os princípios e diretrizes norteadores da Política. De forma semelhante à versão de 2004, o documento reafirma o direito universal à saúde como responsabilidade do Estado, e os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social no SUS. Além da valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os Conselhos e Conferências de Saúde, a Política objetiva promover a inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde.

Para a SGEP, a implementação desta política busca a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde, a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes. Para isso, além do apoio aos mecanismos já institucionalizados de controle social, representados pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, e pelas instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a SGEP tem a proposta de buscar estimular processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de cada instituição e órgão do SUS, nas três esferas de governo. Como exemplos dessas práticas participativas, além dos já citados conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, o ParticipaSUS de 2007 acrescentou os pólos de educação permanente em saúde e a estruturação das mesas de negociação para a gestão do trabalho.

O ParticipaSUS ampliou o campo de atuação passando a abarcar também os processos de educação popular em saúde, buscando um diálogo permanente com movimentos populares, e também com entidades formadoras (como escolas e universidade) com intuito de fortalecer e ampliar a participação social no SUS, o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS.

Deste modo, foram eleitas cinco ações prioritárias a serem implementadas no âmbito geral da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa. A primeira é a Política de Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade. Para Costa & Liôncio (2006), a preocupação do Ministério da Saúde no enfrentamento das iniquidades em saúde, surgiu a partir do reconhecimento da diferença entre grupos sociais, em 2004, na proposta de criação dos Comitês de Promoção da Equidade em 2004. Esses Comitês que revelam, segundo as autoras, uma pactuação de interesses e responsabilidades entre Estado e sociedade, foram criados tanto pela demanda dos movimentos sociais, quanto pela inexistência de institucionalização de atenção à saúde específica para esses grupos. Foram instituídos, naquele período, os Comitê Técnicos de Saúde: da População Negra, População GLTB - Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais e o Grupo pela Terra. Os Comitês Técnicos, segundo Costa & Lionço (2006), são propostas estratégicas de constituição e funcionamento da gestão participativa no SUS porque estabelecem:

“a promoção da interlocução governo/sociedade civil; a provocação para dentro do próprio governo da necessidade de articulações intersetoriais, pelas especificidades dos determinantes multisetoriais das desigualdades; [e] a instituição de uma prática de ação transversal na formulação e implementação das respostas, o que requer um envolvimento de todos os órgãos e instituições do setor saúde em um novo momento intra-setorial” (COSTA & LIONÇO, 2006, p.53).

A partir do ParticipaSUS, em 2007, a SGEP fica oficialmente responsável por desenvolver ações de combate às iniquidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT – gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, transgeneros e, em situação de rua, ciganas, entre outras.

Um segundo campo de ação é o 'Brasil Quilombola' cujo objetivo principal é a promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola e o estabelecimento do recorte racial na política da saúde, no que se refere à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS.

A terceira ação prioritária da SGEF – mencionada no ParticipaSUS – é o aprimoramento das Instâncias e Processos de Participação Social no SUS, a partir da realização da Conferência Nacional de Saúde, da capacitação contínua de conselheiros de saúde, da educação permanente para o controle social no SUS, e a implantação das ouvidorias no SUS. A política prevê a criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem sucedidas dos Conselhos. Busca-se também aperfeiçoar os processos de mobilização social com a implantação de conselhos de gestão participativa nos estabelecimentos de saúde federais e municipais, adotando a intersetorialidade como prática de gestão. Outra atividade é a disseminação de experiências bem sucedidas de gestão participativa em saúde que deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições.

A quarta ação é a implementação de práticas de gestão estratégica como as ações de auditoria e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. A Política também propõe desenvolver, em parceria com o CNS, a realização de conferências temáticas e a divulgação desses resultados.

Por fim, o fortalecimento da gestão do Trabalho, a qualificação e humanização da mesma e a organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde constituem a quinta meta prioritária da SGEF apontada no ParticipaSUS (BRASIL, 2007).

Em suma, para a Secretaria, as ações que consolidam o aprimoramento da gestão democrática em saúde são: o apoio ao controle social; à educação popular; à mobilização social; à busca da equidade; o monitoramento e avaliação; a ouvidoria; a auditoria; e a intersetorialidade. Neste sentido, podemos observar que o ParticipaSUS promove a democracia participativa estimulando a participação do cidadão nas decisões políticas, a partir de vários campos de ação.

Estas são tarefas audaciosas para uma Secretaria, porém necessárias, na perspectiva de construir a gestão participativa em saúde. Especialmente se consideramos a tradição centralizadora do Ministério da Saúde. Contudo, a consolidação da política participativa proposta no documento analisado exige que a Secretaria tenha uma estrutura organizacional e logística para lhe possibilite estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais dentro do próprio Ministério/outros órgãos governamentais e no diálogo com a sociedade. Outra questão é a escolha dos interlocutores da Secretaria responsáveis por mobilizar tanto os setores governamentais quanto da sociedade civil, pois os mesmos devem possuir capacidade de diálogo e grande comprometimento com o processo ético-democrático. Além disso, o respeito à autonomia e às demandas dos movimentos sociais deve ser um processo contínuo e ininterrupto que estabelece uma necessária repartição de poder decisório nos processos de negociação e pactuação, lembrando que o controle social em saúde prevê que a sociedade defina, acompanhe e avalie as ações governamentais.

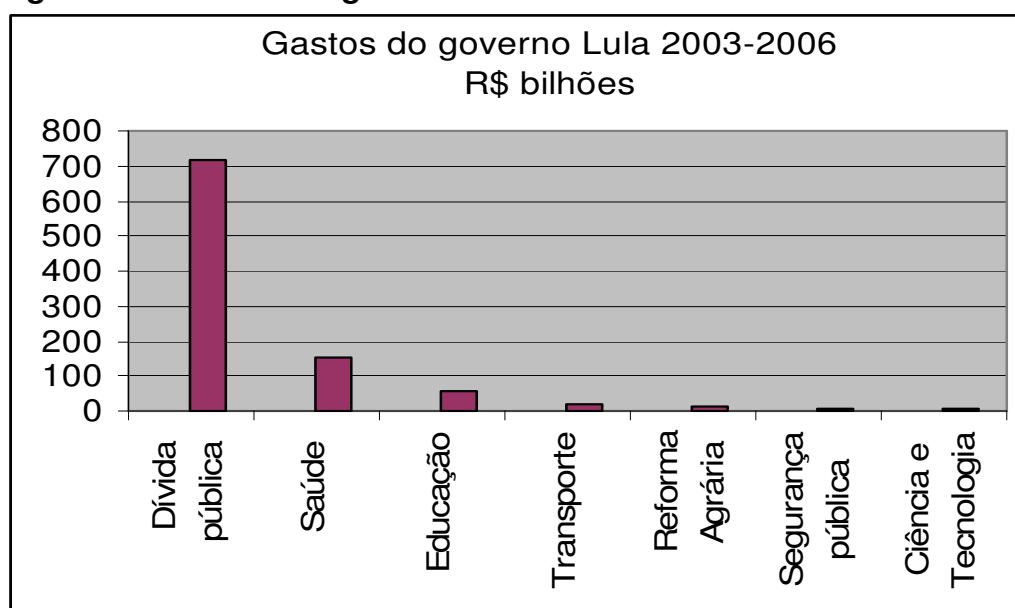
Desta forma, após fazer esta análise documental, estudaremos a SGEP a partir dos dados coletados ao longo do trabalho de campo. Abordaremos temas que já foram iniciadas neste tópico, aprofundando-as e trazendo novas percepções sobre a criação da Secretaria, a relação desta com o CNS e a contribuição da SGP/SGEP para o processo participativo em saúde.

5. A SGP/SGEP e o processo participativo em saúde

O período de 2003 a 2007 encerrou o ciclo do primeiro governo Lula. O início deste governo gerou muitas expectativas em torno de um novo projeto político e social para os brasileiros.

Segundo Lesbaupin (2009) várias iniciativas governamentais distinguem o governo Lula, de seu antecessor, o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Houve melhoria nas condições de vida das populações mais pobres, a distribuição de renda melhorou devido ao aumento real do salário mínimo, a taxa de desemprego diminuiu, o número de empregos formais cresceu, o acesso à educação aumentou, assim como, o mercado interno e o consumo familiar. Além disso, houve um incremento nas ações de combate ao trabalho escravo e à corrupção atingindo inclusive indivíduos ricos. No plano das relações internacionais, o Brasil optou por uma política mais independente, aproximando-se de outros países da América Latina. Entretanto, como mostra a tabela abaixo, o governo manteve políticas centradas no pagamento da dívida pública e externa; o sistema tributário continua regressivo, mantendo estruturas sociais geradoras de desigualdades.

Figura 3 – Gastos do governo Lula 2003-2006



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida, 2009 (www.divida-auditoriacidada.org.br). In: Lesbaupin, 2009. Disponível em: <http://www.iserassessoria.org.br/novo/producao/biblioteca.php>

Desta forma, o Brasil passou por transformações sociais evidentes, contudo serviços destinados à seguridade social e as necessidades básicas da população não se constituíram em prioridade para o governo Lula.

Este estudo tem como marco inicial o início do ano de 2003, com a posse do presidente Lula e a criação da SGP, e como marco final, dezembro de 2007, quando foi realizada a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Ao longo deste período, podem ser destacados alguns acontecimentos como: a 12ª Conferência Nacional de Saúde e a crise entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Organizadora da Conferência; a reformulação da SGEP que contou com a ativa participação do CNS; e a consolidação da Política Nacional de Gestão Participativa.

Este capítulo tem por objetivo analisar as diversas perspectivas e interpretações oferecidas pelos entrevistados/as no que se refere aos seguintes tópicos: criação da SGP e reformulação da SGP para SGEP a partir de 2005; a relação entre SGP/SGEP e o CNS; diferenças e semelhanças entre os conceitos de gestão participativa e participação social; a relação entre a SGP/SGEP e movimentos sociais; e as interpretações sobre democratização na formulação das políticas de saúde.

Criação e a reformulação de uma nova Secretaria

A Secretaria de Gestão Participativa foi a primeira iniciativa, por parte do Ministério da Saúde, em criar dentro de sua estrutura organizacional um canal de apoio a gestão democrática no SUS. Do ponto de vista analítico, foram identificados, a partir das entrevistas, três principais eixos interrelacionados que possibilitam explicar a criação da Secretaria de Gestão Participativa:

- i) *Eixo governabilidade* – englobando as eleições presidenciais ocorridas em 2002, a posse do novo governo em 2003, a formação de composições ministeriais e um novo arranjo político-partidário para escolha dos ocupantes dos cargos ministeriais e de suas Secretarias. Este eixo possui duas principais dimensões: a *simbólica* e a *programática*;
- ii) *Eixo societal* – a SGP como uma demanda da sociedade brasileira no sentido de pressionar o Estado para a democratização das instituições;

- iii) *Eixo setor Saúde* – possui duas principais dimensões: o surgimento da SGP como uma *necessidade intrínseca do SUS*, tendo em vista, o princípio da participação da comunidade, expresso em sua legislação; e o *protagonismo do movimento de reforma sanitária* representado pelo sanitarista *Sergio Arouca*, que se tornou o primeiro secretário nacional de gestão participativa.

Entendemos governabilidade como as “condições sistêmicas e institucionais sob as quais se dá o exercício do poder, tais como as características do sistema político, a forma de governo, as relações entre os Poderes, o sistema de intermediação de interesses” (SANTOS, 1997, p.342). Buscamos trabalhar, no eixo governabilidade, os aspectos relacionados ao novo contexto político, que resultaram numa nova configuração governamental, na qual foi criada a SGP. Os aspectos programáticos se referem ao conjunto de ações e metas que os governos propõem em seu planejamento.

“Já na época da elaboração do programa de governo do Lula, nós já havíamos feito a discussão que fez parte do programa de governo, de uma meta que seria o fortalecimento do controle social, por compreender que a participação da comunidade e o controle social na saúde constituem um dos princípios doutrinários do SUS, portanto exigindo a sua organização, apoio permanente e o fortalecimento”¹⁰.

A dimensão simbólica procurou abarcar alguns valores subjetivos como admiração, respeito, expectativas, presentes em algumas lideranças da conjuntura política estudada.

“Ninguém colocava sob suspeita a liderança do Sergio Arouca, o brilho do Sergio Arouca, a história e o perfil dele. Ele trouxe ao CNS um conjunto de debates e de inquietações como era próprio a ele, que era muito ousado. [Ele] tinha propostas ousadas e críticas para que se pudesse avançar e, sem dúvida, ele foi muito bem acolhido, digamos assim, e se fez muito presente. Ele teve uma força de secretário que se impunha diante do Conselho”¹¹.

No eixo societal, abordamos os aspectos relacionados ao protagonismo da sociedade brasileira nos rumos das mudanças políticas. A saúde é “uma resultante muito poderosa do complexo dinamismo social, o padrão de saúde é

¹⁰ Entrevista com Antonio Alves realizada em 25 de novembro de 2009.

¹¹ Entrevista com Ana Costa realizada em 29 de outubro de 2009.

também informado e informa o conjunto de crenças e valores que igualmente impulsionam ou emperram as conquistas coletivas” (MINAYO, 2001, p.16). Deste modo, é impossível desconsiderar que a SGP é um resultado da participação social.

O terceiro eixo, acima apresentado, é o setorial, contudo, a saúde não é um setor isolado, ao contrário, é profundamente influenciado pelas variáveis macro e microeconômicas e sociais (MINAYO, 2001). Ao mesmo tempo, existem histórias particulares a este setor, como o movimento de reforma sanitária e a consolidação do SUS como resultado da mobilização social. A SGP aparece como uma resposta institucional do Ministério da Saúde, diante desta trajetória do processo participativo no setor saúde.

“Como é que você fortalece esse instrumento que está na Constituição, que é a participação da comunidade? Eu me lembro bem que o Arouca falava isso: todas as políticas do Ministério da Saúde são indutivas e para essa área [da participação da sociedade no SUS] ainda é bastante fragilizado. Então, acho que essas Secretarias que foram criadas, ela tentaram desenvolver políticas com esse caráter indutivo suficiente ou necessário e com cooperação técnica”¹².

Os contextos políticos são importantes aspectos de serem considerados quando tratamos de analisar as instituições e suas políticas. Menicucci (2007) destaca que a própria constituição do SUS ocorreu num período favorável à democratização na saúde, pois ocorria um processo nacional e abrangente de retomada do regime democrático. Deste modo, os atores sociais defendiam um novo sistema de atenção à saúde e este projeto social mais abrangente permitiu ao movimento sanitário definir um objetivo institucional. Este tipo de análise é importante de ser considerado neste estudo, pois para oito dos entrevistados/as a criação da Secretaria de Gestão Participativa respondeu a uma conjuntura política favorável ao tema da participação em saúde.

Tal como já foi mencionado no capítulo anterior, a constituição de um novo governo, a partir das eleições presidenciais ocorridas em 2002, trouxe para setores da população brasileira que elegeram o presidente Lula, uma atmosfera de otimismo e expectativas. Podemos deste modo, caracterizar esta forma de interpretação como uma dimensão *simbólica* de análise. Este sentimento foi expresso por dois entrevistados que o associa a própria criação da SGP, em 2003:

¹² Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de outubro de 2009.

