

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Dilemas do controle social na construção do Sistema Único de Saúde (SUS)
no âmbito do estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre o Conselho Estadual
de Saúde (CES/RJ)”***

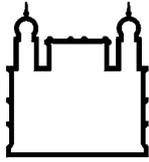
por

Paulo Renato Flôres Durán

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Victoria Gerschman de Leis

Rio de Janeiro, julho de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Dilemas do controle social na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre o Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ)”

apresentada por

Paulo Renato Flôres Durán

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna

Prof. Dr. Eduardo de Vasconcelos Raposo

Prof.^a Dr.^a Regina Cele de Andrade Bodstein

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira

Prof.^a Dr.^a Silvia Victoria Gerschman de Leis – Orientadora

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

D948 Durán, Paulo Renato Flôres
Dilemas do controle social na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre o Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ). / Paulo Renato Flôres Durán. -- 2013.
193 f. : tab. ; graf.
Orientador: Leis, Silvia Victoria Gerschman de
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
1. Conselhos de Saúde. 2. Participação Social. 3. Política de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Controle social. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1042098153

Dedico este trabalho a minha amada mulher, Natália,
pelos dias de amor e carinho e pela aposta no meu sonho.

A meus pais, que sempre apoiaram
meus sonhos e minha escolha profissional.

AGRADECIMENTOS

Atualmente, a realização de uma tese de doutorado – assim como o mestrado e outras formas de especialização – já faz parte integrante da profissionalização do campo das Ciências Sociais. Por isso, e justamente por esse fato, os agradecimentos de uma tese não poderiam circunscrever-se somente aos familiares, orientador e professores de cursos. Além desses, instituições financiadoras e colegas de profissão precisam ganhar o devido relevo. Como não poderia deixar de ser mencionado, o fato desta tese se inserir em um projeto de pesquisa de maior fôlego animou ainda mais o caráter de inserção de seu autor nas lides da prática de pesquisa nas Ciências Sociais.

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha orientadora, Silvia Gerschman, pelo seu brilhante trabalho de orientação de tese. Silvia soube, em diversos momentos, ajudar-me na ancoragem de vários dos argumentos e hipóteses de pesquisa que levantei durante quatro anos de imersão na tese e em sua pesquisa. Ela acompanhou cada um dos passos que dei durante os quatro anos como doutorando e me incluiu nos seus projetos e grupos de discussão. Seu cuidado e carinho, além da admiração que nutro pelos seus trabalhos, trouxeram-me muitos frutos em termos de crescimento pessoal e amadurecimento profissional. Pude compartilhar com ela – e acompanhar como doutorando e como pesquisador – os intrincados caminhos da elaboração, aprovação e organização de um projeto de pesquisa. Nesse sentido, a tese se inseriu no projeto de pesquisa de Silvia com um foco determinado. Assim foi feito, apesar das inúmeras agruras vividas pela equipe de pesquisa que se dedicou por três anos à análise dos processos de formulação da agenda política estadual de saúde no RJ.

Aos membros da banca examinadora de tese, Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna, Eduardo Vasconcelos Raposo, Regina Cele de Andrade Bodstein e Marcelo Rasga Moreira, que fizeram arguições sobre o trabalho que, em tudo, fizeram com que ele crescesse.

Não foi nada fácil investir numa arena política, onde existem mais resistências do que vontade de cooperação com a pesquisa científica por parte dos atores envolvidos no cotidiano da produção de políticas para o SUS estadual. Mas não seria o caso, aqui, de “desfazer o

novelo” e explicar como lidamos com as resistências que o campo produz – afinal, esse desafio faz parte da grande maioria, creio, das pesquisas científicas com orientação empírica.

É, portanto, aos conselheiros estaduais de saúde do RJ, à secretaria executiva do Conselho Estadual de Saúde do RJ e a seus funcionários técnicos, assim como a vários gestores da Secretaria Estadual de Saúde do RJ que me receberam, travaram diálogo comigo e se puseram à disposição de nossa pesquisa, que agradeço imensamente. Além disso, a vivência como pesquisador na VI Conferência Estadual de Saúde do RJ (realizada em 2011) possibilitou o diálogo com vários conselheiros de saúde provindos de diversas realidades do interior do estado do RJ, o que, certamente, engrandeceu a compreensão acerca dos dilemas sobre o controle social no interior dos Conselhos de Saúde.

A equipe de pesquisa do projeto coordenado por Silvia Gerschman contribuiu enormemente para a construção desta tese. Débora Castanheira, além de inúmeras e ricas trocas de informações sobre diversos temas, tornou-se uma grande parceira de pesquisa. Carol e Débora colocaram à disposição inúmeros dados quantitativos analisados nesta pesquisa. Paloma, Ricardo e Clara, bolsistas de iniciação científica do projeto, possibilitaram a execução de atividades de coleta de informações cruciais para a pesquisa. Como professor, animou-me muito o diálogo com eles, uma de minhas audiências prediletas. Juliana Santino, hoje gestora da SES/RJ, participou do começo do projeto de pesquisa e de grupos de estudos comigo, propiciando diálogos sempre muito esclarecedores.

Minha turma de doutorado – de 2009 – sempre espelhou um estado de ânimo primoroso nos anos transcorridos desde nossos encontros semanais no Seminário de Tese (encontros que se realizaram durante todo primeiro semestre de 2009). Hoje, cruzo com vários colegas nos congressos de Saúde Coletiva e nos quais apresentamos nossos resultados de pesquisa. Entre inúmeras trocas, José Patrício Bispo Júnior, além de excelente interlocutor, tornou-se grande amigo. Patrício partilhou comigo inúmeros desafios e alegrias que a pesquisa proporciona.

Ao longo dos anos de doutorado, nunca me esqueci de meu sonho profissional: ser professor. Eis que, em 2010, tornei-me professor agregado do Departamento de Ciências Sociais da PUC-Rio; e, com isso, depois de longo período hibernar, pude voltar ao local onde me realizo profissionalmente: a sala de aula. Gostaria de agradecer aos professores do quadro principal do Departamento por terem acolhido, agora como um parceiro de profissão, um ex-aluno dos bancos da graduação e do mestrado. Entre eles, Marcelo Burgos sempre apostou no meu trabalho, incluindo-me em diversas frentes (uma das quais, o CAEd/UFJF). Ao Luiz

Fernando Almeida Pereira, amigo de docência com quem tenho o prazer de compartilhar a sala de aula do curso de especialização e diversas intenções de projeto. A Alessandra Maia, amiga com quem venho partilhando inúmeros desafios de pesquisa sobre participação social e que contribuiu enormemente com ricas discussões sobre temas afins. E aos demais colegas de Departamento, Bruno, Paulo Jorge, Rosi, Carla, Fernando, Jonas, e outros, com quem partilho os desafios da docência para graduação e da pesquisa em Ciências Sociais.

No CAEd/UFJF, conheci uma outra turma de novas amigas. Elas fazem parte da equipe que, como eu, monitora os caminhos da elaboração de dissertações de mestrado profissional, curso oferecido a gestores e profissionais da educação pública (gestores, diretores, professores, entre outros).

Assim, duas instituições merecem aqui o devido reconhecimento de minha parte por fazerem parte de minha “socialização profissional”: a FIOCRUZ e a PUC-Rio, que participaram de minha formação como cientista social e como cidadão. Além delas, a CAPES, que desde o mestrado até agora no doutoramento, ofereceu-me bolsa de estudo, com a qual pude fazer os investimentos necessários ao desenvolvimento de minhas pesquisas.

Agradecimento especial para Ana Cristina Chiarini que, pacientemente e com muita expertise, corrigiu a tese, deixando mais claros vários trechos.

Meus amigos do tempo de colégio, sempre presentes em minha vida, apesar do afastamento temporário de minha parte, trouxeram a evidência necessária para “seguir em frente”: a de que nossa amizade pauta-se por valores fundamentais como solidariedade, reciprocidade e confiança.

Aos meus pais, que merecem inúmeros agradecimentos, souberam acolher com carinho, amor e entusiasmo as escolhas que fiz – das quais faz parte o desenrolar desta pesquisa. Meus quatro irmãos sempre estiveram a meu lado, compartilhando alegrias e dilemas da vida. Os queridos sobrinhos trouxeram a corrente da alegria que é viver e crescer nesse mundo altamente acelerado e de tantas exigências. Enfim, minha família é um dos grandes esteios de minha vida.

Ao lado dela, de minha família biológica, fui agraciado pela vida com uma outra família que, igualmente, me incluem como filho, sobrinho, neto e irmão. A meus sogros agradeço o carinho com que me abrigam sempre. Tininha dedica um verdadeiro carinho de mãe; e Ronaldo, um calor humano sem igual. Ao Diogo e à Fabiana, cunhados queridos, agradeço o acolhimento como um verdadeiro irmão; o que me anima ainda mais, já que com eles, a vida me presenteia com seis irmãos.

Esta tese é dedicada à pessoa mais importante de minha vida: Natália. Conhecemo-nos durante o mestrado, num dia de “frio na barriga”: o fatídico dia da entrevista de seleção. Ali, creio, conheci uma pessoa que me ensina a cada dia o que significa viver e amar incondicionalmente. Natália soube reconhecer a importância deste trabalho em minha trajetória de vida, em todos os sentidos: desde os momentos de angústia e mau humor até aqueles que nos levam a compreender que o que fazemos é parte constituinte de nossa própria existência. Ela aguentou a “fuga desta estratosfera” de um marido que, em tudo o que faz, pensa e age com ela. E por isso, este trabalho é dedicado ao nosso amor.

O poeta – o contemporâneo – deve manter fixo o olhar no seu tempo. Mas o que vê quem vê o seu tempo, o sorriso demente do seu século? Neste ponto gostaria de lhes propor uma segunda definição da contemporaneidade: contemporâneo é aquele que mantém fixo o olhar no seu tempo, para nele perceber não as luzes, mas o escuro. Todos os tempos são, para quem deles experimenta contemporaneidade, obscuros. Contemporâneo é, justamente, aquele que sabe ver essa obscuridade, que é capaz de escrever mergulhando a pena nas trevas do presente.

Mas o que significa “ver as trevas”, “perceber o escuro”?

(Giorgio Agamben)

[...] a condição inseparável da busca por desenvolvimento sustentável é a realização progressiva da igualdade substantiva. Cumpre enfatizar também neste contexto que os obstáculos a serem transpostos dificilmente poderiam ser maiores. Pois, até nossos dias, a cultura de desigualdade substantiva continua dominante, apesar dos esforços quase sempre indiferentes para impugnar o impacto prejudicial da desigualdade social por meio da instituição de mecanismos de igualdade estritamente formal na esfera política.

(István Mészáros)

Quem somos? De onde viemos? Para onde vamos? Que esperamos? O que nos espera? Muitos se sentem confusos e nada mais. O chão balança, eles não sabem por que nem de quê.

Esse seu estado é de angústia. Tornando-se mais definido, é medo.

Certa vez, alguém foi para bem longe para aprender a esperar. No passado próximo, conseguia isso com mais facilidade e proximidade; essa arte de temer era dominada de forma assustadora. Agora, porém, deixando de lado os artesãos do medo, é o momento para um sentimento mais condizente conosco.

O que importa é aprender a esperar. O ato de esperar não resigna: ele é apaixonado pelo êxito em lugar do fracasso.

(Ernst Bloch)

Durán, P.R.F. **Dilemas do controle social na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado do Rio de Janeiro: um estudo sobre o Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ)**. Rio de Janeiro, 2013. 210 f. Tese [Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é refletir sobre alguns dos dilemas concernentes ao controle social do SUS no âmbito do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ). A pesquisa concentrou-se na atuação de representantes da sociedade e dos profissionais de saúde perante os atores estatais (gestores da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro), durante a gestão do governador Sérgio Cabral (2007-2012). Os Conselhos de Saúde, desde os anos 1990 foram institucionalizados como arenas deliberativas das políticas de saúde nos três âmbitos da federação (nacional, estadual e municipal). Apesar de inaugurarem um novo marco no processo decisório de definição das políticas de saúde, diversos impasses são apontados no que se refere à formação e aprofundamento da cultura política das instituições participativas brasileiras. No caso dos Conselhos de Saúde, a falta de definição clara sobre o papel das diversas representações conselheiras, a relação de indução política dos gestores e a burocratização do controle social são alguns dos desafios enfrentados na legitimidade desses fóruns participativos. Além disso, a formação de núcleos duros no âmbito do processo de decisão política – tanto nos Conselhos de Saúde quanto em outros colegiados (como as Comissões Intergestores) – leva ao enfraquecimento das arenas de participação social. No caso do CES/RJ, os conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais de saúde enfrentam os dilemas próprios à autonomização do sujeito político, que atua em uma arena política deliberativa fortemente institucionalizada e dirigida politicamente pelos gestores da SES/RJ. O enfraquecimento do papel político dos conselheiros foi ressaltado, ao longo da pesquisa, ao serem analisados os principais espaços e produtos do processo deliberativo: as Reuniões Plenárias, as Atas de Reuniões Plenárias, as Deliberações e a VI Conferência Estadual de Saúde. A pesquisa foi realizada através de variadas técnicas de pesquisa. Enquanto estudo de caso, utilizou-se desde a observação direta (nos espaços de reunião dos conselheiros), a análise de conteúdo (identificando núcleos de sentidos nos documentos formais produzidos pelo CES/RJ) e a entrevista semiestruturada. Dessa forma, a pesquisa pôde triangular métodos, de forma a evitar o reducionismo metodológico. Ao mesmo tempo em que os conselheiros estaduais mobilizam o espaço político do CES/RJ em favor (ou na intenção) de discutir os impasses do SUS estadual, os avanços nas políticas de saúde são desvirtuados pela hegemonia claramente impressa pela atuação dos representantes da SES/RJ. O fato de que o projeto político do governo estadual seja levado adiante a reboque da participação social levou a pesquisa a considerar que os dilemas do controle social referem-se ao exercício de fato de uma contra-hegemonia no processo de tomada de decisão política da saúde; além disso, identificam-se os desafios a serem superados nas relações entre Estado e Sociedade na construção de fóruns ou instituições participativas da democracia brasileira.

Palavras-chave: 1. Conselho de Saúde. 2. participação. 3. controle social. 4. deliberação. 5. Rio de Janeiro. 6. Conselho Estadual de Saúde

Durán, P.R.F. **Dilemmas of social control in the construction of Sistema Único de Saúde (SUS) at the state of Rio de Janeiro: a case of Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ)**. Rio de Janeiro, 2013. 210 f. Master [Science thesis in Public Health] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

ABSTRACT

The aim of this work is to discuss some of the dilemmas concerning the social control of SUS in the Health Council of Rio de Janeiro (CES/RJ). The research focused on the role of society representatives and health professionals regarding state actors (managers of the State Secretariat of Health of Rio de Janeiro), during the administration of Governor Sergio Cabral (2007-2012). The Health Councils, since 1990, have been institutionalized as deliberative arenas of health policies in three areas of federation (national, state, and municipal). Although they inaugurate a new milestone in the decision process of the definition of health policies, many deadlocks are noted regarding the formation and deepening on the political culture of participatory institutions in Brazil. In the case of the Health Councils, the lack of clear definition for the role of various counseling representations, the ratio of political induction of managers and the bureaucratization of social control are some of the challenges faced in the legitimacy of the participatory forums. Furthermore, the formation of core groups in the political decision-making process – both at Health Councils and other boards (such as the Inter-managers Commissions) – leads to the weakening of the arenas of social participation. In the case of the CES/RJ, the society representative counselors and health professionals face dilemmas inherent to the autonomy of the political man, which operates in a political deliberative arena strongly institutionalized and politically driven by the managers of the State Secretariat of Health of Rio de Janeiro. The weakening of the political role of the directors was highlighted throughout the study, when analyzing the main spaces and products of the deliberative process: the Plenary Meetings, the Minutes of Meetings, the Resolutions and the Health Conference of Rio de Janeiro. The research was conducted through a variety of research techniques. As case study, we used direct observation (in the meeting space of council), content analysis (identifying core of meetings in the formal documents produced by the CES/RJ) and semistructured interviews. Thus, the research could triangulate methods in order to avoid methodological reductionism. At the same time, the state counselors mobilize the political space of the CES/RJ in favor (or intention) of discussing the dilemmas of SUS, advances in health policies are distorted by the hegemony clearly printed by the actions of representatives of the SES/RJ. The fact that the political project of the state government is carried forward in association with the social participation led the research to consider that the dilemmas of social control refer to the actual exercise of a counter-hegemony in the process of political decision-making of health and, moreover, the challenges to be overcome are identified in the relationship between state and society in the creation of forums or participative institutions of Brazilian democracy.

Keywords: 1. Health Council. 2. participation. 3. social control. 4. deliberation. 5. Rio de Janeiro. 6. Health Council of Rio de Janeiro

LISTA DE SIGLAS

ADOTE	Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos
CEDIM	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
CES/RJ	Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRFa	Conselho Regional de Fonoaudiologia
CRN	Conselho Regional de Nutrição
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CUT	Central Única dos Trabalhadores
FAAPERJ	Federação das Associações dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio de Janeiro
FAFERJ	Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro
FAMERJ	Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro
FEMERJ	Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro
FETAG	Federação dos Trabalhadores na Agricultura

GT	Grupo de Trabalho
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
RJ	Rio de Janeiro
SAVK	Sociedade de Amigos da Vila Kennedy
SES/RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SESDEC	Secretaria de Saúde e Defesa Civil
SINDMED	Sindicato dos Médicos
SINDPSI	Sindicato dos Psicólogos
SINTTEL	Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Telecomunicações e Operadores de Mesas Telefônicas no Estado do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURA, GRÁFICOS E QUADROS

FIGURA – Mapa do poder e seus respectivos conceitos.....	72
GRÁFICO 1 – Estrutura dos Colegiados Participativos (nível federal, estadual e municipal).....	12
GRÁFICO 2 – Controle social como eixo da representação e da participação ..	14
GRÁFICO 3 – Objeto de pesquisa e suas derivações.....	21
GRÁFICO 4 – Níveis textuais	26
GRÁFICO 5 – Quatro modos de regulação do conflito e princípios-guia	68
GRÁFICO 6 – Distribuição de atores por entidades no CES/RJ.....	86
GRÁFICO 7 – Distribuição de Atas de Reuniões Plenárias do CES/RJ por ano e por tipo (ordinárias e extraordinárias).....	89
GRÁFICO 8 – Distribuição de temas nas Atas de Reuniões Plenárias do CES/RJ (2007-2010).....	95
GRÁFICO 9 – Distribuição das deliberações emitidas pelo CES/RJ, por assunto	105
QUADRO 1 – Diferenças entre a análise de discurso e a análise de conteúdo ..	25
QUADRO 2 – Evolução sequencial dos direitos de cidadania, segundo T. H. Marshall (1967)	36
QUADRO 3 – Modelos de proteção social.....	39
QUADRO 4 – Evolução dos direitos de cidadania no Brasil	43
QUADRO 5 – Diferença entre máquina política e partido político.....	46
QUADRO 6 – Política emancipatória e Política-vida	51
QUADRO 7 – Composição atual do CES/RJ	85

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Número total de conselheiros entrevistados / paridade.....	27
TABELA 2 – Entrevistados na pesquisa no CES/RJ.....	28
TABELA 3 – Participação em outros conselhos de políticas públicas.....	29
TABELA 4 – Cargos ocupados pelos gestores de primeiro e segundo escalões da SES/RJ.....	30
TABELA 5 – Relação total de reuniões plenárias (ordinárias e extraordinárias), conforme atas disponibilizadas (2007-2010).....	88
TABELA 6 – Número total de atores, divididos por segmentos representativos, presentes nas Reuniões Plenárias do CES/RJ (2007-2010).....	90
TABELA 7 – Diálogo estabelecido com outros segmentos do CES/RJ.....	92
TABELA 8 – Distribuição dos assuntos referentes às deliberações emitidas pelo CES/RJ (2007-2010).....	104
TABELA 9 – Mecanismos de consulta entre SES/RJ e CES/RJ fora das Reuniões Plenárias.....	107
TABELA 10 – Exercício do controle social, segundo os gestores.....	108
TABELA 11 – Funcionamento do CES/RJ na ótica do gestor da SES/RJ.....	118
TABELA 12 – Papel do CES/RJ no processo decisório da SES/RJ.....	120
TABELA 13 – O CES/RJ cumpre com seu Regimento Interno (R.I.) e exerce o controle social?.....	123
TABELA 14 – Instrumentação necessária para tomada de decisão no âmbito do CES/RJ.....	124

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1 Delimitação do objeto da pesquisa.....	11
1.1 Conselhos de Saúde e os dilemas do controle social no Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ).....	11
1.2 O projeto de pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro”	16
1.3 Objetivos da tese	19
1.3.1 Objetivo geral.....	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	19
1.4 Hipóteses da pesquisa.....	21
1.5 Considerações sobre a metodologia da pesquisa.....	22
1.5.1 Trabalho de campo e análise das fontes documentais	22
1.5.2 Análise das entrevistas com conselheiros e gestores.....	27
1.6 Considerações sobre ética na pesquisa.....	32
2 Cidadania, políticas sociais e cultura política no Estado do RJ.....	35
2.1 O Estado do RJ nos marcos das políticas sociais	43
3 Os Conselhos de Saúde como inovação institucional e os desafios do controle social.....	49
3.1 Controle social como conceito	49
3.2 A singularidade dos Conselhos de Saúde: uma via para a democratização da participação	53
3.3 O controle social na agenda das políticas de saúde: alguns levantamentos parciais.....	58
3.4 Os novos movimentos sociais e os dilemas da participação	62
3.5 Corporativismo, corporativismos	65
4 O CES/RJ na formação do campo político do RJ: histórico, formação e organização do Conselho	77
5 Composição do CES/RJ e a frequência dos conselheiros nas Reuniões Plenárias	84
5.1 Sobre a composição do CES/RJ na gestão do governo estadual de Sérgio Cabral (2007-2012) 84	

5.2	Frequência dos conselheiros de saúde nas Reuniões Plenárias	88
5.3	Análise sobre as Atas de Reuniões Plenárias	93
5.4	Deliberações do CES/RJ	104
5.5	Algumas observações sobre os conflitos entre conselheiros e gestores: um relato.....	110
6.	Relações entre gestores e conselheiros: convergências e conflitos no controle social.....	116
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132
	DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS.....	143
	SITES DE PESQUISA.....	145
	ANEXO A	147
	ANEXO B	170
	ANEXO C	191
	ANEXO D.....	193

INTRODUÇÃO

Após a redemocratização do Brasil, e através da Constituição de 1988, inúmeras vias de implementação das políticas sociais (consagração dos direitos sociais) foram postas em dinâmica pelo Estado. Em pauta, estavam os já pleiteados direitos à educação, à saúde, entre outros, entendidos como conjunto dos direitos de cidadania. No setor da saúde, as possibilidades abertas com os artigos correlatos e inscritos na Carta de 1988 avançaram na proposta veiculada pelo Movimento Sanitário brasileiro – já nos anos 1970 – de democratizar o acesso à saúde. No caso particular da saúde, personagens centrais desse movimento – como Sérgio Arouca, por exemplo – apontariam a inovação contida no processo constituinte: *democratização da saúde como democratização da sociedade*. Além de diversas iniciativas que se estendem por quase toda década de 1970, os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1986) configuraram pontos importantes de decisão e de mudança na consolidação das políticas de saúde, que são emblemas do aprimoramento da democracia participativa. A ideia central dirigida pelo chamado *partido sanitário* era a de que a democratização da saúde deveria corresponder à inclusão da participação da sociedade nas arenas de deliberação política.

A intenção era, em verdade, além da implementação de um *sistema único*, a extensão e veiculação do conceito *ampliado de saúde*, ou seja, a situação de saúde de uma população não se verificaria somente pelo acesso ao correlato atendimento biomédico; a saúde de um povo dependeria de outros fatores, tais como: acesso à escola, ao mercado de trabalho, a condições de usufruir práticas de lazer, a condições de participação nos processos democráticos, entre outras condições fundamentais do *direito à saúde*¹. Dentre essas condições essenciais, a da participação social nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde possibilitou a edição das *leis orgânicas da saúde*, correspondendo àquelas que se

¹ Nos anos 1980, a Carta de Ottawa, fruto da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – realizada na cidade de Ottawa, Canadá – apontava que a “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. [...] Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (BRASIL, 2002, p. 19-20, grifos nossos).

referiram à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 1990. Assim, a edição da Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, consagra o que consta no inciso III do artigo 198 da Constituição de 1988: a *participação da comunidade* nas ações e serviços de saúde. Na Lei, essa diretriz constitucional implicou a criação e institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde – nos três níveis da federação (União, estados e municípios) – como espaços públicos de deliberação, onde o princípio da paridade emprestaria maior aderência às mobilizações e demandas societárias nas arenas decisórias das políticas de saúde. Compõe a chamada *representação paritária* nos Conselhos de Saúde, o conjunto dos seguintes atores: representantes dos usuários (doravante chamada de representação da sociedade); dos profissionais de saúde; e dos gestores e prestadores de serviços. A ênfase na participação social seria uma das vias principais para a construção de um espaço da Sociedade *no* Estado e criação de práticas concernentes ao *controle social*.

Na sociedade política contemporânea, a ideia de controle social ganha força através da inserção das ações e mobilizações societárias na propositura de *accountability*, ou seja, prestação de contas e de transparência das ações do Estado. Um dos dilemas das democracias contemporâneas colocados pela, cada vez mais intensa, aproximação entre Estado/Sociedade refere-se à capacidade que *sujeitos políticos* têm de exercer as prerrogativas do controle social sobre as ações da gestão governamental. Após a redemocratização do país, e com Constituição de 1988, os *conselhos de políticas públicas* – e antes deles, a mobilização societária via associativismo de bairro, conselhos populares, entre outros exemplos – puderam espelhar essa capacidade crítica de atuação da Sociedade sobre as ações do Estado. Em outra medida, a Carta de 1988 consagra a participação social em conselhos deliberativos – e não meramente consultivos – em diversas áreas da política social.

Nas políticas de saúde, a engenharia institucional que cria os Conselhos de Saúde ordenou esses espaços de deliberação através, ao menos, de três aspectos que expressam a maior intenção do Estado em estreitar as relações com a Sociedade. O primeiro passo foi dado com a decisão de que os Conselhos de Saúde cobririam as três esferas da federação; assim, em cada município, em cada estado e no âmbito da União, as Secretarias e o Ministério da Saúde deveriam organizar e institucionalizar colegiados participativos ou Conselhos de Saúde. O segundo ponto importante no aprimoramento da democracia participativa nos processos de deliberação nas políticas de saúde referiu-se à ideia de distribuir as cadeiras/assentos nos Conselhos de Saúde paritariamente, ou seja, os atores que efetivamente representam as demandas (*inputs*) da sociedade seriam eleitos segundo a divisão entre usuários/sociedade

(50% das cadeiras/assentos), profissionais de saúde (25%) e gestores e prestadores de serviços (25%), e segundo o princípio da representação política, ou seja, o ator eleito “age em nome de” (*acting for*) (PITKIN, 1997). O princípio da paridade das cadeiras nos Conselhos de Saúde conferiria maior capacidade de capilaridade às demandas sociais por parte da estrutura decisória do Estado. O terceiro ponto, referente à inovação institucional contida na afirmação dos Conselhos de Saúde como efeito da democratização, é o que estabelece a representação política de atores da sociedade civil como *sujeitos políticos* capacitados para o exercício do controle social das ações dos gestores governamentais. Desse modo, atores oriundos dos mais diversos estratos da sociedade civil organizados cumpririam o papel de deliberar sobre as ações do Estado que efetivamente impactassem na modernização dos sistemas de saúde. São exemplos de atores dos estratos da sociedade civil, as Federações de Associações de Moradores, as ONGs, variadas frações de movimentos sociais (mulheres, agricultores, negros, portadores de patologias e necessidades especiais, entre outros).

As inovações institucionais que viabilizaram a institucionalização dos Conselhos de Saúde, e que possibilitaram a imbricação entre *controle social*, participação e representação política, foram costuradas através da lei orgânica do SUS, Lei 8142/90 e 8080/90. Além desta, as Resoluções editadas pelo Conselho Nacional de Saúde (por exemplo, a 333/03 e 453/12²), normatizaram a forma através da qual os Conselhos de Saúde – nas três esferas da federação – deveriam funcionar e estruturar-se.

Muito embora a institucionalização dos Conselhos de Saúde representar avanço significativo da democracia brasileira, depois de duas décadas de enraizamento na realidade sociopolítica de estados e municípios, ainda persistem intensos dilemas quanto à legitimidade dos atores que efetivam alguns dos modos de representação nesses espaços ou arenas políticas de deliberação. Além de uma indefinição (ou falta de clareza) quanto ao próprio papel do conselheiro de saúde, os desafios de afirmação do controle social sobre as ações do Estado são dilemas vivenciados pelos representantes da sociedade e profissionais de saúde. Assim, diversas pesquisas vêm apontando que os Conselhos de Saúde poderiam ter efetivado um *papel político* na agenda política da saúde, mas suas ações estão amalgamadas com as escolhas dos gestores de governo. Ou seja, a falta de uma autonomia política dos conselheiros instituiria uma relação de dependência (ou de aliança) com as escolhas políticas do próprio Estado; deixariam, portanto, de espelhar a própria autonomia das demandas societárias perante os decisores de políticas (*policy makers*).

² As Resoluções 333 e 453 dispõem, no geral, sobre *as diretrizes para criação/instituição, definição, reformulação, (re)estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde* (BRASIL, 2003, 2012).

Os dilemas do controle social – tema desta tese – referem-se à própria formação de *sujeitos políticos* partícipes das arenas políticas. Institucionalizados, atualmente, em todos os âmbitos da federação, os Conselhos de Saúde somam um total de 27 Conselhos Estaduais de Saúde e mais 5.500 Conselhos Municipais. Pode-se afirmar que a institucionalização dos Conselhos de Saúde é efetiva, espalhando-se por todos os quadrantes do país. A questão que ainda pede explicação é que, na prática, muitos dos Conselhos de Saúde funcionam através de “velhas” chaves de nossas gramáticas políticas (cooptação, corporativismos, clientelismo, entre outras). Dessa forma, as relações sociopolíticas vivenciadas por várias frações de conselheiros de saúde não espelhariam a mudança requerida pelo próprio processo constituinte dos anos 1980, em que a via ascendente de conformação dos Conselhos implicaria relações mais horizontalizadas entre Estado e Sociedade. Os Conselhos de Saúde fazem parte da estrutura do Poder Executivo, portanto, não são arenas independentes do próprio Estado (caso dos movimentos sociais, por exemplo). Mas, talvez por isso mesmo, a *autonomia política* do conselheiro de saúde não seja colocada em causa pelos próprios governos. Na prática, as relações entre representantes dos gestores e da sociedade e profissionais de saúde espelhariam a reprodução das desigualdades sociopolíticas entre os atores, o que confirmaria, de certa maneira, a hipótese de que o Estado brasileiro formata uma engenharia institucional de aproximação com os atores societários, mas organiza internamente (efetiva uma *seletividade estrutural*) o jogo político entre as diversas representações.

Permanecem como questões implícitas às arenas deliberativas dos Conselhos de Saúde, os dilemas correlatos à indefinição da atividade fundamental dos conselheiros (o *controle social*), além da percepção de que a representatividade de diversos atores societários não cumpriria seu *papel político*. As duas questões referem-se ao tipo de papel que os Conselhos de Saúde efetivam na democracia brasileira. Ou ainda, qual o tipo de *demos* (ou parcela dele) participa das arenas deliberativas dos Conselhos de Saúde. Esta tese busca refletir sobre esses dilemas através de uma pesquisa sobre a atuação das representações dos conselheiros que compõem o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ), durante a gestão do governador Sérgio Cabral (2007-2012)³. Assim, este trabalho está dividido em três partes.

A primeira parte da tese estará dedicada à explicitação dos objetivos gerais da pesquisa. Serão descritos os modos de operacionalização desta, partindo de seu objeto principal: dilemas e desafios do controle social no CES/RJ enfrentados por representantes da

³ Embora a pesquisa se estenda até 2012, esta tese somente analisou dados referentes ao período 2007-2010.

sociedade e dos profissionais de saúde, ante as escolhas políticas dos gestores da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Dessa forma, apresentam-se, no capítulo 1, os objetivos da pesquisa (geral e específicos), nossa hipótese central (derivada de nosso objeto) e os parâmetros metodológicos da pesquisa e da análise dos dados.

Os resultados da tese foram trabalhados em conjunto com os da pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro”, coordenada por Silvia Gerschman⁴. Dessa forma, a tese se insere e é parte integrante desse projeto de pesquisa, tornando-se importante uma breve apresentação de seus objetivos gerais.

É importante ressaltar que nossos objeto e hipótese de pesquisa derivam de uma realidade empiricamente observável e que pode ser localizada temporal-espacialmente. Ou seja, a construção de uma hipótese de pesquisa precisa localizar sujeitos e estruturas no tempo e espaço, permitindo contextualizar o *estudo de caso* (YIN, 2010). Ao localizar a hipótese da tese, a construção de categorias analíticas permitiu estabelecer parâmetros para a análise da forma como o controle social é compreendido pelos atores do CES/RJ.

Assim, a pesquisa levada a cabo sobre os dilemas do controle social no CES/RJ está delimitada pelo contexto da gestão (2007-2012) do governo estadual de Sérgio Cabral. Delimitar esse contexto sociopolítico permitirá perceber convergências e diferenças, conflitos e consensos estabelecidos entre os atores no processo decisório das políticas de saúde para o âmbito estadual. A perspectiva do *estudo de caso* permitiu imbricar metodologias de pesquisa (qualitativas e quantitativas) no intuito de compreender, de um lado, a dinâmica do controle social na visão dos atores envolvidos e, de outro, o modo como as relações de poder afetam a independência e autonomia dos trabalhos desse colegiado participativo do SUS estadual.

Com o objetivo de trabalhar as questões teóricas que nortearam a pesquisa, a parte II da tese foi subdividida em dois capítulos.

No capítulo 2, será apresentada uma discussão sobre o desenvolvimento dos direitos de cidadania em consonância com a proposta de democratização das sociedades através do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*); de outra parte, argumenta-se como a cultura política carioca herda traços peculiares das relações autoritárias e corporativistas que sucessivos governos estaduais estabeleceram com os atores da sociedade. Desse modo, o capítulo objetiva demonstrar alguns dos traços marcantes dos desafios políticos que o estado do RJ enfrenta devido a uma engenharia política que levaria à construção de sistemas de

⁴ O projeto de pesquisa contou com financiamentos do CNPq e da FAPERJ (Cientista do Nosso Estado).

políticas sociais universalizantes. De outro lado, esse processo, que se inicia nos anos 1990, acaba por construir uma identidade própria e *sui generis* na via de implementação das políticas e de inclusão dos atores oriundos de mobilizações societárias nas arenas de controle social (conselhos de políticas públicas) consagradas na própria Constituição de 1988.

No capítulo 3, serão apresentadas as discussões pertinentes às categorias analíticas centrais desta tese (controle social, participação e representação) na agenda das políticas de saúde. Se, por um lado, o conceito de controle social, em diversas abordagens da teoria social moderna, foi identificado por vários autores como forma de controle do Estado sobre a Sociedade ou desta sobre os indivíduos, por outro, será explicitado como a atividade do controle social faz parte, atualmente, da própria maneira como a Sociedade vê, analisa e julga as ações do Estado. Torna-se importante tal discussão na medida em que, se por um lado houve uma *conceptual turn* – no que se refere à ideia mesma de controle social, e que apontaria para uma via de valorização da ação social de sujeitos políticos nos canais de tomada de decisão política –, por outro lado, a própria democracia ainda enfrenta desafios contundentes no que se refere à integração (*social embeddedness*) do efetivo papel desses atores na arena estatal. Por isso, serão mobilizados aportes da teoria democrática contemporânea, no sentido de discutir aspectos oriundos do processo de deliberação em espaços públicos de participação. Intenta-se avançar na reflexão de que, se há uma considerável trajetória de institucionalização da mobilização societária nos conselhos de políticas pública desde os anos 1990, ainda é uma questão a legitimidade do papel dos próprios conselheiros como atores integrados ao processo decisório.

Ainda neste capítulo, uma série de abordagens teóricas serão mobilizadas, no intuito de demonstrar a integração necessária entre polos que não se antagonizam (Estado/Sociedade), apesar de enfrentarem inúmeros desafios no sentido da *democratização fundamental da sociedade*⁵. Entre esses desafios, encontram-se as contraofensivas da sociedade civil e dos novos movimentos sociais que se colocam no sentido da necessidade de se posicionar – e de posicionar suas próprias bandeiras, ou marcos reivindicatórios – *no e dentro* do próprio sistema estatal-capitalista, marcando diferenças com os movimentos sociais clássicos. Nesse sentido, têm um duplo desafio: estabelecer, dentro da *forma Estado*, canais de posicionamento de suas próprias bandeiras e de diálogo crítico com os decisores de políticas (*policy makers*). Como tentaremos demonstrar, esse é o papel que os novos

⁵ A ideia de *democratização fundamental da sociedade* é aqui utilizada no sentido atribuído por Karl Mannheim (1962, p. 54), para quem “a moderna sociedade industrial leva à ação classes que anteriormente só tinham um papel passivo na vida política.”

movimentos sociais procuram cumprir na sociedade democrática contemporânea. Assim, mesmo atuando dentro de uma *forma Estado* (no caso, o Estado democrático capitalista), esses espaços de luta social não podem confundir-se com outras modalidades de representação de interesse – tais como os tipos de corporativismo, que se conformam como modalidades de representação específicas dos interesses (HIRSCH, 2010).

No capítulo 4, serão explicitados o histórico e a formação do CES/RJ no âmbito do campo político do RJ.

Na terceira parte da tese, serão analisados os resultados da pesquisa de campo sobre os desafios e dilemas do controle social no CES/RJ, durante a gestão de Sérgio Cabral (2007-2012). O objetivo principal desta parte será estabelecer, do ponto de vista dos conselheiros (principalmente representantes dos profissionais de saúde e da sociedade), a forma como compreendem o exercício do controle social no âmbito do CES/RJ. Dessa maneira, procurar-se-á identificar quais os dilemas que os diversos estratos de conselheiros enfrentam diante do processo de deliberação que deve existir nas atividades protagonizadas pelos gestores da SES/RJ.

Através do trabalho com vários tipos de registros recolhidos na pesquisa de campo, serão analisadas as relações que se estabelecem entre as diferentes representatividades no CES/RJ (sociedade e profissionais de saúde com gestores da SES/RJ) e suas mútuas-visões a respeito do processo decisório de políticas no âmbito do SUS estadual. Parte-se do pressuposto de que há desafios de legitimação do papel do controle social que se efetivaria pelas diversas mobilizações societárias (sociedade, trabalhadores e profissionais) perante as ações dos representantes do governo estadual. Este fato não se refere somente às heranças de cultura política, tal como na concepção de *máquina política*, ideia levantada em alguns trabalhos sobre o estado do RJ (DINIZ, 1982; GERSCHMAN, 2010; LABRA, 2010). Os dados coletados na pesquisa de campo e analisados nesta parte sugerem que essa herança, além de deixar no estado do RJ uma marca registrada que separa, no limite, a esfera do público dos projetos de privatismos típicos da *máquina política*, também diz respeito a desafios na própria cultura de conformação dos Conselhos de Saúde.

Assim, os dilemas do controle social no CES/RJ podem ser identificados através de dois eixos analíticos: (1) aqueles que dizem respeito à construção da visão da forma como os conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais de saúde percebem o trabalho dos gestores da SES/RJ; e (2) aqueles referentes às práticas necessárias para o incremento do controle social no âmbito do CES/RJ e que levariam os conselheiros representantes da

sociedade a participar efetivamente do processo de tomada de decisão política. No primeiro eixo, importa identificar quais os papéis que os trabalhos do próprio CES/RJ cumpririam perante as atividades dos gestores da SES/RJ. De outra parte, referente ao segundo eixo analítico, importa ressaltar como os conselheiros colocam-se criticamente diante da questão sobre sua real participação no processo de tomada de decisão no âmbito do processo político.

Esta parte compõe-se dos capítulos 5, 6 e 7, nos quais serão explicitadas a formação e estruturação do CES/RJ, a dinâmica de trabalho dos conselheiros e as relações entre os representantes da sociedade e profissionais de saúde com os gestores da SES/RJ. Grande parte da discussão está colocada a partir das dimensões através das quais os colegiados de participação poderiam espelhar a aproximação entre Estado/Sociedade. Importa ressaltar não apenas como funciona a arena de deliberação do CES/RJ, mas principalmente estabelecer a forma e o conteúdo dos debates levados a cabo entre conselheiros de saúde e os gestores da SES/RJ.

No capítulo 5, será apresentada a história e formação do CES/RJ. Com isso, pretende-se demonstrar como o Conselho se forma dentro do campo político estadual, quais seus principais desafios e dilemas. Em consonância com essa história, no capítulo 6, será apresentada a composição e dinâmica do CES/RJ. Com esses dois capítulos, pretende-se demonstrar como a dinâmica do Conselho espelha as relações sociopolíticas próprias ao campo político da saúde pública.

Além disso, no capítulo 6, serão apresentadas as mútuas-visões que espelham os conflitos evidenciados entre conselheiros representantes da sociedade e profissionais de saúde e os gestores da SES/RJ. Nessa medida, não somente será importante identificar que tipo de visão os conselheiros constroem acerca do trabalho que os gestores da SES/RJ efetivam no âmbito do CES/RJ, será igualmente importante perceber como os gestores da Secretaria percebem o trabalho dos conselheiros e como este está integrado ao processo decisório.