“Quando o presidente Lula assumiu se pensou numa Secretaria no Ministério da Saúde que fizesse exatamente o debate da democratização da gestão e o debate do aperfeiçoamento da participação da comunidade no serviço público. Na época havia toda uma expectativa de democratização, a começar pela saúde que tinha uma simbologia muito grande pelo fato de ter sido o Sergio Arouca, o próprio defensor da reforma sanitária, a quem coube a tarefa de começar este processo¹³”.

“Na época era o governo democrático popular que tinha sido eleito, (...) [isso] de uma certa forma mobilizou e motivou muito a questão da SGP. Tinha uma perspectiva de que agora vai, agora vai (...) A SGP, ela refletiu essas coisas todas, esse caldo de cultura que o governo estava produzindo. A SGP é o microcosmo desse sentimento¹⁴”.

Estes dois depoimentos refletem de forma clara a conjuntura daquele período. O entrevistado, ao afirmar que a SGP era um ‘microcosmo deste sentimento’, nos dá uma dimensão do conjunto de expectativas em torno da construção de um projeto político mais amplo, capaz de transformar o Brasil em um país mais democrático e socialmente mais justo. Essa afirmação pode corroborada a partir da pesquisa em diferentes fontes da imprensa daquele período. Dois depoimentos encontrados foram bastante elucidativos. Cristovam Buarque, em artigo na *Adital*¹⁵, afirmou que foram “necessários 500 anos para chegar ao Planalto, mas agora, nos próximos quatro anos, uma nova, mas difícil viagem terá que ser feita sob a coordenação do Presidente no sentido de abolir a pobreza (...)”. Já Susan Sontag, escritora americana, afirmou à *Folha de São Paulo* em 2003: “a eleição dele [Lula] no Brasil foi o melhor acontecimento, a coisa mais promissora que o mundo viveu em muito tempo”¹⁶. As duas falas ilustram bem que os resultados das eleições de 2003 foram um divisor de águas na histórica política brasileira.

Além dos aspectos simbólicos, também é fundamental para nossa análise considerar o eixo programático do novo governo. Intitulado “*Um Brasil para todos. Crescimento, Emprego e Inclusão Social*”, o programa do governo Lula foi dividido em quatro principais temas: Crescimento, Emprego e Inclusão

¹³ Entrevista com Francisco Batista realizada em 24 de novembro de 2009.

¹⁴ Entrevista com Flávio Oliveira realizada em 16 de dezembro de 2009.

¹⁵ De Caetés ao Planalto, de Retirante a Presidente - Uma viagem de 500 anos – Adital – 29/11/2002 <http://www.adital.com.br/site/noticia2.asp?lang=PT&cod=4619>- acesso em 08/03/2010.

¹⁶ “Eleição de Lula foi a coisa mais promissora”, diz a escritora Susan Sontag – Folha On line – 30/10/2003 - <http://www1.folha.uol.com.br/folha/bbc/ult272u25532.shtml> acesso em 08/03/2010.

Social; Desenvolvimento, Distribuição de Renda e Estabilidade; Inclusão Social, que incluía o tópico 'A Política da Saúde'; e, Infra-estrutura e Desenvolvimento Sustentável.

O programa de governo para o setor saúde ressaltava: “para um Brasil mais saudável, os serviços de saúde precisam ser organizados e controlados de baixo para cima, facilitando a participação e o controle da sociedade”¹⁷. Além disso, o documento propunha a formação da Mesa de Negociação do SUS, com o objetivo de reunir representantes das três esferas governamentais no sentido de democratizar as relações de trabalho no SUS. Deste modo, percebemos que o programa do PT priorizava a participação da sociedade e o atendimento às demandas dos movimentos sociais.

Tendo em vista esse cenário, seis entrevistados relacionaram a criação da SGP ao programa de governo, já que a participação e a democratização da gestão foram indicadas como prioridades da nova gestão.

Como foi ressaltado por quatro entrevistados, é importante considerar o trabalho desempenhado pela equipe de transição na área da saúde como um dos elementos explicativos da criação da SGP. Isto porque, assim que o presidente Lula ganhou a eleição, em outubro de 2002, foram criadas comissões, compostas por pessoas do PT e dos partidos que compunham a coalizão eleitoral, para trabalhar no processo de transição do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) para o governo do presidente Lula. As equipes de transição foram responsáveis por apresentar um diagnóstico das principais áreas do governo federal e, a partir disso, encaminhar as conclusões ao presidente eleito. Foram constituídos cinco grupos de trabalho: Gestão e Governo; Desenvolvimento Econômico; Políticas Sociais; Infra-Estrutura; e, Empresas Públicas e Instituições Financeiras do Estado. A equipe de transição das Políticas Sociais foi dividida em oito áreas: Previdência Social, Trabalho e Emprego, Assistência Social, Saúde, Educação, Cultura, Esporte e Turismo (Folha Online)¹⁸. O grupo de transição da área de Políticas Sociais foi

¹⁷ <http://www1.folha.uol.com.br/folha/especial/2002/eleicoes/candidatos-lula-programa-03-06.shtml> acesso em 28/02/2010.

¹⁸ http://www1.folha.uol.com.br/folha/especial/2002/governolula/futuro_governo-transicao.shtml -acesso 28 de fevereiro de 2010.

coordenado pelo médico Humberto Costa (PT- PE) que viria a assumir o Ministério da Saúde.

De um modo geral, como acontece após as eleições presidenciais, ocorreu um intenso debate sobre a definição da nova composição ministerial. Neste sentido, o estudo de Amorim Neto (2007) sobre a formação do governo é bastante elucidativo. O autor reforça que a Constituição de 1988, com suas bases republicanas, conferiu ao chefe do Executivo amplos poderes sobre a administração pública como nomear e demitir os ministros de Estado. “Observa-se que a formação ministerial no Brasil tem duas dimensões fundamentais, não determinadas pela Carta Magna: a partidária e a regional” (NETO, 2007, p.132). Em decorrência disso, conclui o autor, existe uma forte partidização dos ministérios, ainda que existam ministérios ocupados por pessoas sem filiação partidária.

No setor saúde, devido a sua importância para a política nacional, o debate político foi acirrado, especialmente dentro do próprio PT. Segundo a imprensa noticiou, dentre os possíveis ocupantes da pasta estavam: Adib Jatene que teria sido sugerido pelo próprio presidente Lula, mas que não agradava a alguns segmentos petistas; outra opção era o ex-secretário da Saúde da cidade de São Paulo, Eduardo Jorge, que seria, de acordo com a imprensa, o segundo nome na preferência do presidente, mas este também não agradava alguns segmentos do PT. Por fim, o escolhido para a pasta foi o coordenador da equipe de transição, Humberto Costa, paulista, filiado ao PT de Pernambuco, pertencente à corrente Unidade de Luta, próxima à Articulação, majoritária no PT. ‘Sua escolha para o ministério também preenche o critério regional que Lula procura dar ao primeiro escalão’¹⁹. Embora esta reportagem não tenha mencionado, um dos entrevistados comentou que Gastão Wagner e Maria Luiza Jaegger também eram possíveis nomes cogitados para o cargo no período.

Os/as entrevistados/as que seguem uma linha de explicação para a criação da SGP mais relacionada ao programa do governo do PT reforçaram que ao longo do debate de constituição do novo governo, questões

¹⁹ PT pressiona e Lula escolhe "3ª opção" para Ministério da Saúde – Folha Online – 16/12/2002 <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u43610.shtml> acesso em 08/03/2010.

organizacionais reforçavam a perspectiva de construção de um novo espaço institucional no Ministério da Saúde que deveria estimular a democratização da gestão do SUS. Em outras palavras, o programa do governo Lula enfatizava a necessidade de fortalecer a relação do Estado com a sociedade, o que trouxe para o Ministério da Saúde, uma responsabilidade complementar além da tradição que o setor saúde já tinha na participação social. Embora o SUS tivesse consolidado o princípio da participação da comunidade, a partir dos Conselhos e Conferências de Saúde, e a participação fosse um critério para a gestão descentralizada, ainda não existia dentro do Ministério da Saúde uma área ou um campo de gestão de apoio, monitoramento e avaliação deste processo.

Ainda que não seja consensual dizer que Sergio Arouca²⁰ estaria entre os ministeriáveis da Saúde, é fundamental destacar a importância, o protagonismo e o simbolismo que ele possui na história da reforma sanitária brasileira e na própria criação da SGP. Sergio Arouca também participou da equipe de transição, e discutia a possibilidade de se criar uma estrutura dentro do Ministério com a função de apoiar os processos participativos no SUS.

“No processo da transição que foi o processo de preparação do governo Lula, que compôs uma equipe de transição, lá estava o nosso Sergio Arouca, que além de defender e de ser intransigente nessa questão da participação, ele era um dos muitos ministeriáveis e, portanto, ele dispunha de uma força política importante naquele processo”²¹.

“Como é que você fortalece esse instrumento que está na Constituição, que é a participação da comunidade? Eu me lembro bem que o Arouca falava isso: todas as políticas do Ministério da Saúde são indutivas e para essa área [da participação da sociedade no SUS] ainda é bastante fragilizado. Então, acho que essas Secretarias que foram criadas, ela tentaram desenvolver políticas com esse caráter indutivo suficiente ou necessário e com cooperação técnica”²².

Por tudo isso, no momento de transição, o lugar que Sergio Arouca deveria ocupar no Ministério da Saúde, era um assunto em debate, o que dividia opiniões, já que para alguns lhe era devido o cargo de ministro da saúde. Contudo, a imprensa do período noticiou que o PPS, partido que Arouca era filiado, não tinha a pretensão de solicitar pastas ao presidente, nem mesmo

²⁰ Sergio Arouca exerceu por duas vezes o mandato de deputado federal e era filiado ao PPS.

²¹ Entrevista com Ana Costa realizada em 29 de outubro de 2009.

²² Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de outubro de 2009.

indicar Sergio Arouca: “(...) ‘em nenhum momento estamos querendo apresentar áreas’(...) O presidente do PPS [disse] que não está indicando ninguém ‘nem mesmo o companheiro Sérgio Arouca’²³.”

Após todo o debate, Arouca foi designado assessor do ministro Humberto Costa. Conforme ilustra o depoimento abaixo, Arouca e Humberto Costa dialogavam sobre a possibilidade de criação de uma nova estrutura dentro do Ministério da Saúde que pudesse apoiar o processo participativo em saúde, em especial as Conferências de Saúde. Neste contexto foi criada uma nova Secretaria, a qual ficaria sobre a direção de Sergio Arouca: a Secretaria de Gestão Participativa.

“ Eles queriam que o Arouca participasse do Ministério e ofereceram inicialmente uma assessoria do Ministro. A gente achava, nós que tínhamos um contato direto com Arouca, que pelo significado do Arouca na saúde pública do país [ele deveria receber] no mínimo uma Secretaria! Foi quando nós conversamos muito com o Arouca e ele conversou com Humberto da importância de uma Secretaria relacionada à área de participação. Humberto concordou e deve ter conversado com o Presidente, já que normalmente os Ministérios tem quatro Secretarias, é a estrutura básica do Ministério, ia ser uma quinta [Secretaria], então negociou-se e criou-se a Secretaria de Gestão Participativa²⁴.”

A partir desta iniciativa, criou-se um cargo de direção com importância estratégica dentro do ministério para Sergio Arouca. Ao mesmo tempo isso significou no que se refere a uma coalização política-partidária do novo governo, que o PPS, um dos partidos aliados à eleição do presidente Lula, recebeu uma Secretaria dentro do Ministério. Entretanto, com base nas entrevistas podemos afirmar que na conjuntura política daquele período, a criação da SGP estava estritamente relacionada ao simbolismo de Sergio Arouca, do que propriamente para estabilizar uma configuração político-partidária, ainda que esta seja uma variável importante de ser considerada na análise.

“Acho que a Secretaria de Gestão Participativa foi criada para que o Arouca entrasse no Ministério da Saúde, mas que ao longo do tempo, ela se reconfigurou e adquiriu novas funções. [Também] a idéia da criação da Secretaria de Gestão Participativa estava muito vinculada a proposta do Arouca de 12ª Conferência Nacional de Saúde²⁵.”

²³ Freire e Dirceu acertam participação do PPS no governo Lula – Folha On line- 22/11/2002 – acesso 28/02/2010.

²⁴ Entrevista com Flávio Oliveira realizada em 16 de dezembro de 2009.

²⁵ Entrevista com Ligia Bahia realizada em 6 de novembro de 2009.

Não foi sem razão que Arouca, presidente e organizador da VIII CNS, ficou responsável por uma Secretaria cuja função era apoiar o controle social no SUS e com especial atribuição de organizar a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Segundo Humberto Costa afirmou no período: (...) “será atribuição de Sérgio Arouca organizar ainda este ano uma Conferência de Saúde extraordinária ‘que desejamos que seja um marco como foi a 8ª Conferência em 1986’”. (CONASS, Informativo Semanal, n.2/2003).

Podemos reconhecer, a partir dessas entrevistas, bem como na análise dos documentos da SGP, o papel extremamente relevante que o sanitarista Sergio Arouca teve no processo de reforma sanitária brasileira, e que neste sentido uma nova Secretaria dirigida por ele tinha uma associação direta com dar “um lugar” ao próprio movimento de reforma sanitária. Ou seja, uma espécie de personificação do próprio movimento de construção do SUS. E, com isso, o reconhecimento da importância do movimento de Reforma Sanitária.

Segundo relatou uma entrevistada, que participou da SGP desde a sua criação, a equipe da Secretaria tinha várias discussões sobre a missão da mesma e “o que se pensava sobre a SGP [era de vir] a ser um *lócus* de inteligência e do pensamento estratégico para o SUS”²⁶. Para isso, a Secretaria deveria ter vocação para o trabalho intersetorial e de articulação política das diversas forças políticas brasileiras, como partidos e movimentos sociais. A presença de Arouca nesta Secretaria significava um novo momento do movimento da Reforma Sanitária, quando seria possível refletir sobre os avanços, dilemas e contradições do SUS e portanto a participação da sociedade seria imprescindível.

“e ao mesmo tempo, que nós reinstalássemos a participação popular, a partir de uma outra ótica mais politizada, com maior amplitude de consciência política, sanitária, e houvesse uma rearticulação de forças em prol do projeto da reforma sanitária que deveria ser retomado na sua dimensão inicial e revisitado, entendendo que o processo de criação do SUS havia de alguma forma se distanciado daquele que era o projeto básico da reforma sanitária. Então toda

²⁶ Entrevista com Ana Costa realizada em 29 de outubro de 2009.

essa conjuntura, ela convocava a missão da Secretaria de Gestão Participativa no seu formato inicial²⁷.

Há de se destacar que a SGP não foi a única nova Secretaria criada neste período, ela fez parte de um reordenamento mais amplo do próprio Ministério da Saúde. A distribuição das Secretarias foi feita abrigoando as diferentes correntes do PT e dos partidos aliados.

Deste modo, foram extintas três Secretarias: Investimentos na Saúde; Políticas da Saúde; e Assistência à Saúde (as atribuições das duas últimas passaram a integrar a Secretaria de Atenção à Saúde– SAS). E, criadas cinco novas: a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, dirigida por José Alberto Hermógenes (PC do B); a de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), dirigida por Maria Luíza Jaegger (PT); a de Atenção à Saúde (SAS), com Jorge Solla (PT), e a Secretária de Vigilância em Saúde (SVS) com Jarbas Barbosa, além da Secretaria de Gestão Participativa, dirigida por Sergio Arouca (PPS).

A SGP significou a criação, dentro do Ministério da Saúde, de uma estrutura administrativa de apoio aos Conselhos e Conferências de Saúde. Entretanto, a conjuntura política não era estável e Arouca enfrentou uma correlação de forças desfavorável a implementação da SGP dentro do Ministério. A baixa dotação orçamentária destinada à Secretaria, os poucos cargos que a mesma teria e suas atribuições que, posteriormente, trariam conflitos com o CNS, são resultados desta tensão institucional.

“Eu cito como exemplo, a formação de conselheiros, a educação permanente dos conselheiros. Na época da criação, esse tema não ficou com Secretaria de Gestão Participativa, isso era uma atribuição da Secretaria da Gestão do Trabalho. Isso é interessante porque conselheiro não é um trabalhador de saúde (...) também tinha um pensamento que era muito mais amplo, muito mais estratégico, ele [Arouca] também não ficava marcando passo em lutas que eram perdidias²⁸.”

Propondo ser um *lócus* de reflexão sobre o Sistema de Saúde e da reforma sanitária brasileira, no seu momento de criação a SGP teve como grande campo de atuação o apoio técnico e logístico à 12^ª Conferência Nacional de Saúde, que foi antecipada em um ano. Conforme lembrou uma

²⁷ idem

²⁸ Entrevista com Ana Costa realizada em 29 de outubro de 2009.

entrevistada²⁹, Arouca apresentou a proposta, junto com Humberto Costa da Conferência Nacional de Saúde ter um caráter *terminativo*. Isto significava que as Conferências Municipais, deveriam resolver todos os assuntos de âmbito municipal; e subisse para as Conferências Estaduais apenas o que seriam tópicos estaduais, e assim levasse para a Conferência Nacional os temas nacionais.

Apenas dois entrevistados utilizaram uma explicação fundamentalmente *societal* para explicar o surgimento da SGP, embora todos os entrevistados tenham citado a importância dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Este tipo de explicação legitima o protagonismo da sociedade na criação de instâncias que busquem promover a interlocução entre a gestão governamental e a sociedade, mas também aponta que a SGP seria uma necessidade intrínseca ao próprio SUS, já que o nosso sistema de saúde foi construído a partir da participação social.

“Bom, primeiro para responder ao que esta na lei, acredito, porque no SUS, é necessário que haja uma instancia de participação social não apenas através dos Conselhos, mas através de um canal direto dentro da gestão (...) não há nada que diga que os Conselhos têm que ser o único canal de interlocução com a sociedade. Então, diante da pressão, a sociedade cada vez mais se aproxima, quer controlar, conhecer melhor a forma de gestão do SUS e quer transformar e participar do SUS. Então eu acho que a Secretaria também responde a esta pressão da sociedade e a esta necessidade da sociedade de estar mais presente, mais junto e dar mais dinamismo a essa interlocução”³⁰.

“Gestão Participativa eu acho que foi isso, era uma demanda da sociedade ter uma instância que ela pudesse está dialogando a respeito das políticas de saúde implementadas no Brasil”³¹.

Na reunião dos dias 5 e 6 de fevereiro de 2003, o ministro Humberto Costa apresentou ao CNS a reestruturação do Ministério da Saúde que foi discutida e aprovada no Conselho. O ministro esclareceu que sua participação na Equipe de Transição e na elaboração do Programa de Governo do Presidente Lula lhe permitiu fazer um amplo diagnóstico da situação as saúde do país e do SUS. E constatou a necessidade de aprofundar e fortalecer a política de controle social em saúde:

²⁹ Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de novembro de 2009.

³⁰ Entrevista com Jurema Werneck realizada em 06 de novembro de 2009.

³¹ Entrevista com Moises Goldbaum realizada em 27 de outubro de 2009.

“era desejável que houvesse um controle social ou um Conselho Nacional de Saúde real e não apenas de direito. Deste modo, afirmou que a Conferência de Saúde e o Conselho decidiriam e o Ministério implementaria”.

Na mesma ocasião o ministro informou ao CNS que “Sergio Arouca, um símbolo da saúde pública do país”, fora convidado a dirigir a Secretaria de Gestão Participativa e que o mesmo representaria o Ministério da Saúde no Conselho (CNS, 127ª RO, fev. 2003).

Sergio Arouca adoeceu poucos meses depois de ter assumido o cargo e por essa razão se afastou do mesmo, deixando sua chefe de gabinete, Margara Cunha, na direção da SGP. Sergio Arouca faleceu no dia 2 de agosto de 2003, antes mesmo da 12.a Conferência Nacional de Saúde que ocorreu entre os dias 7 e 11 de dezembro. Crescêncio Antunes (PPS) assumiu a Secretaria ainda em 2003.

Quando a Secretaria foi criada oficialmente possuía dois departamentos, mas isso não significa que a SGP teve no seu início uma estrutura bem definida do ponto de vista organizacional. Ao contrário, segundo uma entrevistada a estrutura da SGP operava como um colegiado: “era uma época mais que trabalhar num quadradinho, todo mundo trabalhava junto, não chegamos a configurar o departamento nos moldes [tradicionais]”³².

Essas informações são muito singulares, mostram inovações do ponto de vista organizacional, como estruturas aparentemente menos verticais, o que é particularmente interessante dentro do Ministério da Saúde³³.

No âmbito dos estudos dos processos institucionais é fundamental considerar as conjunturas políticas. O ano de 2005 foi de crise para o governo federal do PT. A gestão das políticas e a relação com os movimentos sociais ficaram afetadas com o desgaste da imagem do governo supostamente envolvido por denúncias de caixa dois nas campanhas eleitorais. No entanto, os parlamentares do PT enfrentaram a crise defendendo uma nova base parlamentar de apoio e “uma mudança radical na política do Governo do Brasil

³² Entrevista com Ana Costa realizada em 29 de outubro de 2009.

³³ Dois entrevistados que participaram no início da Secretaria tiveram dificuldades em se lembrar qual o nome exato do cargo que ocupavam, citando denominações genéricas como “diretor”, o que corrobora a afirmação da entrevistada e explica a nossa dificuldade em sistematizar estas informações.

para que saia do caminho neoliberal e assuma o leme de reformas sociais profundas e que dêem respostas concretas da sociedade” (Adital – 17/06/05)³⁴. Esses fatos levaram a uma reforma ministerial que ampliou o número de cargos para a base aliada, principalmente para o PMDB.

A reformulação da SGP ocorreu num momento de ajuste interno no Ministério da Saúde, com a chegada do novo ministro, Saraiva Felipe (PMDB-MG), resultante das mudanças na coalizão governamental, e em particular do partido político que conduzia o Ministério da Saúde. “O novo ministro da Saúde, o deputado federal José Saraiva Felipe (PMDB-MG), assume o lugar do petista Humberto Costa (PE), que sai do governo para ceder espaço para o PMDB na reforma ministerial” (Folha de São Paulo, 07 de julho de 2005).

O ministro Saraiva Felipe (PMDB) convidou para ser o novo secretário de gestão participativa Antonio Alves (PT), que na gestão anterior ocupara o cargo de Chefe do Gabinete e, posteriormente, o de Secretário Executivo do Ministério, após a saída de Gastão Wagner. Gastão Wagner solicitou exoneração de seu cargo por incompatibilidade com o ministro na definição de estratégias na condução da política de saúde.

Assim, no dia 07 de julho de 2005, Alves assume a gestão da SGP. Uma das principais medidas que Antonio Alves propôs foi uma reestruturação da SGP que passou a se chamar Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP.

Em 2005, com a chamada “crise do mensalão”³⁵, o governo Lula enfrentou uma crise de governabilidade (e também ideológica) na qual o PT perdeu a direção de vários ministérios, como o da Saúde. Para contornar esta crise foi necessário ampliar a base governamental, especialmente incorporando o PMDB. O Ministério da Saúde refletiu de forma clara este momento, pois além do próprio ministro, as Secretarias foram majoritariamente ocupadas por pessoas vinculadas ao PMDB, a SGEP era a única Secretaria dirigida por um filiado do PT no Ministério. Contudo, no ano de 2006, o presidente Lula foi

³⁴ Disponível em: <http://www.adital.com.br/site/noticia2.asp?lang=PT&cod=17227>- acesso 08/03/2009.

³⁵ “A crise do chamado "mensalão" – pretensa esquema de propinas pagas regularmente a parlamentares federais, com dinheiro público desviado, para que votassem a favor do governo” (MIGUEL & COUTINHO, 2007).

reeleito no primeiro turno com aproximadamente 58 milhões de votos (Portal G1- 29/10/2006³⁶), o que mostrou a forte aprovação popular do governo. Isto marcou um novo momento para o governo petista e, especialmente, conferindo-lhe grande força política, com base no apoio popular.

Nesta nova conjuntura política, propicia a mudanças, a SGEP tinha força política partidária e governamental para conseguir ampliar seu leque de atividades e sua estrutura de funcionamento. Dois principais motivos justificaram a reestruturação da Secretaria: a crise com o CNS, tal como será explicado no próximo tópico, e uma tentativa de aumentar o poder político da Secretaria. Para o Secretário, era necessário “dar uma força [política] à Secretaria, mas dentro de uma lógica onde fossem ampliados os canais de comunicação, na perspectiva da gestão estratégica”³⁷.

A estrutura da SGEP foi então ampliada e passou a desenvolver ferramentas estratégicas de gestão, como monitoramento, avaliação e auditoria, além de manter os departamentos de ouvidoria e de apoio a participação social. Com a reformulação, a SGEP recebeu atribuições que estavam na Secretaria de Gestão do Trabalho, referente à mobilização social, educação popular e formação de conselheiros.

O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa compreende que a gestão estratégica e participativa funciona como um corpo composto pelos órgãos de sentido do SUS: “tem o olhar, tem o ouvido, tem a percepção que seria o tato, pele, sentimento e o braço operacional”.

“A população fala com o SUS por meio da Ouvidoria, também recebe informações, ela se comunica também via os Conselhos de Saúde, Conferências, deliberações, decisões, e o Ministério, então, aciona o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS) por meio de indicadores capazes de construir ferramentas que sinalizassem se nossas políticas estariam obtendo resultados satisfatórios ou não, por meio de indicadores da gestão do SUS. E o outro que seria acionado quando qualquer um desses canais percebesse que seria necessária uma avaliação mais aprofundada que é o caso da auditoria. Então, se tem uma denuncia de má utilização de recursos, ou de desvio, ou de um resultado não satisfatório que pode ser captado via ouvidoria ou via conselhos de saúde, que o Departamento de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP) estaria acompanhando, a gente poderia estar acionando o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) para in loco

³⁶ <http://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,AA1330488-5601,00.html> - acesso 08/03/2009.

³⁷ Entrevista com Antonio Alves realizada em 25 de novembro de 2009.

verificar o que está acontecendo e também apoiar tecnicamente no que for necessário para melhorar a gestão do SUS e o DEMAGS construiria alguns indicadores de gestão que pudessem também nos dizer se determinada política está bem conduzida, se os indicadores são bons: estamos produzindo resultados satisfatórios? Ampliamos acesso? Reduzimos os custos, mais aumentamos a qualidade? Aumentamos o índice de satisfação³⁸?

Além disso, a SGP/SGEP desde o início buscou também se articular com outras Secretarias do governo como as recém-criadas, Secretaria de Políticas Especiais para as Mulheres, e com a Secretaria Especial de Políticas para a Igualdade Racial. Os gestores da SGP/SGEP entrevistados afirmaram que a mesma também buscou dialogar com outras Secretarias do Ministério, desde sua criação.

“Uma Secretaria nova que ainda tinha um objeto assim pouco preciso de atuação, então a idéia de estarmos discutirmos com todas as Secretarias era decisiva para gente, até mesmo pelo espaço físico era uma loucura aquilo, para montar essa estrutura física da Secretaria, isso foi uma peleja, foi uma briga³⁹”.

Inclusive, ao longo do tempo, esta seria uma das principais características da Secretaria: a capacidade de mobilizar os diferentes atores sociais e setores governamentais.

“Aí eu colocaria nesse saco de gatos um conjunto grande de iniciativas governamentais, por exemplo, a questão do controle de tráfico de órgãos humanos, que são demandas circunstanciais de governo, e que o Ministério tem delegado ao Departamento [Apoio a Gestão Participativa] por entender que esse Departamento é a instância capaz de não trabalhar por si, mas de buscar a participação de outros órgãos do Ministério da Saúde. Tem sido uma característica interessante e que confere dentro da Gestão Participativa uma *praxis* efetiva de ação participativa, nesse componente de articulação intra-setorial⁴⁰”.

Podemos destacar também que a SGEP vem desenvolvendo uma atividade em conjunto com SAS, voltada para a Atenção Hospitalar e Ambulatorial no SUS, realizando auditoria de serviços cadastrados no SUS, auditoria de gestão do SUS, sistemas de auditorias estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Tendo em vista que a SGP/SGEP tem como missão dialogar com os movimentos sociais em saúde. O próximo tópico deste trabalho abordará como

³⁸ Entrevista com Antonio Alves realizada em 25 de novembro de 2009.

³⁹ Entrevista com Flávio Oliveira realizada em 16 de dezembro de 2009.

⁴⁰ Entrevista com Ana Costa realizada em 29 de outubro de 2009.

se deu a relação entre a Secretaria e o CNS ao longo do período analisado pelo trabalho.

Relação da SGP/SGEP com o Conselho Nacional de Saúde

Com o falecimento de Sergio Arouca, o cenário da Secretaria se transformou, tanto na sua estrutura, quanto na relação intra-ministerial e com o CNS. A Secretaria de Gestão Participativa perdeu sua grande liderança, sofreu um esvaziamento nos seus quadros técnicos e contava com uma estrutura precária de funcionamento:

“então quando eu assumi, a Secretaria estava castrada em vários DAS [assessores] e daí por diante eu tive extrema dificuldade de manter a Secretaria”⁴¹.

O ano de 2003 também foi um ano de mudanças para o CNS. Por isso, antes de avançar na relação da SGP/SGEP com a CNS, é importante mencionar que naquele ano, o CNS elaborou a resolução nº 333/03, que estabeleceu as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Esta resolução reafirmou o caráter deliberativo dos Conselhos na formulação das políticas de saúde, e também a paridade entre os segmentos: usuários (50%), entidades de trabalhadores de saúde (25%) e representantes do governo, prestadores de serviço privados conveniados, e sem fins lucrativos (25%), tal como expresso na lei 8142/90. Entretanto, a partir de julho de 2003, houve uma mudança na composição do CNS, que passou de 32 para 40 membros titulares⁴². Na composição de entidades representativas de usuários no Conselho, ocorreu a inclusão das organizações indígenas, do movimento organizado de mulheres e dos movimentos nacionais populares (DELGADO & ESCOREL, 2007).

Delgado & Escorel (2007) acreditam que a diversidade no campo da representação dos usuários, proposta pelo CNS, revela a valorização da participação da sociedade organizada no Conselho e também o respeito às diferenças regionais, tal como expresso na resolução. No que se refere aos indicadores de democratização, o documento estabeleceu que o CNS, os

⁴¹ Entrevista com Crescencio Antunes realizada em 26 de novembro de 2009.

⁴² Em 11 de julho de 2006 a composição do CNS foi novamente alterada pelo decreto 5.839/06 passando a ser integrado por 48 conselheiros titulares e 96 suplentes.