Este capítulo salienta como os conselheiros efetivam o controle social sobre os principais instrumentos de planejamento das políticas de saúde construídos pelos gestores da SES/RJ. Isto quer dizer que todos os produtos da SES/RJ – ou aqueles documentos produzidos pela gestão relativos ao Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS⁶) – precisam ser lidos e aprovados no âmbito do CES/RJ. Assim, por exemplo, tipos de documentos como o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão conformam fontes

⁶ O PlanejaSUS é um sistema federal e que deve ser aplicado na rotina de trabalho e interação entre as Secretarias Estaduais e Municipais e os Conselhos de Saúde. Conforma três principais instrumentos de gestão e avaliação da implementação das políticas de saúde nos âmbitos estaduais e municipais: os Planos de Saúde, os Relatórios Anuais de Gestão e as Programações Anuais de Saúde.

de dados imprescindíveis para análise sobre como os conselheiros recebem e deliberam acerca desses instrumentos de gestão. De outra parte, procurou-se demonstrar como os atores constroem visões críticas acerca do papel atribuído aos conselheiros de saúde que, no limite, levam a marca da burocratização da prática do controle social. Esse ponto será demonstrado através do cruzamento das mútuas-visões que gestores e representantes da sociedade e dos profissionais de saúde fazem a respeito do papel do controle social no processo deliberativo da política estadual de saúde no RJ.

A tese procura analisar como é percebida a construção do *controle social* como passo fundamental de democratização da saúde, seus desafios e dilemas. Nesse intuito, as visões dos representantes da gestão, da sociedade e dos profissionais de saúde serão os subsídios através dos quais podem ser problematizadas essas questões. Finalmente, a tese – e o projeto de pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro” – têm por objetivo central refletir sobre o papel das estruturas do governo estadual (SES/RJ e CES/RJ) na condução da política de saúde do RJ, seus impasses e tendências.

PARTE I
DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

1 Delimitação do objeto da pesquisa

1.1 Conselhos de Saúde e os dilemas do controle social no Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ)

Com a promulgação da Constituição de 1988 e em consonância com as lutas sociais pelos direitos de cidadania, os *conselhos de políticas públicas* (TATAGIBA, 2002, p. 49) integraram uma nova engenharia institucional, em que a aproximação entre Estado/Sociedade coloca-se como eixo central para a prática do controle social. No campo das políticas de saúde, os Conselhos de Saúde inauguram um novo modo de inserção da participação social nos canais decisórios do Estado. Através da Lei 8142 de 1990, os Conselhos de Saúde se organizaram como esferas deliberativas da política de saúde, em âmbito nacional, estadual e municipal. A ideia motora foi a de organizar uma arena de debate público entre diferentes atores sociais (sociedade, profissionais de saúde, gestores e prestadores). O objetivo da nova engenharia institucional foi a de institucionalizar a participação societária nos canais de definição das políticas de saúde, sendo a sua estrutura de representação paritária: 50% de representantes da sociedade⁷, 25% de representantes do governo e de prestadores de serviços de saúde e 25% de representantes dos profissionais.

Como passo fundamental do projeto de Reforma Sanitária brasileira, os espaços onde se organizam e debatem os conselheiros requerem a identificação dos atores como sujeitos políticos (GERSCHMAN, 2004a, p. 42-43). A institucionalização da participação da sociedade nos colegiados participativos – através, principalmente, da representação da sociedade no SUS – não só marca diferença com a mera mobilização comunitária (focada em um aspecto da política de saúde, como por exemplo, campanhas sobre a questão saúde-doença), mas demarca o papel representativo e participativo de sujeitos políticos no exercício do controle social (CARVALHO, 1995; FALEIROS *et al*, 2006). A estrutura organizativa dos

⁷ Optamos por utilizar *representação da sociedade* ao invés de *representação dos usuários*, como consta na Lei 8142/90. A ideia contida no texto constitucional – de representação da sociedade – deturpa-se com a definição fracionada de *usuários*.

colegiados de participação perpassa todos os níveis da gestão, como demonstrado no gráfico abaixo:

GRÁFICO 1 – Estrutura dos Colegiados Participativos (nível federal, estadual e municipal)

	GESTÃO	COLEGIADOS DE PARTICIPAÇÃO
FEDERAL	Ministério da Saúde (MS)	Conselho Nacional de Saúde (CNS)
ESTADUAL	Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Conselho Estadual de Saúde (CES)
MUNICIPAL	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Ressalte-se que ao lado dos Conselhos de Saúde, há também dois outros colegiados de participação: as Comissões Intergestores. As duas funcionam como colegiados onde somente os gestores têm assento, e por isso, funcionam como núcleo de decisão política no âmbito federal e no âmbito estadual. Cumprem função de articulação e pactuação política na implementação de políticas de saúde e são comissões paritárias. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) funciona a nível federal e agrega gestores das três esferas da federação: cinco membros do Ministério da Saúde (MS), cinco do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e cinco do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) funciona a nível estadual e conta com membros escolhidos pelos secretários estaduais de saúde e pelos secretários municipais de saúde. As CIBs são espaços de articulação e pactuação política e tem como funções orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais da descentralização das ações políticas na saúde.

Segundo alguns pesquisadores, criadas juntamente com os colegiados de participação social (Conselhos de Saúde), nos anos 1990, as Comissões Intergestores acabaram tornando-se espaços privilegiados de tomada de decisão no âmbito do Estado, e com isso o papel político e deliberativo dos Conselhos de Saúde secundarizou-se (CÔRTEZ, 2009a, 2009b; SILVA, 2000; SILVA e LABRA, 2001). Esse dado acerca do enfraquecimento do papel

político dos Conselhos de Saúde é ressaltado tanto pelas pesquisas mencionadas como por alguns dos atores sociais (representantes da sociedade e dos profissionais de saúde) que refletem criticamente sobre os impasses dos conselheiros de saúde. Os atores sociais argumentam que os Conselhos de Saúde vêm perdendo terreno perante os interesses dos atores estatais, pelo menos em duas configurações atuais do processo deliberativo. Na primeira, os gestores tomam as principais decisões sobre as políticas de saúde no âmbito das Comissões Intergestores (CIT ou CIB) e com isso passam a frente da instância de deliberação pública que são os Conselhos de Saúde. Na segunda configuração, os espaços de decisão conjunta – onde participam gestores, prestadores, profissionais de saúde e representantes da sociedade – torna-se presa à tecnoburocracia do Estado, e passa somente a funcionar como esfera de homologação das escolhas políticas dos atores estatais. De qualquer forma, como ressalta a literatura (CÔRTEZ, 2009b; SILVA, 2000; SILVA e LABRA, 2000; GERSCHMAN, 2004a, 2004b), o papel político dos Conselhos de Saúde e dos próprios conselheiros se fragilizam, acarretando o desvirtuamento do controle social. Assim, Santos e Gerschman ressaltam que a criação das Comissões Intergestores afetaram negativamente o funcionamento das arenas deliberativas dos Conselhos de Saúde e sua capacidade de se tornarem fóruns centrais de decisão sobre as escolhas de políticas de saúde (SANTOS e GERSCHMAN, 2006, p. 182).

O tema escolhido para a pesquisa da tese foi o estudo sobre alguns aspectos dos dilemas concernentes ao controle social no âmbito do SUS estadual. Para tanto, procurará focar um dos colegiados de participação pertencentes à organização do Poder Executivo do governo estadual. Em nosso caso, o CES/RJ configura-se como arena deliberativa onde se discutem e se buscam dirimir questões acerca da política de saúde dirigidas ao âmbito estadual com os *policy makers* (decisores de políticas) (LABRA, 1999).

O controle social nas políticas de saúde, portanto, seria o núcleo de legitimação de novas dinâmicas de representação e de participação da sociedade na formulação e avaliação de políticas públicas (CÔRTEZ e LIMA, 2012; SOUZA, 2007). Assim, como unidade de análise no âmbito do CES/RJ, o objeto da pesquisa procurou compreender o sentido dado ao controle social através do exercício da representação e das dinâmicas de participação levadas a cabo pelos conselheiros de saúde, representantes da sociedade e dos profissionais de saúde. Salienta-se que a institucionalização do controle social como forma de exercício da *accountability horizontal, pública* ou *societal* (BOHMAN, 1996; LAVALLE e CASTELLO, 2008; O'DONNELL, 1998) permitiu a institucionalização de mecanismos de participação

direta, nos quais a sociedade demanda, do poder público, prestação de contas e dos projetos de governo, através da fiscalização de suas ações. A aposta protagonizada pela criação dos Conselhos de Saúde foi a de inverter a tradicional verticalização e centralização burocrática na produção das políticas de saúde, em que o Estado determinaria, em última instância, o formato dessas políticas (*top down*) e selecionaria previamente os atores que delas poderiam participar.

GRÁFICO 2 – Controle social como eixo da representação e da participação



As pesquisas sobre os *conselhos de políticas públicas* (CÔRTEZ, 2009b; GOHN, 2007; LABRA, 2010; TATAGIBA, 2002) vêm apontando importantes questões sobre a constituição e desafios dos Conselhos de Saúde. Muito embora várias dessas pesquisas abordem meramente o caráter descritivo do funcionamento dos Conselhos, em geral, assumem como questionamentos principais:

- **Quem:** quem participa e qual o peso de determinados atores-chave nos processos e nas formulações de agendas políticas dos conselhos?
- **Como:** como esses atores vocalizam os interesses de diversificados segmentos (sociedade, profissionais de saúde, gestores e prestadores)?

Tais pesquisas, derivadas de uma longa tradição de investigação (EASTON, 1957; LIPSET, 1967) – muito embora esses dois tipos de questionamento conformem importantes passos na descrição de como funcionam, *proceduralmente*, essas arenas e que atores-chave

fazem parte das estruturas conselheiras –, deixam entrever o modo como se dá o processo político de participação e de formulação das próprias políticas nesses âmbitos, através da participação de sujeitos políticos portadores de diferentes interesses. Descartam, assim, importantes modos de percepção sobre a forma como as relações sociais e como as *estruturas informais de poder* (HUNTER, 1953) se estabelecem dentro das arenas participativas, correspondendo às escolhas de preferências dos atores envolvidos no processo de tomada de decisão (*policy making*). Nesse sentido, os decisores de políticas (*decision makers*) tomam/realizam suas escolhas na interface com diversos atores das mobilizações societárias, mas sem que as informações mais relevantes (ou seja, aquelas que efetivam ou não uma política pública) sejam distribuídas para os vários públicos interessados – desde o cidadão comum até aqueles atores que participam diretamente das arenas deliberativa.

Em termos de mobilização societária, as posições dos atores que participam de arenas políticas de deliberação podem implicar: (1) a busca dos atores governamentais como parceiros de processos decisórios; (2) o afastamento do sistema político como modo de manutenção da identidade coletiva da mobilização (por exemplo, no caso dos movimentos sociais); ou (3) uma mistura de afastamento e interação dos e com os atores governamentais, em razão do contexto sociopolítico em que esses atores se encontram. No caso dos atores do CES/RJ – representantes da sociedade e dos profissionais de saúde –, há uma ênfase muito clara no primeiro tipo de postura e algumas evidências do terceiro tipo. As evidências dessas tomadas de posição podem ser compreendidas pelos tipos diferentes de ativismo político que essas mobilizações societárias imprimem dentro do CES/RJ, ora procurando a pactuação das políticas de governo ora buscando uma performance política contra-hegemônica. Ao assumir uma posição contra-hegemônica, os espaços de deliberação do CES/RJ são ocupados pela crítica, na busca de mudança de rota das escolhas políticas da gestão (caso, por exemplo, da problemática atuação de Organizações Sociais, Fundações e empresas nos programas de governo⁸).

De um ponto de vista analítico, os processos deliberativos que ocorrem no âmbito dos Conselhos de Saúde precisam ser interpretados como parte do “ciclo de vida” das políticas públicas (CÔRTEZ, 2007; SOUZA, 2007). Segundo Easton, na produção de políticas há uma relação entre *inputs* (demandas da sociedade, por exemplo) e *outputs* (respostas de governos a sociedade). O sistema político elabora *feedbacks* como forma de “resposta” às demandas colocadas pelas mobilizações da sociedade. Esses *feedbacks* são processados no nível do

⁸ Vale lembrar que a atuação dessas entidades de direito privado fora rejeitada pelas representações conselheiras nas Conferências de Saúde do ano 2011.

processo decisório, que leva em consideração variáveis, como o contexto social e os atores envolvidos (EASTON, 1957, p. 384-385).

Dentro da perspectiva das relações entre Estado/Sociedade, portanto, procuraremos estabelecer os modos através dos quais representações da sociedade e dos profissionais de saúde estabelecem interações e legitimam seu peso perante os atores representantes dos gestores. Assim, será explicitada a especificidade do conceito de *controle social* como estratégia de participação da sociedade no processo decisório das políticas (GUIZARDI *et al*, 2004; LABRA, 2005, 2007, 2008; PUTNAM, 2005, entre outros). Compreender como as ações de sujeitos políticos de diferentes extrações são decisivas na determinação de resultados dos dilemas comuns poderia iluminar, nesse sentido, o peso que organizações e atores têm na construção dos espaços de deliberação política (CÔRTEZ, 2007, p. 135; HALL e TAYLOR, 2003, p. 195; STEINMO e THELEN, 1992).

Busca-se investigar as visões e perspectivas dos atores representantes da sociedade e profissionais de saúde acerca dos processos deliberativos durante a gestão do governador Sérgio Cabral (2007-2012), no que se refere à prática do controle social. Assumem-se, dessa forma, alguns questionamentos centrais para a definição de nossa hipótese e categorias analíticas: que lugar esses atores ocupam nos processos políticos estaduais; de que lugar/contexto eles falam; como se dá a dinâmica entre atores representantes da sociedade e dos profissionais de saúde e os conflitos destes com gestores nas instâncias deliberativas do CES/RJ; o que os atores que participam do espaço do CES/RJ compreendem por controle social; há incentivos para que essa prática se realize?

1.2 O projeto de pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro”

Esta tese, que tematiza sobre os dilemas do controle social no âmbito do CES/RJ, insere-se em um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro”. A intenção do projeto, do qual esta tese torna-se um extrato, é identificar e analisar qual o papel desse colegiado participativo (o CES/RJ) no processo de formulação de políticas de saúde no

âmbito do executivo estadual (ou seja, em conjunto com os gestores da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ).

O projeto tem por objetivo analisar a política estadual de saúde no que se refere aos processos de formulação, implementação e participação no estado do RJ, no espaço de tempo compreendido entre 2003 e 2012. Pretende-se cobrir, de maneira genérica, por um lado, a produção governativa (Executivo e Legislativo) no que se refere à política estadual de saúde e, por outro, produzir análises sobre as políticas públicas de saúde no estado do RJ. O foco principal do projeto é a análise sobre a produção de políticas no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) e as proposições e deliberações do Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ) referentes à produção da política estadual de saúde no RJ.

O projeto propõe a elaboração de uma metodologia de acompanhamento e análise da implementação da política e a compreensão das dificuldades de capilarização do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível estadual, implicando isso a importância da gestão estadual na definição de políticas próprias para o estado. Mobilizando variados instrumentos de pesquisa social – e que contemplam técnicas de pesquisa diversificadas, tanto qualitativas quanto quantitativas (observação direta, entrevistas semiestruturadas, entre outros) –, o objetivo do projeto de pesquisa é explorar a definição da política estadual de saúde e sua aplicação nos âmbitos relativos à estrutura político-organizativa de gestão e participação das instituições e organizações que compõem o sistema estadual de saúde, com especial ênfase na Secretaria Estadual e no Conselho Estadual de Saúde.

Diferentemente do que seria desejável e previsível tal como frisado no trabalho de Gerschman (2010), a bibliografia sobre políticas sociais e de saúde é escassa no estado do RJ. Assim, a produção de pesquisas sobre a dinâmica estadual da política de saúde, seus impactos nas relações entre Poder Executivo e Poder Legislativo e sobre os processos deliberativos no CES/RJ é pequena e precisa ser ampliada. Estranhamente, também, não se registra produção abundante no campo da Ciência Política sobre a problemática, por sinal, bastante idiossincrática das políticas públicas no estado após a fusão entre o estado da Guanabara e o antigo estado do Rio de Janeiro, operada em 1975 pelo regime autoritário.

Dados analisados por Gerschman referem-se à incorporação tardia do Estado e municípios do RJ à regulamentação e instrumentos jurídico-legais, especialmente Normas Operacionais Básicas (NOBs), formulados pela União para a operacionalização da descentralização do sistema público de saúde. O Rio de Janeiro permaneceu, até a NOB 2002

(denominada de NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde⁹) – que define a atual modalidade de gestão regionalizada –, sem se acolher na forma anterior de gestão sancionada pelas NOBs 1993 e 1996¹⁰. Ou seja, passaram-se seis anos sem que o estado se habilitasse nem à Gestão Avançada, nem à Gestão Plena do Sistema Estadual. Estas modalidades de descentralização na esfera estadual já tinham se efetivado praticamente em todos os estados do país. Assim, atribuições insuficientemente definidas entre o Estado, os municípios do interior e o próprio município do RJ desembocaram no estabelecimento de relações diretas dos municípios com a União. Produzindo-se, em alguns casos, avanços significativos no processo de habilitação dos municípios para a gestão local bem mais acentuados do que os avanços que o próprio estado deveria alcançar em conjunto com as prefeituras municipais.

O estado do Rio de Janeiro pôde ser, assim, considerado “estado problema”, não apenas pelos dados que mostram, por exemplo, que os estabelecimentos com internações públicas e privadas, atendimentos ambulatoriais e internações são proporcionalmente menores do que nos outros grandes estados da região, mas, principalmente, pelo incipiente estágio de descentralização do sistema de atenção à saúde devido, em grande medida, à ausência de políticas mais incisivas e à dependência orçamentária da federação (GERSCHMAN, 2009).

As especificidades que caracterizam o estado do RJ somam-se às dificuldades relativas às atribuições da esfera estadual, definidas de maneira bastante incipiente na legislação complementar à Constituição de 1988. Por esse motivo, não contribuíram para a implementação do SUS nessa esfera estadual, levando à falta de auto-organização do governo estadual quanto às suas atribuições e competências próprias (ARRETCHE, 2000; GERSCHMAN, 2010). No caso do estado do Rio de Janeiro, o problema se agrava devido às fragilidades no desenvolvimento de um projeto próprio para a saúde e também às dificuldades de financiamento, aplicação e fiscalização (*accountability*) de recursos capazes de implementar o SUS no estado e no marco da política nacional de saúde. Ou seja, a esses problemas que caracterizam as políticas de saúde estaduais, se acrescenta o papel diluído das atribuições estaduais definidas pelo SUS, questão não revista na sua trajetória de vinte anos de existência (GERSCHMAN, 2009).

⁹ Segundo o texto da Norma, os objetivos-guia são “ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; [e] criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (BRASIL, 2002).

¹⁰ A NOB 93, “Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1993). Enquanto isso, a NOB 96, “redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema” (BRASIL, 1996).

1.3 Objetivos da tese

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo geral da investigação é o de analisar, a partir da descrição do objeto, os dilemas do controle social, através das percepções, visões e perspectivas de conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais de saúde. A ideia principal é identificar como esses conselheiros percebem a dinâmica do controle social, seus impasses e dilemas na formulação de agendas de políticas de saúde para o âmbito do estado do RJ.

1.3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos da pesquisa foram identificados tomando-se o objetivo geral da pesquisa e as categorias analíticas (representação, controle social e participação) com as quais trabalhamos. Esses objetivos podem ser enumerados da seguinte forma:

1. Identificar e analisar a composição do CES/RJ a partir dos segmentos representativos que o compõem;
2. Classificar e analisar os tipos de temas mais recorrentes nas Reuniões Plenárias do CES/RJ e aqueles que fazem parte das Deliberações tomadas pelos conselheiros nessas reuniões;
3. Analisar a dinâmica do processo deliberativo que se efetiva no âmbito das Reuniões Plenárias do CES/RJ;
4. Identificar os conflitos e as correlações de força a partir da análise de conteúdo das fontes documentais do CES/RJ e das entrevistas realizadas com conselheiros e gestores;

5. Analisar os conflitos, que se estabelecem entre os diversos segmentos representativos do CES/RJ, referentes à questão do papel efetivo do controle social dentro da construção do processo decisório;
6. Identificar e analisar como se estabelecem as relações entre conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais de saúde com os representantes da SES/RJ dentro da arena deliberativa do CES/RJ;
7. Estabelecer como conselheiros e gestores constroem visões a respeito do processo deliberativo, referentes aos papéis que cada segmento ocupa no âmbito do CES/RJ.

A construção destes objetivos específicos refere-se às orientações da pesquisa de campo realizada com os conselheiros estaduais de saúde e gestores da SES/RJ. A ideia central é a de perceber como os conselheiros estaduais de saúde, com ou contra o segmento dos gestores da SES/RJ, problematizam e levam adiante a prática do controle social. Dessa forma, para a identificação desses objetivos específicos no âmbito da pesquisa no CES/RJ, foram utilizadas diferentes técnicas de pesquisa.

Para a consecução dos objetivos específicos 1 e 2, foram recolhidas fontes documentais do CES/RJ, próprias para a análise de conteúdos discutidos no âmbito do processo deliberativo (Atas de Reuniões Plenárias e Deliberações). No que se refere aos objetivos 3, 4 e 5, foi realizada observação direta em diversas Reuniões Plenárias do CES/RJ (entre 2011 e 2012) e na VI Conferência Estadual de Saúde (realizada em 2011). Os objetivos específicos 6 e 7 foram analisados a partir dos resultados das entrevistas com os conselheiros do CES/RJ e com os gestores da SES/RJ, realizadas através de questionário semiestruturado¹¹. Ressalta-se que a intenção de pesquisa só foi possível porque a tese fez parte de um projeto maior, intitulado “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro”, como descrito acima (item 1.2 deste capítulo).

¹¹ Ver os questionários de entrevistas aplicados a conselheiros e a gestores nos ANEXOS A e B.

1.4 Hipóteses da pesquisa

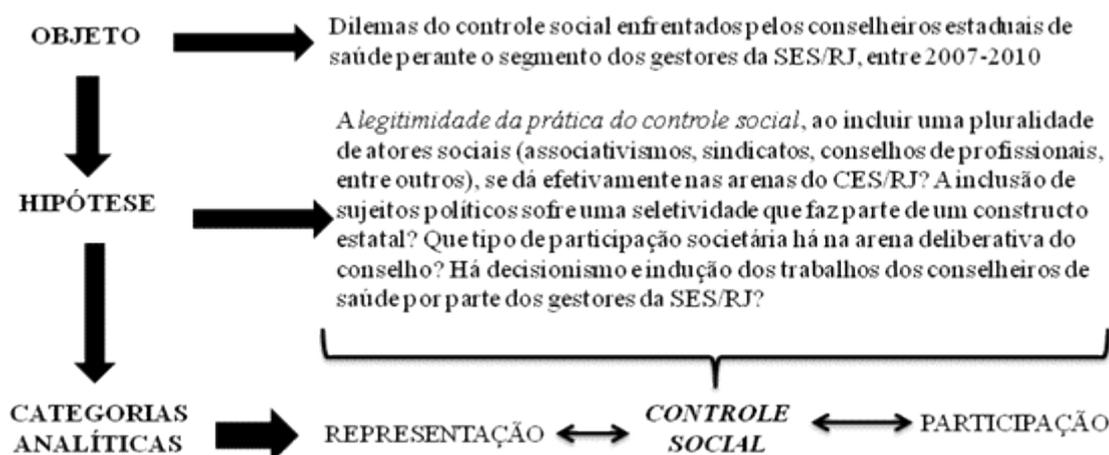
Assumimos como hipóteses de pesquisa algumas questões referentes aos modos de abordagem sobre as três dimensões-chave (controle social, participação e representação).

A *legitimidade da prática do controle social*, ao incluir uma pluralidade de atores sociais (associativismos, sindicatos, conselhos de profissionais, entre outros), se dá efetivamente nas arenas do CES/RJ? De outra parte, a inclusão de certos atores sociais sofre uma seletividade que faz parte de um constructo estatal? Aponta para o modo neocorporativista de atuação do CES/RJ? Que tipo de participação societária há na arena deliberativa do Conselho?

A partir desse primeiro conjunto de perguntas acerca da relação institucionalização/legitimidade do controle social, haveria condições de afirmar que na gestão governamental de Sérgio Cabral (2007-2012) houve continuidade de uma cultura política que herda a indução de políticas como práticas? Ou, ao contrário, houve, no âmbito do CES/RJ, transformação e mudança no que se refere às práticas de representação política e participação na via de efetividade do controle social?

A representação gráfica abaixo busca relacionar os três eixos fundamentais de intenções da pesquisa: seu objeto, suas hipóteses e as categorias analíticas que propiciaram uma leitura através dos dados coletados no CES/RJ e nas entrevistas com os conselheiros:

GRÁFICO 3 – Objeto de pesquisa e suas derivações



Assim, a partir de nossas perguntas-chave, assumimos como proposição acerca do controle social que o CES/RJ é uma estrutura orgânica do governo estadual, e os conselheiros interagem de modo a pactuar os interesses dos projetos políticos da gestão; assim, existem barreiras institucionais referentes ao exercício do **controle social**, tanto no que se refere ao caráter **representativo** das cadeiras/assentos quanto ao papel e mecanismos de **participação**. Essas barreiras institucionais conformam bloqueios ao livre exercício autônomo da prática conselheira de controle social, efetivada – como se terá oportunidade de demonstrar – nas relações de força e poder, conflituosas *per se*, na base de organização do processo deliberativo do CES/RJ: as Reuniões Plenárias.

1.5 Considerações sobre a metodologia da pesquisa

1.5.1 Trabalho de campo e análise das fontes documentais

A pesquisa no CES/RJ foi realizada através de inúmeros instrumentos e técnicas. Para o processo de análise dos dados coletados (fontes documentais, entrevistas e observação direta) foram adotadas técnicas que propiciassem a operacionalização e agregação desses dados conforme a *triangulação de métodos* (DESLANDES e ASSIS, 2008; DENZIN, 2009; FLICK, 2009a, 2009b; MINAYO, 2010). A literatura corrente atribui a Denzin a criação da terminologia nos anos 1970, argumentando que a triangulação permite a inserção de uma diversidade de técnicas de pesquisa e análise de dados, projetando a investigação na ideia de perspectivismo, em que certos estudos de caso e realidades sociais podem ser “olhados” através de múltiplas lentes. Assim, a partir da triangulação ou de *triangulated perspective*, segundo Denzin, os “métodos são como um calidoscópio: dependendo do modo como são abordados, permitem diferentes formas de observação dos dados” (DENZIN, 2009, p. 298, tradução nossa). O próprio Denzin – tal como fizemos nesta pesquisa – afirma que diferentes técnicas de pesquisa de campo podem ser misturadas com a intenção de fundamentar e verificar teorias que possam ser generalizadas (DENZIN, 2009, p. 297). As entrevistas semiestruturadas configuraram-se como “caminho” através do qual o nível social – das

interações, conflitos e das motivações implícitas – pôde se agregar às outras modalidades de análise efetivadas para os objetos ou fontes documentais.

As fontes documentais recolhidas no Conselho, correspondente ao período 2007-2012, referem-se às Atas de Reuniões Plenárias e às Deliberações. Esse conjunto material de documentos conforma os produtos da discussão entre os conselheiros nas Reuniões Plenárias. Somente foi analisado material que o próprio CES/RJ disponibilizou; isto quer dizer que a pesquisa teve acesso às fontes documentais devidamente aprovadas em reuniões plenárias. Estas constituem documentos governamentais e públicos, que permitem perceber o conteúdo das discussões que levam ao processo deliberativo.

As fontes documentais formam um rico arsenal de informações acerca do processo deliberativo no âmbito do CES/RJ. Dessa forma, optou-se pela análise desses documentos a partir da técnica de *análise de conteúdo* (BARDIN, 2009), em que as fontes selecionadas são lidas e classificadas segundo *núcleos de sentido* comuns e a frequência (ou ocorrência) com que os temas são tratados. Essas fontes documentais formam o que Bardin chama de *corpus* de uma pesquisa, ou seja, *o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos* (BARDIN, 2009, p. 122). No que se refere aos conteúdos das Atas de Reuniões Plenárias, estas conformam registros da tomada de posição ou da “fala”, *ipsis litteris*, dos conselheiros representantes da sociedade, dos gestores, prestadores ou profissionais de saúde. Assim, os trechos mais representativos de nosso objeto em discussão – dilemas do controle social – foram citados como forma de evidencia do *conteúdo* analisado.

Além das fontes documentais, como proposta metodológica, o trabalho de campo realizado pela tese levou os pesquisadores a vivenciar o cotidiano dos trabalhos dos conselheiros de saúde. A ideia foi a de vivenciar o cotidiano de trabalhos das Reuniões Plenárias do CES/RJ e da VI Conferência Estadual de Saúde, coletando dados e observando a dinâmica dos atores envolvidos, assumindo o papel de *participante como observador*, através de *observação sistemática* (FLICK, 2009a, p. 204). Nesse sentido, a observação direta se caracteriza como uma técnica de investigação na qual o pesquisador é induzido a manter sua presença, em uma determinada situação social, de forma a compartilhar o cotidiano dos sujeitos da pesquisa e conhecer o cenário (organização) do qual participam (YIN, 2010, pp. 136-137; MINAYO, 2010).

Assim, procurou-se investigar a constituição do controle social na arena deliberativa do CES/RJ através do registro dos embates entre os conselheiros de saúde e os gestores da SES/RJ. Como forma de evidências, a pesquisa buscou amparo tanto nos resultados das

entrevistas com os conselheiros e com os gestores como nos documentos que surgem dos trabalhos destes nas Reuniões Plenárias (Atas de Reuniões e Deliberações). Da mesma forma, realizou observação de tipo etnográfica na VI Conferência Estadual de Saúde no ano de 2011, na qual se pôde registrar parte desses embates entre os conselheiros de saúde e os gestores da SES/RJ.

À observação direta foi agregada a técnica de descrição etnográfica, visto que a ideia de *participar observando* levaria a explorar situações sociais no seu conteúdo latente e manifesto. A partir dessa intenção prática, as descrições que se realizaram sobre a VI Conferência e sobre as Reuniões Plenárias objetivaram compreender como os atores e seus discursos se institucionalizavam através da interação dialógica e nas relações sociais dentro da arena de debates e deliberações desse espaço (FLICK, 2009a, p. 215). Ademais, na maioria dos casos de pesquisa em organizações, a “observação etnográfica [torna-se técnica] fundamentada na observação regular e repetida de pessoas e situações, muitas vezes com a intenção de responder a alguma questão teórica sobre a natureza do comportamento ou da organização social” (ANGROSINO, 2009, p. 74).

Para o trabalho com essas fontes documentais (Atas de Reuniões Plenárias e Deliberações), assim como com os dados coletados pela observação direta (na VI Conferência Estadual de Saúde e nas Reuniões Plenárias do CES/RJ), foi adotada a técnica de *análise de conteúdo* (BARDIN, 2009; MORAES e GALIAZZI, 2011). Assim, a exploração desse material de pesquisa buscou, como primeiro passo, a delimitação da unidade de significação ou sentido. Com isso, os diferentes textos produzidos pelo pesquisador nas descrições etnográficas e aqueles oriundos de uma organização institucionalizada passaram por uma leitura verticalizada de modo a detectar temas referentes aos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2009, p. 131). Em seguida, as unidades de sentido de cada texto foram colocadas em relações com nossas categorias analíticas (representação, controle social e participação) para que a produção dos diferentes textos pudesse ser combinada. Dessa forma, não teríamos diferentes e opostos níveis textuais (o da pesquisa e aqueles que são registros oficiais – como as Atas de Reuniões Plenárias). No processo analítico, os significados não se separam e também não assumem papéis diferentes em relação ao contexto a que se referem.

O passo seguinte refere-se ao processo de categorização das unidades textuais de sentido. Esse processo implica a pesquisa no artifício indutivo, de maneira que as categorias somente são arranjadas a partir do *corpus*. Nesse sentido, são organizados conjuntos de elementos textuais que se assemelham, possibilitando a identificação de propriedades das

categorias. Isso permite, segundo Marques e Galiuzzi (2011, p. 26), que as categorias possam ser construídas “a partir de um mesmo princípio, a partir de um mesmo contínuo conceitual”. O princípio da categorização, segundo Bardin (2009, p. 148), depende da homogeneidade das categorias: “num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registro e com uma dimensão da análise”.

Considerando ainda a produção textual coletada pela pesquisa, a análise desse material procurou concentrar-se nas *mensagens* e nos *discursos* efetivamente encontrados nesse material. Por mais que não seja um discurso de tipo verbal, todo texto (por exemplo, as Atas de Reuniões Plenárias do CES/RJ) se refere a representações das próprias “falas” *in loco*, podendo adquirir inúmeras facetas. Por exemplo, no caso das Atas de Reuniões Plenárias, os discursos podem aparecer como (1) traduções da forma como o técnico do CES/RJ os coloca ou (2) transcrições da própria “fala” do conselheiro. As duas formas precisam ser apropriadas no processo de análise dos dados, porque os dois modos formam um *sentido* para o discurso dos atores.

As duas técnicas, em verdade, produzem para a análise dos dados importantes níveis de percepção. No quadro abaixo, podem ser destacadas algumas diferenças da *análise de discurso* e da *análise de conteúdo*:

QUADRO 1 – Diferenças entre a *análise de discurso* e a *análise de conteúdo*

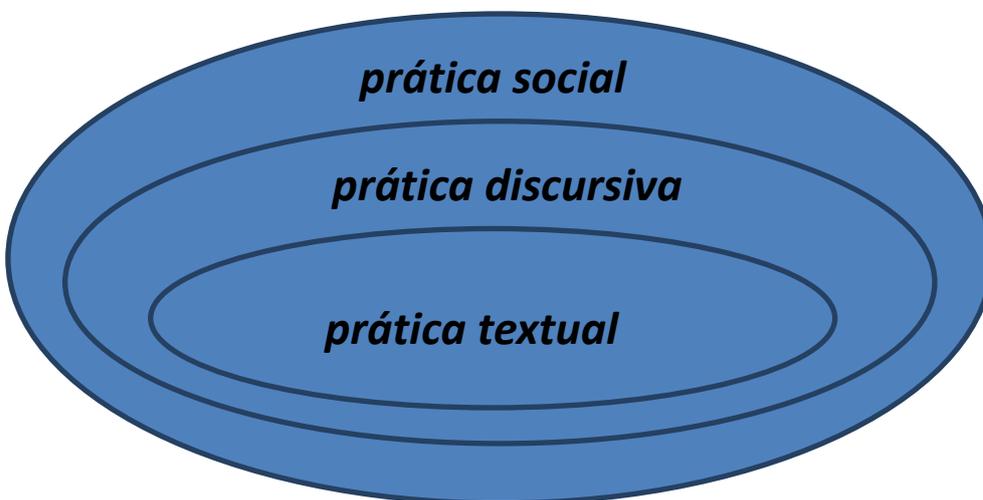
ANÁLISE DE CONTEÚDO	ANÁLISE DO DISCURSO
Nível analítico	Nível interpretativo
Procura estabelecer conexões entre o nível sintático do texto e os níveis semântico e pragmático do mesmo	Tenta saltar diretamente do nível da superfície textual ao nível interpretativo
Pretende responder: “o que expressa um texto?”	Procura responder: “como se produz o discurso em que esse texto se insere?”

Fonte: elaboração própria a partir de Marques e Galiuzzi (2011)

Tomemos um dos exemplos da pesquisa sobre o CES/RJ. Considerando os diferentes níveis textuais coletados, as Atas de Reuniões Plenárias podem ser entendidas como documento público em que se registram os discursos, debates e tomadas de posições dos conselheiros do estado do RJ. Os *usos* da linguagem, traduzida ou transcrita (no caso, uma tomada de posição e/ou uma “fala”, um discurso de um segmento) devem ser problematizados tendo em vista outros níveis de análise, tais como contexto, níveis e/ou intensidade da

interação. Assim, assumimos que, para uma análise crítica do discurso, podemos considerar os seguintes círculos concêntricos – que se afetam mutuamente:

GRÁFICO 4 – Níveis textuais



Fonte: IÑIGUEZ (2004, p. 212)

No nível *textual*, são levados em consideração não somente os agentes que produzem o texto mas também a organização da informação, da coerência e da coesão textuais – em nosso caso, como o *texto* se organiza de tal forma que se aproxima da realidade cotidiana das práticas discursivas dos atores em movimento nas plenárias do CES/RJ. No nível *discursivo*, temos de considerar que todo uso do discurso se enquadra em uma situação, em um tempo e espaço determinados; assim, o nível *discursivo* nos remete à própria *prática discursiva* – ou tomada de posição – que permite a realização de outras práticas sociais (julgar, classificar, informar, criticar, defender, etc.). Por fim, no nível *social*, podem ser identificadas as correlações de força que perpassam a estruturação dos outros dois níveis, sendo assim essa última etapa, uma análise entre estrutura e níveis de ação e relação sociais (ROJO, 2004, p. 212-215).

Esse último nível da análise discursiva, o *social*, escaparia mesmo à prática da pura leitura e interpretação das fontes documentais. Portanto, para alcançar esse último nível, e produzir uma *análise crítica do discurso*, seria preciso interpelar os atores que produzem os outros níveis textuais. As entrevistas semiestruturadas configuraram-se como “caminho” através do qual o nível social – das correlações de força e das motivações implícitas – pôde se agregar às outras modalidades de análise efetivadas para os objetos ou fontes documentais.

1.5.2 Análise das entrevistas com conselheiros e gestores

A organização dos questionários de entrevistas semiestruturadas (tanto para conselheiros como para gestores) teve como forma de estruturação o objetivo-guia do projeto de pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro”¹², assim como os objetivos específicos desta tese.

Dessa forma, ao lado das fontes documentais, trabalhou-se com os resultados das entrevistas feitas com os conselheiros estaduais de saúde e com os gestores da SES/RJ, que formam um segundo tipo de registro sobre os caminhos do processo deliberativo. Trabalhamos com algumas das perguntas do questionário de entrevista semiestruturado¹³ tanto no nível qualitativo (resultando na *análise de conteúdo* subjacente ao ponto de vista do ator) como no quantitativo (identificando, de modo genérico, a frequência com que os conselheiros e gestores fazem alusão aos temas sobre o processo de tomada de decisão). Muito embora nossa amostra de entrevistados no CES/RJ seja pequena (N = 22), acredita-se que o conteúdo exposto em cada entrevista possibilitou uma análise dos dilemas enfrentados no controle social. Assim, nossa amostra de entrevistados correspondeu – ainda que aquém do desejado – ao critério de paridade, como demonstrado na tabela abaixo:

TABELA 1 – Número total de conselheiros entrevistados / paridade

SEGMENTOS	NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTAS	PARIDADE (considerado o número total de conselheiros titulares)
Gestores e prestadores	3	7
Profissionais	7	7
Sociedade	12	14
TOTAL	22	28*

*Considerou-se somente o número total de conselheiros titulares.

A lista dos conselheiros entrevistados e a referência ao segmento e à instituição/organização que representam constam na tabela abaixo. A referência às “falas” dos

¹² O objetivo geral do projeto foi “Explorar a definição da política estadual de saúde e sua aplicação nos âmbitos relativos à estrutura político organizativa de gestão e participação das instituições e organizações que compõem o sistema estadual de saúde, com especial ênfase na Secretaria Estadual e no Conselho Estadual de Saúde”.

¹³ Os questionários de entrevistas aplicados aos conselheiros e gestores encontram-se nos ANEXOS A e B.

conselheiros seguirá a numeração adotada abaixo, seguida pelo tipo de segmento representativo ocupado no CES/RJ:

TABELA 2 – Entrevistados na pesquisa no CES/RJ

ENTREVISTADO	SEGMENTO	INSTITUIÇÃO / ORGANIZAÇÃO QUE REPRESENTA
01	Gestores/Prestadores	CEDIM
02	Sociedade	CUT
03	Sociedade	ADOTE
04	Sociedade	CMS de São Gonçalo
05	Sociedade	CMS de Volta Redonda
06	Sociedade	Rede Feminista
07	Sociedade	FAFERJ
08	Sociedade	SAVK
09	Sociedade	FAMERJ
10	Profissionais de saúde	SINDPSI
11	Profissionais de saúde	CRP
12	Profissionais de saúde	SINDMED
13	Profissionais de saúde	CREFITO
14	Profissionais de saúde	CRFa
15	Sociedade	FAMERJ
16	Sociedade	FAAPERJ
17	Profissionais de saúde	CRN
18	Gestores/Prestadores	FEMERJ
19	Sociedade	FAFERJ
20	Profissionais de saúde	SINTTEL
21	Sociedade	CMS de Queimados
22	Gestores/Prestadores	CEDIM

Além das entrevistas com os conselheiros estaduais de saúde, a pesquisa valeu-se de uma parte das entrevistas realizadas com gestores da SES/RJ. Composto um leque de 26 entrevistados, procurou-se apreender as visões que os gestores governamentais atribuem ao trabalho dos conselheiros estaduais de saúde. Nesse sentido, identificar a importância do modo como os gestores inserem o trabalho do CES/RJ no processo decisório da Secretaria e

que tipo de reconhecimento é atribuído ao papel do controle social torna-se fundamental, na medida em que é possível matizar a inscrição dos atores na arena política.

Quanto ao perfil dos conselheiros estaduais de saúde e gestores da Secretaria, a aplicação dos questionários pôde evidenciar os seguintes traços característicos dos indivíduos que participam dessas duas instâncias do governo estadual do RJ. No CES/RJ, há uma proporcionalidade entre os gêneros (57,9% são homens e 42,1% são mulheres), e os representantes têm uma média de 55 anos de idade. Em geral, os conselheiros estaduais de saúde possuem ensino superior completo (63,2%), enquanto 10,5% possuem ensino médio incompleto e 5,3%, ensino superior incompleto. Desses entrevistados, 52,6% são representantes da sociedade, 36,8% representam os profissionais de saúde e 10,6%, os prestadores e os gestores. A maioria dos conselheiros estaduais entrevistados começou a fazer parte do CES/RJ no ano de 2006. Entre os conselheiros entrevistados, 52,6% disseram ter ocupado assento em outro *conselho de políticas públicas*. A distribuição dos tipos de conselhos de que já participaram é a seguinte:

TABELA 3 – Participação em outros conselhos de políticas públicas

TIPO DE CONSELHO	PERCENTAGEM
Conselhos Municipais de Saúde	50%
Conselhos estaduais de outras políticas	30%
Conselho Nacional de Saúde	10%
Conselhos Distritais de Saúde	10%

No âmbito da SES/RJ, durante a primeira gestão do governador Sérgio Cabral, houve uma predominância do gênero feminino – 69,2% de mulheres e 30,8% de homens¹⁴. Em termos de idade, durante a gestão governamental de 2007-2012, observa-se a média de idade de 47 anos. No primeiro período da gestão Cabral, a pesquisa identificou a diminuição de médicos que ocuparam cargos de gestão (57,5% contra 61,6% na gestão da ex-governadora Rosinha Garotinho). Nessa medida, a formação da gestão contou com os seguintes quadros de profissionais: 11,5% de administradores; 15,4% de psicólogos; 3,8% de contadores; 3,8% de náuticos; e 7,7% formados em direito. A maioria absoluta dos gestores realizou graduação em universidades públicas (61,5%), enquanto 33,3% cursaram cursos em universidades privadas.

¹⁴ Esse dado se diferencia da gestão governamental de Rosinha Garotinho (2003-2006), em que havia um balanceamento entre homens e mulheres trabalhando na gestão (respectivamente, 46,2% e 53,8%). Mesmo assim, há uma expressiva predominância de mulheres no cargo de gestoras, o que configura um dado interessante acerca do papel do trabalho feminino em cargos de gestão governamental.

A grande maioria dos gestores realizou pós-graduação (89,7%) e desses, 65,7% fizeram *stricto sensu*. A pesquisa entrevistou os gestores do primeiro e do segundo escalões da SES/RJ. A tabela abaixo identifica os cargos que os gestores entrevistados ocupavam:

TABELA 4 – Cargos ocupados pelos gestores de primeiro e segundo escalões da SES/RJ

CARGO	PERCENTAGEM
Assessoria	20,5%
Coordenação	10,3%
Diretoria	12,8%
Subsecretários	12,8%
Superintendentes	20,5%
Outros cargos de chefia	10,3%
Não ocupavam cargos	7,6%

As perguntas dos questionários foram construídas nas formas: *fechada* e *aberta*. As *perguntas fechadas* levavam o entrevistado a escolhas múltiplas, utilizando-se diferentes modelos de fechamento: sim/não; escalas de notas 0 a 10 ou de nível de importância; respostas baseadas em um texto previamente elaborado pela pesquisa, entre outros. Importante colocar que, na maioria das perguntas estritamente fechadas, foi colocado espaço próprio (ou “outro”), de forma que o entrevistado pudesse acrescentar algum item de resposta – no caso de as alternativas não cobrirem a opinião do entrevistado ou, então, nos casos de acréscimo de algum tema em questão não contemplado na pergunta. As *perguntas abertas* foram concebidas como justificativa das escolhas feitas pelo entrevistado nas perguntas fechadas (excetuando-se casos em que as perguntas eram inteiramente abertas). Nessa parte do questionário – sua versão qualitativa –, pedia-se que o entrevistado justificasse sua escolha com, ao menos, dois motivos. Essa conduta levou a que os atores entrevistados expusessem os seus pontos de vista acerca de temas específicos.

Todas as entrevistas foram gravadas com a devida permissão dos entrevistados (excetuando-se dois ou três casos em que o ator entrevistado pediu para não ser registrada em gravação sua “fala”). O uso do gravador se justificou, principalmente, no caso das respostas abertas. Nestas, há uma riqueza de detalhes nos discursos dos entrevistados que seria impossível de ser detalhada sem o uso desse instrumento. Assim, em que pese à objetividade do questionário, inclusive nas respostas abertas, é interessante salientar como alguns

entrevistados abordaram longamente alguns assuntos e, assim, enriqueceram a possibilidade de apreensão de vários temas em debate no questionário.

Em termos operacionais, os procedimentos para as análises das entrevistas com os questionários de conselheiros e gestores seguiram os critérios da análise quantitativa. Do ponto de vista da validade externa, os métodos quantitativos permitem gerar generalizações para o conjunto da comunidade de conselheiros e gestores (SERAPIONI, 2000, p. 188). Por princípio, foi importante a análise de *validade*, que possibilita: testar a *validade de conteúdo* (quando o instrumento cobre bem o universo temático que pretende medir) e a *validade de constructo* (que pretende validar as correlações do que é medido com as categorias conceituais e teóricas da pesquisa) (DESLANDES e ASSIS, 2008, p. 203). Nos dois casos, a pesquisa pôde construir análises para o universo da gestão estadual de saúde, tanto no âmbito da SES/RJ como no do CES/RJ.

De outra parte, as possibilidades abertas pelo questionário de justificação das respostas dadas possibilitaram a análise qualitativa dos dados. Para tanto, seguiu-se o mesmo procedimento referido às fontes documentais. A *análise de conteúdo* (BARDIN, 2009) possibilitou a busca de *núcleos de sentido* nos discursos de cada um dos respondentes. Dessa maneira, foram encontradas *afinidades eletivas* entre as respostas de conselheiros e gestores, as quais possibilitaram análises de relações de aproximação e conflito entre os discursos dos entrevistados.

O trabalho com a metodologia quantitativa e qualitativa enriqueceu a pesquisa no sentido de dotá-la de maior flexibilidade na análise de resultados e apontou para possíveis e desejáveis a interação de diferentes perspectivas metodológicas e técnicas. As abordagens metodológicas adotadas pela pesquisa seguiram uma vertente de imbricação de técnicas qualitativas e quantitativas; essa perspectiva metodológica produz o que alguns autores chamam de *triangulação de métodos* (FLICK, 2009b; MAINAYO e SANCHES, 1993; MINAYO e MINAYO-GÓMEZ, 2003). Nesse tipo de abordagem, evita-se o reducionismo na pesquisa social ao se optar por apenas um modelo de técnicas (quantitativa ou qualitativa). Segundo Minayo e Minayo-Gómez,

Nenhum método pode se arrogar a pretensão de responder sozinho às questões que a realidade social coloca. Por isso, exercitando-se um esforço de integração metodológica se pode iluminar a realidade a partir de vários ângulos, o que permite confluências, discordâncias, perguntas, dúvidas, falseamentos, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados. (MINAYO e MINAYO-GÓMEZ, 2003, p. 136).

1.6 Considerações sobre ética na pesquisa

De acordo com a Resolução 196 (de 10 de outubro 1996), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), há regras e procedimentos éticos que precisam ser seguidos no que se refere à *pesquisa com seres humanos*. No que se refere à Resolução, fica explícito que a “pesquisa com seres humanos [é aquela que] individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais” (BRASIL, 1996, p. 2). Assim, a pesquisa de tese procurou focar o indivíduo em suas relações com outros dentro de uma estrutura institucional – o CES/RJ. Seguindo os parâmetros da ética em pesquisa, asseguramos os direitos que dizem respeito aos indivíduos pesquisados (conselheiros) através de quatro referenciais básicos: *autonomia, não maleficência, beneficência e justiça* (BRASIL, 1996, p. 3).

Desse modo, antes mesmo do ingresso do pesquisador no campo, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ. Apreciado pelas comissões pertinentes, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê, recebendo numeração própria que a identifica: CAAE 0181.0.031.000-11. Logo após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ, o projeto de pesquisa foi apresentado formalmente ao CES/RJ. Neste, a pesquisa passou novamente pela apreciação de uma Comissão de Ética quando, após parecer favorável de conselheiros, pôde então prosseguir seu curso normal.

No caso da pesquisa no CES/RJ, todas as vezes em que requeríamos as entrevistas com os conselheiros, eram esclarecidas todas as informações pertinentes: tema da pesquisa, objetivos perseguidos, justificativa para a escolha do entrevistado e métodos adotados. Quando solicitado pelos conselheiros, encaminhávamos via e-mail: carta de apresentação da pesquisa (reapresentada no momento da entrevista) e o projeto de pesquisa. O envio desses documentos assegurava, para os sujeitos da pesquisa, a transparência necessária na relação entre as intenções da pesquisa e a necessidade de sua participação como informante privilegiado. Assim, no momento da entrevista – e conforme a Resolução 196 (BRASIL, 1996, p. 5) – foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver ANEXO D), documento assinado pelas duas partes (pesquisador e sujeito da pesquisa) e que explicita os objetivos almejados com aquela técnica de pesquisa (aplicação de questionário semiestruturado). Além disso, apesar de solicitada a gravação da entrevista, era assegurado o

anonimato do indivíduo entrevistado. Ou seja, reiterávamos ao entrevistado o compromisso da pesquisa com a *não maleficência* dos dados coletados com ele.

PARTE II
MATRIZES TEÓRICAS DA PESQUISA

2 Cidadania, políticas sociais e cultura política no Estado do RJ

A promulgação da Carta Constitucional, em 1988, esteve relacionada a um conjunto de demandas societárias e de atores políticos associados à expansão do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) no país, entendido como modelo de proteção social universalizante. Este deveria vincular os indivíduos aos direitos sociais de forma universal, ampliando, dessa maneira, a concepção de *cidadania social* (MARSHALL, 1967). Muito embora esse projeto de universalização tenha sido legitimado na nova Constituição, a institucionalização das políticas sociais convive com as trajetórias institucionais preexistentes à definição constitucional – tal é o exemplo do *mix* público-privado na proteção social e a falta de mecanismos regulatórios claros no que se refere aos planos e prestadores de serviços privados (GERSCHMAN, 2010; VIANNA, 2000; UGÁ *et al*, 2008).

Em relação às teorias sobre os direitos de cidadania, estes seriam os que fornecem os elementos fundamentais tanto para a autonomia dos indivíduos no espaço social como para sua mobilização e participação na vida política da sociedade. Segundo a tipologia clássica proposta por Marshall (1967), os direitos de cidadania – no caso inglês – teriam evoluído através de três etapas sucessivas, correspondendo a determinadas conquistas individuais e coletivas, assim como dentro de certos formatos de sistemas políticos. Segundo o autor,

O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça. [...] Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. [...] O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com êle são o sistema educacional e os serviços sociais. (MARSHALL, 1967, pp. 63-64).

Na sociedade moderna, os direitos de cidadania corresponderiam a conquistas dos cidadãos que, reunidos no espaço público, demandam uma maior participação do Estado no provimento do desenvolvimento social e econômico. Frutos de longas jornadas

revolucionárias (como a Revolução Francesa) e de mobilizações societárias (como a dos movimentos sociais modernos das classes trabalhadoras, por exemplo), esses direitos representaram não só as conquistas de indivíduos (como no elemento civil), mas também a afirmação dos direitos universais (caso dos elementos sociais que compõem o direito à saúde, à moradia, ao trabalho etc.). Em tese, afirma Schmitter, “o autor [Marshall] desenvolve o conceito de cidadania, e traça a interação entre a crescente igualdade política e a crescente desigualdade econômica, e mostra como, através da política social, o primeiro processo logrou modificar o segundo” (SCHMITTER, 1967, p. 10). Durante o século XX, e apesar das pressões de mercados pelo direito de expandir a seguridade social via iniciativa privada, os sistemas de proteção dos cidadãos formaram-se como marca singular da garantia dos direitos universais de cidadania. Para Marshall (1967, p. 200), os efeitos da construção do “Estado do Bem-Estar Social” corresponderiam a “uma sociedade comprometida com a ‘participação justa’ e com a distribuição de renda real que se podia justificar racionalmente”, e que, portanto, não seria resultado somente das “forças supostamente cegas de um mercado competitivo no qual cada um tinha o direito de tomar para si tanto quanto pudesse”. Dessa forma, pensava o autor, o poder das demandas societárias organizadas modificaria o jogo das forças de mercado, em pelo menos três sentidos: segurança, subsistência e serviços sociais. Ao longo de três séculos – como demonstrado no quadro abaixo –, as conquistas dos direitos de cidadania pelos indivíduos mobilizados em ações coletivas imprimiram um papel decisivo nas relações entre Estado e Sociedade.

QUADRO 2 – Evolução sequencial dos direitos de cidadania, segundo T. H. Marshall (1967)

DIREITOS DE CIDADANIA	PERÍODO HISTÓRICO	CONQUISTAS	SISTEMAS POLÍTICOS
Direitos Civis	Século XVIII	liberdades individuais, de expressão, de religião, de acesso às instituições, de associação	Estado de Direito
Direitos Políticos	Século XIX	conferiam aos cidadãos o direito de participar da escolha de seus governos	Democracia representativa
Direitos Sociais	Século XX	passam a integrar o conjunto da cidadania social (que configuraria o <i>Welfare State</i>), ampliando o direito à proteção social via Estado: saúde, educação, legislação trabalhista, habitação e saneamento, entre outros	Democracias <i>welfareanas</i>

Essas conquistas foram fruto de movimentos sociais modernos que promoveram uma concepção de cidadania como reivindicação de todos para gozar das mesmas condições. Mas é importante ressaltar que, mesmo partindo de uma concepção liberal (associada às liberdades individuais), a ampliação dos direitos de cidadania, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, esteve associada às propostas da social-democracia, que deram fundamento à construção dos Estados de Bem-Estar Social (*Welfare States*).

No Brasil, o desenvolvimento do *Welfare State*, além de tardio, se inicia por iniciativa estatal (como no governo varguista, em que se adotou o modelo corporativista de inclusão dos trabalhadores em sistemas de seguridade social) (SANTOS, 1979). Como ficará claro mais adiante, nossa formação nacional (*national-building*) não conheceu momentos de deflagração ou mobilização popular que impulsionassem, *de baixo para cima* (ou da Sociedade para a forma Estado), um processo constituinte, antecedendo a iniciativa estatal.

A principal diferença entre as concepções liberal e social-democrata se estabelece na relação do Estado com o indivíduo. Enquanto os liberais defendem as liberdades individuais e de patrimônio, tendo como um dos principais fundamentos a preservação da propriedade privada e do mercado autorregulável, os social-democratas procuram valorizar uma visão mais comunitarista da sociedade. Se, por um lado, os liberais defendem a visão de que os mercados podem ser ferramentas importantes na promoção da sociabilidade, na visão dos social-democratas, os governos devem ter papel atuante no controle da esfera econômica (POLANYI, 2000). Finalmente, enquanto liberais são porta-vozes da ideia de um Estado mínimo, os social-democratas defendem a ideia de uma sociedade mais igualitária, com um Estado que esteja e seja presente, o elo da construção de solidariedades possíveis (ZANCAN, DURÁN e MARCONDES, 2010, p. 10).

Os *Welfare States* foram fundados, assim, como uma resposta às demandas sociais oriundas do conflito capital-trabalho, deflagradas entre os séculos XIX e XX. Ao longo do século XX, os governos social-democratas estenderam um leque considerável de direitos de seguridade social, muito embora as inseguranças da *sociedade salarial* (CASTEL, 2005) – desemprego, exclusão social, pobreza, entre outras questões sociais – passassem a ser combatidas através de programas de governo orientados à proteção social dos cidadãos. As concepções que fundamentam os *Welfare States* tomaram fôlego a partir de dois marcos importantes. As medidas de cunho keynesianas (afirmação dos governos como agentes indispensáveis no controle da economia, conduzindo a um sistema de pleno emprego) e as elaborações contidas no Plano de Beveridge (que propunha a intervenção dos governos nas

garantias de proteção social, direitos fundamentais do cidadão – saúde, educação, luta contra a pobreza) (VIANNA, 2000).

Porém, o surgimento do pensamento neoliberal, entre os anos 1980 e 1990, provocou grande abalo, nos sistemas de seguridade social, em um projeto de *retraimento* das bases dos *Welfare States* (PIERSON, 1997). As teses desenvolvidas pelo chamado Consenso de Washington (disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, eliminação de restrições aos investimentos estrangeiros, privatizações de empresas estatais, entre outras) foram então utilizadas no intuito de consolidar o receituário neoliberal nos países em desenvolvimento. Nesse sentido, as agendas políticas nacionais se redimensionaram procurando atender aos imperativos da globalização econômica e deixaram de protagonizar a formulação de agenda de *social policy* (ou políticas sociais) (GERSCHMAN e VIANNA, 2003, p. 81-83). Em parte, as iniciativas do setor privado (das quais se origina o *mix* público-privado, através da ação de entidades de direito privado que atuam nos sistemas públicos) e as ações do chamado Terceiro Setor (as ONGs, por exemplo) tomaram o papel de “braços direitos” do Estado, assumindo diversas formas de gestão e implementação de políticas e programas de governo.

Dentre outros problemas, uma diversidade de modelos, ou tipologias de políticas *welfareanas*, foi construída no intuito de problematizar a diversidade de trajetórias através das quais se deu o desenvolvimento da cidadania social nas democracias. Segundo esses modelos, ou tipologias (ESPING-ANDERSEN, 1991; TITMUSS, 1958), o modelo de *seguridade social* conviveria com outros dois tipos: o *liberal* e o de corte *corporativo*. Os três modelos, para autores como Fleury (1994), institucionalizaram formas diferenciadas de expansão da cidadania nos países latino-americanos. Ao modelo de seguridade, estaria associada a *cidadania universal* – preconização de um projeto social-democrata; enquanto que, ao modelo assistencial, a *cidadania invertida* e, ao de seguros, a *cidadania regulada* (FLEURY, 1994, p. 108; SANTOS, 1979; VIANNA, 2000). Os modelos de proteção social, segundo o estudo de Fleury, podem ser comparados segundo suas características intrínsecas, conforme o quadro abaixo:

QUADRO 3 – Modelos de proteção social

MODALIDADES	ASSISTÊNCIA	SEGURO	SEGURIDADE
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-democrata
Princípio	Caridade	Solidariedade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
Finanças	Doações	% salário	Orçamento público
Cobertura	Alvos	Ocupacional	Universal
Benefícios	Bens/serviços	Proporção salarial	Mínimo vital
Administração	Filantrópico	Corporativo	Público
Referência	<i>Poor Law</i>	Bismarck	Beveridge

CIDADANIA	INVERTIDA	REGULADA	UNIVERSAL
-----------	-----------	----------	-----------

Fonte: Fleury (1994, p. 108), adaptação nossa

A discussão sobre os modelos de seguridade social (e o modo como impactam na vida dos cidadãos comuns) precisa referir-se às respostas societárias que o Estado dá as demandas que provêm das necessidades de indivíduos e grupos sociais vulneráveis. Nesse sentido, é preciso entender que o *Welfare State* constitui-se numa “resposta ao processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas industrializadas e seus consentâneos [...] em busca de estabilidade e segurança, isto é, de um novo tipo de solidariedade” (FLEURY, 1994, p. 115-116). Muito embora essas interpretações acerca do significado do Estado de Bem-Estar Social sejam consensos de uma literatura específica (HECLO, 1981; MARSHALL, 1965), na qual há um claro papel para as políticas estatais no provimento dos direitos, houve um processo de *débâcle* nas modernas sociedades capitalistas industriais que provocou o ressurgimento do projeto ideológico de uma racionalidade econômica que, no limite, levaria à *retração* do modelo de seguridade social.

Segundo Dagnino (2004), os desenvolvimentos do *Welfare State* nas sociedades modernas encontraram-se com a *confluência perversa* de dois projetos antagônicos de democratização das sociedades: de um lado, a expansão e ressurgimento da sociedade civil e dos novos movimentos sociais e, de outro, a agenda preconizada pelos partidários do

neoliberalismo. Segundo acepção já consagrada na literatura sobre o desenvolvimento da seguridade social no Brasil e em países latino-americanos, dos três modelos de cidadania (invertida, regulada e universal) se impôs um *mix* perverso, predominando de fato, o tipo de *universalização excludente* (FAVERET FILHO e OLIVEIRA, 1990), ao tornar, por exemplo, o SUS um sistema de saúde exclusivamente para pobres, enquanto as classes médias e altas usufruem dos planos privados de saúde. Tratar-se-ia, para alguns autores, do desenvolvimento e capilarização de um *mix* público-privado, cuja perversidade atropelou a própria expansão da universalização de políticas sociais como as de saúde (UGÁ *et al.*, 2008; VIANNA, 2000).

A segmentação da oferta dos serviços e a falta de uma política clara de regulação dos planos e prestadores privados de serviços de saúde induziriam à precarização dos sistemas de proteção social (FLEURY, 1994; VIANNA, 2000), tanto para os estratos sociais que acedem aos planos privados (ressalta-se que nesses também há segmentação) como para aqueles que só podem acessar os sistemas públicos (no caso da saúde, o SUS). Acrescente-se a essas situações, a focalização de algumas políticas sociais direcionadas claramente a um público alvo pobre, como nos exemplos dos programas de transferência de renda.

Portanto, são paradoxos do século XXI – ainda não resolvidos – a planificação, gestão e elaboração de estratégias de desenvolvimento de um sistema de saúde condizente com as prerrogativas de constituições *welfareanas*. E é nesse ponto, também, que podemos avançar no questionamento e investigação sobre o efetivo papel que as instâncias colegiadas de participação (os Conselhos de Saúde), através da representatividade de diferentes segmentos que compõem o setor saúde e as demandas societárias, vêm exercendo no que se refere à capacidade de controle social do sistema.

O panorama contextual em que esses dilemas dos Estados de Bem-Estar Social se conflagram podem estar associados aos anos 1970 e 1990, em que as políticas de cunho neoliberal trouxeram consigo a ideia motora de que o desenvolvimento social, político e econômico das nações poderiam ser levados a cabo pela direção dos mercados – esses, *autorreguláveis* (POLANYI, 2000, p. 89-90 e 92). As principais teses do neoliberalismo foram propugnadas por autores como Friedrich Hayek e Milton Friedman e foram postas em prática pelos governos Margaret Thatcher, Helmut Kohl e Ronald Reagan, entre os anos 1979 e 1998. Um dos supostos dos autores – ambos ligados, respectivamente, à Escola Austríaca de Economia e à Escola Monetarista – e dos líderes políticos¹⁵, era o de que a crise econômica

¹⁵ Thatcher governou o Reino Unido de 1979 a 1990, pelo Partido Conservador. Kohl governou a Alemanha entre 1982 a 1998, pela União Democrata-Cristã (CDU). Reagan, pelo Partido Republicano, governou os EUA de 1981 até 1989.

vivida a partir de 1973 fora devida ao excesso de regulação estatal nos setores da economia de mercado.

Cabe ressaltar que esse ideário neoliberal configurou-se no capitalismo pós-industrial, em que não só importantes deslocamentos – no que se refere ao lugar do político nas democracias – se deram, mas igualmente novas plataformas de lutas sociais surgiram. Se, por um lado, às democracias políticas se colocaram formas de *democracia econômica* – em que, por último, autores como Fukuyama (1992) declararam o fim das alternativas ou vias socialistas e o triunfo das democracias liberais –, por outro, os movimentos sociais se recolocaram através de novas e plurais formas de reconhecimento de suas agendas: antirracismo, gênero, homossexuais, meio ambiente, entre outras.

De certa forma, os efeitos das políticas neoliberais aprofundaram, em outro registro, a precarização das condições de trabalho, agudizando questões sociais tais como pobreza, marginalidade e situações de saúde de grupos sociais vulneráveis (GERSCHMAN, 2003, p. 55). Assim, os próprios movimentos sociais se configuraram distintamente das formas clássicas de lutas sociais travadas entre capital e trabalho. Como coloca Altamira (2008, p. 24), é com o surgimento da *nova ordem pós-industrial* que surgem os chamados novos movimentos sociais. É, portanto, dentro das novas mutações da sociedade de capitalismo avançado que os movimentos sociais redimensionam suas agendas e, de certa maneira, se reestruturam. Neste contexto, as lutas sociais encontraram dentro das estruturas do Estado – e não *fora* delas – espaços para a defesa dos direitos sociais (educação, saúde, previdência, entre outros).

De um ponto de vista mais crítico, Zizek coloca:

Creio que a ideia de que hoje já não temos uma luta central, e sim uma multiplicidade de lutas, é falsa, porque não devemos esquecer que o terreno para essa multiplicidade de lutas foi criado pelo capitalismo global moderno. [...] O que digo é que a passagem da antiga luta de classes para todas essas lutas pós-modernas, ecológicas, culturais, sexuais, etc., foi aberta pelo capitalismo global. A base dessas lutas é a globalização capitalista. (ZIZEK e DALY, 2006, p. 185).

Aqui é preciso lembrar que, segundo autores como Brunhoff (1985) e Wood (2010), o edifício do neoliberalismo não se sustentou sem a atuação estatal. Brunhoff destaca que “o capital privado tem sempre necessidade da existência de um poder estatal [...] [; assim, o problema do neoliberalismo] não é o de saber se o Estado capitalista tem uma ação econômica, mas por que e como ele intervém, como tal, no centro do funcionamento do

capitalismo” (BRUNHOFF, 1985, p. 1 e 125)¹⁶. Em uma perspectiva sócio-histórica, Wood coloca que a separação estrutural entre as esferas econômica e política nunca teria ocorrido. Em verdade, a esfera econômica – onde a produção, dominação e exploração ocorrem – sempre esteve *umbilicalmente* unida ao poder político (WOOD, 2010, p. 27).

Dentro desta conjuntura, o processo de redemocratização de países latino-americanos – no final dos anos 1970 e começo dos 1980 – possibilitou a retomada da democracia como regime político que deveria sustentar um sistema político afim com o aprofundamento e expansão dos direitos de cidadania. No Brasil, as mobilizações da sociedade em prol da democratização tomaram forma, por exemplo, com o ressurgimento dos movimentos de base (associações de moradores, comunidades eclesiais, Centro Populares de Cultura, entre outros). No campo da saúde pública e em torno da proposta e construção de um projeto de reforma do sistema sanitário, originou-se um campo de lutas sociais e políticas mais amplo, que contribuiu com a democratização do país e com a formulação do direito social e universal à saúde inscritos na Constituição de 1988 (ESCOREL, 2009, p. 191; GERSCHMAN, 2004a, p. 55; PAIM, 2008, p. 26-30).

Porém, a tensão entre dois projetos políticos que se antagonizaram – o projeto político que aponta para um Estado mínimo e o ressurgimento de contraofensivas da sociedade civil e dos novos movimentos sociais a esse modelo de Estado – tivera forte impacto na política brasileira. Nesse contexto, segundo Dagnino (2004, p. 195), proliferaram canais alternativos através dos quais o desenvolvimento social, político e econômico pudessem ser pensados. Tal é o caso dos conselhos de políticas públicas e, dentre eles, especialmente, dos Conselhos de Saúde, que surgem dentro das arenas do próprio Estado, colocando-se como espaços públicos de participação paritária nos processos decisórios governamentais.

¹⁶ As relações entre o econômico e a política puderam ser colocadas à vista de todos nas novas ondas de crise do capitalismo financeiro a partir de 2007-2008.

2.1 O Estado do RJ nos marcos das políticas sociais

Como vimos no item anterior, o Brasil conheceu processo distinto e tardio de desenvolvimento e expansão dos direitos de cidadania e do *Welfare State*. Como bem salientado no trabalho de Carvalho (2009) – que utiliza o modelo sequencial de Marshall – a evolução da cidadania no Brasil dera-se de forma invertida:

QUADRO 4 – Evolução dos direitos de cidadania no Brasil

DIREITOS DE CIDADANIA	PERÍODO HISTÓRICO	CONQUISTAS	FORMAS DE GOVERNO
Direitos Políticos	Século XIX	direito ao sufrágio, ainda limitado constitucionalmente; somente a partir de 1932 alcançou-se o sufrágio universal (com extensão do direito de voto para as mulheres)	Entre a monarquia (até 1822) e a república (proclamada em 1889)
Direitos Cívicos	Século XX	liberdades cívicas (pensamento, religião, expressão)	Períodos de alternância de regimes (1937-1945 / 1945-1964, por exemplo)
Direitos Sociais	Séculos XX e XXI	expansão de formas reguladas de extensão de direitos, como as aposentadorias; ao mesmo tempo, expansão dos seguros patronais; e extensão dos direitos universais a partir da Carta de 1988	Consolidação da democracia, a partir de 1985

Assim é que nosso modelo de cidadania se inverteria na base. Ademais, a proclamação da república (em 1889) também não fora fruto de mobilização de uma sociedade civil fortemente comprometida com o processo político-institucional. Esse aspecto propriamente *constituente* da política (NEGRI, 2002) só deixaria uma marca registrada no período de redemocratização do país, entre 1979 e 1985. É também nesse período que o Movimento Sanitário (ou Reforma Sanitária brasileira), no embate com a ditadura militar, traçaria suas linhas de luta pelos direitos sociais de cidadania – o que é fato, tanto no arcabouço

constitucional como no desenvolvimento das instâncias colegiadas de participação social nos delineamentos do SUS.

O Estado do RJ acompanhou todo esse longo processo. Foi sede da monarquia, depois da república e de governos eleitos democraticamente, alternando períodos de autoritarismo. Até 1960, o RJ participou como capital da federação de grande parte dos desenvolvimentos da cidadania, quando Brasília é construída, e a capital do país se transfere (LESSA, 2000, p. 345 e 355-360).

A partir dessa década, no âmbito estadual, começa a ganhar força política uma estrutura e um estilo de ação característicos do corte clientelista de modelação da prática política (ou, em outro sentido, uma forma na qual a indução das políticas por parte das instâncias executivas do poder se fortaleceu em detrimento e, muitas vezes, a reboque das bases sociais de representação). O personagem central, que dá o tom a essa prática, é Chagas Freitas (governador entre 1979-1983). Em estudo clássico sobre o RJ, Diniz (1982) diferencia as práticas próprias das agremiações partidárias (partidos políticos modernos¹⁷) daquelas que denominou de *máquina chaguista*.

Ancorada através de inúmeros desenvolvimentos teóricos sobre os fenômenos de patronagem e clientelismo – dos quais provém a categoria de relação *patron-client* (EISENSTADT e RONINGER, 1984) –, Diniz (1982) recupera a concepção de *máquina política* (RAKOVE, 1975), que se torna uma importante categoria de entendimento sobre a cultura política estruturada no RJ a partir do chaguismo.

Rakove, em estudo pioneiro sobre um novo estilo de ação e estruturação das políticas estaduais nos EUA, define a *máquina política* como ação coletiva de um grupo que se movimenta no sentido de *facções políticas* e não no sentido amplo dos modernos partidos políticos. Segundo Merton (1968, p. 138-146), as *funções latentes* (internas) da própria máquina política permitiriam seu desenvolvimento para além das questões coletivas; assim, tenderiam a favorecer interesses específicos de grupos aliados no que se refere às políticas urbano-sociais. A capacidade de capilarização da máquina em setores distintos do espaço urbano (igrejas, associações de vizinhança, clubes recreativos, entre outros) permitiria a criação de vínculos baseados em relações primárias de sociabilidade e não mediadas pelas

¹⁷ Segundo Duverger (2000, p. 450-451), os partidos políticos modernos se caracterizariam pela real ascensão do *demos* às regras de “governo da maioria”, muito embora o *governo do povo* seja, em verdade, *governo do povo por uma elite oriunda do povo* ou *governo da nação por seus representantes*. Duverger afirmou que a democracia não estaria ameaçada pelo *regime de partidos* (sejam eles, por exemplo, *partidos de quadros* ou *partidos de massa*); os regimes democráticos são ameaçados pelas orientações ideológicas de grupos que, ao alcançarem cargos no poder, se distanciam de seu contexto ou de suas bases de representação (para a diferenciação entre *partidos de quadros* e *de massa*, ver DUVERGER, 2000, p. 93-97).

instituições formais (partidos políticos). Nesse sentido, as características do tipo de liderança política podem elucidar as próprias características e estilos da acepção de *máquina*. No estudo de Rakove sobre o assunto – a *Chicago Democratic machine* –, há uma descrição elucidativa do tipo de chefia:

Os líderes da máquina fazem pouco uso da ideologia ou da filosofia, em sua visão política e, se é que têm algumas convicções ideológicas ou filosóficas, estão sempre prontos a subordiná-las às injunções da prática política. A máquina Democrática de Chicago não se orienta em função de metas ideológicas. Dedicar-se primordialmente a conquistar e manter cargos e a usufruir os benefícios do poder [...]. Suas principais exigências em relação aos seus membros referem-se à lealdades e à eficiência políticas. Em troca, desempenha suas obrigações, fornecendo empregos, contratos e o seu próprio sistema de “seguro social”. (RAKOVÉ, 1975, p. 5 apud DINIZ, 1982, p. 33).

A sobrevivência da máquina política, como demonstra Rakove para o caso da cidade de Chicago, depende muito da capacidade da *chefia* ou liderança (no sentido weberiano) de mediar acordos com os movimentos populares (no caso, *negros, latinos e outras minorias*) (RAKOVÉ, 1975, p. 256); ou seja, pela via do clientelismo e do *corporativismo estatal* (SCHMITTER, 1998, p. 75), a chefia política precisa de acesso aos movimentos sociais urbanos – e, no limite, transformá-los e trazê-los para *dentro* das arenas deliberativas da política. Seguindo Rakove, em sua caracterização da *chefia política*, oriunda da acepção de máquina,

Os políticos dirigentes da máquina são práticos, pragmáticos, paroquialistas e não ideológicos. Sabem que todos os indivíduos e grupos que integram o eleitorado estão preocupados com seus próprios interesses [...] e jamais esquecem o que foi feito para eles [...]. O suporte enquanto políticos depende do apoio que possam dar a interesses pessoais e privados professando sempre publicamente o bem comum. Deve se tocar o menos possível em questões políticas emocionais porque alguém ganha e alguém perde: aqueles que ganham esquecem mas aqueles que perdem nunca se esquecerão de vocês. Acima de tudo, não se deve levantar questões de conteúdo ideológico ou filosófico pois este tipo de questões ameaça os objetivos de permanência no poder. (RAKOVÉ, 1975, p. 8 apud GERSCHMAN, 2010, p. 84).

Essa definição, portanto, aproxima-se do cálculo racional de custo-benefício que o chefe político realiza ao se engajar em causas ou ações coletivas – tal como na lógica que orienta os grupos de interesse –; essas características assemelham-se, assim, ao modelo olsoniano de participação, na medida em que os grupos procuram maximizar seus próprios

interesses através de estratégias como as barganhas políticas (DOWNS, 1999; OLSON, 1999). Por outro lado, diferencia-se da lógica dos movimentos sociais – que, de resto, estão na base das formações partidárias modernas.

Assim, o fenômeno clientelista marca as relações de “favor” entre *patron* e *client*, sendo, portanto, relações primárias, diretas, não mediadas pelas instituições (MERTON, 1968). Dessa maneira, a orientação da *chefia política* – e de seus correligionários – é dirigida para agir conforme a lógica de benfeitorias¹⁸. Na lógica de ação dos modernos partidos políticos, ao contrário, a ação dos atores é orientada pela política social e ampliação dos direitos de cidadania. O quadro abaixo demonstra, idealmente, cinco modos de distinguir a ação política da *máquina* e do *partido* – que, de resto, são algumas das características que Diniz encontra no estudo sobre o chaguismo. A *máquina política* funcionaria como partido político hegemônico; porém suas características internas de funcionamento, difeririam da concepção moderna de *partidos políticos*:

QUADRO 5 – Diferença entre máquina política e partido político

MÁQUINA POLÍTICA	PARTIDO POLÍTICO
Favores	Direitos
Projeto de poder	Projeto político
Benfeitorias	Políticas Sociais
Particularismo	Universalismo
Clientela	Cidadão

A organização político-organizativa da *máquina chaguista*, segundo Diniz, se estabelece, principalmente, a partir de 1970. É nesse período, também, que a *chefia política*, marcada pelo personagem Chagas Freitas, favorece a proximidade de certo estilo de ação e estrutura de governo com algumas características fundamentais da máquina política:

- oligarquização partidária (no caso, o MDB);
- relação de proximidade (patronagem e clientelismo) entre políticos chaguistas e bairros, favelas, associações religiosas, de profissionais, de moradores, escolas de samba, etc.;

¹⁸ Weber, nesse sentido, ressalta que “o chefe político [o boss] é a figura que surge no quadro desse sistema de máquina partidária plebiscitária. Quem é ele? É o empresário capitalista político que, por conta própria e correndo seu risco, fornece votos.” (WEBER, 1982, p. 131).

- estrutura da máquina delimitada por áreas de influência, formando as chamadas *redes clientelistas* entre os políticos e entre estes e os cidadãos comuns;
- quem dirime os conflitos dentro da máquina é a figura de um chefe político (assemelhando-se, assim, ao *modelo máfia*¹⁹, em que a aderência das redes de clientela às injunções da máquina política fortaleceria um baixo padrão de cultura cívica e de valores propriamente democráticos).

Assim, três níveis podem ser distinguidos na estrutura da máquina chaguista. O primeiro nível é o da organização política, em que houve o controle oligárquico do partido de forma tal a manter uma homogeneidade interna; a rigorosa seletividade de novos membros imprimia o controle às filiações partidárias, além de manter candidatos de confiança nos principais cargos do Executivo (de que são exemplos, os cargos *de e na* gestão). O segundo nível se refere à capacidade de representação nas bancadas do partido nos Legislativos estadual e municipal. E, por último, o terceiro nível se refere ao estabelecimento e consolidação de vínculos com o Executivo estadual, de forma que uma forte tradição *familista*²⁰ imprimia o caráter faccioso da máquina política chaguista. O que Diniz caracterizou como *esquema político* do chaguismo se basearia em fortes relações de confiança pessoal – próprias do familismo amoral, segundo Benfield –, importante recurso para a integração político-administrativa e das *redes de clientela*.

Abrucio, lançando mão de uma análise sobre a construção do campo político estadual no Brasil entre as décadas de 1980 e parte da de 1990, avança na tese do *ultrapresidencialismo estadual*. A construção dessa ideia – não muito distante da caracterização feita por Diniz da *máquina política chaguista* – leva em consideração que os atos e poderes dos governadores subvertem a lógica do equilíbrio entre poderes, na medida em que suas iniciativas ficam imunes mesmo a *qualquer fiscalização institucional* (seja ela proposta pelo Legislativo ou pelos órgãos de controle externo, como os Tribunais de Conta, por exemplo). De forma assemelhada às características da *chefia política*, os governadores maximizam suas chances de primazia na condução de projetos políticos de sua cúpula partidária, na medida em que alcançam maiorias no Legislativo estadual. A lógica clientelística que os governadores constroem visa à obtenção de apoio parlamentar e ao “grau de participação efetiva dos deputados na determinação das prioridades de governo”

¹⁹ O *modelo máfia* foi desenvolvido em obra pioneira de Benfield (1958).

²⁰ Expressão caracterizada, também, a partir do estudo de Benfield (1958).

(ABRUCIO, 2002, p. 110-113). O *pacto homologatório* que se efetiva entre os governadores e o Legislativo seria garantido,

[...] pela cooptação dos deputados através da distribuição de recursos clientelistas e pela ausência de participação e responsabilização dos parlamentares diante das políticas públicas implementadas pelo Executivo, a não ser na pequeníssima parte que interessa à base local de cada deputado. (ABRUCIO, 2002, p. 114).

Foi por esta via – através de modulações próprias à acepção rakoveana de máquina política – que os governos estaduais, como no caso do RJ, se desenvolveram. Algumas investigações procuraram demonstrar como o RJ se tornou *estado-problema* a partir dessa herança chaguista (GERSCHMAN, 2010, p. 77; MOTTA, 2001; OSORIO, 2005). Tal como ressalta Parada, desde 1975 – ano da fusão do antigo Estado da Guanabara com o do RJ – as políticas de saúde não se estadualizaram. Ou seja, não houve fusão correlata nas políticas de saúde, na medida em que a definição das funções estaduais no SUS ficou prejudicada. Manteve-se foco na *municipalização radical* do sistema de saúde, com atuação autônoma dos municípios em relações diretas destes com a União (PARADA, 2001). E com isso, o processo de institucionalização da arena deliberativa do CES/RJ encontrou-se com uma formação frágil de reconhecimento da participação social nas arenas de tomada de decisão política.

Um dos esforços do projeto de pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro” e da produção da tese foi o de tentar cobrir duas lacunas nos estudos sobre processos participativos na política brasileira: (1) aquela que se associa ao *gap* das investigações centradas na singularidade do Estado do Rio de Janeiro (esforço, pioneiramente, coberto pelo conjunto de artigos publicados por UGÁ *et al*, 2010); e (2) a de entender como se estabelecem e se constroem pontos-chave das políticas de saúde dentro de arenas deliberativas (como é o caso do CES/RJ). Uma das questões centrais do objeto de investigação desta tese se refere à maneira como esses atores (gestores e prestadores de serviços; profissionais de saúde; e representantes da sociedade) estão mobilizando o espaço de deliberação do CES/RJ para discutir questões-chave e problemáticas na política de saúde estadual.