Conselhos Estaduais e Municipais deveriam eleger o(s) seu(s) presidente(s) ao invés dos mesmos serem indicados, além disso, os membros da Mesa Diretora e da Coordenação Geral do CNS também deveriam ser eleitos entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária. Por tudo isso, a resolução 333/03 expressou um avanço no sentido de reforma democrática do Conselho Nacional de Saúde. Por outro lado, o CNS assumiu uma direção muito técnica com o acompanhamento da gestão do SUS, revisão periódica dos planos de saúde, e formulação de diretrizes e metas para os mesmos. Isto, por sua vez, exige que os conselheiros tenham conhecimentos que muitas vezes não possuem, especialmente o segmento de usuários.

O Conselho, até 2003, tinha uma Coordenação/ Secretaria Executiva vinculada diretamente ao Presidente do Conselho (Ministro da Saúde), sendo inclusive este quem a nomeava, e funcionalmente estava atrelada, diretamente, ao Gabinete do ministro. Esta Secretaria Executiva tinha forte poder de construção das pautas das reuniões, de gerir as atividades administrativas do Conselho, e de ter mais informações sobre o contexto da política de saúde do que os outros Conselheiros, porque havia uma vinculação funcional da Secretaria Executiva do CNS ao Ministério da Saúde (SILVA et al. 2009).

Contudo, a partir da criação da SGP, a Secretaria Executiva passaria a não se reportar diretamente com o ministro, mas diretamente ao Secretário de Gestão Participativa; e, o, financiamento da Secretaria Executiva também passou a ser submetido ao Secretário de Gestão Participativa. Em outras palavras, a SGP tornou-se o principal mediador da relação do CNS com o Ministério da Saúde.

É importante considerar o principal argumento que sustentou esta mudança, explicado por uma entrevistada: existia uma compreensão por parte da SGP/MS, de que a Secretaria Executiva do Conselho deveria estar restrita, nas suas atribuições, ao encaminhamento das decisões do pleno do Conselho ao invés de exercer a coordenação política do Conselho. Deste modo, a SGP/SGEP assumiria um papel de co-coordenação do CNS junto com a Secretaria Executiva do mesmo.

“Porque o Arouca e nós compreendíamos que a Secretaria Executiva do Conselho ela não deve ser um setor de ação política efetiva, nós entendemos que a [ela] deve está restrita nas suas atribuições ao encaminhamento das decisões do pleno do Conselho. Nós entendíamos que o poder de uma Secretaria não podia continuar

sendo aquele poder que as secretarias executivas vinham assumindo, num papel muito mais de coordenação política do Conselho do que efetivamente de uma implementação para dentro do Ministério da Saúde das deliberações, dos encaminhamentos do próprio conselho. Por entender assim, a Secretaria Executiva tinha que se retrair dessa função que vinha ao longo dos anos 90 executando, e que a Secretaria de Gestão Participativa passa a ter um papel de co-coordenação da Secretaria Executiva e a Secretaria Executiva [do Conselho] passa a não ter agenda própria com o ministro, passa a se reportar diretamente ao secretário de Gestão Participativa e todo o financiamento da Secretaria Executiva ele é submetido então ao secretário de Gestão Participativa. O único secretário que nos poucos meses de sua atuação que deu conta de fazer isso foi o Sérgio Arouca⁴³.

Embora as atas das reuniões do CNS evidenciem a intensidade do debate e do conflito entre a SGP e o CNS naquele período, não foram todos os entrevistados que os explicitaram. Somente três entrevistados relataram que esta relação teve conflitos, em alguns momentos intensos, pois o Conselho entendeu que havia choque de atribuições entre as atividades desenvolvidas pela recém-criada SGP e pelo CNS. É possível reconhecer que esta tensão permeou a relação entre as instancias desde o início, mas que o Secretário Sergio Arouca por sua legitimidade e respeitabilidade, conseguiu momentaneamente equilibrar.

O primeiro conflito entre a SGP e o CNS ocorreu na preparação da 12^a Conferência Nacional de Saúde. O CNS reagiu diante da possibilidade da SGP assumir a coordenação executiva desta Conferência, já que a lei 8142/90 prescreve esta como uma competência do próprio Conselho. Diante disso, o então Secretário Sergio Arouca garantiu ao CNS que a organização da mesma estaria sob coordenação do CNS, e que a função da SGP seria dar o necessário apoio logístico.

Na preparação da 12^a Conferência Nacional de Saúde ocorreu um grande atrito do Conselho com a comissão organizadora desta Conferência. Havia em torno da 12^a Conferência uma grande expectativa de que viesse a se tornar um marco, tal como a 8^a Conferência Nacional de Saúde: sintética e propositiva, indicando os novos rumos e estratégias da Reforma Sanitária brasileira. Sergio Arouca, por motivo de doença teve que se afastar da organização da Conferência, indicando para o seu lugar Eduardo Jorge, ex-deputado federal pelo PT-SP com intensa militância na área de saúde. No entanto, ao invés de uma Conferência sintética e objetiva, o CNS sugeriu e

⁴³ Entrevista com Ana Costa realizada em 29 de outubro de 2009.

acatou a demanda por dez temas para a Conferência, tendo em vista os diversos interesses e pressões de grupos da sociedade brasileira, o que fez com que a Conferência fosse dividida em dez eixos temáticos. Tendo em vista, a extensão da pauta e o detalhamento da proposta discutida na Conferência, seus relatores encontraram dificuldades na sistematização do relatório, “exigidos novos encaminhamentos, com destaque para a prioridade de temas relevantes mais polêmicos e a primeira experiência de votação domiciliar” (BRASIL, 2004).

O processo de confecção do relatório final da Conferência foi lento, sendo necessário fazer “revisões das deliberações e o envio aos delegados das questões pendentes para votação, [em domicílio] que retornaram suas decisões, garantindo assim a exatidão do que foi [...] discutido durante a Conferência” (LACAZ & FLÓRIO, 2009, p. 2130). Desta forma, o relatório final da Conferência foi divulgado apenas em dezembro de 2004.

Um segundo foco de atrito entre a SGP e o CNS foi a formação de conselheiros de saúde, embora num primeiro momento esta atribuição tenha ficado sob responsabilidade da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES):

“na época havia atrito e havia conflito em determinadas situações, atrito político entre o Conselho e a Secretaria [de Gestão Participativa]. Havia por parte do CNS, majoritariamente, o entendimento de que muitos movimentos que a Secretaria deflagrava eram movimentos que não cabia a Secretaria enquanto representação da gestão, mas sim ao próprio Conselho Nacional de Saúde como, por exemplo, alguns processos de capacitação e formação de conselheiros pelo país a fora⁴⁴”.

Este tema também foi debatido dentro do próprio Ministério da Saúde, mas noutro contexto. A partir de 2003, as atividades referentes à mobilização social, educação popular, formação de conselheiros ficaram na SGTES. No entanto, no momento de criação da SGP, alguns de seus integrantes entendiam que as atividades relacionadas à formação de conselheiros não deveriam ser uma atribuição da SGTES, já que não necessariamente um conselheiro de saúde se identifica como um trabalhador de saúde. Contudo, foi

⁴⁴ Entrevista com Francisco Batista realizada em 24 de novembro de 2009.

somente em 2005, com a reestruturação da SGP/SGEP, que estas atribuições passaram a ser desenvolvida pela mesma.

A SGTES não encontrou tantas dificuldades na relação com a Federação Nacional dos Trabalhadores em Saúde (Fentas), quanto a SGP. A opção política do Fentas de apoiar que a formação de conselheiros de saúde ficasse a cargo da SGTES e não da SGP parece ter sido feita, especialmente, mais por motivos conjunturais – devido a afinidade ideológica e partidária deste movimento com a titular da SGTES – do que por motivos estruturais como em qual setor do Ministério caberia melhor a responsabilidade pela formação de conselheiros.

Outro motivo de conflito entre a SGP e o CNS foi a realização dos Seminários de Gestão Participativa, organizados pela Secretaria, e que resultou na publicação dos Cadernos Metropolitanos. De acordo com o secretário Crescêncio Antunes, essas atividades tinham por objetivo “envolver todos os segmentos, com a finalidade de construir uma Agenda Pública, que viabilize a elaboração de um Plano Regional de Saúde” (CNS, 149ª RO, dez. 2004). O CNS entendeu que esses Seminários entravam em choque com as atividades desenvolvidas pelas plenárias de Conselho de Saúde. Além disso, o desenvolvimento da pesquisa ‘Perfil dos Conselhos de Saúde no Brasil’ também foi visto com desconfiança por segmentos do CNS que entendiam que não cabia à SGP financiar e apoiar a realização de pesquisas sobre os Conselhos – atribuição que seria de âmbito exclusivo e primordial do CNS e dado que já existia um Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde do CNS, havendo assim sobreposição de atividades (CNS, 160ª RO, dez. 2005).

A intensidade do debate entre CNS e SGP fica evidente quando analisamos a ata da reunião ordinária do CNS ocorrida em dezembro de 2004, quando o CNS solicitou ao Gabinete do Ministério a suspensão das atividades da SGP:

“o Plenário definiu que deverá ser encaminhado ofício do CNS ao Gabinete do Ministro da Saúde, solicitando que as atividades da Secretaria de Gestão Participativa sejam suspensas até que seja apresentada, em fevereiro de 2005, a nova proposta em relação às competências e atribuições da mesma”. (CNS, 149ª RO, dez. 2004, negrito no original)

Em consulta a ata do CNS (2005), podemos identificar que as principais críticas dirigidas a Secretaria foram que a mesma estaria desempenhando ações de responsabilidade dos Conselhos de Saúde, como as iniciativas voltadas para capacitação e intervenção de Conselheiros e da sociedade civil no controle social. Por isso, as principais reivindicações eram: a necessidade de verificar e resolver os eventuais problemas de superposição de papéis entre a SGP e CNS e que o governo deveria apresentar um documento explicitando a sua concepção sobre Gestão Participativa promovendo uma maior articulação entre essas instâncias. Além disso, a SGP deveria trabalhar para que os gestores reconhecessem a importância da participação e do controle social na gestão do SUS, de forma a evitar conflitos entre gestão e controle social. Analisando esta ata fica evidente a tentativa do CNS em determinar os rumos da SGP. Algumas entidades que manifestaram apoio a SGP foram: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG), Movimento de Portadores de Patologias, como os Celíacos, e Conselho Federal de Medicina. Já a posição de exigir mudanças nas atribuições da SGP foi majoritariamente defendida pelos representantes dos trabalhadores em saúde, aglutinados no Fentas (CNS, 152^a RO, março, 2005).

Por outro lado, a percepção de que haveria choque de atribuições entre estas instâncias não foi consensual. Os gestores ministeriais, Crescêncio Antunes e Antonio Alves, presentes na reunião acima citada explicaram que não havia conflito entre as atribuições do Conselho e a SGP e que as atividades desenvolvidas por esta, buscava dar subsídios para a política de gestão participativa na saúde.

Deste modo, pode-se perceber a existência de um atrito na relação de poder entre o Ministério da Saúde e o CNS, na qual o Conselho busca ter posição ativa frente à gestão e, por outro lado, os gestores criticam a ação dos Conselhos considerando que os mesmos querem ter funções executivas. Entretanto, esta visão de disputa entre os órgãos não deve ser simplificada. Neste sentido, o estudo Baptista (2003) analisa que o CNS é um híbrido de Executivo e Legislativo, o que significa que cabe ao mesmo, tanto a atribuição de proposição de políticas, como a de acompanhamento e controle das ações

implementadas. Deste modo, o Conselho não é nem Executivo nem Legislativo, é um órgão que pretende colaborar na função executiva, mas sem o prejuízo das atribuições do Poder Legislativo. “O Conselho é uma instância que garante a participação da sociedade de forma paritária e tem a pretensão de dar voz aos grupos sociais” (BAPTISTA, 2003, p. 126). Sem dúvidas, este hibridismo do CNS pode ser uma das razões que ocasionam conflitos entre o Conselho e o Ministério da Saúde.

O Fentas foi citado nas entrevistas como o principal crítico às atividades da SGP. Silva et al. (2009) examinaram as reuniões do CNS em 2005 e identificaram a formação de uma nova comunidade política dentro do CNS. Esta seria composta por: representantes de associações comunitárias, movimentos sociais, de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências e, especialmente, de organizações de profissionais e trabalhadores em saúde.

Essa nova comunidade política se formou em torno do Fentas que demarcava fortes diferenças com o movimento sanitário⁴⁵. Os gestores, profissionais de saúde e acadêmicos identificados com o movimento sanitário eram vistos por essa comunidade como acomodados à situação, não defendendo os princípios que levaram a criação do SUS. Já os representantes do movimento sanitário consideravam essas disputas como um entrave a consolidação do Conselho como arena decisória (SILVA et al. 2009).

A existência das comunidades políticas e os seus embates no CNS também foram mencionados nas entrevistas. Nelas também foi possível identificar o conflito entre o ‘velho’ movimento de reforma sanitária, e o ‘novo’ movimento de reforma sanitária:

“sempre houve uma tensão muito grande dentro do campo da esquerda entre os integrantes da saúde do campo do antigo Partidão e os do campo petista, digamos assim, e isso se expressava em todos os momentos do processo da reforma sanitária. Isso é público e notório! Mas se tinha uma pessoa que estava além disso e que tinha uma respeitabilidade incontestável, era o Arouca. Então isso é uma coisa muito positiva, mas também uma coisa muito negativa porque é uma situação que estava respaldada em pessoas e não em idéias⁴⁶”.

⁴⁵ Essas “duas comunidades construíram alianças circunstanciais, principalmente “na defesa dos princípios fundadores do SUS, contra aqueles que os atacavam” (Silva et al, 2009, p. 101).

⁴⁶ Entrevista com Ana Costa realizada em 29 de outubro de 2009

É possível considerar que a existência de afinidade ou não, do ponto de vista ideológico dos integrantes, tanto da SGP quanto do CNS, influenciava em alguma medida os embates entre essas instâncias. Isto por sua vez, permite incluir também o aspecto político-partidário, entre outros, como uma variável explicativa. De acordo com Silva & Labra (2001) nas democracias pluralistas: “a influência dos partidos políticos ocorre em qualquer setor em que o Estado esteja presente e também na saúde” (2001, p.166).

O estudo de Silva et al. (2009) observa também um esforço do Conselho, liderado pelos atores que hegemonizavam seu processo decisório interno, em intensificar a atuação juntamente com os demais fóruns de controle social na área da saúde: os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde além das Conferências de Saúde. Deste modo, os autores completam:

“é pelo menos em parte, por este motivo que havia uma forte preocupação no Conselho em tentar controlar e, no limite, monopolizar a relação com os conselhos municipais e estaduais, investindo em iniciativas de comunicação, formação de conselheiros e produção de informações sobre os conselheiros, entre outras. Essa preocupação foi uma das fontes de conflito permanente com a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde”. (SILVA et al. 2009, p. 105)

Em razão desta grande divergência entre SGP e CNS, surgiu a proposta de construção de um Grupo de Trabalho no CNS para definir as diretrizes da gestão participativa para o SUS. A reunião do GT de Gestão Participativa foi realizada no dia 31 de maio de 2005 e contou com a participação de cinco conselheiros do CNS e três representantes do governo. No mês de agosto, o secretário Antonio Alves, apresentou ao CNS a nova estrutura da SGEP que foi aprovada pelo Conselho. No que se refere a vinculação da Secretaria Executiva do CNS à SGEP, houve a seguinte deliberação expressa na ata:

(...) Seguindo, colocou em apreciação a proposta de inserir inciso XI no artigo 1º, nos seguintes termos “apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do CNS para assegurar o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde”. Conselheira Solange Gonçalves Belchior sugeriu a supressão do trecho “para assegurar o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde”. Conselheiro Antônio Alves de Souza concordou com a proposta apresentada pela Conselheira Solange Gonçalves Belchior. De tal forma, Conselheira Gysélle Saddi Tannous colocou em votação a proposta de inclusão de inciso XI, artigo 1º, com a seguinte redação: “apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do CNS”. A proposta foi aprovada por unanimidade. Prosseguindo, Conselheira Gysélle Saddi Tannous perguntou se havia consenso sobre a exclusão do item 4 do artigo 2º da proposta, que inclui a

Secretaria-Executiva do CNS na estrutura da Secretaria [de Gestão Estratégica e Participativa] (...) Houve consenso sobre a proposta” (CNS, 157ª RO, agosto, 2005).

Se por um lado, essa reformulação da Secretaria trouxe uma aproximação mais efetiva da SGEP com CNS, por outro lado não resolveu uma das questões mais candentes na opinião dos entrevistados: o fato do orçamento do CNS continuar vinculado à SGEP, o que acontecia desde a criação da SGP. Antes o orçamento do CNS estava ligado ao Gabinete do Ministro.

A discussão sobre a autonomia (ou a falta de autonomia) do CNS, não começou com a criação da SGP. O CNS é parte do Executivo da Saúde, nas três esferas governamentais, e é composto também por segmentos que representam o governo. Os governos são os que garantem apoio, suporte administrativo e dotação orçamentária para os Conselhos de Saúde, o que os tornam instâncias vinculadas ao Executivo (DELGADO & ESCOREL, 2009) Antes mesmo da criação da SGP houve uma tentativa por parte do Ministério da Saúde de transferir a subordinação da Coordenação-Geral do Conselho Nacional de Saúde, do Gabinete do Ministro da Saúde para a Secretaria de Políticas de Saúde e Avaliação, contudo isto não ocorreu provocou reações contrárias por parte das entidades representadas no CNS e também por parte de parlamentares integrantes das comissões atuantes na área de saúde.⁴⁷. Além disso, em 2003, com a reestruturação do Ministério da Saúde, funções que eram do CNS foram transferidas para Secretarias do Ministério da Saúde, como, por exemplo, a Mesa de Negociação do Trabalho do SUS, que passou a ser uma política de governo e foi incorporada a SGTES⁴⁸.

A resolução 333/03 do CNS defende a autonomia dos Conselhos e para isso propõe: qualidade política da participação, paridade na representação dos segmentos sociais nos Conselhos de Saúde, e que cada segmento deve ser representado a partir de indicação feita por escrito em seus fóruns específicos e independentes. Contudo, a mesma não definiu quem elabora o orçamento do

⁴⁷ CNS, INFORMES & NOTÍCIAS Janeiro/Fevereiro 1998.

Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/informes/informe2601.htm> acesso em 08/03/2010.

⁴⁸ Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de novembro de 2009.

Conselho, apenas deliberou que o Conselho deve gerenciar o seu orçamento (DELGADO & ESCOREL, 2009).

Deste modo, mesmo com a reestruturação da SGEP em 2005/2006, a vinculação da Secretaria Executiva do CNS à SGEP permaneceu dividindo opiniões e gerando uma tensão ainda não resolvida.

“O Conselho defende que o seu orçamento seja gerido por si próprio ele viu que quem passou a gerir o orçamento era a SGEP, mas ele se contrapôs diversas vezes, mas não a ponto de suspender”⁴⁹.

“Uma das atribuições da SGEP é justamente apoiar administrativamente o CNS. Hoje nós damos suporte do ponto de vista técnico, contratação de pessoal, financeiro, para o CNS. Quando o CNS tem alguma dificuldade do ponto de vista orçamentário, nós auxiliamos o Conselho, contratamos consultores (...) isso respeitando a autonomia, sem ferir a autonomia do Conselho”⁵⁰.

Mas a questão da autonomia não se resume a questão do orçamento. Na opinião de uma representante dos movimentos sociais, ter a SGEP como interlocutora pode significar conferir um *status* diferenciado em relação a certos movimentos sociais, como, por exemplo, o movimento de reforma sanitária que ‘poderia dialogar diretamente com o Ministro’:

“Na SGEP tem LGBT, tem negros, população cigana, campo, floresta... gente com quem o Ministério da Saúde como um todo não quer tratar... Os movimentos que dialogam com a SGEP são aqueles que não têm nenhum outro interlocutor em área nenhuma do Ministério. Isso significa já uma complicação bastante grande. Ou seja, esse é o obstáculo que não começa no Ministério da Saúde, na SGEP, mas que o Ministério da Saúde e a SGEP reproduzem, que é a estrutura discriminatória em relação a esses sujeitos individuais e sujeitos políticos e seus movimentos, porque é pura discriminação. Se a reforma sanitária fala direto com o ministro, o ministro é inclusive um representante legítimo deste movimento, por que a gente não fala direto com o ministro”⁵¹?

Contudo, é importante analisar esta tensão sob diferentes ângulos. Já que segundo outros documentos não haveria interferência direta da SGP/SGEP sobre a Secretaria Executiva do Conselho.

“A Secretaria Executiva hoje, no momento atual, despacha diretamente com o Ministro da Saúde, apesar de ter todo o seu orçamento vinculado a Secretaria de Gestão Estratégica e

⁴⁹ Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de novembro de 2009.

⁵⁰ Entrevista com Antonio Alves realizada em 25 de novembro de 2009.

⁵¹ Entrevista com Jurema Werneck realizada em 06 de novembro.

Participativa. Então essa situação ela espelha essa tensão, ela repercute claramente essa tensão que se criou⁵²”.

A pressão feita pelo CNS no sentido de discutir os objetivos e atividades da SGEP foi uma das principais razões que levou esta Secretaria a elaborar, junto com o Conselho, sua reformulação, aproveitando uma conjuntura propícia para mudanças. A indicação de um filiado do PT para a SGEP, com uma boa relação com o CNS facilitou o processo de ‘distensionar’ a relação da SGP/SGEP com o Conselho. O documento ParticipaSUS de 2007 é um dos resultados deste novo momento e do relacionamento que esta Secretaria estabeleceu com o CNS.

“Mais para mim a questão mais inovadora, com a reformulação da SGP para SGEP, foi que nós construímos uma política da Secretaria que se denomina ParticipaSUS. Então esta Política também foi tecida desde o início de 2003, mas ela só foi realmente mais dialogada com o Conselho, mais discutida entre 2006 e 2007. Ela foi aprovada no CNS e não foi simples o processo de discussão e aprovação, porque a discussão e aprovação desta Política, carregava todo o processo de relação do Ministério, por meio da Secretaria, com o CNS, e com os movimentos. Então foi preciso construir uma diálogo de muita confiança, inclusive de entendimentos de conceitos, de processo, e de quais seriam as ações que constituiriam o escopo da Secretaria. Tecer e construir este processo junto com os movimentos para enfim aprovar a política. Então, aprovamos a política ParticipaSUS, o que considero inovador⁵³”.

Podemos concluir este tópico, afirmando que houve uma mudança na relação da SGP/SGEP com o CNS ao longo do período analisado, no sentido de que os conflitos intensos foram amenizados. Entretanto a relação entre estas instâncias continua tensa, porque existe o hibridismo do CNS, que permeia a sua origem e faz com que a mesma em várias situações aja como instância Executiva, ou Legislativa e isto, por conseguinte, gera conflitos com a gestão. Por outro lado, a questão da autonomia ou falta de autonomia do CNS como vimos ainda não é uma questão resolvida. Por tudo isso, concluímos que a relação entre estas instâncias, não é uma relação linear, muito menos estanque, podendo variar conforme as conjunturas políticas.

Percepções sobre gestão participativa e participação social

⁵² Entrevista com Ana Costa realizada em 29 de outubro de 2009.

⁵³ Entrevista com Jacinta Senna realizada em 27 de novembro de 2009.

Analisar a SGP/SGEP incentiva a pensar sobre o referencial de gestão participativa adotado pela Secretaria. Primeiramente, é preciso questionar se a SGP quando foi criada possuía um referencial conceitual e metodológico de gestão participativa. Nas falas dos entrevistados aparece mais o conjunto de atribuições e funções da Secretaria do que propriamente um arcabouço teórico. Ademais, tal como já foi mencionado, uma das críticas apontadas pelo CNS, foi a de falta de um referencial de gestão participativa para as ações da Secretaria. Conforme foi apresentado, o Ministério da Saúde conceituou gestão participativa somente no ParticipaSUS documento de 2007.

A gestão participativa, segundo os entrevistados, alude às atividades desenvolvidas dentro do Ministério da Saúde no sentido de estimular a ampliação da participação social, especialmente a partir do apoio aos Conselhos de Saúde e das Conferências e da escuta dos usuários, por meio da partir da ouvidoria e auditorias. Apenas um entrevistado disse desconhecer o referencial de gestão participativa do Ministério da Saúde.

É possível afirmar que os entrevistados entenderam que a melhor forma de explicar o referencial, seria exemplificar as atividades desenvolvidas pela SGP/SGEP, ou falar da participação social como uma característica intrínseca do SUS. Um segundo aspecto, é que os entrevistados ao falarem de gestão participativa a relacionam com a participação social e ao controle social. Esta associação também é encontrada na literatura sobre o tema que considera que uma gestão participativa efetiva pressupõe Conselhos atuantes e deliberativos e Conferências definindo prioridades (COSTA & NORONHA, 2003).

Três entrevistadas sinalizaram explicitamente que entre 2003 e 2007 houve uma releitura de um possível referencial de gestão participativa adotado pela Secretaria. Uma entrevistada analisou que o surgimento desta Secretaria, esteve associada a história da reforma sanitária brasileira, pelo fato de ter sido Sergio Arouca o primeiro Secretário da pasta. Contudo, no seu entender, Arouca não tinha e nem criou um referencial de gestão participativa: ele tinha uma concepção emancipatória de participação social, mas com sua saída e ao longo do tempo esta concepção pode ter sido modificada dentro da SGP/SGEP.

“Eu acho que o Arouca não chegou a criar um referencial de gestão participativa (...) Não sei se a gente pode dizer que sofreu alterações. Eu acho que hoje existe uma Secretaria de Gestão Participativa com funções mais definidas, com atribuições, com orçamento, e que hoje a idéia é que a participação é para a gestão, é uma participação para uma gestão setorial. Acho que pela obra do Arouca, pelos depoimentos do Arouca, acho que o Arouca não teria essa compreensão sobre o processo de participação social, mas não que haja contraposição com o que ele disse. Então, o que é participação desde o governo? Ocupar o aparelho do Estado para a participação seria uma experiência a ser desenvolvida, a ser formulada. Eu acho que esse processo foi mais ou menos interrompido (...) [com a morte dele] foi interrompido e se tornou numa participação gestora, simplesmente isso, uma redução muito grande”⁵⁴.

Outra entrevistada considerou que o referencial se ampliou, e se tornou menos objetivo, ou seja, no seu entender o acúmulo de funções poderia desviar a SGEP do seu foco principal que é a democratização da gestão a partir da cooperação técnica com os movimentos sociais.

“Em 2003 [o referencial de gestão participativa] era mais objetivo, mais simples e objetivo porque o Arouca era mais simples e mais objetivo. Ele falava assim: nós vamos juntar aqui tudo o que favoreça a democratização da gestão e estava bem dirigido o que iria trabalhar na Conferência e depois da Conferência provavelmente andaria para um caminho da cooperação técnica com o movimento social. Depois de 2005, acho que se acrescentou funções e quando construiu a estrutura e tratou como gestão estratégica e participativa acrescentou funções que no fundo o próprio Ministério da Saúde não banca que seja a SGEP que leve até o final”⁵⁵.

Um terceiro depoimento⁵⁶ refere que o referencial se ampliou, embora sem especificar qual seria, e que isso foi positivo “já que articulou espaços que facilitam e apóiam o próprio controle social e a participação popular na fiscalização e controle e serviços das ações em saúde”.

O conceito de gestão participativa, como analisado em capítulo anterior, remete a conjuntura dos anos 80 e 90, onde foram criados canais de participação da população na gestão pública. As mudanças ocorridas na administração pública nas últimas décadas mostraram que a gestão pública passou a ter um novo perfil: “o de estar focalizado no cidadão, componente para fomentar cooperação, radicalmente público” (NOGUEIRA, 1998, p. 191). Como a gestão participativa abarcou várias concepções ideológicas é um

⁵⁴ Entrevista com Ligia Bahia realizada em 06 de novembro de 2009.

⁵⁵ Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de novembro de 2009.

⁵⁶ Entrevista com Jacinta Senna realizada em 27 de novembro de 2009.

termo ambíguo. No entanto, apenas uma entrevistada apontou as possíveis ambigüidades e a co-existência de significados sobre gestão participativa.

“Eu suponho também que esse nome, já uma denominação mais bresseriana⁵⁷(...)Por que chamar de gestão? De associar participação com gestão? Então, acho de certa maneira já havia um processo governamental desde de o [governo] do Fernando Henrique e também com repercussões no pensamento do Partido dos Trabalhadores sobre associação entre gestão e participação oriundo das experiências do orçamento participativo, as experiências das prefeituras do PT. Então, eu acho que nesse caso o conceito Gestão Participativa, é um conceito, digamos assim que se origina dessa conjugação PSDB, PT, das experiências de participação e gestão nessas prefeituras”⁵⁸.

É possível afirmar que a utilização do termo gestão participativa é recente na história do SUS e começou a aparecer com freqüência nos documentos do Ministério da Saúde após a criação da SGP. Por isso, é possível dizer que a escolha do termo Gestão Participativa para a Secretaria estava mais em sintonia com a plataforma política do governo eleito em 2003 do que relacionado com o movimento de reforma sanitária, já que este não utilizava o termo em seus documentos.

Apenas um entrevistado considerou não haver diferenças entre gestão participativa e participação social, embora avaliasse existirem diferenças entre controle social e participação.

“Gestão participativa e participação social são a mesma coisa, o que eu acho que existe diferença é de gestão participativa e controle social. Controle social para mim ela pode ser uma decorrência da participação social ou pode ser uma finalidade primeira em si. Quando ela é uma finalidade primeira em si ela se torna uma preocupação meramente fiscal, policialesca e leva ao confronto, não leva a construção ela vira disputa de espaço de poder”⁵⁹.

Este tipo de diferenciação é reiterado pelo estudo de Silva et al. (2009), segundo o qual o movimento da reforma sanitária considerava que o Conselho Nacional de Saúde “perdia muito tempo apurando denúncias e cobrando ações

⁵⁷ No Brasil, uma das principais políticas de reestruturação do Estado ocorridas em meados foi a chamada Reforma Administrativa, também conhecida como Reforma Bresser Pereira e da Reforma do Estado, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Texto de Dejalma Cremonese – Disponível em: <http://www.esteditora.com.br/textos/bresser.htm>

⁵⁸ Entrevista com Ligia Bahia realizada em 06 de novembro de 2009.

⁵⁹ Entrevista com Crescencio Antunes realizada em 26 de novembro de 2009.

dos gestores, enquanto poderia estar formulando estratégias para um gerenciamento mais eficaz do sistema” (2009, p. 88).