3 Os Conselhos de Saúde como inovação institucional e os desafios do controle social

3.1 Controle social como conceito

O controle social é dos grandes conceitos que mobilizou atores em torno de transformações nas relações entre Estado e Sociedade. O sentido da participação política nas instituições participativas (AVRITZER, 2007) sempre foi polissêmico, dada a discussão sobre que parcelas ou frações do *demos* participam de arenas deliberativas de tomada de decisão, representando a sociedade (BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013; UGARTE, 2004, p. 93). A temática não é nova, remontando à discussão sobre democracia representativa e participativa. Segundo Sousa Santos e Avritzer (2009), perante o já esgotado paradigma de representação política liberal (associado à ascensão das democracias representativas), foram colocadas formas de “democracia participativa” (conselhos populares, orçamento participativo, etc.). No que se refere às teorias sociais e políticas²¹, clássicas e contemporâneas, sobre as relações entre Estado e Sociedade, pode-se perceber abordagens que: (1) ora pendem para um dos polos de investigação (como se comportam esses novos espaços públicos dentro das estruturas de Estado ou como os atores sociais se mobilizam diante das instituições); (2) ora apresentam as diversas formas de participação sociopolítica (por exemplo, os *conselhos de políticas públicas*) como instâncias representativas de determinados setores da sociedade, apesar de não aprofundarem as relações estabelecidas

²¹ Na teoria de Rousseau ([1762], 1978), a ideia de um contrato social passaria pelo *poder soberano* que emana do povo e que com ele exerce, sobre a autoridade constituída, o controle social. A essa altura, já perto da Revolução Francesa, Rousseau defende a forma de governo republicana, cuja legitimidade seria dada pela soberania popular. O contrato social em Rousseau, nesse sentido, fundaria uma comunidade coesa, na medida em que “encontrar uma forma de associação que defenda e proteja a pessoa e os bens de cada associado com toda a força comum, e pela qual cada um, unindo-se a todos, só obedece contudo a si mesmo, permanecendo assim tão livre quanto antes” (ROUSSEAU, 1978, p. 32). A ideia original em Rousseau é a de que o pacto social entre os homens estabelece o *corpo político* que dá origem ao órgão soberano (a *vontade geral*). Assim, todo membro da sociedade política fundada pelo contrato social seria um membro constituinte dos poderes políticos do soberano, agindo dessa forma como vigilante em relação ao Poder Executivo. A tendência a agir contra a *soberania popular*, desde Rousseau, fora colocada como formas através das quais os homens, ou uma classe de homens, exercem o poder de *usurpação* ou de *despotismo* sobre o próprio princípio-guia do governo da maioria: o *demos* pode e deve, ele mesmo, decidir sobre sua vontade.

entre representantes e representados; ou ainda, (3) tratam da conexão e aproximações necessárias, para o entendimento do papel dos espaços públicos em regimes democráticos, entre Estado (organizador das estruturas institucionais) e Sociedade (*loci* de construção das identidades coletivas e de formação dos sujeitos políticos).

Atualmente, como se tentará demonstrar, os estudos sobre diferentes modalidades de espaços públicos vêm procurando associar-se à terceira das abordagens acima apontadas: a tentativa de integração dos focos de investigação das relações entre Estado e Sociedade. Esta tese trabalhará com esse modo de abordar as relações entre instituições políticas e mobilização societária.

Assim, na tradição sociológica, poderíamos destacar duas formas peculiares de compreensão do conceito de controle social:

- [...] originalmente, o termo lidou com um dos aspectos gerais da sociedade e serviu para compreensão sociológica da ordem social. (JANOWITZ, 1975, p. 82, tradução nossa);
- [...] descreve a capacidade da sociedade de se auto-regular, bem como os meios que ela utiliza para induzir a submissão a seus próprios padrões. (ZEDNER, 1996, p. 138).

Como ressaltam os dois autores citados, a prática do controle social seria uma das vias pelas quais as sociedades políticas modernas constroem redes de sociabilidade que levam os indivíduos a manterem os laços de coesão através da socialização de seus membros e, ao mesmo tempo, os projetam na capacitação para manter, por via do consenso democrático, o controle das ações de seus representantes políticos.

É nesse sentido que, a partir dos anos 1930, refere Janowitz, há uma *conceptual turn*, e a ideia de controle social passa a referir-se a processos nos quais diferentes grupos adquirem formas de *self-regulation*, tanto sobre suas próprias ações e movimentos (“movimento interno”, referente ao automonitoramento do indivíduo) como nas diferentes formas de relação com as próprias ações políticas do Estado (“movimento externo”, ou seja, aquele que se refere à ação de monitoramento dos indivíduos sobre os representantes do Estado).

Esses movimentos de *self-regulation*, segundo Giddens, referem-se a aspectos da *reflexividade*, em que indivíduos e grupos sociais elaboram o automonitoramento sobre suas próprias ações e sobre o universo das relações com os outros. Esses quadros referem-se à constituição de uma *consciência discursiva*, ou seja, aquela capacidade que os atores têm de discernir e expressar, verbalmente, aquilo que pensam sobre as condições sociais,

especialmente a sua (GIDDENS, 2002). Essa consciência, segundo o autor, está ancorada no que chama de *monitoração reflexiva da ação*, ou seja, no caráter deliberado do próprio agente de “auto-interrogar-se em termos do que está acontecendo” à sua volta e dentro de si mesmo (GIDDENS, 2002, p. 75). Em outro registro, esses aspectos que levam os indivíduos a formas de *reflexividade* cada vez mais complexas referem-se ao surgimento de *políticas da vida* que projetam as sociedades nas práticas de empoderamento (*empowerment*). Segundo Giddens, as *políticas-vida* somente surgem quando se supõe a *emancipação* dos indivíduos, tanto do peso das tradições como das condições de dominação hierárquica. Assim, as *políticas da vida* implicam os indivíduos nos processos de escolha e decisão, o que, enfim, garantiria aos indivíduos o poder de decidir e deliberar sobre as próprias transformações da vida social (solucionar, por exemplo, dilemas comuns) que impactam diretamente tanto na vida pública como na vida privada (GIDDENS, 2002, p. 197). O quadro abaixo auxilia na compreensão dada por Giddens das relações intrínsecas entre *política emancipatória* e *política-vida*:

QUADRO 6 – *Política emancipatória e Política-vida*

<i>Política emancipatória</i>	<i>Política-vida</i>
1. Libertação da vida social das amarras da tradição e do costume	1. Decisões políticas que derivam da liberdade de escolha e de poder gerador (poder como capacidade transformadora)
2. Redução ou eliminação da exploração, desigualdade ou opressão. Interesse na distribuição do poder/recursos	2. Criação de formas moralmente justificáveis de vida que promovam a autorrealização no contexto da interdependência global
3. Obedece a imperativos sugeridos pela ética da justiça, da igualdade e da participação	3. Desenvolve uma ética relativa à pergunta “como devemos viver?” numa ordem pós-tradicional e contra o pano de fundo das questões existenciais

Fonte: Giddens (2002, p. 198)

Nas teorias contemporâneas sobre a importância da participação social nos canais decisórios de produção de políticas, vários autores frisam a ideia de controle social como aquela em que a sociedade e seus movimentos organizativos (associações de bairro, ONGs, movimentos sociais, entre outros) imprimem nos seus governos a necessidade da *accountability* e assumem uma posição de sujeitos políticos comprometidos com o processo democrático. Dessa forma, entre diversos autores, há uma evidente associação entre as práticas de controle social e o aumento da participação nas arenas políticas de tomada de decisão ou deliberativas. Com isso, atores oriundos de diversas mobilizações societárias

imprimiriam formas de controle na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas (incluindo nesse ciclo, a prestação de contas dos representantes do Estado). A ênfase na participação social – de novos movimentos sociais, ONGs, associativismos, sindicatos, entre outros segmentos – possibilitaria a democratização dos processos decisórios como sinônimo de aprimoramento da *cidadania ativa* (BENEVIDES, 2003). Dessa forma, os próprios modelos de políticas públicas viriam enfatizar mais o tipo *bottom up* (“de baixo para cima”) e menos aquela típica construção *top down* (“de cima para baixo”), levando a que a sociedade civil tomasse parte constituinte no processo de formulação de políticas (AVRITZER, 2007; CARVALHO, 1995; DAGNINO, 2002; FERREJOHN, 1999; LAVALLE *et al*, 2006; O’DONNELL, 1998; PUTNAM, 2005).

As pesquisas empreendidas por Putnam e colaboradores (2005), entre 1970 e 1990 na Itália, procuraram demonstrar as desigualdades regionais (em termos de modernização política e econômica) através do estoque de *capital social*, o qual levaria à determinação de *círculos virtuosos ou viciosos* no desenvolvimento político e social. Recuperando a síntese tocquevilleana, na investigação sobre a experiência de criação de governos regionais na Itália – possibilitando o desenvolvimento do princípio da descentralização política e administrativa –, Putnam recupera a tese de que o *contexto cívico* importa para o funcionamento das instituições. O autor vai além e demonstra que a cultura cívica atua de forma positiva no desempenho das instituições, e sua falta produz obstáculos. Portanto, associado à *confiança interpessoal* e política, o contexto cívico traduz-se na construção de valores democráticos fundamentais para autonomização dos indivíduos e da sociedade. Os *recursos morais*, tendo como pilares básicos a confiança, a solidariedade, a reciprocidade e os sistemas de participação cívica, compõem o que Putnam chama de *capital social*.

Avaliando o desempenho institucional das regiões do norte e do sul da Itália, Putnam identificou disparidades de desenvolvimento social, político e econômico. As regiões do sul, apresentando uma forte rede clientelista, certos padrões de *familismo amoral* e baixa identificação de sua população com os representantes políticos, demonstraram o baixo desempenho das instituições; de modo contrário, as regiões do norte, com bom desempenho das instituições, demonstraram alta satisfação e comprometimento da população nos assuntos públicos. Nessa medida, essa caracterização possibilita o reconhecimento de *círculos virtuosos e viciosos* como determinantes do desempenho institucional. A conclusão contida nesse estudo de Putnam é a de que o desempenho prático das instituições políticas sofre

influência direta do contexto social no qual estão inseridas; ao mesmo tempo, os atores modelam as instituições e estas são remodeladas pela história.

3.2 A singularidade dos Conselhos de Saúde: uma via para a democratização da participação

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 estabeleceu o retorno ao regime democrático regido por procedimentos que definem o modo representativo e participativo da democracia. A proliferação dos espaços públicos no país – entendidos como novas formas de participação social, sejam eles, *conselhos de políticas públicas*, organizações da sociedade civil ou novos movimentos sociais –, após a redemocratização, é fenômeno que remete às novas configurações das relações entre Estado e Sociedade. Nas sociedades que reinstalaram regimes democráticos a partir de meados dos anos 1970 – a abertura *lenta, gradual e negociada*, como foi o caso do Brasil –, o processo de inclusividade (ou participação) de diversos atores nas arenas de decisão das políticas sociais permitiu que fossem institucionalizados mecanismos de *accountability vertical*. As eleições, estas livres e idôneas segundo O'Donnell (1998) e Dahl (2005), ocupam o papel principal de assegurar que os países sejam, de fato, democráticos; porém, o tipo vertical, *per se*, não garantiria a reprodutibilidade e a governabilidade democrática necessárias à manutenção não só de um regime mas igualmente de um sistema político democrático. Segundo O'Donnell, ao lado do tipo vertical de *accountability*, deveriam funcionar canais *horizontais* que permitissem às *novas poliarquias* fortalecer o poder de participação do *demos* em agências estatais de controle social (O'DONNELL, 1998, p. 40).

Nas *novas poliarquias*, argumenta O'Donnell, o poder do *demos* é estrangido, na medida em que os componente tipicamente *liberais* e *republicanos* que a sustentariam são frágeis. Ou seja, alcançam-se os *procedural minimum* de liberalização do regime democrático, muito embora a inclusividade (ou participação) seja um dos principais dilemas políticos para países que efetuaram a redemocratização nos anos 1980. Assim, para a plena democratização do regime político, O'Donnell afirma que os ideais republicanos e liberais expressam:

- [que] há alguns direitos que não devem ser usurpados [eixo liberal];

- [em que há identificação no] cumprimento dos deveres públicos, uma atividade de tal forma enobrecedora que requer uma cuidadosa sujeição à lei e um devotado serviço ao interesse público. (O'DONNELL, 1998, p. 31).

O ideal *democrático* seria aquele que, segundo O'Donnell, ignoraria a distinção clássica de público/privado efetuada pelos ideais *republicanos* e *liberais*:

[...] podem haver de fato atividades privadas mas, em primeiro lugar, aqueles que participam das decisões coletivas não são a elite virtuosa e sim aqueles mesmos que podem encarregar-se de uma vida privada ativa e, em segundo lugar, e principalmente, como Sócrates e outros descobriram, o demos pode deliberar sobre qualquer questão: ele tem o direito de tomar decisões sobre qualquer tema que julgue apropriado. (O'DONNELL, 1998, p. 31).

O desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro (denominado Sistema Único de Saúde – SUS), ao longo do século XX é, de alguma forma, também, herdeiro de uma longa trajetória em que as diferenciações entre modernização econômica e atraso nas condições de bem-estar da população impõem caminhos e trajetórias de reformas estruturantes e planejamento em longo prazo. Muito embora, ao se redemocratizar, o Brasil tenha adentrado na rota de esforços pela superação daquela diferenciação (entre desenvolvimento econômico e social) e aperfeiçoado em um alto nível seus sistemas de seguridade social (dos quais a saúde é uma componente fundamental), ainda são grandes os desafios que estão colocados para os gestores e atores sociais que participam da construção do SUS. O contexto histórico-político de desenvolvimento das lutas pela Reforma Sanitária brasileira e dos Conselhos de Saúde (instituídos por lei com o objetivo de atuar nas discussões e definições da política de saúde), são aspectos que matizam esses dilemas e avançam na proposta de democratização fundamental, na acepção mannheimiana.

A trajetória da Reforma Sanitária brasileira, a partir da década de 1980, possibilitou a articulação de inúmeras demandas para o desenvolvimento ampliado e universal da seguridade social. Importante ressaltar, nessa trajetória, o aprimoramento do conteúdo das políticas públicas, pautadas por diretrizes definidas, tanto na Constituição como nas leis que sancionam as chamadas “políticas nacionais” do setor saúde. Disso decorre que a gestão da saúde pôde pautar-se na direção, entre outros aspectos, de adensamento dos aspectos modernizadores do sistema de saúde, fortalecimento do caráter e das relações interfederativas (ações intergestores, compartilhadas), além da inclusão da participação da sociedade – em

caráter rotativo, mas permanente e paritário – nas esferas de deliberação (como é o caso dos Conselhos de Saúde).

Muito embora esses aspectos de caráter macroestrutural sejam extremamente relevantes no entendimento dos avanços políticos e sociais do país, diversos aspectos ligados à dinâmica interna das *regras do jogo* político (IMMERGUT, 1996) e às lutas pela redemocratização devem ser ressaltados. Esses aspectos esboçam uma trajetória em que o conflito entre atores e agendas tem um papel central em termos de avanços e retrocessos no desenvolvimento do SUS, entendido constitucionalmente como integrante da organização do conjunto integrado da seguridade social brasileira – conforme consta na Constituição de 1988, título VIII, capítulo II, artigos 194 a 204 (ANGHER, 2013, p. 71-81).

No que se refere ao último aspecto, devem ser ressaltados os esforços de governos democráticos recentes de restabelecer os canais de representação dos interesses da sociedade sob forma de *corporativismo societal* (SCHMITTER, 1998, p. 101). Neste sentido, trata-se – como é o caso do Brasil – da mudança dos modos pelos quais os interesses da sociedade civil foram e são incorporados nas arenas públicas de deliberação estatal. O fortalecimento do *diálogo social* ou *concertação social* pode ser observado em diversificadas experiências de instituição de conselhos (de saúde, de assistência social, de desenvolvimento econômico e social, entre outros), entendidos como formações político-organizativas que: (1) promovem experiências inovadoras de mobilização societária, na medida em que se estruturam como órgãos, sejam deliberativos ou consultivos e paritários (ou seja, com composição de igual número de assentos/cadeiras destinadas para atores da gestão de governo, profissionais/trabalhadores e membros da sociedade civil organizada); e (2) reconhecem que a solução de dilemas sociais marcantes (como a pobreza, as desigualdade, a dinâmica insuficiente da economia), via formulação de um novo modelo de desenvolvimento, como no caso do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES)²², deve ser compartilhada com atores relevantes da sociedade (empresariado e sindicalismo, sendo os dois setores que mais fortemente atuam nessa instância conselheira).

No que se refere ao processo introduzido pela Reforma Sanitária brasileira, os aportes teóricos sobre cidadania e direitos facilitaram a identificação da correlação de forças existentes no desafio da redemocratização e estruturação do *Welfare State*: de um lado, a criação de identidades políticas – ou do sujeito político –, que se refere ao movimento social mais amplo e, de outro lado, a introdução do neocorporativismo como mecanismo estratégico

²² Ver, a esse respeito, o site do Conselho: <http://www.cdes.gov.br/>

de fortalecimento de *políticas de aliança* atreladas a interesses especificados (grupos de pressão como, por exemplo, os médicos e os planos privados) (OFFE, 1995; POULANTZAS, 2000). Desse modo, para o movimento sanitário foi importante a perspectiva de seus atores se constituírem como sujeito político no processo de reformas, de forma a buscar um *consenso social* amplo referente à saúde como direito social: como estabelecido na Constituição, “um dever do Estado”²³. Apesar do híbrido público-privado, ou na acentuação da dominância de mercado (planos privados)²⁴, a luta empreendida com o projeto da Reforma Sanitária brasileira se relaciona à proposta de fortalecimento do caráter universal e público da saúde como direito de cidadania (GERSCHMAN, 2004a; PAIM, 2008).

Assim, no Brasil, os Conselhos de Saúde, através da Lei 8142/90²⁵, se organizaram como esferas deliberativas da política de saúde, tendo por âmbito de atuação as três esferas da federação. A ideia motora foi a de organizar uma arena de debate público entre atores políticos e sociais – incluindo aí a categoria dos atores do setor privado (os prestadores privados de serviços: as misericórdias e as filantrópicas, por exemplo). O objetivo foi institucionalizar a participação societária nos canais de definição das políticas de saúde, sendo a sua estrutura de representação paritária: 50% de cadeiras devem ser constituídas por atores das mobilizações societárias (novos movimentos sociais, ONGs, associativismos, entre outros); os outros 50% das cadeiras são ocupados pelo governo, profissionais de saúde, representação da assistência privada. Nos anos 1980 e 1990, no Brasil, na contramão das políticas de ajuste, “a efetividade dos Conselhos relaciona-se à pressão exercida pelos usuários, pelos movimentos sociais organizados e profissionais de saúde e à maior proximidade da população com as autoridades locais.” (GERSCHMAN, 2004a, p. 244).

No entanto, a fragmentação das demandas sociais e, conseqüentemente, dos novos movimentos sociais, imprimiram certa paralisia ao movimento popular em saúde. Apesar de os chamados novos movimentos sociais terem modificado em inúmeros aspectos suas agendas políticas, essas novas demandas encontraram, na década de 1990, grande dificuldade de penetração dos decisores de políticas (*policy makers*) na arena política e, por fim, no processo e formulação de políticas públicas.

A transição à democracia e a luta pelos direitos de cidadania e liberdades civis e políticas geraram a revitalização da sociedade civil (pluralismo partidário, surgimento de novos movimentos sociais, aumento dos níveis de associativismos, entre outros aspectos).

²³ Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil (ANGUER, 2013, p. 72).

²⁴ Ver, a esse respeito, Bispo Júnior e Messias (2005).

²⁵ Lei esta que foi resultado do veto à Lei 8080 de 19/09/1990 – lei orgânica federal que foi vetada pelo então presidente Fernando Collor de Melo.

Porém, ao contrário da *virtuose* que gira em torno de muitos estudos, como apontou Dagnino, o processo de abertura na via da democratização fundamental se caracterizou pela fragmentação e não linearidade, o que corta as possibilidades de “conceber a sociedade civil como o demiurgo do aprofundamento democrático” (DAGNINO, 2002, p. 279). Também a cultura política brasileira, conservando práticas autoritárias e corporativistas – além dos fenômenos clientelistas e das relações de patronagem, como no caso do RJ (DINIZ, 1982) –, deixa entrever sérias lacunas e desafios. Na verdade, como ressalta Dagnino,

[...] o impacto da sociedade civil sobre o desempenho do Estado (*governance*) é uma tarefa que não pode se apoiar num entendimento abstrato dessas categorias como compartimentos separados, mas precisa contemplar aquilo que as articula e as separa, inclusive aquilo que une e opõe as diferentes forças que as integram, os conjuntos de interesses expressos em escolhas políticas: aquilo que está sendo aqui designado como projetos políticos. (DAGNINO, 2002, p. 282).

Assim, a Constituição de 1988, que propôs a estruturação tardia do *Welfare State*, legitimou a capacidade e reconheceu a multiplicidade de mobilização de diversificados atores em torno do planejamento das agendas de políticas governamentais (ou seja, aqueles atores empenhados na incorporação de demandas sociais latentes). Os casos da Reforma Sanitária brasileira e dos Conselhos de Saúde remetem à reflexão de que é preciso observar o movimento dos atores e como esses se constituem em sujeitos políticos que exercem papel singular na estruturação e correlação de forças em jogo, tal como demonstrou o estudo de Gerschman (2004a).

Ou seja, o lugar ocupado pela formação dos Conselhos de Saúde e a significação do projeto de Reforma Sanitária brasileira requerem que se reconheçam estes como espaços e/ou lugares políticos abertos a apropriações, interferências, elaboração de concertações etc., na formulação, implementação e avaliação de agendas para as políticas governamentais. A *ossatura material* do Estado, como ressaltou Poulantzas, estrutura-se como *autonomia relativa* em relação às classes e frações de classe. Assim, o Estado funcionaria, aqui, como organizador da institucionalização da participação e do fortalecimento dos interlocutores políticos, que se tornam imprescindíveis para a legitimidade da democracia; de outra parte, uma determinada *forma Estado* pode colocar-se como *desorganizadora* das lutas sociais que se procuram fazer representar nas instâncias estatais (POULANTZAS, 2000, p. 128-130 e 143). Essa desorganização se faz sentir nas inúmeras fragmentações das questões sociais

(mulheres, negros, homossexuais, índios, meio ambiente, entre outras), que apontam para a pluralidade discursiva dos *novos movimentos sociais* (LACLAU, 1986).

A questão, portanto, dos conselhos de políticas públicas – como é o caso dos Conselhos de Saúde – coloca em xeque, não somente a sua capacidade de incorporar atores relevantes que carregam consigo uma pluralidade de demandas fragmentadas, mas também sua própria inserção nos mecanismos e processos político-democráticos, tanto em seu caráter propriamente deliberativo como no normativo (ou da formação de uma arena dialógica que leve os atores a encontrarem parâmetros mínimos, ou *razoáveis*, de decisão sobre aquilo que consideram ser o justo – *fair*) (RAWLS, 2000, p. 98).

O aporte analítico sobre os novos movimentos sociais emprestaram importantes eixos de referência para se pensar na formação dos espaços públicos onde as contraofensivas à avalanche neoliberal puderam ser recolocadas. Entre outros aspectos, as formações de identidades coletivas e do sujeito político são pontos de importante consideração (GERSCHMAN, 2004a), porque, se não nos permitem falar acerca de espaços públicos como movimentos sociais *per se*, possibilitam pensar sobre as suas bases estruturantes: quem são os atores e em torno de que eixos de mobilização se identificam dentro das arenas de debate nos espaços públicos?

Em outro registro, é importante diferenciar a perspectiva dos novos movimentos sociais daquelas apresentadas pela literatura neocorporativista – que vem ressaltando a questão dos tipos de corporativismos que fazem parte da vida política dos regimes democráticos (STREECK e SCHMITTER, 1985). Essa diferenciação é importante porque, ao mesmo tempo em que esclarece sobre perspectivas diferentes acerca do vínculo de atores políticos com as esferas de deliberação política, demarca conceitual e analiticamente duas categorias importantes na compreensão dos processos e dinâmicas que se estabelecem em instâncias governamentais, como é o caso dos conselhos de políticas públicas.

3.3 O controle social na agenda das políticas de saúde: alguns levantamentos parciais

Nas políticas de saúde, os novos movimentos sociais provocam novas relações com os poderes constituídos, na medida em que buscam a autoafirmação da mobilização societária

como *instituinte do instituído* (FALEIROS *et al*, 2006; PAIM, 2008). A esse aspecto, relacionam-se as constituições dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, entendidos como espaços onde o processo deliberativo não ocorre “por cima” – afirmação das hegemonias da *ruling class* – mas efetiva-se na inclusão das demandas da sociedade “por baixo”, através da ênfase da participação social como *conquista* de novos espaços no processo decisório (DEMO, 2009, p. 23; ESCOREL e BLOCH, 2005, p. 96; GUIZARDI *et al*, 2004, p. 16).

Assim, por exemplo, faz parte do processo deliberativo a discussão dos próprios procedimentos institucionais que outorgam o direito de deliberar²⁶, ou seja, do sentido do *dever-poder* inscrito nas próprias competências do sujeito político conselheiro e que lhe é outorgado pela própria legislação e resoluções do SUS (emitidas pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde e construídas localmente pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde²⁷). Faria parte do processo de tomada de decisão dentro dos Conselhos de Saúde – como no caso do CES/RJ – a discussão crítica que os conselheiros fazem acerca dos documentos legais que legitimam e colocam as regras do processo de deliberação. Implica isso o grau de conhecimento que os conselheiros têm das ferramentas que normatizam a dinâmica e o processo de deliberação.

O aprofundamento dos espaços públicos de deliberação e sua democratização, portanto, depende não somente da efetivação do controle social, mas igualmente da forma como a participação é vivenciada e da legitimidade das representações que ocupam assento nos Conselhos de Saúde. Segundo Pereira, “os movimentos sociais são, portanto, atores fundamentais na construção de espaços deliberativos de forma a manter uma postura crítica em relação às instituições públicas, procurando tematizar novas questões que serão analisadas e comparadas com as propostas já existentes, colaborando, assim, com o processo de aprofundamento democrático” (PEREIRA, 2012, p. 81).

Na literatura recente sobre os Conselhos de Saúde, vem-se ressaltando o desconhecimento e despreparo dos conselheiros – principalmente representantes da sociedade – para o efetivo processo de tomada de decisão. Com isso, vários autores têm ressaltado a ausência de políticas de capacitação ou educação permanente para os conselheiros; além

²⁶ Isso ocorre, por exemplo, no processo de formação – a cada quatro anos – das Conferências de Saúde (nacional, estaduais e municipais). Todas as Conferências têm seu próprio Regimento Interno, que explicita: as temáticas; a organização e a estrutura da comissão organizadora; as atribuições das comissões organizadoras e de relatoria; a forma de eleição das propostas. Todos esses pontos são discutidos nas plenárias dos Conselhos de Saúde.

²⁷ Referimo-nos aos seguintes exemplos: Lei 8142/90; Resolução 33/92, 333/03 e 453/12; os Regimentos Internos, construídos por cada um dos Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais).

disso, é um consenso entre autores, a distância que se cria entre a atividade representativa dos conselheiros e suas bases sociais (ou categorias/setores representados). No limite, como colocam alguns desses autores, inúmeras distorções podem ser identificadas na atividade dos conselheiros de saúde – desde aquelas relacionadas à representatividade das cadeiras/assentos nos Conselhos de Saúde, passando pela falta ou ausência de mecanismos claros de capacitação dos atores para atuar no processo deliberativo, até as distorções próprias da *máquina estatal* e suas práticas tipicamente clientelistas e corporativistas (COTTA *et al*, 2009, 2011; GERSCHMAN, 2004b; LABRA, 2008; MARTINS *et al*, 2007). Alguns aspectos desses obstáculos à construção do processo de deliberação nos Conselhos de Saúde são respaldados pelos resultados das 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde. No que se refere ao controle social, o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde coloca que “os Conselhos de Saúde carecem de estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo” (BRASIL, 2001, p. 44, grifos nossos). Esse diagnóstico revela, não somente a falta de independência de trabalho nos Conselhos de Saúde, mas também a falta de autonomia dos conselheiros perante à gestão. Colocam-se em xeque não somente o caráter efetivo do controle social a partir da participação ativa e instituinte dos representantes da sociedade e profissionais de saúde, mas também os vínculos que se estabelecem com o gestor das Secretarias de Saúde:

[...] os Conselhos de Saúde carecem de autonomia frente ao Executivo, pois muitos não têm orçamento próprio, e outros são instituídos por decreto e não através de Lei. São comuns os “Conselhos Cartoriais”, atrelados ao gestor, com vícios na representação dos diversos segmentos, inclusive de usuários, comprometendo a autonomia política. São ainda apontados vícios na elaboração dos regimentos dos Conselhos e Conferências, que nem sempre são discutidos de forma democrática com os conselheiros. Em suma, os atuais instrumentos para a garantia da autonomia dos Conselhos frente ao gestor são insuficientes para evitar a dependência, a concentração e o abuso do poder. (BRASIL, 2001, p. 44-45, grifos nossos).

A questão do caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde, assim como problemas oriundos da representatividade dos conselheiros são destaques dos resultados da 12ª Conferência Nacional de Saúde:

[os Conselhos de Saúde] enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais: o não exercício de seu caráter deliberativo na maior para dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infra-

estrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados. (BRASIL, 2004, p. 101, grifos nossos).

O que os autores e documentos governamentais pautam, em geral, refere-se, de um lado, à inconclusão do processo de democratização da participação social nos processos de tomada de decisão política dentro dos Conselhos de Saúde (GERSCHMAN, 2004a, 2004b), de outro lado, à não associação da ideia instituinte do controle social nas políticas de saúde somente ao caráter fiscalizatório das ações da gestão por parte de representantes da sociedade (FALEIROS *et al*, 2006; PAIM, 2008).

Conforme ressaltado na discussão sobre a definição do objeto de pesquisa (ver capítulo 1), entre alguns pesquisadores, acrescentar-se-ia o fato de que o papel político dos Conselhos de Saúde vem sendo secundarizado (CÔRTEZ, 2009a, 2009b; SANTOS e GERSCHMAN, 2006). Como colocam Côrtes e colaboradores,

Com a institucionalização das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, ali passou a ser discutida a maior parte das questões relativas ao financiamento, descentralização e estrutura gestora do SUS e estruturação e funcionamento do sistema de saúde. Estas instâncias de pactuação federativa foram colocadas no centro da arena política da área, reduzindo o interesse de gestores e prestadores de serviços em controlar as atividades do Conselho, visto a partir de então como fórum decisório secundário (CÔRTEZ, 2009a, pp. 67-68)

Assim, para que o controle social se legitime como cultura política dentro do SUS, é preciso amadurecer o caráter participativo de sujeitos políticos, entendendo-se a participação como um processo de conquista da sociedade civil e não como benefício estendido pelo Estado às *classes subalternas*. Ao contrário, seriam essas classes (ou sujeitos políticos) que invertem o caráter do controle social (agora, “de baixo para cima”) e aproximam as demandas da sociedade à política pública através do exercício da representação (PITKIN, 1997).

Estaremos diante, portanto, de dois eixos fundamentais no caráter conflitivo das relações Estado/Sociedade: o vertical e o horizontal. No primeiro, em que o Estado controla as forças sociais, temos o tipo de mediação de interesses no qual os atores estatais controlam e filtram os conflitos oriundos das mobilizações societárias; no segundo, a relação entre atores da sociedade civil produz redes de controle sobre as ações dos atores estatais que implicam a própria mudança na indução (corporativa) das mobilizações societárias. As ações horizontalizadas promovem o reconhecimento necessário, por parte da política, das demandas

sociais latentes (desigualdades sociais relacionadas à raça, gênero, homossexuais, etc.). A ideia é que os novos movimentos sociais legitimem suas lutas na esfera dos processos decisórios, rompendo com a produção das hegemonias que fazem que alguns grupos acumulem mais poder do que outros no processo deliberativo – como demonstrado mais adiante, no caso dos atores representantes da própria SES/RJ.

3.4 Os novos movimentos sociais e os dilemas da participação

O paradigma dos movimentos sociais modernos se estabelece na oposição ao corte teórico de análise da lógica da ação coletiva (cuja extração adveio das teorias de escolha racional). Na perspectiva dos teóricos da ação coletiva, grupos de pressão se formam no intuito de agir dentro da esfera estatal, defendendo seus próprios interesses (OFFE, 1995). Assim, o indivíduo é caracterizado como um calculador dos próprios interesses e sua motivação para qualquer forma de ação coletiva estaria, portanto, baseada no cálculo racional de custo-benefício. Nessa linha, segundo Olson,

A idéia de que os grupos sempre agem para promover seus interesses é supostamente baseada na premissa de que, na verdade, os membros de um grupo agem por interesse pessoal, individual. Se os indivíduos integrantes de um grupo altruisticamente desprezassem seu bem-estar pessoal, não seria muito provável que em coletividade eles se dedicassem a lutar por algum egoístico objetivo comum ou grupal. Tal altruísmo é, de qualquer maneira, considerado uma exceção, e o comportamento centrado nos próprios interesses é em geral considerado a regra [...] (OLSON, 1999, pp. 13-14).

Ao contrário, no paradigma dos movimentos sociais modernos, tem-se o reconhecimento de uma esfera antagonista dos interesses puramente individualistas. Além de seu foco de atuação se centrar fora da esfera estatal, a sustentação do confronto político se estabelece na delimitação de objetivos comuns e na *formação de identidades coletivas* (TARROW, 2009, p. 23).

Assim, a ação coletiva não se constitui como movimento social *per se*. Na verdade, como afirma Touraine (1980), o sistema de ação coletiva funciona como uma predisposição para a constituição de um movimento social. Estes seriam uma forma de “ação conflitante de agentes de classes sociais lutando pelo controle do sistema de ação histórica” (TOURAINÉ,

1980, p. 335). Ou seja, o movimento social questiona os modelos sociopolítico, econômico e cultural, justamente quando estes estão em crise ou quando há desgastes nas relações entre Estado e Sociedade. É quando as organizações (políticas) se tornam impermeáveis às demandas sociais, quando se tornam incapazes de responder às necessidades da sociedade, que se abrem frentes para a formação dos movimentos sociais.

Nesse sentido, enquanto o sistema de ação coletiva se organiza como ação reivindicatória dentro do modelo político vigente, os movimentos sociais agem fora deste, de forma tal que possam colocar em xeque o sistema organizacional. Apesar de se complementarem, a ação coletiva deve ser entendida como um embrião do movimento social. Ou seja, conforme Melucci (1985), os espaços onde o conflito social se estabelece podem ser considerados terrenos abertos às mudanças; estes estão, assim como a formação de movimentos sociais, sempre *latentes* na sociedade. Para esse autor, a latência desses espaços de conflito, onde podem proliferar os movimentos sociais, é independente – na mesma linha de Touraine (1980) – das instituições de governo e do sistema partidário. Assim, para Melucci, a possibilidade de pontos de conexão entre instituições políticas e demandas coletivas se estabelece no reconhecimento do conflito como condição necessária das democracias contemporâneas.

Apesar de o paradigma clássico dos movimentos sociais ser ressaltado como fundamental, deixa entrever algumas condições necessárias para sua sustentação como eixo de mobilização social (identidade do ator), que não passou negligenciada pelos autores que se alinham com o paradigma dos novos movimentos sociais.

Talvez as características mais marcantes dos novos movimentos sociais, que os diferenciam tanto da perspectiva da ação coletiva quanto de algumas abordagens clássicas dos movimentos sociais, sejam o reconhecimento e a ênfase nas práticas culturais singulares, nas lutas sociais cotidianas e no papel da formação de solidariedade entre os indivíduos. A ênfase de vários autores dessa corrente é que, na base da construção de identidades coletivas (ou de vínculos de solidariedade entre os indivíduos), está a formação do sujeito político (COHEN, 1985; GERSCHMAN, 2004a; LACLAU, 1986; TOURAINÉ, 1984).

Para Touraine, em uma abordagem acionalista, a presença do *ator* nos novos movimentos sociais é uma variável sem a qual não é possível pensar em termos de projeto e sustentação das mobilizações societárias. A concepção de ator, para Touraine, não se confundiria nem com uma ideia liberal de indivíduo nem com a mera consciência de classe das perspectivas marxistas. Tal como coloca o autor, “o que opõe o movimento social à classe

é que esta pode ser definida como uma situação, enquanto o movimento social é uma acção, a acção de um sujeito, isto é, de um actor que põe em causa a formação social” (TOURAINÉ, 1984, p. 103).

Assim, a singularidade do ator destaca uma diferença fundamental em relação aos movimentos sociais clássicos. Enquanto estes se identificam através de eixos de luta mais amplos (como, por exemplo, o clássico movimento da classe operária), os novos movimentos sociais são difusos, e os motivos de reivindicações se aproximam da multiplicidade das questões sociais e de identidade (meio ambiente, questões de gênero, entre outras). A presença do ator nos novos movimentos sociais requer que haja uma identificação daquele com determinados valores culturais do seu grupo de pertença (mulheres, negros, homossexuais, índios, entre outros). A questão da formação de identidades singulares envolve *demandas inegociáveis*, que permitem aos novos movimentos sociais manterem sua autonomia reivindicatória e se expressarem politicamente (PIZZORNO, 1988).

Nesse sentido, para Laclau (1986, p.43), a formação do sujeito político no paradigma dos novos movimentos sociais refere-se à diversificação das lutas e reivindicações sociais, em que “cada posição de sujeito ocupa locais diferentes no interior de uma estrutura”. Esses conjuntos de posições diferenciadas das reivindicações sociais se estruturam na forma de *discursos*. As formações discursivas, para Laclau, permitem “abordar o agente social como uma pluralidade, dependente das várias posições de sujeito, através das quais o indivíduo é constituído” (LACLAU, 1986, p. 43).

Assim, as ideias de controle social, participação e *accountability* referem-se a um mesmo processo no qual os sujeitos políticos demarcam seu lugar no processo constituinte *do político* na política. A recuperação *do político*, segundo Mouffe (1996, p. 12), refere-se à ênfase no caráter conflitivo da própria constituição dos sujeitos políticos, comprometidos com processos deliberativos de formulação de políticas. O controle social, assim, efetiva-se quanto mais *agonística* for a dinâmica deliberativa. A criação de espaços públicos *agonísticos* refere-se à perspectiva de Mouffe de que “longe de ameaçar a democracia, a confrontação agonista é a condição mesma de sua existência. A especificidade da democracia moderna radica no reconhecimento e legitimação do conflito e na negativa de suprimi-lo mediante a imposição de uma ordem autoritária.” (MOUFFE, 2007, p. 36-37, tradução nossa).

Aqui, o conceito de sociedade civil exposto por autores contemporâneos, e que vêm trabalhando com o tema dos novos movimentos sociais, torna-se fundamental. Cohen e Arato (2001) fazem uma defesa enfática da sociedade civil como *procedimento*. Afirmam que são

justamente as diferentes formas de ação coletiva surgidas no tecido social que podem dar sustentação a uma ampla mobilização autônoma de atores sociais. São esses que “constituem o elemento dinâmico em processos que poderiam converter em realidade os potenciais positivos das sociedades civis modernas” (COHEN e ARATO, 2001, p. 556, tradução nossa). É deste fato que a conduta *não institucional-coletiva* passa de uma ação espontânea de uma multidão para a formação de públicos que reivindicam seus direitos dentro da esfera pública (COHEN e ARATO, 2001, p. 558-559, tradução nossa).

Seguindo essa mesma linha de reflexão, Walzer defende um *associativismo crítico* (*critical associationalism*), que é a ação da sociedade civil sobre a forma Estado ampliado. Assim, a sociedade civil pode ser entendida como um *argumento* – na medida em que fora dela não há espaço público de organização dos interesses e nela as formações discursivas tecem a singularidade de cada ator (mulher, negro, índio, homossexual, etc.) –; ao mesmo tempo, pode ser entendida como um *procedimento* – que coloca os conceitos formais de liberdade e igualdade sob a dimensão da responsabilidade que está implícita na formação das redes (*networks*) da sociedade civil (WALZER, 1995, p. 105, traduções nossas).

As formações dos colegiados de participação social – como os conselhos de políticas públicas – não substituem os movimentos sociais. O que salienta-se é que algumas das características intrínsecas dos novos movimentos sociais – como a importância conferida ao sujeito político e sua relação com as bandeiras/discursos coletivos defendidos – assemelham-se a maneira pela qual os colegiados participativos (no caso dos Conselhos de Saúde) buscam aproximar os assuntos concernentes a política pública com as mobilizações societárias.

Ou seja, o que os autores do paradigma dos novos movimentos sociais colocam e demarcam é a importância do sujeito político na formação, dinâmica e processos participativos e, com isso, traçam a diferenciação dessas formas de ação coletiva com as de corte neocorporativista – que procura definir a política como espaço de concertação (ou pacto social).

3.5 Corporativismo, corporativismos

À diferença dos movimentos sociais, nas abordagens corporativistas, os formatos institucionais que são criados a partir dos espaços públicos (como, por exemplo, os conselhos

de políticas) aparecem como uma construção do Estado. O sujeito político nessa perspectiva é determinado *ex ante*, ou seja, é identificado – e, em muitas das vezes, cooptado – pelos grupos de interesse (ou pressão) a que pertence. A forma organizacional desses espaços, via de regra, possui características extremamente rígidas:

- Há um número limitado de categorias singulares inseridas no sistema ou aparato estatal (empresariado, sindicatos, por exemplo);
- O caráter da participação é compulsório (como, por exemplo, a estruturação do corporativismo no varguismo e no período autoritário)²⁸;
- A estrutura organizacional do sistema de representação está hierarquicamente ordenada;
- A natureza dos interesses representados é funcionalmente diferenciada.

Nesse sentido, o corporativismo é apenas uma das formas pelas quais diferentes grupos de interesse se capilarizam no interior do Estado, não se constituindo como um substituto para qualquer tipo de ordem política – no caso brasileiro, a democrática (GUIMARÃES, 1977, p. 40). Segundo Offe, “os sistemas políticos podem ser mais ou menos corporativistas, estar mais ou menos adiantados no processo de corporativização”; sendo assim, não indicam uma situação, mas um eixo estratégico de ação dos atores estatais (OFFE, 1995, p. 242-243). Essa ênfase indica que o conflito social e/ou político entre os atores em arenas políticas de deliberação podem ser corporativizadas por aqueles grupos que acumulam mais poder do que outros ou que representam os interesses hegemônicos do Estado. Assim, é elucidativa a diferença traçada por Schmitter (1998) entre dois estilos de *corporativismos*²⁹. Esses tipos moldam as formas de relacionamento entre Estado e Sociedade e pautam-se pela separação entre os tipos *estatal* e *societal*. Enquanto, no primeiro tipo, há a cooptação dos interesses – ou a intermediação destes – pelo Estado sem a incorporação da participação e reconhecimento do papel da sociedade civil nas arenas político-decisórias e deliberativas, o

²⁸ Podem ser citados, a modo de exemplo, o estudo de Santos (1979) sobre a construção da “cidadania regulada”. É um exemplo de estudo sobre a estruturação da participação baseada na lógica do corporativismo – seja ele *estatal* ou *societal* (SCHMITTER, 1998).