As principais diferenças e semelhanças entre os conceitos de participação social e gestão participativa apontadas pelos entrevistados podem ser sistematizadas da seguinte forma:

Participação Social	Gestão Participativa
✓ não é uma instancia de gestão	✓ é uma estratégia de governo
✓ é prerrogativa da sociedade	✓ busca estabelecer mecanismos que facilitem o diálogo, uma interlocução direta com as pessoas, com os movimentos e com as organizações
✓ envolve a participação na política	✓ envolve a participação na gestão
✓ é uma ação política desenvolvida pela sociedade civil organizada ✓ abrange um conjunto de atores sociais	✓ são práticas de gestão que apóiam os processos participativos populares e a relação dialógica com os movimentos sociais, com os colegiados de gestão e com a gestão no âmbito do ministério e nas esferas de gestão do SUS
✓ não é setORIZADA	✓ não é setORIZADA
✓ é um processo em construção	✓ é um processo em construção

Podemos sintetizar afirmando que tanto a participação social quanto a gestão participativa constituem necessidades intrínsecas do SUS, ou seja, correspondem aos princípios constitucionais e tem como pilares os valores da reforma sanitária. Os entrevistados foram mais precisos quando responderam sobre as diferenças entre os conceitos de participação social e gestão participativa do que sobre o referencial de gestão participativa. É possível constatar também, que os gestores da SGP/SGEP possuíam perspectivas distintas, embora não contraditórias, sobre a definição de gestão participativa. Crescêncio Antunes considerava que a SGP tinha como finalidade apoiar e fortalecer os espaços de existentes de participação e controle social. Antonio Alves defende a concepção de que a SGEP não fosse um órgão permanente da estrutura do Ministério da Saúde, mas sim, uma estratégia transversal que

deve permear as Secretarias deste Ministério e que a importância desta Secretaria é apoiar e fortalecer a gestão participativa e a consolidação do controle social no país (CNS, 152ª RO, março, 2005).

Não foi possível a partir da análise dos documentos e das entrevistas realizadas precisar o referencial conceitual de gestão participativa adotado pelo Ministério da Saúde adotou na criação, contudo a partir documento ParticipaSUS (2007), podemos dizer que a Secretaria definiu oficialmente o seu referencial de gestão participativa e de gestão estratégica .

SGP/SGEP e movimentos sociais

“Eu acredito muito no movimento social eu acho que tudo o que você dispara como de interesse da sociedade, você só vai conseguir transformar numa legislação ou num comportamento quando o movimento social desenvolve, assimila, batalha, as vezes fica 20 anos na pauta, mas é ele que difunde junto a sociedade”⁶⁰.

Uma observação importante a se fazer é que a SGEP possui uma particularidade dentro do próprio Ministério da Saúde: a de ter em sua estrutura não apenas técnicos, mas uma grande presença de (ex) militantes de movimentos sociais e, na sua atual composição, também de militantes históricos do Partido dos Trabalhadores. Essa característica singular faz com que a SGEP se diferencie das outras Secretarias dentro do Ministério da Saúde.

A SGP/SGEP desde o início buscou uma aproximação com os movimentos sociais. Sergio Arouca achava fundamental identificar quais eram os movimentos populares que estariam fora do SUS, como por exemplo: o Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST), Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG), Movimento dos Povos de Rua e trazê-los para dentro dos SUS⁶¹.

Com o desenvolver das atividades, a SGEP buscou aprofundar o diálogo com os movimentos sociais, na intenção de consolidar parcerias também nas atividades de auditoria e fiscalização. Segundo o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa “as ações de auditoria no SUS precisam ter uma

⁶⁰ Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de novembro de 2009.

⁶¹ Entrevista com Flávio Oliveira realizada em 16 de dezembro de 2009.

relação bem próxima com os movimentos sociais para que ela se legitime, se fortaleça e de o resultado adequado”⁶².

Os gestores ministeriais entrevistados consideraram muito boa a relação da Secretaria com os movimentos sociais em saúde e destacaram que todas as ações da SGEP tem como foco a democratização da gestão e o apoio aos movimentos sociais em saúde, respeitando a autonomia dos mesmos, sem competir e nem invadir as funções dos Conselhos de Saúde.

“É uma relação que a cada dia se aprofunda, se qualifica, se respeita. Nós temos o maior interesse em apoiar todos os movimentos que nos solicitam independente de exigir algo em troca no sentido de fortalecimento porque o movimento social quando é bem estruturado ele é um grande parceiro da gestão”⁶³.

Já os três entrevistados que são/foram representantes dos movimentos sociais no CNS consideraram, de uma forma geral, que a relação da SGP/SGEP com os movimentos sociais é: uma relação que tem possibilitado processos de formação e qualificação:

“Até onde eu tenho conhecimento, é uma relação importante, uma relação que tem possibilitado processos de formação e qualificação interessantes pelo país, nas mais variadas regiões”⁶⁴.

Um depoimento ressaltou ser uma relação difícil, tendo em vista problemas que os movimentos sociais encontram especialmente com alguns interlocutores da Secretaria.

“O movimento negro, inclusive, chegou a ponto de solicitar à Secretaria que qualificasse melhor a interlocução com quem a gente tinha que lidar”⁶⁵.

Um terceiro entrevistado considerou que a SGP/SGEP desenvolveu uma relação boa no que se refere a cooperação técnica, também ponderou que esta relação pode variar segundo os movimentos sociais.

“Acho que depende do movimento. O pessoal tem experiência também com os movimentos. Acho que desenvolveram uma relação boa, mas é na parte de cooperação. Eu acho que tem uma boa relação no campo da cooperação, pelo o que eu acompanhei... eu acompanhava um pouco a CONTAG que tinha uma boa relação, mas eu acho que veio também desse GT saúde da terra, acho que começou ai também”⁶⁶.

⁶² Entrevista com Antonio Alves realizada em 25 de novembro de 2009.

⁶³ Entrevista com Antonio Alves realizada em 25 de novembro de 2009.

⁶⁴ Entrevista com Francisco Batista realizada em 24 de novembro de 2009.

⁶⁵ Entrevista com Jurema Werneck realizada em 06 de novembro.

⁶⁶ Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de novembro de 2009.

Dentre os principais aspectos críticos que os representantes dos movimentos sociais destacaram em relação à Secretaria, o primeiro diz respeito a necessidade de qualificar a interlocução da Secretaria com os movimentos. Isso significa que os interlocutores da SGEF não devem ser autoritários, devem compreender a demanda dos movimentos sociais e do serviço público para que o diálogo possa se desenvolver. Um segundo aspecto diz respeito ao acúmulo de funções na SGEF, como por exemplo, as atividades de atenção à saúde de grupos minoritários, que podem levar a Secretaria a se desviar de sua principal função que é a interlocução com os movimentos sociais. Além disso, foi destacado que SGEF enfrenta uma limitação de recursos financeiros para dar conta de toda a estrutura de gestão estratégica e participativa. Para um representante dos movimentos profissionais é importante que a SGEF encontre mecanismos de maior comunicação e de divulgação das atividades da Secretaria junto aos movimentos sociais.

Quando perguntados sobre os obstáculos encontrados pela SGEF na negociação com os movimentos sociais, um representante destes destacou a ‘desconfiança’ que os movimentos sociais - bem como a sociedade - tem em relação à figura do gestor. Esta desconfiança tem sua origem na história das instituições políticas brasileira na qual preponderou uma cultura política autoritária e clientelista:

“Todos os movimentos, não só o movimento negro, é a desconfiança em relação ao gestor, à gestão. A figura da gestão do SUS não é uma figura pacífica no pensamento da sociedade. A sociedade quando pensa na gestão do SUS pensa: ou são desonestos ou são incompetentes, pela qualidade dos serviços que é prestada na ponta, ou são as duas coisas juntas, isso já é um problema na interlocução... Os movimentos sociais têm resistências, mas não são resistências infundadas”⁶⁷.

Por sua vez, um representante de entidades acadêmicas opinou que não há grandes obstáculos nessa relação já que atualmente não existiria muita diferença ou hierarquia entre a SGEF e o CNS onde estariam representados os movimentos sociais.

Entre os gestores da SGP/SGEF entrevistados consideraram que a SGEF não tem tido muita dificuldade, já que há uma disposição permanente da Secretaria nesse processo de interlocução. Dois mencionaram como obstáculo

⁶⁷ Entrevista com Jurema Werneck realizada em 06 de novembro.

a falta de compreensão sobre o que significa gestão participativa, propiciando que o movimento social queira ocupar o lugar do gestor, ao invés de exercer o controle social da política.

“De uma forma geral, como há uma disposição permanente nossa da SGEP nesse processo de negociar, a gente não tem tido muita dificuldade, inclusive tem me incentivado. Agora, a compreensão geral do que significa gestão participativa, definindo claramente papéis, o que cabe a quem, para que não haja confusão do movimento querer ser gestor, ocupar o lugar do gestor, ou do trabalhador, e vice e versa. Essa não compreensão dessa relação, em algumas vezes, pode complicar esse processo de negociação e de aproximação”⁶⁸.

O posicionamento do Ministro de Saúde frente aos órgãos de controle social é outro aspecto que interfere na relação entre a SGEP e os movimentos sociais.

“Porque eu acho que os ministros, a relação deles com o Conselho, cada ministro que passou lá teve uma relação. Então a relação que ele teve com o Conselho, com os movimentos sociais repercutiu ou não na SGEP. Agora também, por exemplo, o Humberto, nos dois anos e meio da gestão dele, ele foi em todas as reuniões do Conselho, as que ele faltou foi porque ele estava fora do país, no entanto a SGP não estava funcionando porque o Arouca não tava mais aqui e as pessoas que estavam lá eram pessoas que acabavam não tendo condições de tocar um projeto mais firme. Depois veio o Crescêncio que teve um atendimento maior, mas mesmo assim numa Secretaria que era bem dispersa. O Saraiva Felipe chegou ‘bravo’ com o Conselho depois ‘amansou’, estabeleceu uma boa relação com o Conselho. Mas a SGEP ainda estava passando por um período de transformação, tentando se encontrar, porque tinha o Antonio Alves assumido naquela hora e ainda tava decidindo o papel dela, construindo o novo regimento. Então, o Saraiva já [tinha deixado o Ministério] quando saiu essa nova estrutura. O Agenor me parece que teve uma relação mais equilibrada, pelo menos, eu me lembro que ele conversou bastante tanto com a SGEP quanto com a gente em relação a democratização do CNS. A relação do Temporão com o Conselho quando ele começou era uma boa relação depois começou a ter alguns desgastes”⁶⁹.

Deste modo, vamos considerar o caso de duas gestões: do ministro Humberto Costa e do ministro José Gomes Temporão. Na gestão do ministro Humberto Costa o controle social foi definido como uma prioridade do Ministério. Com a morte de Sergio Arouca, a SGP passou por um grande esvaziamento e por uma crise com CNS, porém o ministro manteve-se

⁶⁸ Entrevista com Antonio Alves realizada em 25 de novembro de 2009.

⁶⁹ Idem.

presente nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde. Situação distinta ocorreu na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, quando ocorreu um forte atrito entre o CNS e o Ministério da Saúde.

A 13ª CNS ocorreu durante o período de 14 a 18 de novembro de 2007. Trinta plenárias avaliaram 575 propostas, encaminhadas depois de 4.413 etapas municipais e 27 Conferências estaduais, dentre as quais 420 foram aprovadas, e pelo menos 5 mil pessoas transitaram pela Conferência que teve 2.275 delegados. Dois pontos foram determinantes no conflito entre o CNS e o Ministério da Saúde: as propostas de legalização do aborto e de criação das fundações estatais, ambas defendidas pelo Ministério da Saúde, e derrotadas na Conferência (ENSP/FIOCRUZ, 2007). Esta divergência de opiniões deflagrou uma indisposição do Ministro com o CNS, levando-o a declarar na mídia que “a Conferência é consultiva, não deliberativa”, causando indignação no Conselho (RADIS, 2008). Como referiu uma entrevistada⁷⁰, esse posicionamento ministerial “acaba por prejudicar a interlocução de qualquer departamento, de qualquer setor do Ministério” com o CNS.

Quando perguntados sobre os principais obstáculos que os movimentos sociais encontravam para que suas demandas fossem contempladas na formulação das políticas, as respostas foram bastante variadas. A partir das entrevistas foi possível sistematizar alguns dos principais desafios e dificuldades que tanto a gestão quanto os movimentos sociais encontram neste processo de discussão em torno da política de saúde:

- em relação a gestão: distanciamento entre gestor e população; autoritarismo na gestão; descumprimento das leis; burocratização; dificuldade que os gestores possuem em trabalhar com políticas específicas;
- em relação aos movimentos sociais: setorização e fragmentação do movimento social; movimentos sociais são obrigados a seguirem agendas governamentais e discuti-las, sem trazer agendas próprias; especialização dos movimentos e de conselheiros em subtemas, desconsiderando a amplitude dos problemas sociais e a falta de poder dos movimentos de pautar temas para discussão; a qualificação dos movimentos sociais, no sentido que os mesmos

⁷⁰ Entrevista com Jurema Werneck realizada em 6 de novembro de 2009.

têm que estar preparados e qualificados para conseguir articular suas pautas e dar visibilidade as mesmas perante a sociedade e ao governo;

Percepções sobre a democratização da formulação das políticas de saúde

Outro objetivo do trabalho foi o de conhecer as diversas percepções dos entrevistados sobre a democratização da formulação das políticas de saúde a partir da criação da SGP e o grau de interferência (ou não) dessa Secretaria na ampliação do processo de participação social. A relevância deste tópico é a de poder analisar o que essas pessoas que estão envolvidos diretamente no processo de democratização da formulação de políticas pensam a respeito deste tema.

A relação entre democracia e participação ficou muito evidente em todos os depoimentos. Nas respostas sobre o que entendem por democratização pudemos observar um leque de interpretações oferecidas sem que houvesse contradições. Os aspectos citados abaixo mostram que o referencial da democracia participativa está presente em todos os depoimentos. Podemos agrupar as respostas em torno de sete principais idéias inter-relacionadas. A democracia como:

- i) participação plena e igualitária dos diversos atores nos diversos níveis decisórios;
- ii) envolvimento dos atores sociais interessados respeitando a especificidade de cada ator social;
- iii) diálogo entre os diversos grupos sociais, considerando as diferentes visões e opiniões da população organizada e não organizada;
- iv) qualidade dos serviços públicos;
- v) acesso à informação;
- vi) transparência na gestão;
- vii) distribuição de poder: o poder de formular, de decidir, o poder de mudar a realidade;

A participação plena e igualitária dos diversos níveis decisórios, como uma característica do processo democrático, apontada pelos entrevistados, nos remonta a pensar sobre as origens do pensamento sobre democracia. A igualdade para os antigos gregos possuía três pilares: igualdade perante a lei,

igualdade de expressão nas arenas políticas e igualdade de condições entre os cidadãos para tornaram-se ocupantes de cargos públicos. Com a evolução do pensamento democrático, a arena política foi se distanciando do cidadão comum. A igualdade perante a lei foi tomada como princípio fundamental para a construção dos Estados liberais, na Idade Moderna, contudo a participação popular foi vista com desconfiança pelo mesmo pensamento (BOBBIO, 2000).