²⁹ Schmitter define o conceito de corporativismo da seguinte maneira: “O corporativismo pode definir-se como um sistema de representação de interesses no qual as unidades constitutivas estão organizadas em um número limitado de categorias singulares, obrigatórias, não competitivas, hierarquicamente ordenadas e funcionalmente diferenciadas, reconhecidas ou autorizadas (se não criadas) pelo Estado, o qual concede a elas, um deliberado monopólio representativo dentro de suas categorias, como troca de observar certos controles sobre a seleção de seus dirigentes e a articulação de suas demandas e apoios.” (SCHMITTER, 1998, p. 75, tradução nossa).

segundo tipo aponta para o modo pelo qual o Estado institucionaliza, em suas esferas de deliberação, a participação da sociedade civil organizada. Segundo Cawson,

O corporativismo societal desenvolve-se onde o estado reconhece o aumento do poder autônomo por parte de organizações que representam os interesses de categorias sociais e entra num processo de intercâmbio político com essas organizações. (CAWSON, 1996, p. 141).

De qualquer forma, dada a complexidade do conceito, corporativismo se refere, em última instância, a um constructo estatal que implica *arranjos setoriais* de representação dos interesses. À diferença das abordagens pluralistas, a ideia de corporativismo implica na profissionalização dos atores que participam de uma arena decisória. As teorias construídas sob o argumento do corporativismo ganharam relevo no Brasil, no sentido de demonstrar dois momentos das disposições das relações entre Estado e Sociedade:

1. Em um primeiro momento, a disposição das relações entre Estado/Sociedade se deu pela sobreposição do tipo *estatal* sobre o *societal* (tal como no período varguista, no governo Kubitschek e/ou no período de regime autoritário vigente a partir de 1964);
2. Em um segundo momento, na redemocratização, o tipo de *corporativismo societário* prevaleceu (ou seja, o Estado reconhecendo e institucionalizando a participação social nas estruturas e formatos de conselhos).

Segundo Schmitter, ao estudar a representação de interesses no Brasil e avaliar seu impacto nas arenas políticas decisórias verifica-se que,

as associações representativas brasileiras não são capazes de determinar *policy outcomes* ao nível nacional. Nenhum grupo organizado, nem mesmo qualquer coalizão de grupos organizados domina a política de interesses. Alguns sistemas de influência especializados e relativamente autônomos, dentro dos quais grupos organizados têm sido capazes de controlar *outcomes* em seu favor (clientelas), têm sido e são subordinados a considerações decisórias de ordem mais geral (SCHMITTER, 1971, p. 361, tradução nossa)

É justamente nesse sentido que funcionaria, no interior do Estado, os *anéis burocráticos*, cujo objetivo seria reunir em torno de uma *policy* os grupos de atores interessados (CARDOSO, 1975, p. 206). Nos termos em que trabalha Côttes, a formação de *núcleos duros* dentro da burocracia estatal (nas Comissões Intergestores e nos Conselhos de

Saúde), secundarizaria o papel político dos atores sociais (CÔRTEZ, 2009a, 2009b). Dessa forma, o processo decisório passa a ser conduzido ou por comunidades políticas de especialistas (no caso das Comissões Intergestores) ou pelo nucleamento de certas representações conselheiras que interessariam à aprovação de projetos políticos da gestão governamental.

Na verdade, arranjos neocorporativistas somente se estabelecem como formas institucionais, em ambientes democráticos, com o objetivo de se criarem canais de representação dos interesses bem delimitados. Assim, a abordagem neocorporativista não permite indicar, necessariamente, tendências quanto ao maior ou menor grau de democratização de um regime político. Essas perspectivas apenas permitem ilações sobre as disposições dos atores (sociais, políticos e do setor privado) dentro das arenas estatais. De resto, esta abordagem nos permite olhar para uma das possibilidades de modos de regulação do conflito social e/ou político (CAWSON, 1986, p. 79).

Através de uma abordagem mais aprofundada, Streek e Schmitter (1985) sugerem que quatro modos distintos de regulação do conflito político e/ou social podem ser distinguidos: comunidade, mercado, Estado e associações. Cada um desses modos está associado a um princípio-guia, que se reflete na tônica do mecanismo regulativo:

GRÁFICO 5 – Quatro modos de regulação do conflito e princípios-guia

INSTITUIÇÃO	PRINCÍPIO-GUIA
Comunidade	Solidariedade espontânea
Mercado econômico/político	Concorrência dispersa
Estado/burocracia	Controle hierárquico
Associações de interesse	Concertação organizacional

Fonte: Labra (1999, p. 135)

Na verdade, seria através da mistura entre os quatro modos de regulação do conflito social e/ou político que a ordem social poderia estabelecer-se, mas cada um deles conduz a uma resposta diferente sobre a questão das relações entre Estado e Sociedade. Talvez, a perspectiva do modelo de regulação baseado na “ordem comunitária” e no “associativo”, marquem diferença entre as abordagens dos novos movimentos sociais (mais próximas do modelo comunitário) e as de corte neocorporativista (mais próximas do segundo modelo, associativo).

O modelo neocorporativo se diferencia em inúmeros aspectos do modelo *comunitário*. Entre outras características, a ênfase do neocorporativismo estabelece que: (1) o objetivo definido é o arranjo dos grupos de interesse através da participação formal destes nas esferas de decisão; (2) a lógica da ação coletiva induz à moderação (ou equilíbrio) entre os grupos de interesse e, portanto, leva ao estabelecimento de pactos estáveis; e, finalmente, (3) os grupos de interesse visam ao reconhecimento de *status público* como grupo de pressão, concedido pelo Estado (OFFE, 1995, p. 243). A diferença mais evidente com o modelo de novos movimentos sociais é que, neste, os objetivos-guia são: (1) o reconhecimento da mobilização societária que está na base dos direitos de cidadania; e, (2) a política do reconhecimento, por parte do Estado, da pluralidade de mobilizações societárias e das questões sociais colocadas por elas, ou seja, das especificidades culturais e socio-históricas que cada uma das demandas coletivas expressa nos espaços públicos e nas arenas políticas.

Em torno desta perspectiva, Ribeiro (1997, p. 84) assinala que o “novo corporativismo [se caracterizaria pelo reforço do papel do Estado na estruturação dos] interlocutores societários, conferindo a eles certa margem de acesso a decisões alocativas, em troca do seguimento a determinadas normas de conduta por parte dos grupos de interesse”. De outra parte, Côrtes e Gugliano (2010, p. 63-64) afirmam que os Conselhos “são altamente institucionalizados”, produzindo uma linha de trabalho que, em última instância, hierarquiza-se em função das ações do gestor. Gerschman traduz essas transformações, analisando o papel político dos conselheiros da sociedade:

[...] os conselheiros representantes da sociedade nos Conselhos perderam a base política de sustentação sobre a qual tinham se forjado a identidade e a mobilização política características do movimento popular em saúde. Cabe então se perguntar: qual o papel político dos Conselhos? (GERSCHMAN, 2004b, p. 1673).

A perspectiva adotada por esses autores ressalta a importância dos arranjos neocorporativos construídos nas próprias arenas deliberativas dos Conselhos de Saúde. Em outro registro, como apontado por Labra, a “dimensão associativa [presente na proposta de participação de representantes da sociedade nos Conselhos de Saúde, enfrenta desafios referentes a] importantes distorções na relação entre conselheiro, associação que representa e comunidade usuária” (LABRA, 2008, p. 108-109). Ao princípio *comunitário* – base da solidariedade espontânea – se superporia o princípio da *concertação organizacional* dos interesses. Ou seja, a dinâmica da participação social nos Conselhos de Saúde poderia estar

gerando o controle do processo decisório no nível da gestão, sendo para tanto o espaço conselheiro, mero meio de homologação das agendas de políticas propostas pelo nível do Poder Executivo. Nesse sentido, Coelho (2007, p. 81) ressalta a problemática da exclusão de atores que não se incluem nas *redes sociopolíticas*. Assim, a figura dos *competidores* – fundamental na construção de um processo político democrático – estaria sendo substituída pela dos *aliados*.

Nesse sentido, a teoria weberiana da ação social permite que analisemos um caso particular através da busca de *conexão de sentido* entre os modos de justificação dados pelos sujeitos da ação quando e à medida que estes estabelecem relações sociais *com* ou *contra* outros sujeitos. Essas seriam maneiras possíveis de evidenciar, por exemplo, a forma como um tipo de interação sociopolítica estabelece diferentes formas de *relações de poder*. No sentido weberiano, “poder significa a probabilidade de impor a própria vontade, dentro de uma relação social, mesmo contra toda resistência e qualquer que seja o fundamento dessa probabilidade. [Mas o conceito de poder deve alicerçar-se nas fontes que levam as formas de dominação, sendo estas] a probabilidade de encontrar obediência à um mandato de determinado conteúdo entre pessoas dadas.” (WEBER, 1999, p. 43, tradução nossa).

Seguindo a correlação estabelecida no trabalho de Bachrach e Baratz (1962, p. 948, tradução nossa),

[...] o poder se exerce quando A participa da adoção de decisões que afetam B. Também se exerce o poder quando A concentra suas energias para criar ou reforçar aqueles valores sociais e políticos e práticas institucionais que limitam o alcance do processo político para a consideração pública somente dos problemas que sejam relativamente inócuos para A. Na medida em que A consegue fazer, impede-se, para todos os efeitos práticos, que B ponha sobre a mesa qualquer problema cuja resolução possa prejudicar seriamente o conjunto de preferências de A.

A matriz weberiana – e, ao lado dela, a busca de uma explicação ou compreensão das formas como os atores mobilizam-se nos espaços de poder (como nas arenas deliberativas que levam ao processo de decisão) – sustenta-se num debate com diversas correntes de pensamento, entre elas as dos autores pluralistas. De fato, Schumpeter estabeleceu que o *modus procedendi* dos regimes democráticos seria, ele mesmo, concorrencial na medida em que

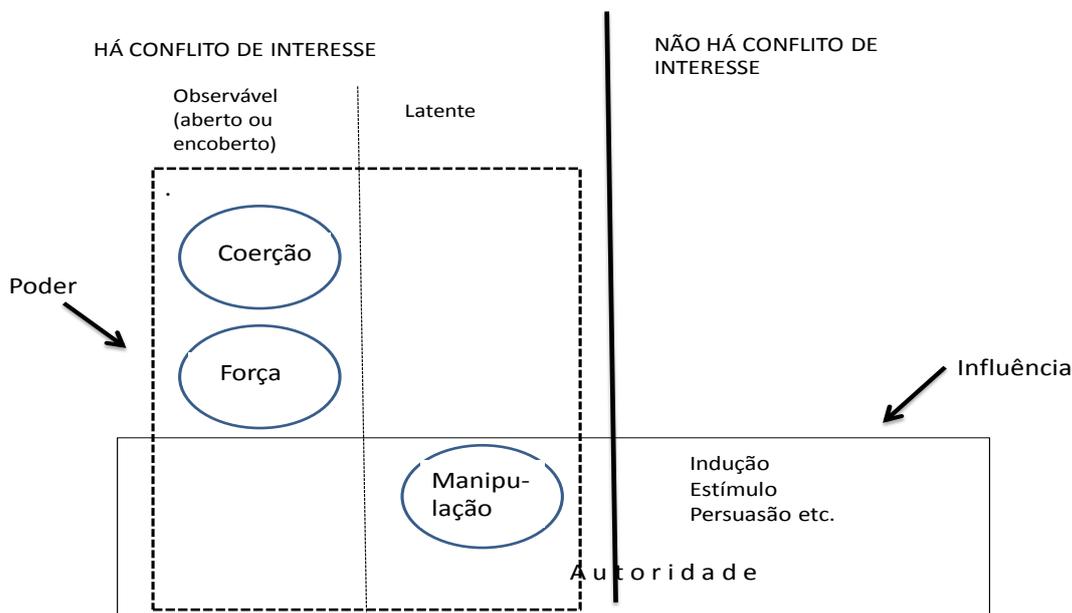
[...] a democracia parece implicar um método reconhecido, através do qual se desenrola a luta competitiva, e que o método eleitoral é praticamente o único exequível, qualquer que seja o tamanho da comunidade. [...] O

princípio da democracia, então, significa apenas que as rédeas do governo devem ser entregues àqueles que contem com maior apoio do que outros indivíduos ou grupos concorrentes. (SCHUMPETER, 1961, p. 329 e 332).

Assim, ao considerar apenas uma das *faces do poder* – qual seja o procedimento de rotatividade das elites no poder –, os pluralistas, afirmam Bachrach e Baratz (1962, p. 949), deixam entrever que “na medida em que uma pessoa ou um grupo – de maneira consciente ou inconsciente – cria ou reforça barreiras para evitar que circulem em público conflitos de políticas, essa pessoa ou grupo tem poder”. Em outra medida, os autores e, nessa mesma perspectiva, Schattschneider (1960, p. 71) estabelecem que a *mobilização de predisposições* (ou a formação de preferências) leva a que atores ou grupo de atores assegurem o consentimento estabelecido e evitem ou suprimam os conflitos políticos. Dessa forma, para uma análise de uma arena deliberativa – como o CES/RJ – é preciso considerar que existe uma *dupla face do poder*: uma delas *manifesta*, na qual há igualdade formal entre os atores, que se espelha pela paridade contida na própria formação do Conselho; e outra, *latente*, em que as interações discursivas entre as diversas representações levam à hegemonia de um grupo de atores e, portanto, à burocratização do controle social. Para alguns conselheiros estaduais do RJ entrevistados pela pesquisa, a *anelização burocrática* fica evidente nesses dois sentidos: de um lado, algumas decisões políticas chegam ao CES/RJ já previamente aprovadas – justamente porque a CIB reúne esse poder político da comunidade política de gestores; e, por outro lado alguns atores (representantes da sociedade e dos gestores) constituem um núcleo duro, cujas decisões extrapolam o espaço de tomada de decisão soberana do Conselho – o Plenário.

No enfoque sobre as relações de poder, Lukes (2007) propõe um *mapa do poder e seus respectivos conceitos* que poderá ser útil na análise dos aspectos relacionais entre as representações conselheiras do Estado do RJ:

FIGURA – Mapa do poder e seus respectivos conceitos



Fonte: Lukes (2007, p. 31)

A questão da participação, e com ela a relação de proximidade entre os novos movimentos sociais e os canais de deliberação política, se tornou chave no regime democrático, principalmente, após a transição do autoritarismo, porque pôde iluminar as relações de poder que se espelham nas intrincadas relações entre Estado e Sociedade. Para alguns autores (CÔRTEZ, 2009; LABRA, 1999), os processos participativos dentro dos espaços públicos devem levar em consideração a distinção entre os tipos de atores envolvidos no processo. Assim, Côrtes chama atenção para um importante aspecto: cada grupo de atores se refere a distintos projetos. De alguma forma, os autores alinhados com a teoria dos novos movimentos sociais apontaram a singularidade do *sujeito político* (LACLAU, 1986) como um ator social, que se diferencia dos atores governamentais e de mercado. Tendo por enfoque a questão do ator social nos espaços públicos, a participação sociopolítica cumpre, pelo menos, três objetivos: aprofundar a educação política e a construção da cidadania; identificar as demandas sociais; exercer controle social sobre as instituições políticas.

As perspectivas acerca da atuação da sociedade civil e do papel dos novos movimentos sociais formam parte, no Brasil, de uma agenda de investigação que, seja no aspecto nacional ou local, procura pensar nos avanços e desafios da democratização do país.

Experiências tais como os movimentos sociais, conselhos de políticas públicas, fóruns nacionais, organizações da sociedade civil (ONGs), associações de moradores, entre outras, formam um leque de espaços públicos criados durante os anos 1980 e 1990 que atestam, segundo alguns autores, a um só tempo, a capilarização da mobilização societária e a mudança das relações entre Estado e Sociedade (DAGNINO, 2002; SOUSA SANTOS, 2009).

Outro ponto fundamental nas abordagens sobre a atuação da sociedade civil e dos novos movimentos sociais (gênero, raça, homossexuais, meio ambiente, pessoas portadoras de deficiências, entre outros), atualmente, é aquele que retoma os termos básicos de *direito a ter direitos*. Uma *nova cidadania* que, diferente da concepção liberal, “requer [...] a constituição de sujeitos sociais ativos, definindo o que eles consideram ser os seus direitos e lutando pelo seu reconhecimento” (DAGNINO 1994, p. 108). Mas, em outra medida, tornar-se cidadão (ou, tal como viemos estabelecendo, sujeito político) requer a difusão, em larga escala e em longo prazo, de uma *cultura de direitos*, entendida como pedagogia cívica. Como colocou Durham, as formas pelas quais os indivíduos se socializam na esfera pública, mobilizados seja em movimentos sociais, em partidos políticos ou em conselhos de políticas, é um processo sempre novo, e que requer o “jogo do mútuo reconhecimento que ocorre internamente, na prática comunitária.” (DURHAM, 1984, p. 28). O processo de socialização dos indivíduos, de passagem da dimensão privada da vida para a pública, tem significado forte, porque nessa transição, vivencia-se “uma intensificação de sua qualidade de sujeitos” (DURHAM, 1984, p. 28).

Nesse sentido, práticas como a dos conselhos de políticas públicas (nas áreas da saúde, assistência social, educação, entre outras) – que proliferam nos três âmbitos da federação – podem trazer consigo esses projetos emergentes da sociedade civil e dos novos movimentos sociais, rompendo com *dependências de trajetória* e transformando, continuamente, a cultura política dentro desses canais participativos. Muito embora padeçam de “limitações significativas”, como a socialização política dos atores sociais (MANWARING e VIOLA, 1987, p. 174), vários autores ressaltam que existem potenciais políticos na formação desses colegiados de participação social nas arenas políticas decisórias (SCHERER-WARREN, 1987; BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013; BRAVO, 2013).

Mas, no âmbito de um contexto social em que imperam lógicas ainda perversas de desigualdades sociais e em que culturas políticas como a do fisiologismo e clientelismo guiam a ação do Estado, os Conselhos de Saúde deparam-se com o desafio de instaurar, de fato, suas próprias instâncias como *espaços de democracia deliberativa*. Entre esses desafios, o

isolamento de segmentos das mobilizações societárias e a falta de recursos próprios para realização das atividades concernentes ao controle social colocam em lados opostos a Sociedade e o Estado (ESCOREL e MOREIRA, 2011, p. 299).

Seria possível afirmar que, se por um lado, nas últimas três décadas, as transformações vivenciadas no âmbito da sociedade civil e dos novos movimentos sociais apontam para tendências inovadoras e de diversificação das formas de participação (tais como os conselhos de políticas), por outro, a confluência entre projetos muitas vezes antagônicos de Estado e Sociedade³⁰ se impõe como um desafio à democratização dos espaços públicos no Brasil. No limite, como coloca Labra (2006, p. 380), “as unidades associativas sofrem o impacto do déficit mais geral da sociedade brasileira de atributos próprios de ‘comunidade cívica’”. Assim também, como ressaltado pelo trabalho de Putnam (2005, p. 102), a participação pressupõe uma série de *relações horizontais de reciprocidade e confiança*, que são apreendidas na base e nos fundamentos da socialização constante dos indivíduos; importante questão no que se refere ao aprofundamento e capacitação dos sujeitos políticos conselheiros, na via do controle social.

O papel do Estado foi central na formação dos Conselhos de Saúde e na organização dos movimentos sociais em saúde em esferas deliberativas da política de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal. Isso significou a institucionalização dos movimentos e, conseqüentemente, da participação da sociedade nos processos e canais de definição das políticas de saúde.

Na última década do século XX e na primeira do XXI, no Brasil, a Reforma Sanitária e a atuação dos novos movimentos sociais se tornaram inadequados às políticas de ajuste. A fragmentação das demandas sociais pós-democratização contribuiu, junto com a despolíticação da sociedade, com a paralisia do movimento social em saúde e com as práticas que o caracterizaram. Apesar de os novos movimentos sociais terem modificado em inúmeros aspectos suas agendas políticas, essas novas demandas encontraram uma grande dificuldade de penetração na arena política, nos governos nacionais, estaduais e locais e, naturalmente, por parte dos tomadores de decisão (*policy makers*). A retração das políticas sociais acompanha as coordenadas político-econômicas neoliberais, que se tornam hegemônicas, e que são formuladas por atores mais próximos de arranjos participativos neocorporativos

³⁰ Dagnino refere-se aqui ao que chama de *confluência perversa* entre, de um lado, a ampliação, expansão e diversificação dos atores da sociedade civil e da cidadania e, de outro lado, “o projeto de um Estado mínimo que se isenta progressivamente do seu papel de garantidor de direitos.” (DAGNINO, 2002, p. 288).

(CÔRTEZ, 2009; CÔRTEZ e GUGLIANO, 2010; GERSCHMAN, 2004a; LABRA, 2006, 2008).

Na formação dos Conselhos de Saúde e dos canais da participação social, nas arenas de decisão política, observou-se, nas novas configurações de atores e dos chamados novos movimentos sociais, a presença de formatos de atuação neocorporativos. No caso do Brasil pós-democratização, os Conselhos de Saúde compartilham um conjunto de características singulares com todos os conselhos gestores nos quais o Estado teve um papel central na formação dos mesmos.

Há autores que chamam atenção sobre como a relação entre Estado e Sociedade no *novo corporativismo* se caracteriza por reforçar o papel do Estado, conferindo, a grupos de interesse, papéis importantes no processo decisório sempre e quando esses grupos se ajustam a determinadas normas de conduta. Esse seria o caso atual dos Conselhos de Saúde. Outros enfatizam que os Conselhos são altamente institucionalizados, favorecendo uma linha de atuação que, em última instância, hierarquiza-se e legitima-se em função das ações do gestor. Ainda há visões que afirmam que as transformações operadas nos Conselhos de Saúde obedecem ao esvaziamento que se deu no papel político dos conselheiros da sociedade, colocando em xeque a própria *dimensão associativa* desses espaços.

A perspectiva adotada por esses autores ressalta a importância dos arranjos neocorporativos construídos nas próprias arenas deliberativas dos Conselhos de Saúde. Com isso, não apontam para mecanismos de cooptação dos representantes da sociedade por parte do Estado, mas para as formas regulatórias de controle da agenda política por parte dos gestores. Esse é um dos grandes dilemas enfrentados pela democratização da participação social dentro dos Conselhos de Saúde.

Mas a institucionalização dos Conselhos de Saúde, em verdade, acaba representando o legado de tornar-se mais uma estrutura organizativa do próprio Estado. Nesse sentido, os Conselhos de Saúde permaneceram atrelados à sua origem sem a autonomia que caracterizou o movimento social em saúde no processo de democratização e na luta pela saúde como direito social e universal à cidadania.

Por serem os Conselhos de Saúde instâncias que se originaram na estrutura estatal, tornam-se instituições emblemáticas da sociedade, marcadas por uma dinâmica de atuação política que não lhes pertence. Na atual sociedade política brasileira, o neocorporativismo é modalidade dominante nas relações entre Estado e Sociedade, e os Conselhos de Saúde passam a operar no marco das relações de força presentes entre os grupos de interesse que

formam parte do campo da saúde. Dessa forma, a atuação política dos conselheiros é engessada pela burocratização das atividades concernentes ao controle social, e, no limite, a própria autonomia do sujeito político partícipe de arenas políticas de deliberação se perde.

4 O CES/RJ na formação do campo político do RJ: histórico, formação e organização do Conselho

A institucionalização da participação no RJ é herdeira de uma história em que se misturam de um lado, grandes momentos de alta intensidade da mobilização societária (ressurgimento do associativismo de bairro na década de 1970, por exemplo), e de outro, o protagonismo de importantes movimentos que tomaram a cena nacional (por exemplo, a campanha das Diretas Já, em 1983-1984, além dos caras-pintadas, em 1992, que tornou-se notória expressão da sociedade, e dos jovens em particular, e que levou ao *impeachment* do ex-presidente Fernando Collor de Melo). Como já frisado, a própria Constituição de 1988 consagra a *participação da comunidade* como forma de aproximação entre Estado/Sociedade e, principalmente, como via de aprimorar as formas de controle social no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Mas, de outro lado, essa rica dinâmica da sociedade política fluminense foi atravessada, no nível da política, pela construção de uma máquina pública altamente burocratizada e que, no limite, colocaria inúmeras barreiras à legitimidade (ou ao reconhecimento) da ação social de inúmeros sujeitos políticos como partícipes da arena decisória das políticas sociais.

Como se constituiu essa forma quasimodesca que separa, em última instância, Estado/Sociedade no âmbito da participação social nas arenas deliberativas da política? A conformação dos Conselhos de Saúde no RJ (municipais e estadual) torna-se, portanto, objeto de reflexão acerca dessa interação conflituosa de atores oriundos de diversas formas de mobilização societária (associativismos, ONGs, movimentos sociais, entre outras), que são inseridos nos canais de deliberação das políticas de saúde, mas que carregam a marca do não reconhecimento de seu papel social por parte dos atores governamentais (ou gestores das Secretarias de Saúde).

Como ressaltado por Gerschman (2010), o Estado do RJ poderia ser classificado como situação ou caso exemplarmente problemático, tanto no que se refere à institucionalização e definição clara de uma política estadual de saúde (com as correlatas definições de papéis dos entes governamentais) quanto naqueles aspectos que conformaram a participação social de uma pluralidade de novos atores nos Conselhos de Saúde. No caso dos novos sujeitos

políticos partícipes do espaço público de deliberação que, teoricamente, define os Conselhos de Saúde, conformaram-se dois possíveis tipos de ação política: aquela que vincula diretamente o ator ao decisionismo estatal e uma outra em que o ator define de forma clara seu papel perante o Estado. No primeiro tipo de ação, a esfera mesma do Estado corporativiza a ação dos sujeitos políticos; no segundo, os atores colocam-se no papel de conselheiros que efetivam o processo deliberativo no intuito de institucionalizar o controle social.

Na forma corporativizada, anulam-se os dois principais eixos que caracterizariam a democracia de tipo deliberativa: a igualdade formal e a interação dialógica entre os atores (ou, em outra chave, o reconhecimento político entre os sujeitos partícipes de uma mesma arena deliberativa). Seguindo essa via de reflexão, anula-se a igualdade formal porque somente ela, *per se*, não garante a afirmação de uma arena política democrática. E, no nível da interação discursiva, o não reconhecimento entre os sujeitos levaria à caracterização da arena deliberativa como reprodutora das desigualdades sociais (DAGNINO, 1994).

Essas questões não poderiam deixar de atravessar a constituição do campo político no Estado do RJ. Partiu-se dessa discussão, já ventilada na parte de matrizes teóricas deste trabalho, com o objetivo de analisar uma arena deliberativa que é parte integrante do Estado: o CES/RJ. A pesquisa percorreu os caminhos através dos quais os conselheiros estaduais de saúde definem seu papel social diante dos atores governamentais. Assim, as questões que buscaram ser matizadas neste estudo referem-se às formas pelas quais os conselheiros estaduais de saúde compreendem a efetivação, ou não, de seu papel social; em outro registro, compreendem esses sujeitos políticos que o controle social sobre as ações de governo se efetiva?

Da mesma forma, no Estado do RJ, todas as inovações institucionais que deflagraram a constituição de um campo político de participação social estiveram entrelaçadas a um paradoxo: se de um lado os movimentos associativos (associações de moradores, principalmente) estiveram na ponta das políticas de base dos anos 1980 (BOSCHI, 1987), do outro lado, a experimentação democrática conviveu e convive com as heranças da *máquina política chaguista* (DINIZ, 1982; GERSCHMAN, 2010; RAKOVE, 1975). Ou seja, a mobilização em direção ao controle social nas políticas – ponto-chave no desenvolvimento de uma instância como o Conselho de Saúde – herda e depara-se com trajetórias progressas da cultura política carioca.

Tendo sido constituído em 1991, o CES/RJ foi efetivado legalmente em 1993³¹. Segundo alguns estudos (LABRA, 2010; PARADA, 2001), há um processo tardio de instalação das atividades do Conselho que se configura devido às resistências iniciais da própria Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) à implantação tanto do CES/RJ quanto da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RJ). Ao contrário, portanto, do que se esperava – e a reboque da Lei 8142 de 1990 –, o CES/RJ foi instituído tardiamente devido, principalmente, às complicações oriundas de falta de apoio e de comunicação do governo do estado e da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) na implantação desse colegiado participativo.

A gestão governamental de Sergio Cabral, a partir de 2007, foi formada com amplo apoio dos governos estaduais anteriores (Anthony Garotinho e Rosinha Garotinho). Com amplo espectro partidário, o governo Sergio Cabral procurou estruturar suas bases políticas a partir de alianças entre PMDB – expressão do governo estadual – e PT – expressão da base governativa nacional. Isso garantiria a gestão do secretariado de Sergio Côrtes uma afinada base de proximidade com as principais mobilizações societárias.

De outra parte, há problemas – que extravasam o âmbito do RJ – relacionados ao caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde. Como iremos demonstrar mais adiante, há uma confusão que se faz a respeito do caráter *deliberativo* e *decisório* das instituições (GOULART, 2010; LABRA, 2010, p. 99-101). Ou seja, se os Conselhos de Saúde participam da construção do espaço *do político* (MOUFFE, 1996), até que ponto participam efetivamente da *construção da política* e, assim, de seu caráter decisório? Nesse sentido, até que ponto o CES/RJ exerce a prerrogativa do controle social? E o que compreendem os atores que participam do espaço desse colegiado de participação por controle social? Há incentivos para que essa prática se realize?

De fato, os Conselhos de Saúde fazem parte da estrutura orgânica de formação das instâncias de gestão (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais) e formam parte da estrutura do Estado. As Secretarias são órgãos do Poder Executivo, e não haveria motivos

³¹ Constituído através da Lei 8142 (de 28 de dezembro de 1990) e pelas Leis Complementares 71 (de 15 de janeiro de 1991) e 76 (de 28 de janeiro de 1993), foi modificado pelas Leis Complementares 82 (de 22 de janeiro de 2010) e 125 (de 15 de janeiro de 2009). Cf. Regimento Interno do CES/RJ (2013). Segundo Dias (2011), o estado do RJ já experimentara a configuração de uma arena política própria à saúde. Em 1984, durante o governo Brizola, foi instalado um Conselho Estadual de Saúde, no intuito de aproximar o governo estadual das mobilizações comunitárias. Funcionou somente até 1985, tendo sido restaurado durante os anos 1990. Como estrutura física, o CES/RJ ocupa duas salas próprias em um dos prédios da SES/RJ, no centro da cidade do RJ. Possui orçamento próprio – estipulado nos planos de orçamentação da SES/RJ –, o que viabiliza suas atividades cotidianas. Conta com o apoio técnico de oito funcionários públicos (sendo um deles Secretário executivo do Conselho). Segundo a 4ª diretriz da Resolução 333/03, do CNS, “os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do conselho de saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.”

para, em princípio, levantar a questão da independência dos trabalhos dos conselheiros em relação às Secretarias de Saúde. De outra parte, seria possível levantar a questão da autonomia política desses sujeitos políticos (os conselheiros) no que se refere às atividades e trabalhos em torno do controle social.

Essas questões estão relacionadas ao fato de que o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde nem sempre se faz presente na produção de políticas para o âmbito societário, pois este acontece no processo decisório da política, e no âmbito da gestão da SES/RJ. É importante ressaltar esse fato, porque, se há esvaziamento, por exemplo, nas plenárias dos Conselhos de Saúde, isso está associado a uma expectativa dos conselheiros em verem suas propostas/demandas contempladas no processo decisório das políticas. Assim, segundo estudos recentes (ESCOREL e DELGADO, 2008a; FLEURY e LOBATO, 2011; GOULART, 2010; LABRA, 2010), as Conferências de Saúde – que ocorrem nos três âmbitos da federação e são organizadas pelos Conselhos de Saúde – se notabilizam como espaço público onde os dilemas e desafios, avanços e problemas no processo de institucionalização dos Conselhos podem se tornar manifestos (ou melhor, podem ser expressos e visualizados). Assim, “ausência de uma cultura de controle social e transparência, desarticulação dos conselhos com a sociedade, falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados das bases”, entre outras dificuldades no desenvolvimento dos mecanismos de controle social, foram dilemas evidenciados na 11ª Conferência Nacional de Saúde, referentes ao aprofundamento da institucionalização dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2002, p. 45-46).

Portanto, no caso específico do Estado do RJ, a inscrição tardia da participação social do CES/RJ no cenário político fluminense se deparou – além dos inúmeros problemas internos ao estado (intervenção federal nos hospitais públicos, epidemia de dengue, problemas urbano-sanitários agravados pelas enchentes, entre outros) – com esses dilemas de efetivação do papel, *de facto*, da arena conselheira no intuito do desenvolvimento do controle social. Acrescente-se a isso a Resolução 333 (4 de novembro de 2003) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual estão explicitados parâmetros para reformulação, estruturação e criação dos Conselhos de Saúde nos três âmbitos da federação. É dessa Resolução 333/03³², também, a explicitação das recomendações das Conferências Nacionais de Saúde (10ª e 11ª) que, entre outras, apontou para a disposição de cadeiras/assentos nos Conselhos de Saúde. Esta Resolução coloca esta última questão da seguinte maneira:

³² Cf. o link: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf, onde pode ser lida a Resolução.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários [ou sociedade];
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores;
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes. (BRASIL, 2003, p. 5-6, grifonosso).

Assim, quanto à composição do CES/RJ, deve-se ressaltar que, ao Conselho, foi colocado o desafio de adequar suas cadeiras/assentos ao modelo pretendido pela Resolução 333/03 do CNS. Em outro registro, essa medida do CNS procura criar, nas instâncias colegiadas do SUS, uma divisão equânime (ou paritária) dentre uma pluralidade de sujeitos políticos, no sentido de ampliação do *cânone democrático*, ou seja, que ultrapasse o mero procedimentalismo das democracias representativas, agregando a elas o componente de democratização da participação (SOUSA SANTOS e AVRITZER, 2009, p. 75). Como ressaltado na parte teórica, a ênfase do Movimento Sanitário (ou Reforma Sanitária brasileira) nos anos 1980 esteve associada ao aprofundamento da participação social nos canais e nas

agendas da política brasileira. Assim, seria necessária a melhor compreensão e aprofundamento dos significados que são atribuídos à reunião do *conjunto de forças sociais* (conforme explicitado na Resolução 333/03) no âmbito dos Conselhos de Saúde.

Como ressaltado anteriormente (ver item 1.2 do capítulo 1), a própria inscrição tardia de uma esfera política estadualizada levou a que a participação societária nas arenas deliberativas (o CES/RJ e os Conselhos Municipais de Saúde) também fosse amalgamada às formas típicas de conformação de uma *máquina política*. No limite, herdou-se, como tradição da cultura política do RJ, as formas burocratizadas e decisionísticas encabeçadas pelo *ultrapoder* dos governadores e suas secretarias (ABRUCIO, 2002, p. 111). Assim, ao exercício das relações de poder e dominação sob chave *racional-legal*, agregam-se traços próprios da *tradição*, no sentido weberiano. Isto quer dizer que, se por um lado, no RJ, foram criados mecanismos correlatos de participação social nos Conselhos de Saúde, por outro lado, a inserção e legitimidade do papel dos atores representantes da sociedade e dos profissionais de saúde deparam-se com bloqueios próprios da *máquina estatal*. Esses bloqueios, ao mesmo tempo em que geram conflitos políticos entre os atores nas arenas deliberativas, colocam entraves à prática do controle social efetuada pelos conselheiros estaduais de saúde. Nos capítulos seguintes, serão apresentados os diversos níveis em que esse conflito se estabelece em termos do processo de deliberação no CES/RJ.

PARTE III
ANÁLISE DE RESULTADOS DA PESQUISA

5 Composição do CES/RJ e a frequência dos conselheiros nas Reuniões Plenárias

5.1 Sobre a composição do CES/RJ na gestão do governo estadual de Sérgio Cabral (2007-2012)

A composição atual do CES/RJ (CES/RJ, 2013, p. 2-3; LABRA, 2010, p. 104) está dividida em quatro segmentos de atores: gestores e prestadores de serviço, profissionais de saúde e sociedade. Tomando-se por base a divisão paritária dos Conselhos de Saúde – e tendo como referência a Lei 8142/90 e a Resolução 333/03 do CNS –, pode-se dizer que a atual composição do CES/RJ vem trabalhando com a ideia de reconhecimento do trabalho integrado de uma pluralidade de atores – muito embora, isso seja apenas uma ilação descritiva. Coube ao trabalho de observação das plenárias do CES/RJ e à análise das entrevistas registrar como os representantes da sociedade e dos profissionais de saúde percebem o vínculo real de suas atividades com o exercício do controle social. O quadro abaixo dá uma ideia geral de como estava constituído o CES/RJ ao final da primeira gestão do governador Sérgio Cabral:

QUADRO 7 – Composição atual do CES/RJ

	Instituição	Número de representantes*
Gestores e prestadores de serviço (14)	Secretaria Estadual de Saúde (SES)	4
	Universidade Federal Fluminense (UFF)	1
	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	1
	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ)	2
	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDIM)	2
	Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro (SINDHERJ)	2
	Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro (FEMERJ) – hospitais filantrópicos	2
Profissionais de Saúde (14)	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO)	2
	Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFa – 1ª região)	1
	Conselho Regional de Nutricionistas (CRN)	1
	Conselho Regional de Psicologia (CRP – 5ª região)	1
	Conselho Regional de Farmácia (CRF)	1
	Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro (SINDPSI)	1
	Sindicato dos Fonoaudiólogos do Rio de Janeiro (SINFERJ)	1
	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SINDMED)	1
	Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde no Estado do Rio de Janeiro (SINTRASEF)	1
	Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro (SASERJ)	1
	Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais em Saúde e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro (SINDSPREV/RJ)	1
Academia de Medicina do Rio de Janeiro (ACM-RJ)	2	
Sociedade (24)	Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ)	4
	Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro (FAFERJ)	4
	Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Regional Rio de Janeiro)	1
	Associação Civil Feminista, Anti-racista e Anti-homofobia	1
	Conselho Municipal de Saúde (CMS/RJ) (Seropédica, Volta Redonda e Niterói)	4
	Federação dos Trabalhadores na Agricultura (FETAG)	2
	Central Única dos Trabalhadores (CUT)	4
	Federação das Associações dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio de Janeiro (FAAPERJ)	2
	Sociedade de Amigos da Vila Kennedy (SAVK)	1
	Casa de Apoio à Criança com Câncer São Vicente de Paulo	1
	Associação de Integração de Deficientes Físicos (ASSIDEF)	1
Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE)	1	
TOTAL		54

*O número de representantes corresponde aos titulares e seus respectivos suplentes

Fontes:

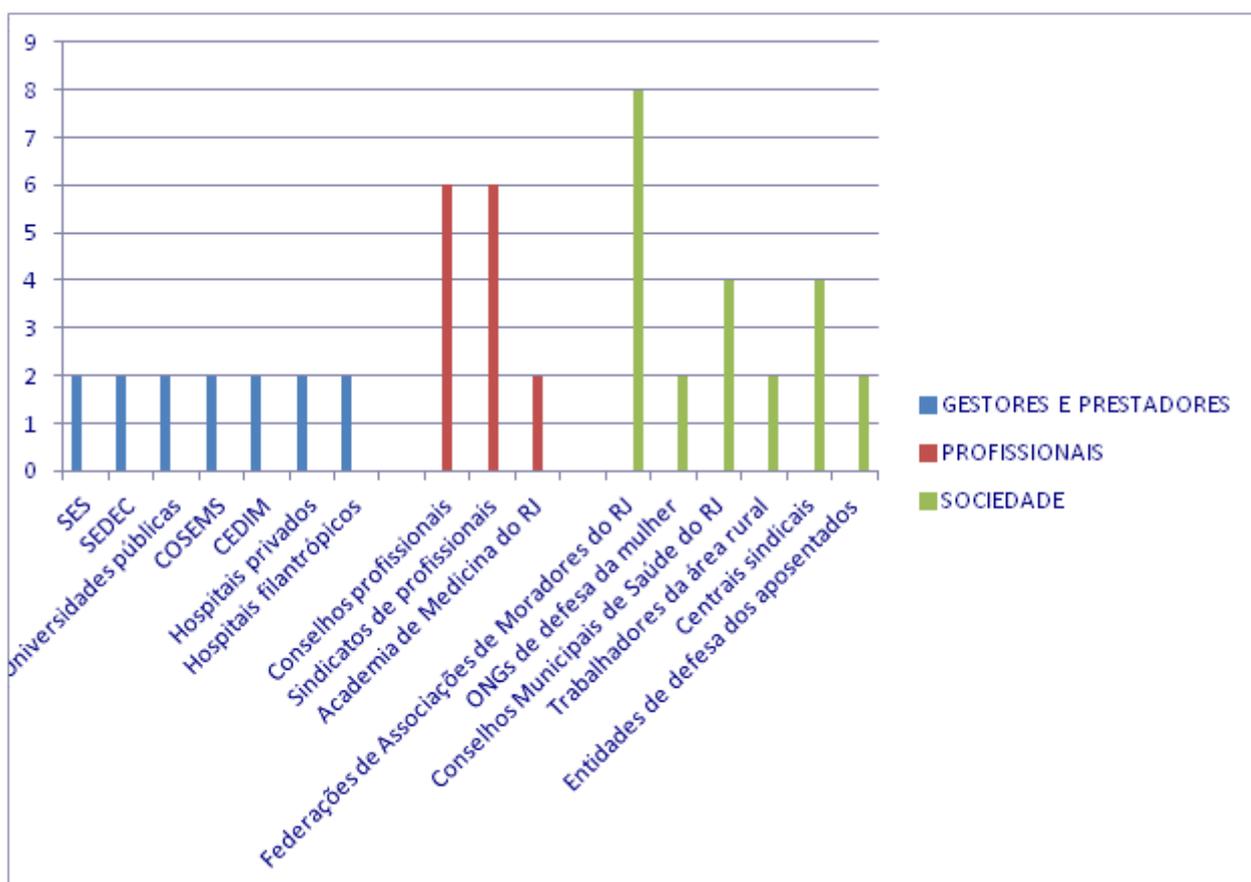
(1) Labra (2010, p. 104)

(2) RIO DE JANEIRO, Conselho Estadual de Saúde (2013).