A relação democracia e igualdade política é um estudo fascinante, ao mesmo tempo que exige uma grande leitura específica sobre o tema, o que não foi objetivo deste trabalho. Entretanto, não podemos deixar de destacar este aspecto seja porque foi mencionado nas entrevistas ou porque consideramos esta relação fundamental para o tema democracia participativa, que defende a igualdade política para além do sufrágio universal. Desta forma, a participação só resulta em democratização, quando se materializa em políticas para a efetiva extensão de direitos e se isso corresponde a integração de cada membro com igual valor na coletividade. “Mais do que nunca a participação política indica ser o caminho para a democratização, lado a lado com o *aggiornamento* das instituições rumo a política de igualação” (AVELAR, 2007, p. 276).

Podemos desenvolver os itens – envolvimento dos atores sociais interessados respeitando à especificidade de cada ator social e dialogo entre as diferentes instâncias da sociedade, considerando as diferentes visões e opiniões da população organizada e não organizada – a partir do conceito de cidadania. Tal como estudado por Putnam (2007) para que haja participação é necessário entender que a cidadania se manifesta como participação na vida pública e no reconhecimento do bem público. Este autor identifica que a cidadania alude à igualdade política, à solidariedade, ao espírito público e instituições participativas, em detrimento do clientelismo personalista.

Levando em consideração estas idéias pode-se afirmar que a relação entre democracia em saúde e igualdade política, destacada pelos entrevistados justifica-se, em parte, porque a defesa da democracia e da cidadania permeou as origens do movimento sanitário (ESCOREL, 1999). Ao mesmo tempo, a utopia igualitária do movimento não deixou de reconhecer as diferenças entre os diversos grupos sociais. A base do pensamento que deu

origem ao SUS considerava que o reconhecimento dos direitos sociais pressupõe levar em consideração a existência de grupos específicos da sociedade (FLEURY, 1997).

Desta forma, os entrevistados estiveram em sintonia com a idéia de que a democracia pressupõe o respeito as diferenças e especificidades presentes entre os diversos grupos sociais envolvidos na formulação da política.

“Trata primeiro de buscar um envolvimento de todos os atores interessados, ou que são objeto das políticas de saúde. Agora esse envolvimento, na verdade, para ser democrático tem que ser um envolvimento respeitando as vocações e as responsabilidades de cada um dos atores. Veja não é porque eu quero fazer uma coisa que ela tem que ser feita, porque eu acho que essa é a forma correta ou porque uma organização não governamental, uma organização social entenda que esta é a sua prioridade, ela precisa ser obrigatoriamente contemplada. Ai se trata de estabelecer um dialogo e para isso eu acho que as Conferências funcionam muito bem, como um processo de orientação para a definição de políticas de saúde”⁷¹.

Outro aspecto fundamental para a democratização das políticas de saúde é o diálogo entre os diferentes atores sociais. Por essa razão os fóruns, as Conferências e Conselhos de Saúde foram considerados arenas que proporcionam práticas democráticas, pois mobilizam diferentes representações sociais em torno da formulação da política de saúde.

“Eu acho que hoje o principal na democratização é você ter muita informação a disposição e acho que o SUS tem a seu favor o movimento social. O movimento social de forma mais ou menos autônoma está nos Conselhos de Saúde. Então eu acho que o caminho de dialogar com os Conselhos, dialogar com os trabalhadores, pensar políticas territorializadas e fortalecer sempre o pacto federativo...”⁷².

Por outro lado, existem cidadãos que não estão mobilizados em espaço de participação política. Garantir que os mesmos encontrem canais de comunicação com a gestão pública é essencial. Tal como foi destacado nas entrevistas, as ouvidorias, neste sentido, possuem um papel importante para a gestão democrática e participativa. Entretanto, para isso é necessário que a população a conheça, a utilize e as informações sejam transformadas em

⁷¹ Entrevista com Moises Goldbaum realizada em 27 de outubro de 2009.

⁷² Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de novembro de 2009.

ações que melhorem a qualidade dos serviços prestados aos usuários e profissionais do SUS.

“Uma política para que ela seja democrática ela tem que contemplar as diferentes visões dos segmentos em que estão envolvidos com essa política. Então ela precisa que seja ouvido o segmento da sociedade civil organizada e não organizada. Porque há também aqueles que não se organizam em determinadas instituições e entidades e que a ouvidoria consegue captar isso bem, porque para ligar no 0800611997 a pessoa não precisa estar vinculada a nenhuma instituição. Ela [a política] precisa ser constituída, levando em consideração esse olhar do outro sujeito, não só o olhar, mas também a opinião. Precisa ser implementada com o acompanhamento e participação efetiva desses sujeitos, tanto em relação ao trabalho quanto em relação ao usuário, a força de trabalho, os profissionais, como também a população. Ela precisa respeitar e estar em sintonia com essa vontade majoritária. Essa é uma política democrática e participativa. O SUS nasce com esse espírito, portanto qualquer política no SUS tem que respeitar esse princípio da democracia e da participação”⁷³.

A democracia participativa pressupõe articulação entre os canais representativos tradicionais e canais de participação direta da população. Desta forma, não podemos deixar de destacar que o debate da democratização das políticas deve também perpassar as instâncias do Legislativo, do Executivo e do Judiciário.

“Acho que em primeiro lugar a valorização das relações entre os níveis governamentais, entre presidente, governador, ministro, secretários, uma valorização do Poder Legislativo, uma maior valorização e participação na Câmara federal, na Comissão em Saúde, na Frente Conjunta, Frente Parlamentar de Saúde, junto as Comissões de Saúde das Assembléias Legislativas e das Câmeras de Vereadores, isso na dimensão da democracia representativa e das relações no Executivo. Acho que é preciso uma participação, uma ampliação das relações com Poder Judiciário (...) E no âmbito da democracia direta, da democracia participativa, eu acho que o respeito, o respeito das decisões dos Conselhos que não quer dizer concordância, anuência, mas quer dizer uma disposição inclusive para o dissenso...”⁷⁴.

Contudo, como vimos enfatizando ao longo do trabalho o papel dos movimentos sociais é imprescindível para a democratização da gestão:

“Eu acho que para superar os obstáculos é importante que a democratização da gestão pública seja um pressuposto da gestão, da academia, do movimento social, do Legislativo, do Judiciário, todo mundo precisa assumir esse pressuposto da democratização. Superar obstáculos só com muita organização. O movimento social tem que se organizar sempre e muito e de forma permanente, não dá pra enjorar de organizar, não pode dizer cansei de organizar, organizar é uma coisa permanente tem que estar sempre organizado, formando gente. Não pode deixar as pessoas irem representar os movimentos

⁷³ Entrevista com Antonio Alves realizada em 25 de novembro de 2009.

⁷⁴ Entrevista com Ligia Bahia realizada em 06 de novembro de 2009.

desabastecidas de informação de condições de debates, porque senão elas são engolidas pelas máquinas, pelas burocracias”⁷⁵.

O acesso às informações também foi mencionado como um dos componentes para o processo democrático. A disseminação das informações sobre acontecimentos que ocorrem nos plano político, econômico e social permite uma ampliação da participação política. Desta forma a transparência na gestão pública, a partir da divulgação de suas ações, aproxima os cidadãos da política e agrega elementos para um controle social mais efetivo.

“A outra questão da democratização é a transparência nas ações dos gestores. Ter acesso realmente as informações, acesso daquilo que está sendo implementado, definido, trabalhado. O que implica num movimento anti desperdício, anticorrupção. Um movimento que realmente contemple as prioridades definidas nesse processo envolvendo toda a sociedade”⁷⁶.

É possível a partir da exposição destes aspectos, associar gestão participativa e democracia participativa. Segundo Fleury (1997), os modelos de co-gestão são baseados nos princípios da solidariedade, igualdade, diversidade e cidadania. Observamos que tanto a gestão participativa quanto a democracia participativa, no sentido emancipatório, propõem a mobilização social, a distribuição e descentralização de poder no plano das decisões políticas, além da presença de capital social.

“A gestão participativa significa divisão de poder, cessão de espaço de poder para outro sujeito, e a perda do poder, ou repartição, o compartilhamento desse poder com outros sujeitos não é uma questão fácil na sociedade autoritária brasileira”⁷⁷.

A partir dos elementos apresentados nas entrevistas, podemos afirmar que a democratização das políticas pressupõe participação política e igualdade política. A gestão participativa remonta o ideal rousсенiano da vontade geral, que significa o interesse pelos temas coletivos e não somente a soma de interesses particulares. Tratando-se de um setor estratégico para as condições de vida da população, a saúde, não pode perder o foco da vontade geral e que isso se resulte na qualidade no atendimento prestado a população.

⁷⁵ Entrevista com Eliane Cruz realizada em 26 de novembro de 2009.

⁷⁶ Entrevista com Moises Goldbaum realizada em 27 de outubro de 2009.

⁷⁷ Entrevista com Antonio Alves realizada em 25 de novembro de 2009.

“A liderança, a direção política expressa pelo Ministro da Saúde pode ser mais propícia a democratização, não quer dizer que seja daí, nós não achamos isso, não achamos que é o governo que vai democratizar a sociedade, a sociedade que vai ampliar a democracia”⁷⁸.

Por tudo isso, pode-se concluir que a SGP/SGEP é uma estratégia para democratização da gestão porque: busca desenvolver suas ações em conjunto com os movimentos sociais; promove ações intersetoriais; procurar discutir e difundir assuntos como seguridade social, defesa do direito à saúde e da democratização das relações sociais; busca estar em contato com as demandas da população e com seus problemas de saúde.

Por outro lado, a Secretaria enfrenta limitações como: a democracia não é um processo setorial; as transformações sociais são lentas e graduais, de difícil avaliação e monitoramento; a SGEP encontra limitações orçamentárias para o conjunto de ações que tem sobre sua responsabilidade; são múltiplas as concepções ideológicas sobre o que significa democratizar as relações sociais; características como autoritarismo e centralização permeiam as relações institucionais nas diferentes instituições e diversos níveis, inclusive no próprio Ministério da Saúde; diversidades loco-regionais; descrença da população em relação às instituições políticas; bancadas legislativas voltadas a interesses privados e corporativos em detrimento do interesse geral, dentre outros.

Ao longo deste capítulo discutimos sobre os pontos que consideramos ser os mais importantes para estudar a SGP/SGEP, entretanto as limitações de tempo não nos permitiram aprofundar todas questões, tal como mereceriam. Entretanto, acreditamos que este estudo pode ser o primeiro passo para estudos futuros. Esta análise nos permitiu ter uma visão geral sobre esse novo órgão do Ministério da Saúde, apontar em que contexto ele nasceu, quais foram os principais dilemas enfrentados, e como esta Secretaria vem impulsionando o processo de gestão participativa em saúde.

⁷⁸ Entrevista com Ligia Bahia realizada em 06 de novembro de 2009.

Considerações Finais

No início desta dissertação estudamos como a participação do povo no poder é compreendida pelas várias teorias políticas clássicas. Também destacamos algumas das características estruturantes da sociedade brasileira, dentre elas as desigualdades sociais, o autoritarismo político e a forte centralização na administração pública brasileira. No Brasil, a partir da década de 80, com o processo de redemocratização, o país passou a construir, debater e consolidar o modelo de democracia participativa, o que pressupõe não apenas igualdade de participação política, mas uma sociedade socialmente mais justa e menos desigual.

A saúde coletiva é um campo que permite analisar o tema da participação social, pois mesmo com uma tradição política autoritária e no contexto de repressão política, os movimentos populares e profissionais construíram as bases para o que veio a se consolidar, na década de 90, num novo modelo de atenção à saúde, o SUS, criado sob os princípios da universalidade, descentralização e participação da comunidade. Um projeto político-ideológico oposto as reformas neoliberais que foram apregoadas e implementadas na década de 90. A democracia no Brasil e, por conseguinte, a criação do SUS só foram possíveis pela mobilização dos movimentos sociais.

Este trabalho estudou a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde. Objetivou-se com esta pesquisa dar visibilidade a processos institucionais que podem ser elucidativos no campo de estudo sobre o princípio da participação social e da gestão participativa no SUS, e, agregar elementos para analisar a conjuntura de um período muito recente de nossa história.

Além de reconhecer que esta Secretaria é um fato novo para o Ministério da Saúde brasileiro, também podemos afirmar que ela nasceu numa conjuntura política favorável à democracia participativa. A eleição do presidente Lula deu legitimidade e autoridade à participação popular. Outro fator que contribuiu para a criação da SGP, está no fato de que a saúde pública no Brasil já possuía um movimento social potente e uma tradição em defesa da

democratização da gestão e de um sistema público, universal e descentralizado. Deste modo, a criação desta Secretaria é fruto deste singular cenário.

Ainda podemos afirmar que a SGP/SGEP é um reconhecimento do movimento de reforma sanitária, afinal, foi por essa razão que Sergio Arouca foi o primeiro ocupante da pasta. Porém, isso não significa que as ações da Secretaria se confundam ou tenham se confundido com as do movimento. Se num primeiro momento esta associação possa ter ocorrido foi pelo fato de Sergio Arouca ocupar a direção da SGP, mas Arouca, por motivo de doença, em poucos meses afastou-se do cargo. Além disso, com o decorrer do tempo a Secretaria veio a aglutinar pessoas que já tinham participado do Conselho Nacional de Saúde (CNS) como representantes de movimentos sociais que não necessariamente se identificavam com o movimento de reforma sanitária, mas, como membros de uma nova comunidade política do CNS. Ainda assim, os documentos da SGP/SGEP reafirmam os princípios da Reforma Sanitária do SUS. Isto nos permite concluir que a SGP/SGEP constitui-se num *lócus* de ação política governamental subsidiado pelos princípios do movimento que deu origem ao SUS.

A SGP/SGEP, ao longo de sua implementação, passou por inúmeras dificuldades tanto dentro do próprio Ministério da Saúde, como na relação com o Conselho Nacional de Saúde. No Ministério da Saúde, a pequena dotação orçamentária destinada à Secretaria, além de uma sequencia de gestões que não faziam parte de uma correlação de forças majoritária dentro do Ministério, sem dúvidas limitou o projeto da Secretaria de Gestão Participativa, embora a mesma tenha conseguido desenvolver importantes trabalhos para a democratização das políticas de saúde. Em outras palavras, nas gestões dos secretários Sergio Arouca e Crescêncio Antunes, a SGP era a única Secretaria do Ministério da Saúde ocupada por dirigentes do PPS, quando a instituição era predominantemente conduzida por militantes do Partido dos Trabalhadores (PT). Na gestão do secretario Antonio Alves, a SGEP passa a ser a única Secretaria no Ministério ocupada por um dirigente do PT, enquanto o partido predominante era o PMDB. Neste sentido, a SGP/SGEP, em termos da organização ministerial, tornou-se uma Secretaria marginal em relação à

configuração de poder dentro do próprio Ministério. Porém, a partir de 2005, a mesma adquiriu força de governo por passar a ser a única Secretaria dirigida por um representante do governo federal do PT, dentro deste Ministério.

Em suma, embora dentro da SGP/SGEP exista vontade política para desenvolver a gestão democrática e participativa, as dificuldades técnicas e políticas, ao longo destes quatro anos, dificultaram a concretização deste projeto. Além disso, para implementar uma política de gestão participativa é necessário que esta seja uma política não só de uma Secretaria, mas também de todo o Ministério e, principalmente, uma política de governo. Isto pressupõe a mobilização de várias áreas dentro do próprio Ministério e de outras áreas governamentais. Tudo isso, traz uma complexidade e um importante desafio para a gestão pública.

Ainda que a SGP/SGEP tenha como missão estimular a democratização da formulação das políticas de saúde, a sua existência não garante por si só que o Ministério esteja se tornando um espaço setorial mais democrático, pois isso exige esforços de outras Secretarias e de seus dirigentes, no sentido de redistribuir poder político. A tradição concentradora do Ministério da Saúde é um grande entrave ao projeto de gestão participativa. Ainda assim, a SGEP possui um papel fundamental no sentido de promover esse processo de democratização, nas suas diversas esferas de gestão, e para isso precisa de uma estrutura capaz de dar sustentação a este enorme desafio.

A relação da SGEP com o CNS variou de acordo com a conjuntura política; o perfil político dos dirigentes e interlocutores da Secretaria, e do Conselho de Saúde. Podemos dividir esta relação em três momentos. No primeiro período – criação da SGP até a morte de Sergio Arouca – tem como característica o conflito amenizado pela liderança de Sergio Arouca. Já o segundo momento, que vai da 12ª Conferência Nacional de Saúde até a entrada do Antonio Alves na SGP e sua transformação em SGEP, revela um conflito deflagrado entre o CNS e a SGP. O terceiro momento é o de formulação “conjunta” e participativa da Política Nacional de Gestão Participativa do SUS. Esse momento de maior aproximação da Secretaria com o Conselho, não significa ausência de dissensos, ao contrário, os mesmos

passaram a assumir novos temas, como por exemplo, problemas na interlocução, debates sobre a autonomia do Conselho.

As políticas participativas nascem de um trabalho articulado entre gestão e sociedade. Isto por sua vez, pressupõe a existência do dissenso, afinal a Secretaria e o CNS são instâncias com representações e atividades distintas. Por isso, é interessante destacar, que se tratando de uma Secretaria que busca dialogar com os movimentos sociais, os conflitos que perpassam as ações conjuntas não devem ser entendidos, necessariamente, como negativos. Ao contrário, podem indicar processos de democratização das relações sociais, expressos pela presença das diversas compreensões sobre os rumos da política de saúde. Por isso, a importância de uma interlocução qualificada que respeite o papel e a atribuição de cada ator social é fundamental, pois a predisposição para o dissenso é inerente ao processo democrático.

A Secretaria, com o passar dos anos, vem se consolidando como uma instância de gestão estratégica e participativa. Atividades como incentivos a linha de estudos sobre o controle social no SUS, promoção de eventos com participação dos movimentos sociais, apoio aos movimentos sociais e a sensibilização da gestão nos diversos níveis para o processo democrático foram algumas das atividades mais destacadas da Secretaria ao longo do período estudado. Todas estas ações, por sua vez, a diferencia de uma instância de participação e controle social. A participação social é um processo independente da gestão. É um movimento que vem da sociedade para o Estado, e não ao contrário. Daí a importância de enfatizar que gestão participativa e participação social são processos políticos distintos, que só são possíveis quando são respeitadas a autonomia e o papel de cada ator político. O processo participativo na saúde antecede a criação do próprio SUS, fruto de uma intensa mobilização social, tal como enfatizamos ao longo deste trabalho, por isso um desafio para os gestores, no caso específico para a SGEP e o próprio Ministério da Saúde é entender que a participação social é independente do Estado que qualquer ação, no sentido de fomentar a participação social pode gerar fortes e consistentes dissensos políticos e ideológicos.

Sem dúvida, muitas questões sobre a institucionalização do processo participativo precisam ser aprofundadas por novos estudos. Democracia e participação social são valores soberanos de difícil mensuração, já que possuem diversas interpretações e ideologias envolvidas em suas definições. O princípio da participação social no SUS é resultado de um processo movido pela sociedade e seus diversos movimentos sociais. Desta forma, uma característica que os movimentos sociais não podem perder é a sua capacidade de evidenciar novas questões sociais, de criar novas e próprias agendas políticas em torno da defesa dos direitos sociais. Por isso, a divulgação das informações sobre os processos decisórios e participativos, e autonomia dos atores sociais são algumas das bases para consolidação do processo democrático. No que se refere à democratização da política de saúde fica o desafio de garantir, a partir de práticas autônomas e dialógicas, a participação da população no processo de decisão nas diferentes esferas de gestão governamentais.

A SGP/SGEP é uma inovação dentro do Ministério da Saúde e para o processo participativo. As experiências participativas deste setor nos fazem refletir como o povo participa das decisões políticas para além dos canais tradicionais representativos, nos mostram limites e avanços deste processo, e legitima a compreensão de que a institucionalização do processo participativo em saúde como sendo um resultado da mobilização e organização da própria sociedade brasileira em defesa da democracia política e social.

Todo o processo analisado nos mostrou que a democracia é um processo em eterna construção que não se resume a um setor, ou a um grupo social, mas diz respeito a toda a sociedade brasileira.

Bibliografia

AROUCA, S. Entrevista. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.1, n.2, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, p.355-361, 2003.

AVELAR, L. Participação política. In: *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Avelar, L & Cintra, A.O.(Orgs). 2ª edição. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Editora UNESP, 2007.

AVRITZER, L. Reforma Política e Participação no Brasil. In: *Reforma Política no Brasil*. Avritzer, L e Anastácia, F. (Orgs). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

AVRITZER, L. e PEREIRA, M.L.D. Democracia, Participação e Instituições Híbridas. In: *Teoria & Sociedade*. Belo Horizonte, número especial, maio de 2005.

BALBACHEVSKY, E. Stuart Mill: liberdade e representação. In: WEFFORT, F.C (org.). *Os clássicos da política*. 2. vol. São Paulo: Editora Ática, 1989.

BEM, A. S. do. A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o Estado e a sociedade brasileira nos séculos XIX e XX. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, v. 27, n. 97, Dez. 2006.

BENEVIDES, M.V. Nós, o povo – reformas políticas para radicalizar a democracia. In: *Reforma Política e Cidadania*. Benevides, M V et al (Orgs). 2ª edição. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. 1986. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição Federal de 1988*. Brasília: 1988.

BRASIL. Senado Federal. *Lei nº 8.080* - de 19 de setembro de 1990. Brasília: 1990(a).

BRASIL. Senado Federal. *Lei nº 8.142* - de 28 de dezembro de 1990. Brasília: 1990(b)

BRASIL. Ministério da Saúde. *XI Conferência Nacional de Saúde*. 2000. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *XII Conferência Nacional de Saúde*. 2003. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *PT nº 1193/GM*, de 16 de junho de 2004.

BRASIL. *DECRETO Nº 4.726*, de 9 de junho de 2003 (Revogado pelo Decreto nº 5.678, de 2006).

BRASIL. *DECRETO Nº 5.841*, DE 13 de julho de 2006 (Fica revogado o Decreto no 5.678, de 18 de janeiro de 2006).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa*, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Conhecimento em gestão participativa: relatório e pesquisas* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Folder, s/d.

BOBBIO N. *Estado, Governo, Sociedade: por uma teoria geral da política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007

BOBBIO, N. *Liberalismo e democracia*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2000.

CARDOSO, A. M. Os sindicatos: representação de interesses e ação política de capital e trabalho no Brasil. In: *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Avelar. L & Cintra, A.O.(Orgs). 2ª edição. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Editora UNESP, 2007.

CARVALHO, A.I. *Conselho de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, G.I e SANTOS, L. *SUS- Sistema Único de Saúde: comentário à lei orgânica da saúde*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007.

CRUZ. G. R. Gestão Pública Participativa: o papel da reforma do Estado e dos movimentos sociais. *Achegas.net*, v. 38, 2008.

Disponível em: www.achegas.net/numero/38/gisele_38.pdf acesso em dezembro de 2009.

CORREIA, M.V.C. Controle Social. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2006.

CORTES, S. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: *Participação, democracia e saúde*. Fleury. S & Lobato, L. de V.C. (Orgs.) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

COSTA, H. Democracia e Participação na teoria pluralista. *Cronos*, Natal, v.8, n.1, p.215-228/jan. jul. 2007.

COSTA, A. M. e LIONÇO, T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para equidade em saúde? *Saúde e Sociedade* v.15, p 45-55, maio - ago, 2006.

COSTA, A. M. e NORONHA, J.C. Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. v. 27, n.65.set/dez, 2003.

DAHL, R. *Poliarquia: Participação e Oposição*. Capítulos 1 e 2. São Paulo: Editora USP, 2005.

DORNELLES, S. e Locks, M.T. Controle Social: de quem? Para o quê? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. v. 27, n.65.set/dez, 2003.

GOHN, M.G. *Teoria dos Movimentos Sociais*. São Paulo, Loyola, 2002.

GOMES, R et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C et al (Orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

SCOREL, S e MOREIRA, M.R. Participação Social. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Giovanella, L et al. (Orgs.) Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008

SCOREL, S. e DELGADO, M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: as singularidades e similaridades no controle social. In: Democracia, Conselhos de saúde e Participação Social. *Divulgação em Saúde para debate*. Rio de Janeiro, n.43, junho, 2008 (a).

SCOREL, S. e DELGADO, M. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões políticas e técnicas, e entre as dinâmicas participativas e fiscalizatórias. In: Democracia, Conselhos de saúde e Participação Social. *Divulgação em Saúde para debate*. Rio de Janeiro, n.43, junho, 2008 (b).

FALEIROS, V. et al. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. *Trata Brasil: Saneamento e Saúde*. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2007.

FIORI, J.L. Para ler a vitória de Lula. *Revista Princípios*, São Paulo, n.67, p 16-18, nov-dez, 2002- jan. 2003.

FLEURY, S. Iniciativa Popular. In: *Reforma Política no Brasil*. Avritzer, L e Anastácia, F. (Orgs). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

FLEURY, S. (Org.). *A Questão Democrática na Saúde. Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GOMES, F.S. *Rousseau – democracia e representação*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis, UFSC, 2006.
Disponível em: www.tede.ufsc.br/teses/PFIL0047.pdf acesso outubro de 2009.

GONZÁLES, R.S. *Democracia e Conselhos de controle de políticas públicas: uma análise comparativa*. Tese de Doutorado. Porto Alegre. UFRGS, 2000.
Disponível em: www6.ufrgs.br/cienciapolitica/teses/Tese_1.pdf acesso junho de 2009.

HELFERICH, C. *História da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

LABRA, M.E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios In: LIMA, Nísia et al. (Orgs). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LACAZ, F. A. de C.; FLORIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, 2009.

LESBAUPIN, I. *Uma análise do governo Lula 2003-2009: de como servir aos ricos sem deixar de atender aos pobres*. Novembro, 2009. Disponível no site do Instituto de Estudo da Religião (ISER)
<http://www.iserassessoria.org.br/novo/produtos/biblioteca.php> acesso em 5 de abril de 2009

LIMONGI, F. “ ‘O Federalista’: remédios republicanos para males republicanos”. In: WEFFORT, F.C (Org.). *Os clássicos da política*. 1. vol. São Paulo: Editora Ática, 1989.

LIMONGI, F. Prefácio. In: Dahl, R. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Edusp, 2005.

LYRA, R. P. Teorias Clássicas sobre a Democracia Direta e a Experiência Brasileira. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, v. 140, p. 11-16, 1998.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Editora Museu da Republica, 2007.

MACPHERSON, C.B. *A democracia liberal – Origens e Evolução*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MIGUEL L. F. A democracia domesticada: bases antidemocráticas do pensamento democrático contemporâneo. *Dados [online]*. 2002, vol.45, n.3, pp. 483-511. ISSN 0011-5258.

MIGUEL, L. & COUTINHO, A. de A. A crise e suas fronteiras: oito meses de "mensalão" nos editoriais dos jornais. *Opinião Pública*, vol.13, n.1. Junho, 2007.

MISOCZKY, M.C. Gestão Participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. v. 27, n.65. set/dez, 2003.

MINAYO, M.C et al (Orgs). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.6, n.1, 2001.

MORONI, J.A. O direito a participação no governo Lula. In: *Participação, democracia e saúde*. Fleury. S & Lobato, L. de V.C. (Orgs.) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009

MURILO DE CARVALHO, J. Fundamentos da política e da sociedade brasileiras. In: *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Avelar. L & Cintra, A.O.(Orgs). 2ª edição. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Editora UNESP, 2007.

NASCIMENTO, M.M. Rousseau da servidão à liberdade. In: WEFFORT, F.C (Org.). *Os clássicos da política*. 1. vol. Editora Atica, 1989.

NETO, A. O Poder Executivo: centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Avelar. L & Cintra, A.O. (Orgs). 2ª edição. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Editora UNESP, 2007.

NICOLAU, J. O sistema político brasileiro. In: *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Avelar. L & Cintra, A.O. (Orgs). 2ª edição. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Editora UNESP, 2007.

NOGUEIRA, M.A. *As possibilidades da política – idéias para a reforma democrática do Estado*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

NUNES, E. *A Gramática Política do Brasil – clientelismo e insulamento burocrático*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Brasília: ENAP, 2003.

PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

PUTNAM, R. *Comunidade e democracia. A experiência da Itália Moderna*. Reimpressão – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

RADIS – Comunicação em saúde. *Encontro de paradoxos*. nº 65 – Janeiro de 2008.

ENSP/FIOCRUZ. Observatório de Conjuntura e Saúde. *Boletim de Conjuntura*. Notas da Imprensa, novembro de 2007.

QUIRINO, C.G. Tocqueville: sobre a liberdade e a igualdade. In: WEFFORT, F.C (Org.). *Os clássicos da política*. 2. vol. São Paulo: Editora Ática, 1989.

SADER, E. Para outras democracias. In: SANTOS, B.S (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, B.S (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, W.G. A universalização da democracia. In: *Reforma Política e Cidadania*. Benevides, M V et al (Orgs). 2ª edição. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.

SANTOS, W.G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, M. H. de C. "Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte". In: *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, volume 40, nº 3, 1997. pp. 335-376.

SILVA, M.K et al. A dinâmica das relações sociais no Conselho Nacional de Saúde. In: *Participação e Saúde no Brasil*. Cortez, S. (orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SILVA, I. F. da & LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.17, n.1, 2001.

SOUZA, W.S. Participação Popular e Controle Social na Saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social. In: *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

SCHUMPETER, J. *Capitalismo, Socialismo e Democracia*. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1961.

BAPTISTA, T. W. F. *Políticas de Saúde no Pós-Constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil*. Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro; s.n; 2003.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, vol. 14 suppl. 2. Rio de Janeiro, 1998.

YIN, R. *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Editora Bookman, 2006.

Anexo 1

Relação e Perfil dos entrevistados

- **Ana Maria Costa** – Diretora de Programa Intersetoriais da SGP de 2003 a 2005. Diretora do Departamento de Apoio a Gestão Participativa 2005 até o momento atual.
- **Antonio Alves de Souza** – Secretário Nacional de Gestão Participativa desde 2005 até o momento atual.
- **Crescêncio Antunes de Silveira Netto** – Secretário Nacional de Gestão Participativa no período de 2003 a 2005.
- **Eliane Cruz** – Secretária Executiva do CNS no período de 2003-2006.
- **Francisco Batista Junior** – Presidente do CNS desde 2006.
- **Flávio Oliveira** – Diretor do Departamento de Acompanhamento e Articulação da Reforma Sanitária em 2003.
- **Ligia Bahia** – Representante do Cebes no CNS desde a sua reformulação em 2006/7 até 2008/9.
- **Jacinta de Fátima Senna da Silva** – Coordenadoria Geral de Apoio a Gestão Participativa e ao Controle Social desde 2005.
- **Jurema Pinto Wemeck** – Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISP- CNS desde 2007.
- **Moyses Goldbaum** – Representante da Abrasco de 2003 até 2006.