Quanto à distribuição desses assentos por segmento representado, pode-se observar uma distribuição equânime dos atores, assim como uma diversidade de instituições e organizações que compõem o CES/RJ. Essa pluralidade de atores evidencia que, em termos

de distribuição e partilha do processo deliberativo, há porosidade nessa estrutura estatal (a SES/RJ) no que se refere à aderência de grupos representativos de diferentes demandas societárias. De fato, há um processo de democratização da participação no âmbito do CES/RJ, ainda que não seja possível afirmar que há processo de construção democrática no nível do processo deliberativo, compartilhado pelos diversos segmentos representativos de atores sociais, de mercado e de governo (CÔRTEZ, 2009b). Ou seja, objetivamente a arena do Conselho é democrática; o que não nos permite, ainda, afirmar que há democracia deliberativa nessa instância colegiada de participação. Como demonstra o gráfico abaixo, é possível observar que o CES/RJ cumpre com a obrigatoriedade de manutenção da paridade contida na Lei 8142/90 e nas Resoluções do CNS. Isso ajuda a identificar o nível de institucionalização da democracia participativa.

GRÁFICO 6 – Distribuição de atores por entidades no CES/RJ



A composição do CES/RJ indica que há uma pluralidade de atores que compõem a arena deliberativa da política estadual de saúde. De fato, pode ser evidenciado que o Conselho

cumpra com um dos principais requisitos da sua estruturação: a igualdade formal entre os segmentos que compõem a Plenária.

Sobre a composição do CES/RJ, 52,6% dos conselheiros entrevistados acham adequada a composição de representantes da sociedade. Enquanto isso, dos 42,1% que consideram a composição inadequada, temos vários tipos de justificativas apresentadas, dentre as quais as mais expressivas se referem (1) à falta de expressividade social das entidades presentes no Conselho, que (2) não representam a sociedade, tendo pouca independência política em relação à gestão (ou a SES/RJ). Corresponde a essa questão crítica, a percepção de que, para 68,4% dos entrevistados, o CES/RJ não cumpre com todas as disposições previstas no Regimento Interno. Essa percepção se justificou, para a maioria dos entrevistados, porque há indução da gestão nos trabalhos dos conselheiros (30,8%); o Conselho não atua pelo Estado do RJ (23,1%); o CES/RJ não cumpre com seu papel fiscalizador (10,5%) e porque há desconhecimento dos conteúdos regimentais por parte de alguns conselheiros (7,7%).

Apesar disso, os conselheiros entrevistados afirmam existirem documentos de regulamentam o papel do conselheiro (89,5%). Deste total, 64,5% dos entrevistados mencionaram o Regimento Interno como documento que esclarece as competências dos conselheiros de saúde. Além do Regimento, 35,5% dos entrevistados mencionaram as leis de criação do CES/RJ; 23,5% mencionaram as Resoluções do CNS e 11,8% indicaram as leis orgânicas do SUS como parâmetros das e para as atividades que concernem aos conselheiros de saúde.

A composição acompanha, nesse sentido, o que recomenda a Resolução 333/03 do CNS. No entanto, somente o critério da paridade não permite aprofundar a análise sobre como se delinea o processo deliberativo no âmbito das Reuniões Plenárias. Esses aspectos serão analisados à luz da frequência dos atores nas Plenárias e de como são deliberados os temas da agenda da SES/RJ no âmbito do Conselho. Dessa forma, tentaremos abordar a forma como se estabelecem os diálogos entre os conselheiros de saúde e os gestores da Secretaria e como, de outra parte, a forma de interação dialógica entre os segmentos do Conselho expressa aspectos conflitivos entre as demandas societárias e as escolhas políticas governamentais.

5.2 Frequência dos conselheiros de saúde nas Reuniões Plenárias

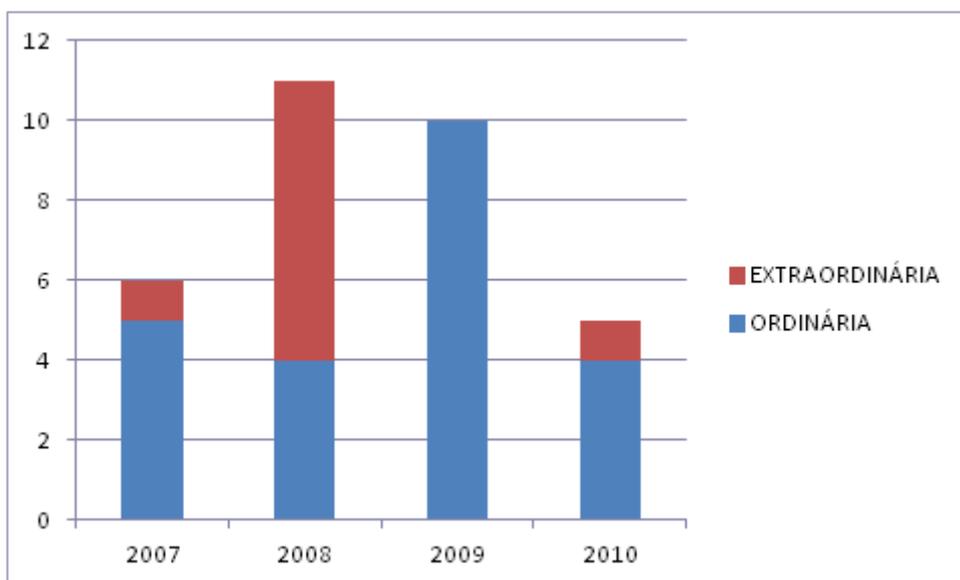
Outra questão a ser respondida é se a paridade contida na composição do CES/RJ espelha o processo deliberativo efetivado em suas Reuniões Plenárias. Estas deveriam ocorrer mensalmente, conforme calendário deliberado previamente na primeira reunião de cada ano. Os Conselhos de Saúde possuem duas modalidades de encontros mensais: uma reunião ordinária (que deve ocorrer mensalmente) e uma reunião extraordinária (que deve ocorrer se o pleno do Conselho delibera sobre alguma questão de urgência ou alguma temática que deve se estender por mais de um encontro no mês). Assim, contando com o fato de que todo Conselho de Saúde se reuniria, a princípio, uma vez ao mês, deveria haver 48 encontros durante uma gestão de governo estadual. No período em análise (2007-2010), o CES/RJ organizou 32 encontros. Destes, 23 foram dedicados a reuniões ordinárias e 9, a extraordinárias:

TABELA 5 – Relação total de reuniões plenárias (ordinárias e extraordinárias), conforme atas disponibilizadas (2007-2010)

ANO	ORDINÁRIA	EXTRAORDINÁRIA
2007	5	1
2008	4	7
2009	10	0
2010	4	1
TOTAL	23	9

Com o gráfico abaixo, procura-se evidenciar o fluxo geral de distribuição de tipo de Reunião Plenária no CES/RJ. No geral, observa-se que o CES/RJ consegue alcançar um número razoável de encontros; porém, esse número genérico (32 reuniões realizadas durante 2007-2010), não poderia referir o que de fato se expressa no cotidiano dos trabalhos dos conselheiros de saúde. Como se procurou demonstrar abaixo, essa distribuição das Reuniões Plenárias só poderia ser analisada tendo como referência os temas que levam os conselheiros à arena deliberativa. Esse dado mostra que os conselheiros só se reúnem, de fato, para deliberar pautas relacionadas ao SUS, e isto não reflete o seu envolvimento como sujeitos políticos constituintes do processo deliberativo – a que corresponde seu papel social (CARVALHO, 1995, p. 22).

GRÁFICO 7 – Distribuição de Atas de Reuniões Plenárias do CES/RJ por ano e por tipo (ordinárias e extraordinárias)



A presença dos conselheiros nas reuniões plenárias também é um importante índice de democraticidade do espaço público de deliberação. Como demonstrado na tabela abaixo, os conselheiros representantes da sociedade buscam ocupar um espaço político dentro do Conselho através do quórum mínimo entre suas várias representações. Os representantes da sociedade, dessa forma, buscam espaço dentro do CES/RJ no sentido do reconhecimento formal das representações. Tal fato também poderia ocorrer em relação à presença dos profissionais de saúde, mas não no que se refere à presença dos gestores da SES/RJ.

TABELA 6 – Número total de atores, divididos por segmentos representativos, presentes nas Reuniões Plenárias do CES/RJ (2007-2010)

ANO	DATAS (ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS)	GESTORES E PRESTADORES	PROFISSIONAIS	SOCIEDADE
2007	12 de janeiro	2	10	15
	09 de fevereiro	1	9	16
	02 de março	0	8	12
	08 de março	1	7	14
	16 de março	0	5	13
	21 de setembro	1	11	15
2008	04 de janeiro	0	6	15
	25 de janeiro	0	10	18
	15 de fevereiro	2	9	16
	29 de fevereiro	0	6	12
	07 de março	1	10	18
	16 de maio	3	7	10
	13 de junho	2	6	14
	03 de outubro	7	7	20
	17 de outubro	4	4	23
	12 de dezembro	5	5	20
	19 de dezembro	6	4	15
2009	24 de abril	2	5	17
	22 de maio	6	4	18
	19 de junho	3	2	15
	24 de julho	4	4	15
	21 de agosto	4	6	20
	18 de setembro	3	3	13
	09 de outubro	6	2	21
	23 de outubro	1	5	18
	27 de novembro	5	6	17
	23 de dezembro	5	4	20
2010	08 de janeiro	4	4	15
	05 de fevereiro	3	4	15
	21 de maio	5	6	17
	05 de março	4	3	22
	16 de julho	5	2	16
TOTAL		95	184	525

A distribuição dos atores por segmento representativo, por outro lado, nas Reuniões do CES/RJ é espaçada, principalmente no que se refere à presença dos gestores da SES/RJ. Esse fato é atribuído, na visão dos conselheiros de saúde, a uma atitude dos gestores de fazer tramitar no espaço deliberativo as matérias que interessam diretamente aos projetos políticos da gestão governamental (caso, por exemplo, das Organizações Sociais – OSs). Alguns conselheiros referem-se ao espaço deliberativo do CES/RJ como “uma [arena] de guerra; estratégias são utilizadas para tomar a palavras de conselheiros/opiniões indesejáveis; [a gestão faz] uso disso para desgastar as discussões” (Entrevistado 10, Representante dos profissionais/SINDPSI).

Nas entrevistas feitas com os conselheiros, foi inquirido se estes achavam adequada a composição de representantes da sociedade no CES/RJ. A resposta, em termos de distribuição de frequência, foi que 56,5% de conselheiros acham adequada a representatividade da sociedade no CES/RJ e 39,1% responderam negativamente a esta questão. Ou seja, ainda que a distribuição de cadeiras seja cada vez mais plural e paritária, permanece certa impressão entre os conselheiros de que as vagas ocupadas não têm qualquer *expressividade* no processo deliberativo de políticas para o âmbito estadual. Ao lado dessa visão, o trecho da entrevista citado abaixo, procura refletir alguns dos problemas que se referem ao controle social na agenda política estadual:

[A representação da sociedade] não é adequada porque as instituições presentes têm pouca expressividade social; muitas não têm independência necessária para decidir sobre os temas discutidos. [...] O governo faz a sua intervenção direta; a comissão executiva decide muitas coisas que não poderia decidir; em muitas questões o plenário fica sem a informação devida, porque são debatidos [os temas] na executiva. E uma boa parte desses conselheiros são cooptados por interesses variados. Existem denúncias de parentes de conselheiros que são contratados para trabalhar em órgãos públicos. É um conselho que lamentavelmente não está à altura da importância que o RJ tem, como ex-capital da república. (Entrevistado 12, Representante dos profissionais/SINDMED, grifo nosso).

Em outra chave de leitura, como ressaltado no trecho da entrevista abaixo, o que faltaria em termos de *expressividade* no trabalho dos conselheiros refere-se à efetividade da representatividade política. As relações de poder no âmbito do SUS espelhariam não somente a maior proporcionalidade das representações divididas entre Estado/Sociedade, mas também relações mais *ascendentes*, porque são expressão de uma construção que parte do compartilhamento do processo deliberativo. Para o conselheiro representante da sociedade, as relações políticas com o gestor se dão de forma invertida. E, refletindo sobre a posição ocupada pelas representações políticas da sociedade e de profissionais, o entrevistado aponta que “falta relação ascendente na representação para usuários e trabalhadores” (Entrevistado 4, Representante da sociedade/CMS de São Gonçalo). Nesse sentido, os conselheiros entrevistados atribuem três tipos de sentido ao papel que o CES/RJ deveria cumprir perante a gestão: 77,8% afirmaram ser de fiscalização, 42,1% de deliberação das políticas da SES/RJ e 36,8% afirmaram que o Conselho deveria cumprir um papel crítico em relação à atuação política dos gestores.

Sobre se consideram as condições de diálogo nas Reuniões Plenárias satisfatórias, 30,4% dos conselheiros estaduais de saúde responderam que sim e 69,6% responderam que não consideram as condições satisfatórias. No geral, os conselheiros atribuem essa percepção às relações conflituosas entre alguns segmentos, principalmente aqueles dos quais os gestores da SES/RJ fazem parte. Acerca das relações entre segmentos, os conselheiros são enfáticos ao identificar que “há muita dificuldade de diálogo, tendo em vista os interesses particulares” (Entrevistado 15, Representante da sociedade/FAMERJ). Em outro registro, um conselheiro coloca que as relações “são antagônicas, defendem causas próprias” (Entrevistado 9, Representante da sociedade/FAMERJ). De outra parte, aqueles conselheiros que responderam estar satisfeitos com os diálogos estabelecidos nas plenárias relatam que o espaço é *aberto*, que há *diálogo* e seria sempre possível chegar-se a um consenso democrático.

Acerca da questão de como os conselheiros percebem que se estabelece o diálogo com os diferentes segmentos dos CES/RJ, as respostas evidenciam parte do que fora colocado anteriormente sobre as condições de diálogo nas Reuniões Plenárias:

TABELA 7 – Diálogo estabelecido com outros segmentos do CES/RJ

FORMA DE DIÁLOGO	FREQUÊNCIA
Fortemente cooperativo	5,3%
Cooperativo	42,1%
Fortemente conflitivo	21,1%
Conflitivo	15,8%

Os conselheiros estaduais colocam que, de fato, há cooperação entre os segmentos no processo de discussão; mas, de outro lado, 36,9% ressaltam o caráter conflitivo e fortemente conflitivo entre as representações do CES/RJ no âmbito das Reuniões Plenárias. Essa percepção é um dado reconhecido pelos próprios conselheiros tanto no que se refere a interações com os gestores da SES/RJ como na formação de cooperação entre os diversos segmentos, o que levaria o processo deliberativo a um patamar próximo ao de *accountability horizontal* (O’DONNELL, 1998) ou *pública* (BOHMAN, 1996, p. 27).

É importante salientar que a cooperação a que se referem diversos entrevistados teve diferentes níveis de percepção. Para alguns dos representantes da sociedade, por exemplo, refere-se a um nível cada vez mais intenso de trocas com os gestores da SES/RJ

(envolvimentos destes no âmbito do CES/RJ, agilidade na troca de informações, parceria no processo de tomada de decisão, etc.). De outra parte, outros conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais de saúde referem-se à cooperação de bases aliadas, ou seja, à formação de uma contra-hegemonia que pudesse enfrentar o decisionismo do governo estadual. Mas o fato, para vários autores, é que a formação de alianças políticas entre atores sociais e da gestão levam grupos de conselheiros (como, por exemplo, representantes de associações comunitárias ou de patologias) a tornarem-se presas do clientelismo da máquina estatal (BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013, p. 11; FARIAS, 2000, p. 50; LABRA, 2010, p. 102). Isto é, nesse segundo tipo de visão, o clientelismo da máquina estatal torna um conjunto de conselheiros, típicos competidores, tanto pelos assentos/cadeiras de representação no CES/RJ como pelos grupos de interesse, que veem o espaço público de deliberação como arena de trocas de *favores* – típico modo clientelístico de ação das máquinas políticas (PEREIRA NETO, 2012).

Esses aspectos conflitivos entre os conselheiros e a gestão da SES/RJ podem ser analisados, também, através dos registros das Atas de Reuniões Plenárias. São documentos públicos em que se registram o desenvolvimento do encontro dos conselheiros no espaço soberano de tomada de deliberação do Conselho: o Pleno do CES/RJ.

5.3 Análise sobre as Atas de Reuniões Plenárias

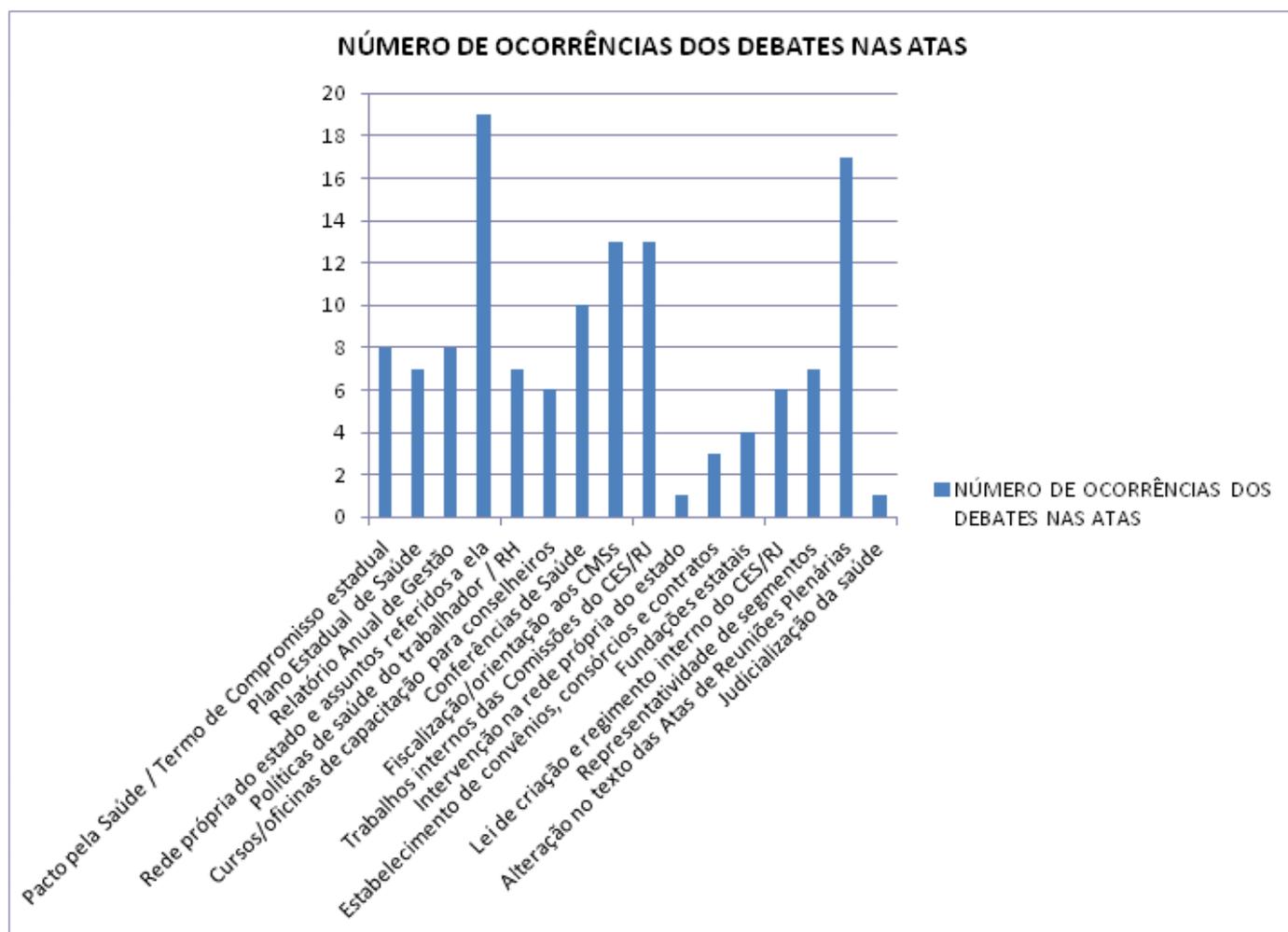
O colegiado Pleno do CES/RJ constitui-se como *órgão máximo de deliberação* e expressa o elemento de soberania do espaço de deliberação do Conselho (CES/RJ, 2013, p. 4). Isto quer dizer que somente podem ser tomadas deliberações no âmbito das Reuniões Plenárias, reunindo-se o quórum mínimo de 1/3 dos conselheiros. A soberania no âmbito das Reuniões Plenárias conferiria ao CES/RJ o caráter de representatividade requerido como resposta às demandas e anseios da sociedade. Os termos em que esse aspecto soberano do CES/RJ se realiza são parte integrante das análises feitas com as fontes documentais (Atas de Reuniões Plenárias) e com as visões dos próprios conselheiros, apreendidas através das entrevistas.

Em termos analíticos, as temáticas contidas nas Atas de Reuniões Plenárias foram classificadas segundo referência aos assuntos postos em debate pelos conselheiros e colocados

em processo de deliberação. Operacionalizamos a leitura das Atas, seguindo a etapa de codificação da *análise de conteúdo*. Para Bardin, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (BARDIN, 2009, p. 131). Assim, para os anos 2007-2010, procedeu-se à análise dos posicionamentos de cada segmento conselheiro, de forma que expressasse como a interação dialógica se estabelece com os gestores da SES/RJ. Ressalta-se que o uso da *racionalidade* (ou justificação racional) não se refere unicamente às crenças que os atores levam para debate nas Reuniões Plenárias; antes disso, é preciso colocar em evidência “como os atores utilizam e adquirem conhecimento” (BOHMAN, 1996, p. 53), levando adiante o uso de informações para efetivação do trabalho de construção das políticas de saúde para o âmbito estadual. Portanto, é importante identificar como os atores acomodam suas percepções acerca do modo pelo qual os atores da gestão governamental levam adiante a implementação dos projetos políticos do Estado ou da *máquina política* estatal (DINIZ, 1982; GERSCHMAN, 2010, p. 75-76).

A partir da leitura das Atas de Reuniões Plenárias, foram levantados os principais temas abordados nas discussões entre os conselheiros estaduais de saúde e os gestores da SES/RJ. A classificação temática foi feita a partir, primeiramente, de um levantamento conciso dos assuntos referentes às pautas de cada reunião (apresentadas, sempre, no começo de cada Pleno). Em seguida, os assuntos foram codificados de maneira tal que representassem a *unidade de registro* do texto de cada Ata. Dessa forma, como explicita Bardin ao identificar os *temas-eixo*, a leitura analítica do material permite destacar o entorno no qual os discursos se organizam. Esses discursos são sempre *referentes* – ou seja, dirigem-se a outros, colocando em destaque o *personagem* ou ator que mobiliza um determinado assunto e estabelece uma tomada de posição (BARDIN, 2009, p. 132-133) O gráfico abaixo busca demonstrar a distribuição absoluta (número de ocorrências) de temas mencionados nas Atas e que se referem ao processo de discussão para tomada de decisão:

GRÁFICO 8 – Distribuição de temas nas Atas de Reuniões Plenárias do CES/RJ (2007-2012)



As discussões que se refeririam ao Pacto pela Saúde tiveram destaque no começo da gestão de Sérgio Cabral. O Pacto, aprovado em 2006 pelo Ministério da Saúde (Portaria GM 399, de 22 de fevereiro), incentivou que os entes federados (União, estados e municípios) aderissem a uma série de iniciativas para inovação institucional no âmbito da gestão. Atribui, assim, competências para cada instância governamental, na medida em que redefine as atribuições dos gestores em função das necessidades e demandas dos usuários do SUS. O Pacto pela Saúde se subdivide em um conjunto de três dimensões: pela Vida (que estabelece um conjunto de compromissos sanitários – saúde do idoso, do trabalhador, promoção da saúde, etc.), em Defesa do SUS (que busca uma rearticulação política entre os gestores, de forma a garantir o direito à saúde) e de Gestão (que busca e valoriza as relações solidárias e horizontalizadas entre os gestores dos entes federados). Durante o primeiro mandato do governador Sérgio Cabral, o Pacto pela Saúde foi objeto de inúmeras discussões entre os

conselheiros no que se refere à assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Esse documento contém as metas a serem atingidas pelos gestores, através do compromisso de levar adiante as três dimensões do Pacto, e deve ser assinado para que os repasses financeiros do governo federal não sejam cancelados.

Foi salientada, em várias das Reuniões Plenárias, a importância que a gestão dá às instâncias de controle social, no sentido da importância da formulação de uma política que expresse uma vontade do Estado e não apenas de um governo: [...] a participação do controle social é fundamental, pois o que se pretende é fazer uma política de Estado, e não de governo. (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 12/01/2007, Representante dos gestores, p. 2).

Assim, ao explicarem o funcionamento do Pacto pela Saúde e o modo como os entes federados – com realidade loco-regionais diversas e diferentes – aderem e se enquadram no mesmo tipo de documentação governamental, os gestores da SES/RJ posicionam-se como cooperadores no compartilhamento de informações para o processo deliberativo e também como sujeitos que precisam do controle social (da aprovação dos conselheiros estaduais de saúde) para efetivar o Pacto via assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. Cabe lembrar que as propostas de governo devem passar antes pelo escrutínio do controle social, de forma que os conselheiros de saúde deliberem a partir do uso da *razão pública* (RAWLS, 2000, p. 261). Segundo representantes dos gestores, na explicitação do Pacto, o objetivo seria o uso da razão na direção do *bem público*, já que a assinatura do Termo de Compromisso indicaria uma via de cooperação entre os entes estaduais em termos de gestão: [O Pacto] diz que o mesmo deve acontecer nos estados, para se saber até onde e a partir de onde irão as responsabilidades dos entes, citando que estes vivem situações diversas, mas são submetidos ao mesmo documento. (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 12/01/2007, Representante dos gestores, p. 3, grifo nosso).

Mas esse patamar ou nível de cooperação pretendido pelos gestores é colocado em xeque pelos conselheiros estaduais representantes de profissionais e da sociedade. Segundo esses segmentos, o fluxo de informações que deveria circular entre SES/RJ e CES/RJ é incompleto, já que para aprovação de documentos específicos, como o Termo de Compromisso de Gestão, seria preciso a explicitação de como a gestão adequa essa necessidade governamental ao principal instrumento-guia de condução da gestão: o Plano Estadual de Saúde (PES), em que são explicitadas as diretrizes da gestão para quatro anos de governo. O problema levantado pelos conselheiros é que o CES/RJ não recebe essa documentação da gestão; então, fica em aberto de que forma vão aprovar uma deliberação

sobre o Pacto sem antes ter sido deliberado o PES. Se o Pacto, de fato, se efetivasse com a participação do controle social, só seria possível o processo deliberativo com a real apresentação dos documentos governamentais, distribuídos pelos gestores para apreciação do colegiado pleno do CES/RJ:

[...] se todo Pacto deve estar em consonância com o Plano de Saúde [PES], há uma situação complicada no estado do Rio de Janeiro, pois em quatro anos o CES não aprovou nenhum Plano Estadual de Saúde nem qualquer prestação de contas. (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 12/01/2007, Representante dos profissionais, p. 4, grifo nosso).

[...] a questão não é se pode pactuar se somente houver o relatório de gestão, mas os planos de saúde devem servir de base para o elenco de prioridades a serem pactuados [...] (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 16/05/2008, Representante dos gestores, p. 3).

Um outro ponto importante citado: a discussão crítica que os conselheiros colocam nas Plenárias acerca da falta de reconhecimento de seu papel social, que se atribui, entre outros aspectos, à ausência de mecanismos efetivos de troca de informação entre os atores. O que levaria, como no registro abaixo, à aprovação de matérias de interesse do governo estadual sem o devido processo de interação dialógica que caracterizaria o intercâmbio entre os atores:

Este CES nunca foi respeitado. Considera que os documentos para aprovação da Secretaria de Estado de Saúde têm sido “empurrados goela adentro” dos Conselheiros e pergunta como fazer o Pacto no estado sem a existência de um Plano Estadual de Saúde. [...] o que fazer se há Conselhos cooptados por gestores. (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 12/01/2007, Representante dos profissionais, p. 4, grifo nosso).

Ou seja, a ausência de mecanismos claros de informação, por parte dos gestores da SES/RJ, geraria uma paralisia naquilo que Habermas tenciona a respeito do *uso da razão pública* no estabelecimento de interações entre os atores através do livre intercâmbio de argumentos. Em outra medida, o que os conselheiros colocam é que não encontram no CES/RJ um espaço tipicamente público, onde os argumentos são analisados através do critério de *razoabilidade*. Isto é, de uma ou de outra forma, o espaço onde se reúnem os conselheiros estaduais de saúde para deliberar com os representantes da SES/RJ não espelharia um lugar de consenso democrático legítimo, em que as duas partes alcançam uma forma de *consenso sobreposto razoável*, área onde há concordância entre os valores políticos

e os outros valores (filosóficos, religiosos, etc.) (RAWLS, 2000, p. 204). A esse respeito, numa das Reuniões Plenárias, é colocado que:

[...] o estado do Rio de Janeiro sempre influencia o país, pois “tudo repercute daqui para cima”, e menciona o Plano Estadual de Saúde e a capacitação dos Conselheiros, ressaltando a existência de “várias linguagens” e a importância do PES ser discutido dentro dos segmentos. [...] o Plano é de governo, sim, e não de Estado, reiterando a importância da participação da sociedade. Fala sobre a maior responsabilidade dos Conselheiros [...] (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 12/01/2007, Representante dos profissionais, p. 6, grifo nosso).

Informações são desencontradas, principalmente aquelas relativas à periodicidade de aprovação dos documentos da gestão pelo CES/RJ. Todo processo de construção dos documentos de planejamento da gestão (PES e Relatórios de Gestão) deveria passar pelo crivo do controle social. Esses aspectos do processo deliberativo, segundo os conselheiros, estão em discordância com as próprias Resoluções do CNS, como a 333/03³³, porque os gestores não cumprem com uma agenda construída com os conselheiros; esse fato geraria, por exemplo, a falta de compromisso dos gestores em entregar os documentos para aprovação/homologação dos conselheiros em tempo hábil para leitura e reflexão crítica. Além disso, há uma demanda recorrente entre os conselheiros para que as matérias da SES/RJ que precisam de aprovação em Plenária do Conselho sejam enviadas com antecedência, de modo que os conselheiros possam analisar adequadamente as propostas a partir de critérios próprios do *uso da razão pública* (RAWLS, 2000, p. 263 e 264), que espelhem os princípios de justiça (*fairness*).

[...] o estado do Rio de Janeiro é um dos últimos a assistir apresentação do Pacto pela Saúde, e que a aprovação do Termo de Compromisso estadual é de responsabilidade do CES. Afirma que o que deve estar no Plano Estadual de Saúde é o Termo de Compromisso, e diz que o CES não irá aprovar o Termo sem aprovar o PES. [...] é preciso pautar no CES o Plano Estadual de Saúde 2005-2008; [...] sem o Plano Estadual de Saúde, o Pacto é inviável (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 12/01/2007, Secretário Executivo do CES e representante da sociedade, p. 5, grifo nosso).

³³ A Quinta Diretriz da Resolução 333/03 afirma que os Conselhos de Saúde devem “proceder à revisão periódica dos planos de saúde” (BRASIL, 2003, p. 9); porém, a Resolução não estipula prazos nos quais os gestores das Secretarias de Saúde deveriam, antecipadamente à realização de Reuniões Plenárias com os conselheiros, apresentar os *planos de saúde*.

[...] na portaria 325³⁴, exige que o município tenha o relatório de gestão e o plano municipal de saúde. Questiona se isso é a partir desse ano [2008], ao qual foi respondido pela mesa que sim. Informa que na região dele, 90% dos municípios não têm relatórios de gestão [...] (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 16/05/2008, Representante da sociedade, p. 3, grifo nosso).

[...] não dá para trabalhar sempre com pressa e tudo deve ser apresentado com tempo para se passar pelo Pleno, mas essa não é a realidade. Também expõe que as matérias ficam durante três ou quatro meses na SESDEC³⁵, mas chegam sempre com pouco tempo para o Conselho. Expõe que o Conselho deveria criar regras para o recebimento. (ATA DE REUNIÃO..., 08/01/2010, Representante da sociedade, p. 3, grifo nosso).

Os conselheiros estaduais também colocam em discussão nas Reuniões Plenárias a questão da representatividade e do papel social que cumprem. Se por um lado, ressaltam os conselheiros, “o Conselho é um espaço de diálogo com a sociedade, portanto o conselheiro não representa a si mesmo” (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 12/01/2007, Representante da sociedade, p. 7), mas aos interesses da sociedade, por outro lado, é importante salientar que entre os conselheiros persiste a visão de uma fragilidade do controle social, na medida em que a própria sociedade não conhece o CES/RJ. Dessa forma, a prática do controle social se fragiliza e, no limite, o próprio Conselho burocratiza suas ações. Nesse sentido, conforme ressalta um conselheiro: “O Conselho não controla nada, é um gueto político.” (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 12/01/2007, Representante da sociedade, p. 7).

Outra forma de registro nas Atas de Reuniões Plenárias do CES/RJ é o acolhimento de denúncias sobre irregularidades nos Conselhos Municipais de Saúde (CMSs) (como os de Santa Maria Madalena, Mendes, Teresópolis, Campos dos Goytacazes, Nova Friburgo); dessa maneira, são recorrentes os registros de instauração de processos fiscalizatórios nos CMSs quando recebem e acolhem uma denúncia. Um grupo de conselheiros é designado para ir até o município alvo de denúncias, fiscalizar e orientar o munícipe (Prefeito, secretário executivo

³⁴ A Portaria 325 (editada pelo Ministério da Saúde em 21 de fevereiro de 2008) estabelece, em seu artigo 6º, que “as metas pactuadas pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e União deverão ser aprovadas nos respectivos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2008, p. 2).

³⁵ A decisão de unir duas secretarias de estado (de Saúde e de Defesa Civil) ocorre no começo da primeira gestão de Sérgio Cabral e partiu da iniciativa dos gestores. Teve como justificativa, da parte do Corpo de Bombeiros, a seguinte intenção: “Desde o momento de transição, mostramos para o governador que a decisão de unir as secretarias foi acertada, já que 90% das ocorrências do Corpo de Bombeiros terminam nos hospitais e não nas delegacias.” (Uma revolução operacional aconteceu na corporação, *in*, <http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-entrevistas/6449-uma-revolucão-operacional-aconteceu-na-corporação-sesdec-noticias-dez2010.html>) (Acesso em 01/04/2013). Ressalta-se que para alguns ex-gestores da SES/RJ, essa *transição*, de fato, trouxe um componente *antidemocrático* e de *militarização* para o corpo da Saúde (Entrevista com informante, ex-gestora da SES/RJ, realizada em 28/01/2011).

do Conselho) a adequar-se. No geral, as principais denúncias que foram veiculadas pelas Atas de Reuniões Plenárias e que se tornaram objeto de deliberações do CES/RJ foram:

- Denúncias sobre a falta de paridade entre segmentos nos CMSs – descumprimento da Lei 8142/90 e da Resolução 333/03;
- Denúncias sobre a ausência de organização, no município, de Conferências Municipais de Saúde – descumprimento da Lei 8142/90 e dos Regimentos Internos dos Conselhos de Saúde;
- Denúncias sobre eleições para representação de segmentos nos CMSs – descumprimento da Lei no. 8142/90, da Resolução 333/03 e dos Regimentos Internos dos Conselhos de Saúde.

Nesse sentido, os conselheiros estaduais de saúde ressaltam criticamente que a grande maioria dos CMSs é *chapa branca*, havendo denúncias de familiares de conselheiros municipais que são empregados no governo municipal. Além disso, em grande parte dos municípios, o cidadão comum desconhece a existência de um órgão de controle social. Apesar disso, os conselheiros estaduais de saúde demonstram que há melhora no diálogo com os conselheiros municipais:

Tem uma conexão: que participam dos conselhos municipais e levam para o estadual. Tem alguns conselheiros municipais que são bem qualificados. O [conselheiro] estadual deveria ser conselheiro municipal, mas para isso eles deveriam receber. (Entrevistado 3, Representante da sociedade/ADOTE).

Na atual gestão, o CES vem intervindo mais, assessorando os [conselhos] municipais. (Entrevistado 7, Representante da sociedade/FAFERJ).

Porém, segundo um outro conselheiro estadual entrevistado,

Esse é um grande problema do Conselho Estadual: chegam as denúncias, mas in loco eles não vêem, não há vista das questões... As demandas da população, de um modo geral, não chega ao Conselho Estadual... Chega muito mais através de um associação; chega através de uma representação de interesses muito específica (Entrevistado 21, Representante da sociedade/CMS de Queimados)

Esse posicionamento dos conselheiros, de uma parte, significa que o CES/RJ está se estadualizando, visto que “há maior respeito dos Conselhos municipais em relação ao CES” (Entrevistado 15, Representante da sociedade/FAMERJ). De outra parte, os CMSs

funcionariam através de uma lógica independente e na qual o trabalho do CES/RJ é apreciado pelos munícipes “só na época de Conferências; [...] e somente para colocação de propostas pontuais” (Entrevistado 10, Representante dos profissionais/SINDPSI). Esses registros extraídos das entrevistas com os conselheiros apontam para a questão do papel que o CES/RJ tem, efetivamente, no âmbito ou estrutura do processo de tomada de decisão.

Assim, como fica evidente, nos registros abaixo, quanto ao papel que o CES/RJ deveria ocupar perante a SES/RJ, as próprias atividades do Conselho são representadas pelos conselheiros de diversas formas. Num primeiro grupo de respostas, encontramos aquelas que associam o papel do CES/RJ às ideias de *fiscalização e cobrança das ações dos gestores*:

Fiscalização e controle de todas as unidades de saúde, com visitas e orientações. (Entrevistado 17, Representante dos profissionais/CRN).

Papel de fiscalizador e apoio à SES nas propostas políticas; e nas aplicações de verbas. (Entrevistado 15, Representante da sociedade/FAMERJ).

Órgão fiscalizador das ações da SES; proponente de estratégias de ações no interesse público. (Entrevistado 11, Representante dos profissionais/CRP).

Cobrar da secretaria a execução mais ágil das demandas que foram a ela encaminhadas. (Entrevistado 16, Representante da sociedade/FAAPERJ).

Fiscalizar os atos da SES, construir com ela o plano plurianual e a agenda anual e quadro de metas, o orçamento e, caso haja descumprimento, comunicar as irregularidades às autoridades a nível estadual e federal (Entrevistado 8, Representante da sociedade/SAVK).

O conselho é um órgão fiscalizador e de formação de políticas públicas junto ao governo (Entrevistado 5, Representante da sociedade/CMS de Volta Redonda).

Em um segundo grupo de respostas, os conselheiros estaduais de saúde ressaltam o papel do CES/RJ como arena de participação e construção compartilhada das políticas públicas. Dessa forma, ressaltam que o papel a que se dedica o conselheiro de saúde vai mais além da pura fiscalização ou cobrança dos atos do gestor de saúde; segundo alguns dos conselheiros entrevistados, faz parte do papel social do conselheiro *monitorar e avaliar criticamente* os trabalhos dos gestores da SES/RJ. Esse sentido a que se referem os conselheiros possibilitaria a interação dialógica necessária ao processo deliberativo (BOHMAN, 1996, p. 57). Em outro registro, como ressalta Giddens (2002, p. 106), a *política da vida* remete à ideia de que os indivíduos, em suas diversificadas práticas ou ações sociais, precisam escolher e/ou decidir sobre assuntos que dizem respeito à sua própria vida e que

impactam na vida dos outros. Esses aspectos podem ser identificados nos registros de entrevistas com os conselheiros, que colocam que, ao lado do papel de fiscalização, é preciso enfatizar o constante posicionamento crítico:

[O Conselho deveria ter] independência [diante da Secretaria e dos gestores]; [seu papel deveria ser o de] fiscalização [e] deliberativo nas políticas implementadas pela SES (essa seria a visão oposta da que se encontra vigente). (Entrevistado 12, Representante dos profissionais/SINDMED, grifo nosso)

Fazer uma avaliação crítica permanente da política estadual de saúde vigente, contribuindo ou não para seu aprimoramento. (Entrevistado 6, Representante da sociedade/Rede Feminista, grifo nosso).

Fiscalização, ao mesmo tempo monitorando e participando da construção das políticas em parceria. (Entrevistado 14, Representante dos profissionais/CRFa, grifo nosso).

Através desses registros, os conselheiros estaduais colocam a questão da autonomia de suas atividades de controle social. Se por um lado, os Conselhos de Saúde não são órgãos independentes das Secretarias de Saúde, visto que compõem o Poder Executivo, “[...] o CES deve ser como uma locomotiva, que deve ser conduzida e não ser conduzida. [...] o controle social não pode abrir mão dos seus direitos [...]” (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 02/03/2007, Representante da sociedade, p. 7). Ao lado da compreensão por parte de alguns conselheiros de que o CES/RJ deve ter direção e não ser dirigido (pela SES/RJ), os conselheiros afirmam que “precisam aprender a deliberar” (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 02/03/2007, Representante da sociedade, p. 9).

Em diversas tomadas de posição, os conselheiros estaduais de saúde levantaram a questão crítica de que as atividades próprias do Conselho estão *subordinadas* à SES/RJ, causando bloqueios para o exercício do controle social. Essa questão está associada à confusão que se criou a partir da ausência de definições claras sobre a autonomia dos trabalhos dos conselheiros. A autonomia requerida pelos conselheiros refere-se ao reconhecimento de seu papel no processo de tomada de decisão e aos contornos do papel de conselheiro. Nesse sentido, expõe-se, nos registros de Atas de Reuniões Plenárias abaixo, o posicionamento de representantes da sociedade quanto à falta de uma agenda própria ao CES/RJ:

[...] expõe que o Conselho está subordinado ao Secretário Estadual de Saúde, e que há uma burocracia na secretaria e que está gerando um empecilho para

a criação da agenda do conselho [...] (ATA DE REUNIÃO..., 24/04/2009, Conselheiro representante da sociedade, p. 3, grifo nosso).

[...] o CES não é subordinado [mas] apenas faz parte da secretaria (ATA DE REUNIÃO..., 24/04/2009, Conselheiro representante da sociedade, p. 11, grifo nosso).

Em outro registro, um conselheiro representante da sociedade refere-se à falta de agenda das atividades próprias ao CES/RJ e afirma que, na ausência de agenda própria, os custos para o Conselho são altos: tornar-se-ia impossível realizar o próprio controle social, cujo significado último indica a participação da sociedade no processo de tomada de decisão no Estado. Nesse sentido, é a própria Constituição de 1988 que faz referência à *participação da comunidade* como constituinte da organização do *sistema único* (SUS) (ANGHER, 2013, p. 65). Assim, os conselheiros representantes da sociedade colocam-se de forma crítica quanto aos bloqueios que a gestão da SES/RJ impõe à autonomia do papel social do conselheiro:

[...] para se discutir determinada matéria, os conselheiros têm que receber com bastante antecedência, como determina a legislação e as portarias. Precisa estar organizado, pois o Conselho vem, desde 2006, tentando construir uma agenda de trabalho, e coloca que tem uma coisa oculta que não quer que o Conselho construa a sua agenda de trabalho, e sem agenda de trabalho se torna impossível resolver qualquer tipo de missão. [...] No processo de construção, a sociedade tem que estar junto, é assim que determina o comando constitucional. (ATA DE REUNIÃO..., 24/04/2009, Conselheiro representante da sociedade, p. 4, grifo nosso).

A partir dos registros e análises sobre as Atas de Reuniões Plenárias do CES/RJ, ressalta-se que na visão dos gestores da SES/RJ, 80,8% dos entrevistados afirmam que as reuniões com o CES/RJ não se configuram como espaços para a tomada de decisão; só 11,5% afirmaram que o Conselho participa dos mecanismos de tomada de decisão. Em relação com esse tópico, e sendo o secretário estadual de saúde também presidente do CES/RJ, 73,1% dos gestores colocam que a participação do secretário nas reuniões com os conselheiros estaduais de saúde não é procedimento para tomada de decisão do Poder Executivo. Esse posicionamento reflete uma visão crítica dos gestores em relação ao trabalho e ao papel do CES/RJ, que se expressa na forma como as Deliberações são construídas.

5.4 Deliberações do CES/RJ

As deliberações dos Conselhos de Saúde são tomadas em Reuniões Plenárias e aprovadas somente com quórum mínimo de conselheiros presentes, por maioria simples, ou com a presença de 2/3 dos membros, no caso em que as deliberações precisam de quórum qualificado. Fazem parte das deliberações que precisam de quórum qualificado, as matérias relacionadas a “orçamento, Plano Estadual de Saúde, Fundo Estadual de Saúde, aplicação de recursos de outras fontes e alteração [do] Regimento Interno” (CES/RJ, 2013, p. 6).

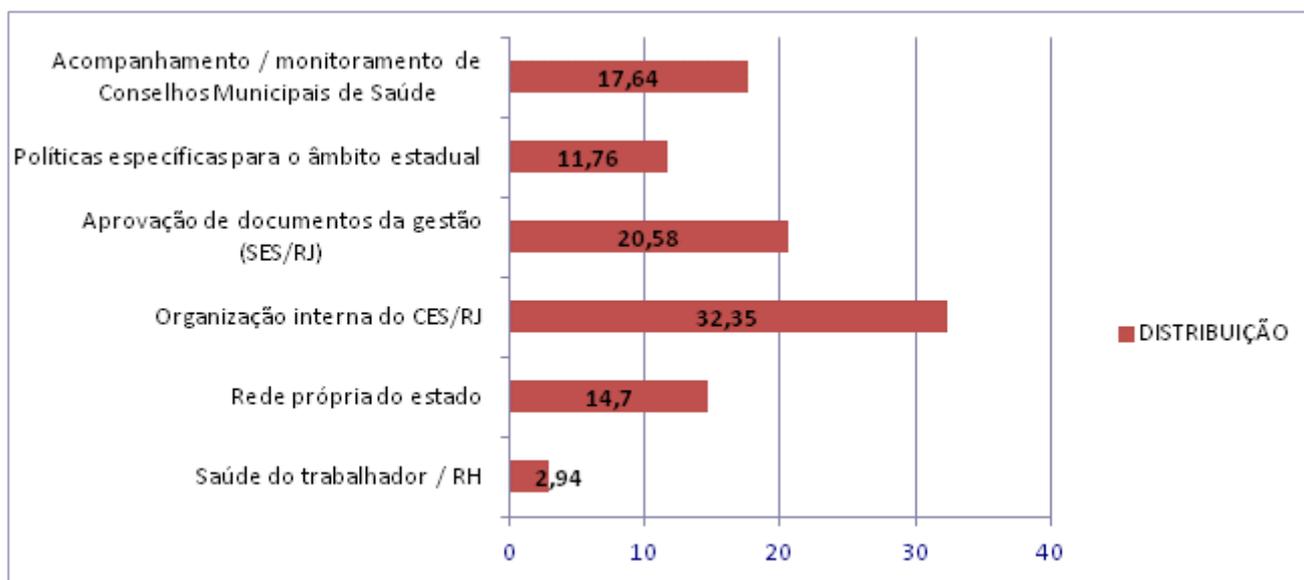
No período em análise, na primeira gestão do governador Sérgio Cabral, foram emitidas 34 deliberações. Essas, quando aprovadas em Reuniões Plenárias, precisam ser materializadas em Resoluções pelo secretário estadual de saúde que, após quinze dias, as publica no Diário Oficial do Estado do RJ (CES/RJ, 2013, p. 2). Todas as Deliberações analisadas, assim como as Atas de Reuniões Plenárias, foram classificadas por determinados tipos de temas, correspondentes aos debates travados entre os conselheiros. O número total de deliberações tomadas em Reuniões Plenárias, e separadas por assunto, pode ser observado na tabela abaixo:

TABELA 8 – Distribuição dos assuntos referentes às deliberações emitidas pelo CES/RJ (2007-2010)

	Número total de deliberações	Distribuição
Saúde do trabalhador / RH	1	2,94
Rede própria do estado	5	14,70
Organização interna do CES/RJ	11	32,35
Aprovação de documentos da gestão (SES/RJ)	7	20,58
Políticas específicas para o âmbito estadual	4	11,76
Acompanhamento / monitoramento de Conselhos Municipais de Saúde	6	17,64
TOTAL	34	100%

A abordagem quantitativa, aqui, funda-se em uma das ideias contidas na proposta de análise de conteúdo: a frequência de aparição de determinados elementos da mensagem (BARDIN, 2009, p. 140). Ou seja, não se trata somente de identificar a quantidade de vezes em que determinado tema surge nas Deliberações; antes disso, a frequência com que os temas são abordados pelas Deliberações poderia indicar o nível de intensidade com que os conselheiros estaduais emitem respostas (*feedbacks* em forma de Deliberações) ao contexto que se analisa. Assim, tomando-se a proposta de análise do processo que ocorre nos sistemas políticos, segundo Easton, estessão delimitados por um contexto preciso, porém são fluidos em relação às mudanças dos próprios sistemas na vigência de interações entre atores que optam por preferências segundo seus interesses ou segundo o segmento representativo a que se referem (EASTON, 1957). Dessa forma a intensidade da tomada de decisões, transformadas em Deliberações do CES/RJ, é indicativa dos assuntos-chave tratados nas Reuniões Plenárias do Conselho³⁶. Assim, os três principais assuntos que geraram deliberação entre os atores no âmbito da Plenária do Conselho foram: organização interna do CES/RJ (32,35% das deliberações), aprovação de documentos da gestão (SES/RJ) (20,58%) e acompanhamento/monitoramento de Conselhos Municipais de Saúde (17,64%).

GRÁFICO 9 – Distribuição das deliberações emitidas pelo CES/RJ, por assunto



³⁶ As categorias adotadas para distribuição das percentagens das Deliberações foram construídas a partir da leitura e análise de conteúdo das Atas de Reuniões Plenárias.

Referindo-se à composição de representatividades no CES/RJ, mas refletindo acerca da tomada de decisão dentro do processo deliberativo, o conselheiro representante da sociedade ressalta que “às vezes os interesses são voltados não para a maioria e sim para os interesses particulares [do governo estadual], principalmente quando envolve recurso financeiro” (Entrevistado 2, Representante da sociedade/CUT). Este dado não só corrobora o tipo de relação de poder ainda pouco *ascendente* estabelecida entre representantes dos gestores da SES/RJ, de um lado, e da sociedade e profissionais de saúde de outro, mas também se refere ao modo como são encaminhadas as deliberações no âmbito do Conselho. Ou seja, são transformadas em Resoluções pelo secretário de saúde, aquelas deliberações que se referem aos temas de interesse da gestão.

Colocados diante da questão sobre como percebem que os gestores da SES/RJ *ouvem, respeitam e acatam* as deliberações do CES/RJ, 57,9% responderam que sim, enquanto 36,8% responderam negativamente a essa questão. Sobre essa segunda disposição das respostas dos conselheiros, ressaltam-se as seguintes justificativas:

Não seguem as decisões que toma o CES; ou seja, aquelas que atrapalham os projetos da SES (Entrevistado 11, Representante dos profissionais/CRP).

Procuram mudar a favor do que é mais importante para eles (Entrevistado 2, Representante da sociedade/CUT).

Fato interessante é que as respostas justificativas para a consideração de que a SES/RJ *ouve, respeita e acata* as deliberações do CES/RJ podem ser arroladas como uma forma de explicitação de como os gestores “ouvem e respeitam, mas não acatam” (Entrevistado 13, Representante dos profissionais/CREFITO). Essa perspectiva se acentua quando os conselheiros ressaltam:

[...] interesse da SES em justificar suas ações (como o PAIS, o PES); eles [a gestão] ouvem as críticas dos conselheiros. (Entrevistado 14, Representante dos profissionais/CRFa).

[...] mas só no interesse da gestão; na aprovação das resoluções da gestão, os gestores acatam o que o CES faz. (Entrevistado 15, Representante da sociedade/FAMERJ).

[...] às vezes. Mas quando as intervenções do conselho não seguem as mesmas diretrizes da política, as mesmas não são acatadas (quando diverge da opinião da secretaria, não são acatadas). (Entrevistado 6, Representante da sociedade/Rede Feminista).

Para 30,4% dos conselheiros, o CES/RJ utiliza procedimentos democráticos de consulta à sociedade, enquanto que, para 60,9%, o Conselho não faz quaisquer tipos de consulta à sociedade. Os conselheiros que responderam positivamente à questão ressaltam, principalmente, as Conferências de Saúde como canal democrático pelo qual os Conselhos se aproximam das demandas da sociedade. Para os demais conselheiros, o CES/RJ está muito afastado das demandas da sociedade e, no limite, como resalta um entrevistado, “o governo do estado tem por prática não consultar a sociedade; tem uma política autoritária” (Entrevistado 11, Representante dos profissionais/CRP). Além disso, há falta de “interlocução com a sociedade” (Entrevistado 10, Representante dos profissionais/SINDPSI), que se expressa na forma como a gestão atribui sentido ao trabalho dos conselheiros como representantes de demandas sociais. Essa percepção crítica estende-se, ainda, ao processo inconcluso a que alguns conselheiros referem-se ao tematizar a ausência de tratamento que os gestores da SES/RJ dão aos resultados das Conferências de Saúde. A gestão da SES/RJ, como relata um conselheiro, “não respeita as decisões da conferência” (Entrevistado 12, Representante dos profissionais/SINDMED). A essa percepção, acrescenta-se a ideia de que,

[...] uma maioria expressiva não está ali para respeitar os anseios da sociedade; na maioria das vezes, negociam com o gestor qualquer aprovação de matéria [as quais] prejudicam a sociedade. (Entrevistado 8, Representante da sociedade/SAVK).

Esse quadro também espelha o resultado que, segundo os conselheiros estaduais, quase não existem mecanismos de consulta entre os gestores da SES/RJ e os membros do CES/RJ fora das Reuniões Plenárias:

TABELA 9 – Mecanismos de consulta entre SES/RJ e CES/RJ fora das Reuniões Plenárias

MECANISMOS DE CONSULTA ENTRE SES/RJ E CES/RJ	CONSELHEIRO (PERCENTUAL)
Sim	47,8%
Não	52,2%

Para aqueles que responderam positivamente à questão, os principais mecanismos de consulta são e-mails e publicações da SES/RJ (boletins, jornais, etc.), enquanto para os conselheiros que responderam negativamente a falta de mecanismos correlatos à troca de

informações seria uma resposta clara de que o governo estadual não reconhece o papel social que cumpre a arena deliberativa do CES/RJ no processo de decisão. Nas falas a seguir, os conselheiros assumem que, por vezes, recebem os documentos da SES/RJ, mas não conseguem espaço nas Reuniões Plenárias para tomar parte do processo:

Há disponibilidade do plano [Plano Estadual de Saúde]; mas os conselheiros não conseguem contribuir. (Entrevistado 3, Representante da sociedade/ADOTE).

Não há acesso claro às informações pautadas pelos gestores. (Entrevistado 13, Representante dos profissionais/CREFITO).

No que se refere ao último registro/percepção de conselheiro, o mecanismo de troca de informações entre a gestão e os conselheiros é incompleto. Ou seja, se os documentos da gestão (como o Plano Estadual de Saúde, os Relatórios Anuais de Gestão) devem ser aprovados por processo deliberativo nas Reuniões Planárias do CES/RJ, esses nunca são explicitados no Conselho e, quando chegam aos conselheiros, já estão prontos e aprovados – de que é exemplo o registro de um conselheiro numa das Reuniões Plenárias, em que coloca que os conselheiros só aprovam *pacotes prontos*.

[...] o CES apenas discute “embrulhos” já prontos, ao qual os conselheiros aprovam, porém com várias objeções ou acréscimos a colocar. (ATA DE REUNIÃO PLENÁRIA..., 07/03/2008, Representante dos profissionais, p. 5, grifo nosso).

No limite, esse registro é demonstrativo da percepção dos gestores da SES/RJ de que o trabalho dos conselheiros estaduais “não acompanha as necessidades da sociedade em razão da pouca politização do CES” (Entrevistado representante da SES/RJ). Assim, entre os gestores, há uma baixa percepção de que o CES/RJ exerce o controle social:

TABELA 10 – Exercício do controle social, segundo os gestores

O CES/RJ EXERCE O CONTROLE SOCIAL	GESTORES (PERCENTUAL)
Sim	34,6%
Não	53,8%

O propósito das Deliberações emitidas pelo CES/RJ precisa ser relacionado a elementos próprios da discussão sobre deliberação e representação. Segundo Farias (2000, p. 59), “os objetivos do ato deliberativo são resolver as situações problemáticas (conflitos), restaurar a cooperação entre os atores e coordenar os resultados”. A ideia subjacente ao processo deliberativo, no seu formato de interação dialógica, é que os atores reconhecem seus papéis e, mesmo discordando do resultado final, comprometem-se com a cooperação. Esse formato do processo deliberativo implica os atores no critério de razoabilidade que, segundo a perspectiva rawlsiana, projetaria os participantes de um processo político na busca de critérios de *justiça como equidade*: a consideração dos cidadãos comuns como sujeitos livres e iguais. Assim, para Rawls, a *concepção política de pessoa* pressupõe,

Primeiro, [que] os cidadãos são livres no sentido de conceberem a si mesmos e aos outros como indivíduos que têm a faculdade moral de ter uma concepção do bem. Isso não significa que, como parte de sua concepção política, considerem-se inevitavelmente ligados ao esforço de realização da concepção específica do bem que professam num determinado momento. (RAWLS, 2000, p. 73).

No sentido da representação política, segundo Pitkin, a ideia original contida na fórmula “agir em nome de” (*acting for*) precisa levar em consideração “o quê” e “como” o representante realiza a deliberação ao tomar para si a relação com seus representados (PITKIN, 1997, p. 143). Nos termos do debate rawlsiano, a questão estabelece que o sujeito que representa guarda consigo a própria ideia de bem que espelha as demandas daqueles que são seus mandatários. Assim, a figura do conselheiro seria, em última instância, aquela que expressa, no debate público, os anseios e desejos, interesses e disputas, de uma fração específica do *demos*. O problema colocado pela aceção rawlsiana de justiça como equidade, refere-se a que “a participação do *demos* exige muito mais que um ato de autorização ou escolha de representantes e deve ir muito além dos procedimentos eleitorais” (BISPO JÚNIOR e GERSCHMAN, 2013, p. 10). Isto é, a deliberação precisa ser analisada em termos de processo que leva os atores a formas variadas de relações sociopolíticas; a simples descrição procedimental do funcionamento de uma esfera pública (DAHL, 2005; RAWLS, 2000) limita a análise e o escopo a que se poderia chegar, não atentando para o fato de que as arenas de poder geram relações de aliança e conflito.

5.5. Algumas observações sobre os conflitos entre conselheiros e gestores: um relato

As Conferências de Saúde fazem parte integrante do processo de deliberação nos Conselhos de Saúde. Com elas, editadas a cada quatro anos, é possível analisar criticamente os caminhos do SUS nos três âmbitos da federação. Dessa forma, além de propiciar o espaço necessário para que, procedimentalmente, os segmentos efetuem a prática da representação política (*acting for*), são arenas políticas nas quais podem ser analisadas as correlações de força entre os segmentos (sociedade, profissionais de saúde, gestores e prestadores) que espelham uma determinada relação de poder. Segundo Escorel, as Conferências de Saúde enfrentam o dilema próprio da participação social e da delegação para o exercício da tomada de decisões coletivas (ESCOREL, 2005, p. 113).

A pesquisa sobre o CES/RJ realizou uma observação participante na VI Conferência Estadual de Saúde, ocorrida no Maracanãzinho, entre os dias 24 e 27 de outubro de 2011. Esse momento mostrou-se importante, no sentido de demonstrar os conflitos existentes entre representações da sociedade e profissionais de saúde e os gestores da SES/RJ. De modo mais abrangente, a Conferência de Saúde faz parte do processo deliberativo e decisório das políticas de saúde. São espaços onde os conselheiros e os gestores, analisam e avaliam os desdobramentos do SUS em nível local. A observação direta foi feita nas Plenárias da Conferência, em que se reúnem todos os conselheiros, e nos Grupos de Trabalho, reunidos para discussão de questões tópicas acerca das propostas do Estado do RJ referentes aos temas do SUS. No momento de observação na Conferência, foi importante perceber como se estruturam e organizam a Plenária e os Grupos de Trabalho, os movimentos dos atores (ou seja, sua tomada de posição) e os principais temas debatidos.

Ao lado da descrição etnográfica, apresentam-se registros de depoimentos dados por vários tipos de segmentos de conselheiros. Esses depoimentos não foram gravados; fizeram parte de conversas informais mantidas com esses atores no âmbito da Conferência. O caráter informal da aproximação com esses conselheiros permitiu apreender as relações entre os participantes sem a formalidade exigida pela entrevista gravada, por exemplo. Ressalta-se que, ao se estabelecerem esses contatos, procuramos explicitar os objetivos de nossa incursão na Conferência, o que, de outra parte, conferiu a transparência necessária para que pudessem

ser feitas as perguntas-chave sobre interação entre segmentos de conselheiros de saúde e os gestores das Secretarias (estaduais e municipais)³⁷.

A VI Conferência Estadual de Saúde do RJ, precedida pela realização das conferências distritais e municipais, faz parte da organização de espaços destinados a avaliação, discussão e deliberação dos avanços e desafios no SUS estadual. As Conferências de Saúde reúnem os chamados *delegados* de cada região distrital e de cada município, com a representação paritária de diversos segmentos da sociedade (representantes da sociedade, dos profissionais de saúde, dos gestores e dos prestadores), com o objetivo de propor diretrizes para as políticas de saúde no âmbito estadual. Essas diretrizes são expostas, ao final de cada conferência, em um caderno que compõe as propostas eleitas em cada eixo temático da Conferência Estadual e consubstanciadas no Relatório Final da Conferência Estadual de Saúde. Os resultados das conferências, tomados como força do processo constituinte (NEGRI, 2002, p. 44), devem ser, de acordo com a Resolução 453 do CNS (de 10 de maio de 2012), absorvidos pelos gestores e incluídos no Plano Estadual de Saúde (PES), nas Programações Anuais de Saúde (PAS) e devem estar contemplados nos Relatórios Anuais de Gestão (RAGs).

Um primeiro ponto interessante de observação é que alguns representantes da sociedade reivindicaram que a Conferência fosse acompanhada – ao menos na plenária – pelos cidadãos comuns. Foi colocado que não havia sido aberto o espaço público da Conferência para as “pessoas comuns [...] interessadas nos problemas da saúde” (Conselheiro representante da sociedade). Assim, nos dias de Conferência, havia um forte esquema de segurança nos portões de acesso ao Maracanãzinho, onde somente *entravam credenciados* (Conselheiro representante dos profissionais), ou seja, os delegados representantes de Conselhos de Saúde. Além disso, ressaltaram alguns conselheiros, o bloqueio à entrada da população/cidadão comum na Plenária da Conferência salientou o caráter *militarizado* do espaço público e também uma opção clara da gestão em discutir, *a portas fechadas*, assuntos que dizem respeito à sociedade e ao SUS (Conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais). Esse foi um dos primeiros aspectos de tensão, observado pela pesquisa e ressaltado pelos conselheiros de saúde com quem se manteve contato durante os dias de Conferência.

A partir desse primeiro ponto de observação, começou-se a perceber certo desconforto entre os conselheiros (principalmente, representantes de profissionais e da sociedade). Conversando com vários conselheiros – de Miguel Pereira, de Mendes, da Baixada –, muitos

³⁷ No ANEXO D, encontra-se um Roteiro de Descrição Etnográfica e as perguntas correspondentes.

deles relataram o processo que sentiam de *esvaziamento* do espaço das Conferências – tanto desta (2011) como da anterior (realizada em 2008). Dois fatores foram mencionados:

- a falta de clareza no processo de votação das propostas – que é feito na reunião de vários Grupos de Trabalho (até 20) (esse processo será descrito mais adiante);
- a falta de interesse dos conselheiros devida a inúmeros fatores como, por exemplo, falta de entendimento do processo – “regimento interno das Conferências é muito confuso e não foi deliberado por todos” (Conselheiro representante da sociedade).

Além disso, pôde-se perceber uma visão cética por parte de alguns conselheiros (municipais e estaduais), um certo “sentimento de desconfiança” (Conselheiro representante dos profissionais) de que suas reivindicações fossem colocadas em pauta pela Comissão Executiva da Conferência (responsável pela relatoria).

No segundo dia da Conferência, acompanhamos as apresentações de Jurema Werneck (Representante da sociedade/ ONG CRIOLA no Conselho Nacional de Saúde), de Jorge Darze (Representante dos profissionais/SINDMED no CES/RJ) e de Luiz Odorico (Representante do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa). Um primeiro ponto muito nítido entre as três apresentações refere-se ao fato de que, enquanto o representante do MS se ateu a apresentar os avanços – em números – das políticas de saúde no Brasil, os outros dois contrapuseram os números do MS com o que alguns autores chamam de *gap* entre o *SUS real* e o *SUS legal* (PAIM, 2008, p. 73).

Um dos pontos polêmicos, tanto das apresentações referidas acima como dos debates entre os conselheiros nos Grupos de Trabalho, refere-se ao processo de *desmonte* do sistema de saúde brasileiro. Em nível estadual, como colocado por Darze e outros conselheiros, esse aspecto é sentido quando “olhamos para o ‘SUS real’ onde, reiteradamente, vem-se delegando a fundações e Organizações Sociais (OSs) o papel de gerir acessos e assistência” (Conselheiro representante dos profissionais). Segundo colocado, esse processo é contrário ao movimento constituinte que se iniciou em 1988 – o movimento pela Reforma Sanitária brasileira (GERSCHMAN, 2004a ; PAIM, 2008), se acirra com as chamadas “duplas portas de entrada” e culmina com a “balcanização da saúde pública” (Conselheiro representante dos profissionais). Foi ressaltado, ainda, que esse processo sempre foi uma “bandeira dos usuários [e que] é a gestão [estadual e federal] que insiste nesse aspecto [...]” (Conselheiro representante da sociedade). Conforme relatou um conselheiro de Nova Friburgo, “o controle

social sempre brigou contra a dupla porta, a gestão é que insiste em repor a questão” (Conselheiro representante da sociedade).

Alguns tópicos de observação na Conferência são interessantes para os propósitos desta tese. O ambiente da Plenária da Conferência era tenso, permeado por conflitos expressos nas “falas” acima citadas. Percebia-se, claramente, esse espaço tensionado quando era dada a palavra aos gestores. Nesses momentos, era nítido que o Pleno se esvaziava; os conselheiros começavam a se retirar e/ou a conversar em grupos fechados. Esse tipo de atitude dos próprios conselheiros expressa não só a tensão existente entre gestores representantes da sociedade e dos profissionais mas também o sentimento de que não havia processo deliberativo; e que, por fim, a possibilidade de efetivação de democracia deliberativa cancelava-se a partir do momento em que o gestor colocava-se como impermeável ao diálogo crítico. Assim, nas “falas”, principalmente de representantes da sociedade, percebem-se tons de *indignação* e denunciamento, além de críticas dirigidas expressamente aos representantes da gestão.

A clara percepção de “ânimos muito exaltados” (Conselheiro representante da sociedade), nas discussões entre as representações, espelhou-se na visão de que os gestores “ouvem em parte as críticas, mas respondem apenas com discurso” (Conselheiro representante da sociedade); dessa maneira, como ressalta a “fala” do representante da sociedade “não discutem, assim, questões e situações reais, que expressam aquilo que o SUS é, e não o que ele deveria ser.”

Além dessas tensões, conformaram temas de crítica do Plenário da Conferência:

- os pedidos de “cobrança de maior clareza quanto aos custos e financiamento da saúde” (Conselheiro representante dos profissionais). Ou seja, no processo deliberativo, os conselheiros demandavam maior clareza na prestação de contas da gestão para que pudesse ser efetivado o processo de controle social;
- os conselheiros colocaram a questão de “onde está o controle da regulação de tantos planos de saúde” (Conselheiro representante da sociedade), já que a gestão – incluindo o MS – propõe que seja aumentada a cobertura dos planos de saúde. Ao lado da questão da regulação dos planos de saúde, estava sendo pautada, criticamente, a questão das Fundações Estatais e da OSs, entendida por vários conselheiros como *desmonte* ou *privatização* do sistema público de saúde.

Por fim, embora não menos importante, colocou-se também a “questão do aumento das demandas judiciais” (Conselheiro representante da sociedade), visto que não se trataria somente do fato de que as demandas via judicialização acabam “custando mais caro para o sistema; [o fato é que] se judicializa porque há alguma coisa errada no sistema”. Esse aspecto foi muito evidenciado por todas as representações, visto que foi alvo de uma das propostas consolidadas pelos Grupos de Trabalho e pela relatoria:

Criar uma comissão estadual para proposição de estratégias de combate à crescente judicialização da saúde, englobando ações de apoio técnico e jurídico, monitoramento das demandas, bem como definição de responsabilidades de financiamento entre os entes federados. (VI CONFERÊNCIA ESTADUAL..., Propostas Estaduais consolidadas, p. 1, grifo nosso).

A criação dessa *frente*, na visão de várias representações conselheiras, ao mesmo tempo em que não poderia ser cancelada – visto que, de fato, pela via judicial, as Secretarias acabariam gastando mais do que o próprio orçamento –, não deixa de ser uma realidade vivida pelo próprio usuário no contato com a rede própria (hospitais, clínicas, UPAs, etc.).

Esse processo faz parte da dinâmica do controle social. Nas Conferências de Saúde, todos os delegados se reúnem em vários Grupos de Trabalho (GTs) – na VI Conferência Estadual de Saúde do RJ, foram 20 os GTs organizados paritariamente. Todos os grupos deliberam sobre os mesmos pontos, relacionados às demandas distritais e municipais já previamente consolidadas. Em cada GT, organizados simultaneamente, a proposta é lida por um coordenador e votada (a favor, contra ou abstenção); na VI Conferência do RJ foi adotada a forma eletrônica de votação. O encaminhamento de propostas finais ocorre de acordo com os seguintes critérios:

- a. Para constar no Relatório Final para homologação, as propostas aprovadas deverão obter 70% (setenta) por cento dos votos e no somatório dos Grupos de Trabalhos deverão totalizar 60% (sessenta) por cento + 1.
- b. Para apreciação na Plenária Final, as propostas aprovadas nos Grupos de Trabalhos deverão ter aprovação de no mínimo 50% dos votos + 1 e com total no mínimo de 30% dos Grupos de Trabalho para compor o Relatório Final;
- c. Na Plenária Final não serão apreciadas propostas novas (RIO DE JANEIRO, 2001, cap. V, sessão II, das instâncias deliberativas).

Ressalta-se que a presença na VI Conferência Estadual de Saúde do RJ propiciou à pesquisa a observação de inúmeros conflitos entre os segmentos representativos dos

Conselhos de Saúde, principalmente aqueles que se estabelecem entre representantes da sociedade e de profissionais de saúde e os gestores e prestadores de serviços. De certa maneira, a forma como esse conflito se expressou na Conferência confirma aqueles estabelecidos nas reuniões plenárias do CES/RJ. O que significa que esse eixo conflitivo faz parte do próprio processo político no âmbito do SUS estadual. Reinstaura, assim, a presença *do político na política* (o espaço *agonístico*, como bem coloca Mouffe).

6. Relações entre gestores e conselheiros: convergências e conflitos no controle social

A análise das mútuas-visões construídas entre os conselheiros estaduais representantes da sociedade e dos profissionais de saúde e os gestores da SES/RJ possibilitou, até o momento, identificar como os antagonismos se estabelecem nos espaços próprios ao processo deliberativo: nas Atas de Reuniões Plenárias, nas Deliberações e na Conferência Estadual. Se por um lado é notório o conflito aberto entre conselheiros e gestores, fruto de uma inscrição tardia do processo participativo no campo político do RJ (BOSCHI, 1987; DINIZ, 1982; GERSCHMAN, 2004a; LABRA, 2010), por outro lado é necessário identificar que tipo de visão, gestores e conselheiros, constroem acerca desse embate. Dessa forma, através de registros das entrevistas com conselheiros e gestores, identificou-se a fragilidade com que os conselheiros estaduais de saúde no RJ mobilizam o espaço do Conselho na prática efetiva do controle social. Conforme já colocado, esse espaço não se reduziria somente a uma prática *fiscalizatória*, mas deveria levar adiante um debate crítico com os representantes do governo estadual de forma tal que as escolhas políticas fossem compartilhadas e espelhassem as demandas da sociedade. Ademais, a esfera de atuação do próprio conselheiro é demarcada – como se salientou na análise sobre as Atas de Reuniões Plenárias – pelos usos possíveis que esse sujeito político faz dos documentos produzidos pelos gestores da SES/RJ.

Nesse sentido, as fontes documentais produzidas pelos gestores da SES/RJ compõem o que, em nível federal, chama-se Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Esse sistema procura “pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão” (BRASIL, 2006). A necessidade de um sistema integrado e pactuado de planejamento das políticas de saúde nos três âmbitos da federação justifica-se pelo fato de que a atividade de elaboração desses instrumentos deveria conferir um caráter de *base local e ascendente* na definição de ações políticas

programáticas, ou seja, partir dos problemas locais, expressos em diagnósticos que norteiam a elaboração dos três instrumentos de gestão³⁸, os quais atuam de forma integrada:

[...] o início do movimento é o PS [Plano de Saúde], que é operacionalizado pelas PAS [Programações Anuais de Saúde], as quais são avaliadas nos RAG [Relatórios Anuais de Saúde]. Isso significa que esses instrumentos são interdependentes. Em outras palavras, não é possível tratar de RAG, sem ter em conta a PAS que, por sua vez, está diretamente vinculada ao PS (BRASIL, 2009b, p. 11, grifo nosso).

Ou seja, a cada quatro anos – na vigência de uma nova gestão governamental –, o Plano de Saúde deve ser o primeiro documento colocado em pauta no âmbito do processo deliberativo nos Conselhos de Saúde. Para que seja monitorado e avaliado continuamente, durante os quatro anos de uma gestão governamental, os conselheiros precisam receber, analisar, emitir pareceres e aprovar em Reunião Plenária os Relatórios Anuais de Gestão (RAGs) e as Programações Anuais de Saúde (PASs).

É importante frisar que, da mesma forma que o PlanejaSUS procura integrar o planejamento da produção das políticas de saúde nos três âmbitos da federação³⁹, o sistema induz à construção da gestão e planejamento participativos, em que os Conselhos de Saúde não cumprem somente o rito burocrático de homologar os instrumentos de gestão. No âmbito estadual, os conselheiros têm a prerrogativa de avaliar e aprovar/homologar os produtos da gestão, construídos nos três instrumentos de planejamento (PES, PAS e RAG).

Muito embora, nos marcos do Pacto pela Saúde, a própria ideia do PlanejaSUS se constitua em importante avanço do pacto federativo, precisa-se salientar que cada um dos três instrumentos de planejamento não podem ser elaborados sem a devida consideração das diferenças loco-regionais. Essas diferenças, em geral, são expressas nas diferentes edições das Conferências de Saúde e permitem que a mobilização societária coloque os desafios para o desenvolvimento das políticas de saúde no nível da gestão. Esses desafios, logo após as

³⁸ Os três instrumentos de gestão que devem ser produzidos nas três esferas da federação (pelas Secretarias de Saúde, municipais e estaduais, e pelo Ministério da Saúde) são:

- (1) Plano de Saúde – elaborado a cada quatro anos, é composto pelas diretrizes principais do governo;
- (2) Relatório Anual de Gestão – expressão das atividades efetivadas pelo gestor anualmente e deve dar sequenciamento ao Plano de Saúde;
- (3) Programação Anual de Saúde – ao lado do Relatório Anual, refere-se à descrição de como o gestor investiu a verba orçamentária destinada às ações em saúde.

Esses instrumentos de gestão devem ser submetidos ao Pleno dos Conselhos de Saúde, discutidos e aprovados pelos conselheiros.

³⁹ “A conformação do PlanejaSUS confere especial atenção à observância da diretriz relativa à direção única do SUS em cada esfera de governo e, ao mesmo tempo, à co-responsabilidade de todos os entes federados para com a saúde da população” (BRASIL, 2009, p. 13).

“rodadas” de Conferências (municipais, estaduais e nacional), devem ser incorporados nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde.

A aprovação/homologação desses instrumentos de gestão deve, portanto, ser realizada no espaço das Reuniões Plenárias dos Conselhos de Saúde. No âmbito do CES/RJ, na percepção dos gestores da SES/RJ, há uma avaliação cética em relação ao funcionamento da arena deliberativa do CES/RJ.

TABELA 11 – Funcionamento do CES/RJ na ótica do gestor da SES/RJ

FUNCIONAMENTO DO CES/RJ	GESTORES (PERCENTUAL)
Satisfatório	30,8%
Medianamente satisfatório	46,2%
Insatisfatório	15,4%
Não sabe / não respondeu	7,7%

Essa percepção dos gestores em relação aos conselheiros estaduais de saúde é construída a partir de um posicionamento político do gestor. Este, por um lado, concebe satisfatória a participação social do CES/RJ no âmbito do processo deliberativo na aprovação/homologação dos documentos da gestão; por outro lado, o gestor traça uma visão cética da participação dos conselheiros (medianamente satisfatória) e relaciona essa percepção às “influências políticas, [que] tiram o foco” (Entrevistado representante dos gestores da SES/RJ). Assim, são as interferências políticas de um conjunto de conselheiros estaduais, seus interesses e conflito, que atrapalhariam e, no limite, paralisariam o funcionamento efetivo do CES/RJ.

Entre alguns gestores, a própria postura isolacionista de alguns conselheiros seria reflexo de “ações isoladas e corporativistas que bloqueiam” os trabalhos compartilhados entre gestores e conselheiros (Entrevistado representante dos gestores da SES/RJ). Dessa maneira, segundo os gestores, a prática corporativista dentro do CES/RJ aliena a arena deliberativa e torna inoperante o processo de tomada de decisão política:

O atual conselho não é representativo, sendo muito ideológico e corporativo.
(Entrevistado representante dos gestores da SES/RJ).

[...] [o] órgão não atinge seus objetivos, não produz resultado satisfatório, nem gera condições de cobrança como órgão de controle. (Entrevistado representante dos gestores da SES/RJ).

Ressalta-se que o corporativismo a que se referem os gestores classificaria os atores constituintes do CES/RJ dentro da chave pluralista, onde por último, grupos de interesse buscam alcançar de forma competitiva resultados isolados para seus segmentos (LABRA, 1999, p. 154). Dessa maneira, os grupos de conselheiros (como os profissionais de saúde e os representantes da sociedade) ocupariam, por meio de pressões, lugares de determinação de preferências políticas, desconsiderando que a estrutura da arena deliberativa leva a decisões conjuntas relacionadas às demandas da sociedade. Ou seja, para alguns dos gestores, longe de agir através do modelo *associativo*, os conselheiros utilizariam o espaço de deliberação na via da *concertação organizacional* (STREECK e SCHMITTER, 1985). O poder de barganha definiria, em último caso, as preferências em jogo ao conceber a arena deliberativa como *mercado político*. Por fim, seria o *contexto estratégico* oferecido pela própria estrutura institucional (SES/RJ) aquele que oferece as *janelas de oportunidade* para a maximização dos interesses. Essa visão acerca dos conselheiros estaduais assemelha-se não só ao viés pluralista de análise da interação entre os atores, mas também lançaria mão da pressuposição da escolha racional dos indivíduos. Ao contrário de escolhas baseadas em critérios de princípios de justiça (*fairness*), os atores agiriam conforme critérios baseados na escolha individualista:

O resultado do conjunto depende da decisão de cada um. Ao fazer uma escolha em um contexto de interação estratégica, cada agente decisório assume o senso comum da racionalidade – isto é, ele assume que outros decisores são também instrumentalmente racionais, de modo que fará as mesmas inferências da mesma informação, seja para cooperar ou para manter uma postura de “carona” (*free-rider*). (LABRA, 1999, p. 142).

Essa análise espelharia o modelo olsoniano, em que os indivíduos não se inseririam em ações coletivas de tipo cooperativas; este engajamento pressuporia que os grupos de interesse alcancem ou maximizem seus benefícios a reboque dos resultados coletivos. Na ótica dos gestores da SES/RJ, esse modo de agir leva à impressão de que “a participação social não tem acompanhado as necessidades da sociedade em razão da pouca politização do CES” (Entrevistado representante dos gestores da SES/RJ). Mas essa visão que gestores constroem a respeito dos trabalhos dos conselheiros pode ser contrastada com a posição de que, na ótica dos conselheiros, as relações entre segmentos no âmbito do CES/RJ são pouco

estabelecidas ou poucas. 43,5% dos conselheiros estaduais de saúde constroem essa visão do espaço público do Conselho. Ressalta-se que essa visão dos conselheiros refere-se ao âmbito das Reuniões Plenárias. Dessa forma, enquanto que, para 65,2% dos conselheiros estaduais de saúde, os diálogos dentro das Comissões Temáticas do CES/RJ são considerados satisfatórios, para 69,6% dos conselheiros, as interações entre os segmentos nas Reuniões Plenárias não são consideradas satisfatórias. Esse dado revela que, se por um lado, no âmbito das Comissões Temáticas do CES/RJ, os conselheiros levantam questões pertinentes às suas atividades e relações com suas bases – que deveriam ser consideradas no processo deliberativo nas Reuniões Plenárias –, por outro lado, a insatisfação com a interação dialógica dos conselheiros no Pleno não espelhará o que acontece, de fato, nos trabalhos dessas Comissões.

Nas entrevistas com os gestores, perguntou-se que tipo de papel eles achavam que os conselheiros ocupam no processo decisório. De uma parte, salienta-se uma relação com as respostas dos conselheiros de que as relações/interações entre segmentos são pouco definidas ou influenciam pouco (36,9%); de outra parte, fica evidenciado que os gestores atribuem pouca significação ao papel de controle/fiscalização dos conselheiros e, com isso, assumem a visão de que a participação desses atores no processo decisório está relacionada à aprovação de propostas de planejamento (ou seja, aprovação/homologação dos documentos da gestão, como os Relatórios Anuais de Gestão, entre outros):

TABELA 12 – Papel do CES/RJ no processo decisório da SES/RJ

PAPEL DO CES/RJ NO PROCESSO DECISÓRIO DA SES/RJ	GESTORES (PERCENTUAL)
Controle / fiscalização	15,4%
Aprovação de propostas de planejamento	38,5%
Papel pouco definido / influencia pouco	36,9%
Desagregador / atrapalha o processo	7,7%
Não sabe / não respondeu	11,5%

Na forma como é colocada a participação dos conselheiros no processo decisório, 76,9% dos gestores acreditam que o CES/RJ contribui com o trabalho da SES/RJ; enquanto que 23,1% afirmam que os conselheiros pouco influenciam na gestão. As raízes dessas percepções precisam ser colocadas sob uma visão, essa sim compartilhada entre gestores e

conselheiros, de que faltam informações necessárias para o processo de tomada de decisão. Estas poderiam ser uma rica fonte de incremento do papel do conselheiro no processo de tomada de decisões políticas. Há uma ênfase, da parte dos conselheiros entrevistados, no que se refere aos mecanismos que potencializariam o trabalho deles perante a SES/RJ. São ressaltadas três principais fontes através das quais, inseridos em capacitações permanentes, os conselheiros poderiam posicionar-se diante dos gestores:

- Jurídicas;
- Próprios documentos gerados pela SES/RJ (como Relatórios Anuais de Gestão, Plano Estadual de Saúde, entre outros);
- Conhecimento técnico sobre a questão e aprofundamento das questões referentes ao SUS.

A falta desse conjunto de informações levaria a percepção de que os conselheiros estaduais de saúde, para 65,2% dos gestores entrevistados, não estariam suficientemente capacitados para tomarem decisões. Na visão de dois gestores, aos conselheiros faltaria “visão do processo” (Entrevistado representante dos gestores da SES/RJ), o que inviabilizaria uma discussão mais aprofundada entre os atores acerca do “papel do controle social” (Entrevistado representante dos gestores da SES/RJ). A proporção entre os conselheiros estaduais de saúde que percebem a falta de capacidade dos segmentos representantes da sociedade, principalmente, para tomar decisões, é igual àquela atribuída pelos gestores. Em sua grande maioria, os conselheiros justificam sua resposta apontando para o fato de que não há conhecimento e uma proposta de educação permanente dos atores para o processo decisório:

[...] são conselheiros que conhecem pouco a realidade e a legislação do sistema; não têm independência para decidir no interesse público (Entrevistado 12, Representante dos profissionais/SINDMED).

[...] são assuntos que precisam de capacitação técnica (educação permanente é fundamental) (Entrevistado 14, Representante dos profissionais/CRFa).

[...] falta de uma política clara [efetiva] de educação permanente para o conselheiro (Entrevistado 4, Representante da sociedade/CMS de São Gonçalo).

Porque necessita de capacitação permanente dos conselheiros; falta conhecimento. (Entrevistado 6, Representante da sociedade/Rede Feminista).

Falta aos conselheiros capacitação; não conhecem as leis (Entrevistado 15, Representante da sociedade/FAMERJ).

É interessante a análise a respeito do acúmulo de poder de alguns segmentos em relação a outros. Quando questionado sobre se havia grupos que acumulavam mais poder do que outros no CES/RJ, 73,7% dos conselheiros responderam positivamente à questão, enquanto 26,3% responderam negativamente a esta questão. Os conselheiros de saúde apontam, em primeiro lugar, que os segmentos representantes da sociedade e da gestão são os grupos que acumulam mais poder, seja porque esses representantes tem a maior parcela dos votos para aprovação de deliberações, seja, em complementação a esse dado, porque os gestores envolvem grupos de conselheiros representantes da sociedade nas práticas tradicionais de clientelismo político (por exemplo, a inclusão de familiares de conselheiros em cargos nas secretarias municipais, como analisado nas Atas de Reuniões Plenárias). De um lado, apontam os conselheiros, a representatividade da sociedade seria uma das justificativas para a acumulação de poder em relação às outras representatividades, já que detém a maioria dos votos necessários à aprovação de deliberações (50%). Concentrando metade dos votos nas questões deliberativas, os conselheiros representantes da sociedade e os gestores conformariam tipos de representações-pico, agregando interesses específicos e fragilizando as formas de ação cooperativa. Ao lado dessa justificativa, e na visão construída por alguns conselheiros, usuários e gestores “se juntam em articulação de interesses mútuos” (Entrevistado 10, Representante dos profissionais/SINDPSI). Assim, a capacidade de liderança desses dois grupos ao se associarem tendo em vista interesses próprios conforma a construção de hegemonias dentro do espaço deliberativo do CES/RJ. Como ressaltam dois conselheiros, essa postura de associação entre grupos se dá em questões pontuais:

[A capacidade de diálogo] é extremamente difícil, porque são defendidos interesses das OSs; do governo discutem-se questões burocráticas e não a rede própria ou a saúde da população (Entrevistado 1, Representante da gestão/CEDIM).

Funciona de acordo com o que o governo faz; não há transparência [...] (Entrevistado 12, Representante dos profissionais/SINDMED).

Dessa forma, entre os conselheiros entrevistados, há uma visão de que o controle social não se efetiva porque, por um lado, há um jogo de interesses políticos efetivado pelos gestores em relação a algumas representações conselheiras (em nível municipal e/ou

estadual); de outra parte, como ressalta um representante dos profissionais, “há cerceamento do direito de voz; [o CES/RJ] encaminha matérias de interesse da gestão, polêmicas e sem discussão prévia” (Entrevistado 11, Representante dos profissionais/CRP). Esse “cerceamento da voz” é representativo de um bloqueio efetivado pelo gestor no encaminhamento de questões polêmicas que dizem respeito às demandas da sociedade. Em última instância, entre os conselheiros estaduais de saúde, a forma como a gestão conduz (ou induz) os trabalhos dentro do CES/RJ impede que se cumpram com as competências próprias do conselheiro de saúde.

TABELA 13 – O CES/RJ cumpre com seu Regimento Interno (R.I.) e exerce o controle social?

O CES/RJ CUMPRE COM SEU R.I. E EXERCE O CONTROLE SOCIAL?	CONSELHEIROS	GESTORES
Sim	31,6%	26,1%
Não	68,4%	73,9%

Assim, o CES/RJ, como instância de controle social, não funcionaria a contento, em razão de que a cultura política e a aproximação dos conselheiros com a definição de seu papel são questões ainda em aberto. Se, por um lado, após duas décadas de institucionalização do formato participativo no âmbito das estruturas do Poder Executivo, permanece a questão acerca da legitimidade e reconhecimento dos sujeitos políticos representantes de demandas da sociedade pelos decisores de políticas (*policy makers*); por outro lado, a dinâmica das variadas instâncias em que o controle social poderia efetivar-se (Reuniões Plenárias e Conferências de Saúde) traduzem atualmente o caráter altamente burocratizado das formas de *accountability* (BOHMAN, 1997; LAVALLE e CASTELLO, 2008; O’DONNELL, 1998). É justamente nesse sentido que, para os conselheiros entrevistados, os representantes da sociedade não estão suficientemente capacitados para tomar decisões; são 68,4% que responderam afirmativamente a essa questão. O grau de importância necessário na capacitação dos conselheiros de saúde para representarem efetivamente demandas societárias é medido através de um conjunto de capacidades e habilidades adquiridas através da habituação com os seguintes instrumentos:

TABELA 14 – Instrumentação necessária para tomada de decisão no âmbito do CES/RJ

INSTRUMENTAÇÃO	MUITO IMPORTANTE	IMPORTANTE
Compreensão das políticas em jogo	78,9%	21,1%
Compreender as consequências implicadas	73,7%	26,3%
Entender melhor o sistema de financiamento do SUS	84,2%	10,5%
Entender melhor o sistema orçamentário do SUS	78,9%	10,5%
Entender melhor as complexidades do SUS	89,5%	5,3%

Ou seja, segundo nossos entrevistados, a socialização do sujeito político conselheiro requer habituação dos atores com os mecanismos intrínsecos à engenharia institucional do SUS. O que, de certa forma, levaria os conselheiros de saúde a uma postura mais ativa perante os representantes da gestão (ou da SES/RJ), rompendo com a mera indução da atividade de conselheiro, reproduzida pelos gestores. Apesar dessa necessidade contingente, é preciso problematizar a questão da tecnificação do trabalho/atividade dos conselheiros. Esta, expressa pela necessidade do conselheiro conhecer a complexidade do SUS (como, por exemplo, seu sistema orçamentário e de financiamento), poderia retirar da arena dos Conselhos de Saúde sua principal atribuição: a discussão propriamente política *das* políticas de saúde.

Em outro registro, as formas possíveis de exercício do controle social poderiam funcionar como os meios mais adequados para o redimensionamento das relações entre Estado/Sociedade. Com efeito, a tendência à burocratização da prática de controle social levaria à tecnificação da própria atividade do conselheiro que, no sentido weberiano, sugere o exercício de atividades “regulares necessárias aos objetivos da estrutura governada burocraticamente [...] distribuídas de forma fixa como deveres oficiais e em que medidas metódicas para realização desses deveres e para execução dos direitos correspondentes” limitam a esfera de ação dos atores. Assim, essa tendência à burocratização do trabalho efetivado pelos conselheiros estaduais de saúde leva à *concentração dos meios da administração* em círculos de segmentos que acumulam mais poder político do que outros, enfraquecendo o poder do *demos* (WEBER, 1982, p. 229 e 262).

A prática do controle social nas arenas políticas de deliberação governamental significou, para a sociedade política brasileira, uma das possibilidades de incidir os pleitos societários no processo de decisão de políticas. Nesse sentido, e como bem ressaltaram Bispo Júnior e Gerschman (2013, p. 12), compreender o papel cada vez mais forte (ou frágil) do *demos* no sistema político e nas arenas conselheiras de participação social, remete à reflexão sobre o tipo de democracia a qual nos referimos. As correlações de força dentro dos Conselhos de Saúde, em geral, não poderiam ser contrabalançadas pela mera incidência maior ou menor da quantidade de votos de um segmento – o que representa somente a igualdade formal entre os atores. Afinal, a garantia da igualdade formal e o correlato funcionamento procedimental da arena de deliberação dos Conselhos de Saúde apenas indicam a maior capacidade de inclusividade de atores, mas não a intenção de interação discursiva entre eles, que levaria o controle social à condição de portador efetivo do *demos*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi o de demonstrar alguns dos principais dilemas do controle social enfrentados por conselheiros estaduais de saúde do RJ. Ao lado dessa intenção de pesquisa, procurou-se salientar de que forma o governo estadual do RJ – através da iniciativa de institucionalização de seu Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ) – poderia espelhar a maior (ou menor) interação com a Sociedade.

De certa forma, num contexto macroestrutural, a democratização das arenas políticas de deliberação – caso notório de *conselhos de políticas públicas*, como os Conselhos de Saúde – trouxe como emblema a maior intenção de aproximação entre Estado e Sociedade. A igualdade formal entre os diversos atores que participam desse espaço público de participação foi garantida pelo princípio da representação política (*acting for*), na medida em que a paridade entre diversos tipos de segmentos possibilitou a institucionalização da participação (representantes da sociedade, dos profissionais de saúde, dos gestores e dos prestadores de serviço). Porém, como ressaltado ao longo da pesquisa, somente a garantia da paridade entre as cadeiras/assentos nos Conselhos de Saúde e a maior pluralidade de instituições/organizações que participam das arenas deliberativas das políticas de saúde não garantiria a legitimidade e o reconhecimento do tipo de *democracia deliberativa* pretendido pela Constituição de 1988.

A formação do *sujeito político* – orientado pela identidade com a representação nos processos participativos (da sociedade, dos profissionais de saúde, dos gestores e dos prestadores) – seria um dos pressupostos fundamentais na conformação de graus cada vez mais elevados de democraticidade. O aprofundamento da democracia participativa dependeria dos modos através dos quais os *sujeitos políticos* experimentam a pedagogia cidadã e a socialização política. A experimentação com valores próprios à democracia projetaria o sujeito conselheiro numa visão mais ampla do justo (*fair*) e dos princípios de justiça (*fairness*), o que, em certa medida, configuraria lógicas de ação coletiva próximas ao modelo de *instituições participativas*. Tais lógicas, portanto, dariam forma à canais através dos quais as relações Estado/Sociedade transformariam a *centralização burocrática* das decisões sobre políticas no âmbito da gestão em relações mais horizontalizadas – formalmente, assegurando

a participação paritária, e dialogicamente, na medida em que os atores estabeleceriam consensos baseados em critérios de *razoabilidade*, os quais levam à democratização dos espaços de decisão política.

Porém, para que tal objetivo institucional possa ganhar forma, ao lado da igualdade formal entre os atores (paridade), seriam necessários aprimoramentos próprios dos aspectos dialógicos que levam a que atores portadores de projetos políticos diferentes possam chegar à elaboração de consensos democráticos. A dissonância entre essas duas características da democracia deliberativa – igualdade formal e interação discursiva – é uma evidência entre diversas investigações que se debruçaram sobre as arenas de tomada de decisão nas políticas de saúde.

Esses aspectos mais gerais sobre as condições em que se dá a democracia dentro dos Conselhos de Saúde são herdeiros de um longo e tortuoso processo pelo qual as mobilizações dos setores populares no Brasil passaram desde, pelo menos, os anos de 1930. Entendidos, muitas vezes, como ameaça à ordem social – numa chave de leitura propriamente oligárquica –, ignorou-se por muito tempo o papel que os setores populares poderiam cumprir na política. As mobilizações sociais deflagradas pelas classes subalternas emergem a partir dos anos 1960, mas sempre atreladas às lideranças populistas que, no limite, levariam ao sufocamento das próprias demandas societárias. A partir de 1964, foram canceladas as possibilidades de desenvolvimento político dos movimentos sociais.

Nos anos 1980 e 1990, os novos movimentos sociais se encontram com o dilema de inserir suas bandeiras e demandas em um sistema político altamente antenado com os projetos do neoliberalismo. Fruto de lutas contra o autoritarismo estatal, o Movimento Sanitário trouxe à baila a necessidade de democratização da saúde como democratização da sociedade. Para isso, fora inevitável a luta pela participação social como condição de realização de políticas condizentes com as demandas da sociedade.

Apesar de esses eixos de luta terem ganhado forma na promulgação da Constituição de 1988, a *performance* dos novos movimentos sociais passou e ainda continua a passar pelo desafio de inclusão de suas agendas políticas nas instituições democráticas. Vários desafios podem ser levantados na análise dos ciclos de ação coletiva das mobilizações societárias que participam das arenas de deliberação (como no caso dos Conselhos de Saúde). Inegavelmente, alguns desses desafios, por exemplo, referem-se ao caráter cooperativo e/ou conflitivo entre os atores, à forma como a cultura política afeta a formação das instituições participativas. Em consequência desses dois desafios políticos das arenas de deliberação, as vias através das

quais o Estado imprime a força da *máquina política* para tomada de decisões torna-se expressão das correlações de força entre projetos políticos antagônicos: o das mobilizações societárias e o da racionalidade econômica dos governos.

A questão de fundo, a qual se referiu grande parte desta pesquisa, não é que os novos movimentos sociais, após as lutas sociais e políticas pela democratização, acabaram por se *institucionalizar* (dentro, por exemplo, dos *conselhos de políticas públicas*) e se tornaram presas da lógica da *public choice* e dos estilos neocorporativos. Em verdade, o próprio Estado corporativizou as instâncias deliberativas, tornando seus atores representantes de grupos de interesse projetados numa versão pluralista de democracia deliberativa. Com isso, a atividade fundamental (a ação social na via do controle social) espelha uma relação Estado/Sociedade atravessada pelo jogo de escolhas de preferências no nível daquilo que os decisores políticos (*policy makers*), orientados pela lógica da *máquina política* governamental, consideram, no limite, como princípios do justo (*fair*) ou de justiça (*fairness*). Esse aspecto de corporativização da ação nas arenas políticas de deliberação, assim, emprestaria um caráter tipicamente antiliberal e atrasado aos modos de ação do Estado e de seus representantes. Dessa forma, estariam longe, como bem ressaltado por Schmitter, de formas tipicamente organizadas e democráticas do *corporativismo societal*, expressão do Estado pós-liberal.

A pesquisa sobre o CES/RJ mostrou, de certa maneira, como na arena política de deliberação no estado do RJ os conflitos sociais e/ou políticos estão organizados segundo uma *seletividade* que lhes é impressa/plasmada pelo próprio Estado, portanto pelos representantes da SES/RJ. Assim, os decisores de políticas (*policy makers*), tal como na lógica da ação coletiva, procuram maximizar seus interesses – que correspondem aos projetos políticos do governo estadual – imprimindo às atividades dos conselheiros estaduais de saúde barreiras institucionais à sua efetiva ação política. Dessa maneira, a distribuição de informações relevantes sobre a aprovação de documentos da gestão (como o PES e os Relatórios Anuais de Gestão) seria um dos modos pelos quais a interlocução entre os atores na via da democracia deliberativa se inviabiliza. Além disso, as desigualdades sociopolíticas entre os atores representantes do CES/RJ ficam evidentes na capacidade que esses sujeitos políticos têm de tomarem decisões. Visto que aprovar/homologar um documento da SES/RJ (como o Plano Estadual de Saúde ou os Relatórios Anuais de Gestão) requer dos atores certa expertise no trato técnico das informações produzidas pelos gestores, a pesquisa demonstrou que os conselheiros de saúde sentem-se despreparados para esse processo de tomada de decisão pela falta de investimento na capacitação (ou educação permanente) dos sujeitos políticos. São

exemplos desses tipos de informações: as de caráter jurídico e as sobre a complexidade do sistema de financiamento e orçamentário do SUS, etc. Todas essas informações são percebidas pelos atores, como de fundamental importância para a participação na tomada de decisão política. E, ao contrário do que se esperava, segundo os conselheiros entrevistados pela pesquisa, esses tipos de informações estão ausentes do trabalho cotidiano dos atores societais. O que a pesquisa com os conselheiros estaduais de saúde do RJ procurou salientar, refere-se ao fato de que, sem autonomia política, papel do sujeito político se fragiliza; e com isso as mobilizações societárias presentes no CES/RJ se eximem de deliberar sobre as políticas estaduais de saúde, em favor do que decidem os gestores da SES/RJ.

Dessa forma as ações do próprio Estado, tornam-se impermeáveis às mobilizações societárias. Com isso, diversos projetos políticos de governo – tipicamente alavancados pela incidência de coalizões partidárias – são aprovados/homologados sem o devido processo deliberativo (caso notório da atuação das Organizações Sociais, Fundações e empresas na administração de redes de serviços à saúde). Como frisaram várias das representações conselheiras – tanto nas Reuniões Plenárias do CES/RJ como na VI Conferência Estadual de Saúde –, o próprio direito à saúde, instituído como garantia constitucional, estaria sendo usurpado. Em termos teóricos, o que os atores dos CES/RJ colocam, é que a própria democracia política se fragiliza em razão de uma cultura política que também não prezaria os valores republicanos (da “coisa pública” ou *res publica*).

Há, sem dúvida, uma impressão generalizada pelos conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais de saúde, de que a arena política do CES/RJ é secundarizada pelo Estado. Evidência dessa posição dos atores societais é a ausência de tratamento específico pela gestão (ou pela SES/RJ) das demandas homologadas pelas Conferências de Saúde (distritais, municipais e estadual). No seu modo formal de funcionamento, todas as decisões homologadas pelos conselheiros de saúde nas Conferências deveriam ser incorporadas nos Planos de Saúde (nacional, estaduais e municipais), de forma que as arenas deliberativas do SUS (plenárias dos Conselhos e das Conferências de Saúde) expressassem as demandas da sociedade (*inputs*) e a ampliação do caráter participativo da democracia.

Esses aspectos levantados pela pesquisa fazem parte da história de implementação do SUS, em que as estruturas de organização das relações de poder compõem-se de arenas ou colegiados de participação e constituíram-se nas três instâncias da federação (municípios, estados e união). Desse modo, criaram-se mecanismos próprios e assemelhados ao *check and balances* (pesos e contrapesos) que, na versão de diversos autores, configurariam uma medida

de democratização que impediria, a princípio, a sobreposição entre os poderes – no caso em análise, a sobreposição da ação dos gestores do Estado sobre a prática do *controle social* efetivada pelos conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais de saúde. Coube à estruturação ou à inovação institucional proposta com essa armação que as relações entre Estado e Sociedade passassem a ser construídas de forma ascendente (ou seja, “de baixo para cima”, do nível local para o nível central). Assim, não só a descentralização política mas a ênfase na participação social inverteriam, na base, a forma tipicamente centralizadora de decisão política.

Vários problemas têm sido levantados pela literatura e pelos atores partícipes dos Conselhos de Saúde. Entre eles, o papel institucional das arenas deliberativas do SUS vem-se colocando como um verdadeiro impasse. De certa forma, há uma secundarização desses fóruns de participação – como evidenciaram os próprios conselheiros estaduais do RJ – em proveito da tomada de decisão dos atores estatais, nucleados em comunidades de políticas (*policy communities*) que extrapolam o âmbito de atuação dos atores sociais (como é o caso das comissões intergestores, bipartites e tripartites). Seriam os fóruns próprios do SUS – a CIB e a CIT – que estruturariam instâncias de tomada de decisão a reboque do que a mobilização societária demanda. Como ressaltaram os conselheiros estaduais de saúde do RJ, não somente a atuação da gestão dentro dessas Comissões toma a dianteira das principais decisões que afetam a sociedade, mas também se formam, dentro dos Conselhos de Saúde, núcleos duros que levam os atores a buscar incentivos mais rentáveis para sua integração no processo deliberativo (caso dos interesses de conselheiros de saúde na busca de incentivos estatais para atuação como prestadores de serviços ou para o uso da máquina política na lógica dos favores).

A intenção de construção de instituições participativas pelo Estado deu-se, numa primeira etapa de construção do SUS, através da *municipalização radical*, na qual os municípios estabelecem relações diretas com a União sem que com isso a esfera estadual cumpra seu papel constitucional. Atualmente, nos marcos do Pacto pela Saúde, os âmbitos de gestão precisariam aprofundar o *pacto federativo* através de definições claras das competências de cada ente governamental e gestor. Ocorre que não somente continuam a serem reproduzidas as formas de centralização burocrática do Estado na determinação de agendas políticas, mas também os órgãos de controle social acabam engessados por esse esqueleto estatal. A esse aspecto, historicamente, refere-se o *ultrapresidencialismo dos governadores* que, no caso em específico do RJ, estrutura políticas de aliança entre o

Legislativo e o Poder Executivo estadual com o federal no intuito de reproduzir as velhas práticas de clientelismo e corporativismo estatal.

Diante desses dilemas, não só a prática do *controle social* pela via da participação social avança timidamente – sem que, com isso, os próprios *sujeitos políticos*, representantes de cidadãos de direito, possam influir nas decisões do Estado –, mas a própria prática da política reproduz (ou melhor, espelha) a decisão de uma minoria. Dessa forma, reedita-se uma forma de *controle social* em que o Estado procura (através de escolhas centralizadas no poder das classes políticas) dirigir a ordem social. As escolhas políticas da democracia brasileira precisam aprimorar as práticas de *controle social* em sua versão mais radical: a da mobilização societária que, pela via da autonomia política dos atores, possa efetivamente espelhar escolhas/demandas da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, F.L. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- ALTAMIRA, C. **Os marxismos do novo século**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- ANGHER, A.J.(Org.) Constituição da República Federativa do Brasil. In: **Vade Mecum**. 10.ed. São Paulo: Rideel, 2013. p. 71-81.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ARATO, A. Representação, soberania popular e accountability. **Lua Nova**, n.55-56, 2002.
- ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização a legitimidade da ação. **Dados**, v. 50, n. 3, 2007.
- BACHRACH, P; BARATZ, M. Two faces of power. **The American Political Science Review**, v. 56, n. 4, dec.1962.
- BARBETTA, P.A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 7. ed. rev. Florianópolis: UFSC, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BENEVIDES, MV. **A cidadania ativa**. 3. ed. 5. reimpr. São Paulo: Ática, 2003.
- BENFIELD, E. **The moral basis of backward society**. New York: Free Press, 1958.
- BISPO JÚNIOR, J.P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, dez, 2013.
- BISPO JÚNIOR, J.P; MESSIAS, K.L.M. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Revista saúde.com**, v. 1, n. 1, 2005.
- BOHMAN, J. **Public deliberation: pluralism, complexity, and democracy**. Cambridge: MIT, 1996.

BOSCHI, R. **A arte da associação: política de base e democracia no Brasil**. São Paulo: Vértice; Rio de Janeiro: IUPERJ, 1987.

BRASIL. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO, M.I.S. (Org.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Editora Cortez, 2013.

BRUNHOFF, S. **Estado e capital: uma análise da política econômica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1985.

CARDOSO, F.H. **Autoritarismo e democratização**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1975.

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

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 2005.

CAWSON, A. **Corporatism and political theory**. Oxford: Basil Blackwell, 1986.

_____. Corporativismo. In: OUTHWAITE, W; BOTTOMORE, T (Ed.). **Dicionários do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.

COELHO, V.S. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estados**, n. 78, jul. 2007.

_____; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

COHEN, J. Strategy or identity: new theoretical paradigms and contemporary social movements. **Social Research**, v. 53, n. 1, Spring. 1985.

_____; ARATO, A. **Sociedad civil y teoría política**. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CÔRTEZ, S.V. Viabilizando a participação em conselhos de políticas públicas municipais. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. 1. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. (Org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009a.

_____. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, jul. 2009b.

CÔRTEZ, S.V.; GUGLIANO, A. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. **Sociologias**, n. 24, 2010.

_____; LIMA, L.L. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. **Lua Nova**, n. 87, 2012.

COTTA, R.M.M. *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, v. 21, n. 3, 2011.

_____. *et al.* Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, v. 19, n. 2, 2009.

DAGNINO, E. (Org.). **Anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

_____. Confluência perversa, deslocamentos de sentido, crise discursiva. In: GRIMSON, A. (Org.). **La cultura en las crisis latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2004.

DAHL, R.A. **Poliarquia: participação e oposição**. São Paulo: USP, 2005.

_____. Procedural democracy. In: LASLETT, P.; FISHKIN, J. (Ed.) **Philosophy, politics, and society**. 5th series. New Haven: Yale University, 1979.

DEMO, P. **Participação é conquista**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

DENZIN, N.K. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. New Jersey: Transactions, 2009.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 2. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

DIAS, N.X. **Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro: atuação e percepção dos representantes dos usuários** [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.

DINIZ, E. **Voto e máquina política: patronagem e clientelismo no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

DOWNS, A. **Uma teoria econômica da democracia**. São Paulo: USP, 1999.

DURÁN, P.R.F. Dinâmicas e processos participativos nos conselhos de políticas: apontamentos teórico-conceituais e uma abordagem sobre os Conselhos de Saúde. **Diversidade e Desigualdade – Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio**, n. 6, jan./jul. 2010.

DURHAM, E. Movimentos sociais: a construção da cidadania. **Novos Estudos**, n. 10, out. 1984.

DUVERGER, M. **Los partidos políticos**. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

EASTON, D. An approach to the analysis of political system. **World Politics**, v. 9, n. 3, Apr. 1957.

EISENSTADT, S.; RONGUER, L. **Patron, clients, and friends: interpersonal relations and the structure of trust in society**. Cambridge: Cambridge University, 1984.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**. 1. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

_____; BLOCH, R.A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N.T. *et al.*(Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. 1. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____; DELGADO, M.M. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. **Divulgação em Saúde para Debate**, 43, 2008b.

_____; _____. Perfil dos Conselhos Estaduais de Saúde: singularidades e similaridades no controle social. **Divulgação em Saúde para Debate**, 43, 2008a.

_____; MOREIRA, M.R. Desafíos de la participación social en salud en las nuevas agendas de la Reforma Sanitaria Brasileña: democracia deliberativa y efectividad. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). **Participación, democracia y salud**. Buenos Aires: Lugar, 2011.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, n. 24, set. 1991.

FALEIROS, V.P. *et al.* **A construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARIAS, C.F. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. **Lua Nova**, n. 49, 2000.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**, v. 2, 1990.

FEREJOHN, J. Accountability and authority. In: PRZEWORSKI, A.; STOKES, S.; MANIN, B. (Ed.). **Democracy, accountability, and representation**. Cambridge: Cambridge University, 1999.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____; LOBATO, L.V.C. (Org.). **Participación, democracia y salud**. Buenos Aires: Lugar, 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

_____. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009b.

FREIRE, A.; SARMENTO, C.E.; MOTTA, M.S. (Org.). **Um estado em questão: os 25 anos do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

FUKUYAMA, F. **O fim da história e do último homem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**. 1. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004a.

_____. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, nov./dez. 2004b.

_____. Formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M.A. de. *et al.*(Org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

_____. O desafio do SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 25, 2009.

_____. Democracia, políticas sociais e globalização: relações em revisão. In: _____; VIANNA, M.L.W. (Org.). **A miragem da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

_____; VIANNA, M.L.W. (Org.). **A miragem da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

GOHN, M.G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Novas teorias dos movimentos sociais**. São Paulo: Loyola, 2008a.

_____. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 2008b.

GOULART, F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 34, n. 84, 2010.

GUIMARÃES, C. Empresariado, tipos de capitalismo e ordem política. In: MARTINS, C.E. (Org.). **Estado e capitalismo no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1977.

GUIZARDI, F.L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis**, v. 14, n. 1, jan./jun. 2004.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, n. 58, 2003.

HECLO, H. Toward a new Welfare State? In: FLORA, P.; HEIDENHEIMER, A. **The development of the Welfare State**. New Brunswick: Transaction, 1981.

HIRSCH, J. **Teoria materialista do Estado**. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

HOCHMAN, G; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. 1. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

HUNTER, F. **Community, power, structure: a study of decision makers**. Chapel Hill: University of North Carolina, 1953.

HUNTINGTON, S. **A terceira onda**. São Paulo: Ática, 1994.

IMMERGUT, E. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 30, 1996.

IÑIGUEZ, L. (Coord.). **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004.

JANOWITZ, M. Social theory and social control. **American Journal of Sociology**, v. 81, n. 1, July 1975.

LABRA, M.E. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses: uma revisão. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, 1999.

_____. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N.T. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. 1ª reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. Conselhos de Saúde: visões ‘macro’ e ‘micro’. **Civitas**, v. 6, 2006.

_____. Conselhos de Saúde do estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social. In: UGÁ, M.A. *de et al.* (Org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

_____. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 43, jun. 2008.

_____. Existe uma política de participação e controle social no setor saúde? **Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES**, Rio de Janeiro, jan. 2007.

_____. Política nacional de participación social: entre la utopía democrática del control social y la praxis predatoria del clientelismo empresarial. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). **Participación, democracia y salud**. Buenos Aires: Lugar, 2011.

_____; SILVA, O.F. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, jan./fev., 2001.

LACLAU, E. Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 1, n. 2, 1986.

LAVALLE, A.G.; CASTELLO, G. Sociedade, representação e a dupla face da accountability. **Cadernos CRH**, v. 21, n. 52, jan./abr. 2008.

_____; *et al.* Representação política e organizações civis: novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 60, 2006.

LESSA, C. **O Rio de todos os brasis**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

LIMA JUNIOR, O.B. **Instituições políticas democráticas: o segredo da legitimidade**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

LINDBLOM, C.E. **O processo de decisão política**. Brasília: UNB, 1981.

LIPSET, S.M. **O homem político**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

LOWI, T. American business, public policy, case studies and political theory. **World Politics**, n. 16, 1964.

LUKES, S. **El poder: un enfoque radical**. Madrid: Alianza, 2007.

MAINWARING, S.; VIOLA, E. Novos movimentos sociais: cultura política e democracia. In: SCHERER-WARREN, I.; KRISCHKE, P.J. (Org.). **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

MARQUES, E. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. **BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 43, 1997.

MARSHALL, T.H. **Política social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

_____. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINS, P.C. *et al.* Conselhos de Saúde e a participação social no Brasil: matrizes da utopia. **Physis**, v. 18, n. 1, 2008.

MELUCCI, A. The symbolic challenge of contemporary movements. **Social Research**, v. 52, n. 4, winter, 1985.

MERTON, R.K. **Sociologia: teoria e estrutura**. São Paulo: Mestre Jou, 1968.

MILLS, C.W. **The sociological imagination**. New York: Oxford University, 1959.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

_____; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P, MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 117-142.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, 9(3), jul./set. 1993, p. 239-262.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Unijuí, 2011.

MOREIRA, MR. **Democratização da política de saúde** [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2009.

MOTTA, M.S. Frente e verso da política carioca: o lacerdismo e o chaguismo. In: **Estudos Históricos**, n. 24, 1999.

_____. Mania de Estado: o chaguismo e a estadualização da Guanabara. **História Oral**, n. 3, jun, 2000.

MOUFFE, C. **En torno a lo político**. 1. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 2007.

_____. **O regresso do político**. Lisboa: Gradiva, 1996.

NEGRI, A. **O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

O'DONNELL, G.. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova**, n. 44, 1998.

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OLSON, M. **A lógica da ação coletiva**. São Paulo: USP, 1999.

OSORIO, M. **Rio nacional, Rio local: mitos e visões sobre a crise carioca e fluminense**. Rio de Janeiro: SENAC, 2005.

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a contribuição e crítica**. Rio de Janeiro/Salvador: FIOCRUZ/EDUFBA, 2008.

PARADA, R. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, 2001.

PEREIRA, E.O. **Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul: atores, conflitos e articulações – 1999-2002** [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

PEREIRA, M.A. Movimentos sociais e democracia: a tensão necessária. **Opinião Pública**, v. 18, n. 1, jun. 2012.

PEREIRA NETO, A.F. **Conselhos de favores: controle social na saúde – a voz dos seus atores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

PIERSON, P. **Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment**. Cambridge: Cambridge University, 1997.

- PITKIN, H.F. **The concept of representation**. Berkeley: University of California, 1997.
- PIZZORNO, A. Los intereses y los partidos en el pluralismo. In: BERGER, S. (Comp.). **La organización de los grupos de interés en Europa occidental**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988.
- POLANYI, K. **A grande transformação**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. 4. ed. São Paulo: Graal, 2000.
- PUTNAM, R. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- RAKOVE, M. **Don't make no waves... don't back no losers: an insider's analysis of the Daley machine**. Bloomington: Indiana University, 1975.
- RAWLS, J. **O liberalismo político**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2000.
- RIBEIRO, J.M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, jan./mar. 1997.
- ROJO, L.M. A fronteira interior – análise crítica do discurso. In: IÑIGUEZ, L. (Coord.). **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- ROUSSEAU, J-J. [1762]. **O contrato social**. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Ática, 1978.
- SANTOS, M.A.B.; GERSCHMAN, S. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, jun., 2006.
- SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SCHATTSCHEIDER, E.E. **The semi-sovereign people**. New York: Wadsworth, 1960.
- SCHERER-WARREN, I.; KRISCHKE, P.J. (Org.). **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- SCHMITTER, P. Introdução. In: MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- _____. Continúa el siglo del corporativismo? In: LANZARO, J. (Ed.). **El fin del siglo del corporativismo**. Bogotá: Nueva Sociedad, 1998.
- _____. **Interest conflict and political change in Brazil**. California: Stanford University Press, 1971.
- _____. (Ed.). **Private interest government: beyond market and State**. London: Sage, 1985.

SCHMITTER, P.; KARL, T.L. What democracy is... and is not? **Journal of democracy**, v. 2, n. 30, 1991.

SCHUMPETER, J. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, jan. 2000.

SILVA, I.F. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro** [mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000.

SKOCPOL, T. Bringing the State back in. In: EVANS, P.; RUESCHMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Ed.). **Bringing the State back in**. Cambridge: Cambridge University, 1985.

SOUSA SANTOS, B.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SOUSA SANTOS, B. (Org.). **Democratizar a democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G. *et al.*(Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

STEINMO, S.; THELEN, K. **Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge: Cambridge University, 1992.

STREECK, W.; SCHMITTER, P. Community, market, state – and associations? The prospective contribution of interest governance to social order. In: STREECK, W.; SCHMITTER, P. (Eds.). **Private interest government: beyond market and state**. London: SAGE, 1985.

TARROW, S. **O poder em movimento: movimentos sociais e confronto político**. Petrópolis: Vozes, 2009.

TATAGIBA, L.F. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TITMUSS, R. **Essays on the Welfare State**. London: G. Allen & Unwin, 1958.

TOCQUEVILLE, A. **De la démocratie en Amérique**. Paris : Vrin, 1990, 2 vol.

TOURAINÉ, A. **O retorno do actor**. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

_____. Os movimentos sociais. In: FORACCHI, M.M.; MARTINS, J.S. (Ed.). **Sociologia e sociedade – leituras de introdução à sociologia**. Rio de Janeiro: LTC, 1980.

UGÁ, M.A. de *et al.* O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, set./out. 2008.

UGÁ, M.A.de *et al.* (Org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

UGARTE, P.G. Que participação para qual democracia? In: COELHO, V.S; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

VIANNA, M.L.T.W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

VIANNA, M.L.T.W. *et al.* Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, n. 21, jan./jun. 2009.

VIOLA, E.; MAINWARING, S. Novos movimentos sociais: cultura política e democracia – Brasil e Argentina. In: SCHERER-WARREN, I.; KRISCHKE, P.J. (Org.). **Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

WALZER, M. The civil society argument. In: MOUFFE, C. (Ed.). **Dimensions of radical democracy**. London: Verso, 1995.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____. **Economía y sociedad (esbozo de sociologia comprensiva)**. México: Fondo de Cultra Económico, 1999.

WOOD, E. A democracia contra o capitalismo. In: **Democracia contra o capitalismo: a renovação histórica do materialismo histórico**. São Paulo: Boitempo, 2010.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZANCAN, L.; DURÁN, P.R.F.; MARCONDES, W.B. Os Determinantes Sociais da Saúde e as políticas públicas. **Curso de extensão para Gestores do SUS em Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ZEDNER, L. Controle social. In: OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. (Ed.). **Dicionários do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.

ZIZEK, S.; DALY, G. **Arriscar o impossível: conversas com Zizek**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS

BRASIL (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE). **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **12ª Conferência Nacional de Saúde: saúde, um direito de todos e um dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. **Resolução 333, de 4 de nov. de 2003** – aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2003.

_____. **Resolução 453, de 10 de maio de 2012** – aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE). **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Lei 8.142, de 29 de dezembro de 1990** – dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Portaria 3.085, de 1 de dezembro de 2006** – regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html>. Acesso em 14 de junho 2011.

_____. **Sistema de Planejamento do SUS: instrumentos básicos.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – formulação de políticas específicas de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

RIO DE JANEIRO (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO). **Composição do Conselho Estadual:** colegiado pleno. Disponível em

<<http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/colegiado-pleno.html>>. Acesso em 13 de abril de 2013.

_____. **Regimento interno da 6ª Conferência Estadual de Saúde.** Rio de Janeiro: Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro/Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

_____. **Regimento interno do Conselho Estadual de Saúde/RJ.** Rio de Janeiro: CES/RJ, 2013.

SITES DE PESQUISA

. Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ): <http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/>

. Governo do Estado do Rio de Janeiro: <http://www.governo.rj.gov.br/>

. Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ): <http://www.saude.rj.gov.br/>

ANEXOS

ANEXO A

Questionário de entrevistas semiestruturado aplicado aos conselheiros do CES/RJ (2007-2010)

	<p>Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.</p> <p>Questionário Específico para Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde (2007-2011)</p>
---	---

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

1. Número do Questionário: |__|_|_|_|_|

2. Data da entrevista: |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

3. Código do entrevistador: |__|_|_|

II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

4 Sexo:

1 |__| Masculino

2 |__| Feminino

5. Idade: |__|_|_|

6. Formação Profissional:

1 |__| Ensino Fundamental completo

2 |__| Ensino Médio incompleto

3 |__| Ensino Médio completo

4 |__| Superior incompleto

5 |__| Superior completo

7. Assinale o segmento que o senhor representa enquanto participante do Conselho Estadual de Saúde:

1 |__| Representantes da sociedade

2 |__| Prestadores (pular para 7 A 2)

3 |__| Profissionais (pular para 7 A 3)

4 |__| Gestores (pular para 7 A 4)

7 A 1. Assinale a cadeira que o senhor ocupa dentro do segmento Representantes da Sociedade:

- | | | | |
|---|--------------------------|---|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Associações de bairros (FAMERJ e outras) | (pular para 8) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Associações de favelas (FAFERJ e outras) | (pular para 8) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entidade de defesa dos direitos da mulher | (pular para 8) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Conselhos Municipais de Saúde | (pular para 8) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Portadores de deficiência/doenças | (pular para 8) |

7 A 2. Assinale a cadeira que o senhor ocupa dentro do segmento Prestadores:

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Hospitais universitários | (pular para 8) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Hospitais privados conveniados | (pular para 8) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Hospitais filantrópicos conveniados | (pular para 8) |

7 A 3. Assinale a cadeira que o senhor ocupa dentro do segmento Profissionais:

- | | | | |
|---|--------------------------|---|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sindicatos | (pular para 8) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Conselhos profissionais | (pular para 8) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Trabalhadores da área rural | (pular para 8) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Centrais sindicais não pertencentes à área da saúde | (pular para 8) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Entidade de defesa dos direitos dos aposentados | (pular para 8) |

7 A 4. Assinale a cadeira que o senhor ocupa dentro do segmento Gestores:

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Secretaria Estadual de Saúde |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Conselho de Secretárias Municipais de Saúde |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Bombeiros/Segurança Pública |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos) |

8. Qual o seu tempo de participação como conselheiro no Conselho Estadual de Saúde?:

Desde : / Até: /

9. Participa de alguma comissão interna do Conselho Estadual de Saúde?

- 1 Sim Especificar: _____

- 2 Não
3 Não sabe

10. Qual o papel de cada uma das comissões internas no Conselho Estadual de Saúde?

		Muito Importante		Importante		Pouco Importante		Indiferente		Não sabe	
1	Discussão de questões específicas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	Acelerar processos	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
3	Propor pautas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4	Deliberar sobre questões específicas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
5	Encaminhar demandas da sociedade	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6	Outras Especificar: _____										
	_____	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

11. Qual o grau de importância que o Senhor outorga às seguintes atribuições das comissões internas no Conselho Estadual de Saúde?

		Muito Importante		Importante		Pouco Importante		Indiferente		Não sabe/ Não corresponde	
1	Gerar âmbitos de discussão de matérias específicas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	Tratar de pautas relativas a assuntos especiais que não cabem apenas ao âmbito das Plenárias	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
3	Levar matérias específicas para discussão nas plenárias do Conselho Estadual de Saúde	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4	Deliberar sobre matéria específica	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
	Outras Especificar: _____										
5	_____	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

12. As comissões internas se reúnem separadamente das plenárias do Conselho Estadual de Saúde?

- 1 Sim: Especificar frequência _____
- 2 Não
- 3 Não sabe

13. O senhor já ocupou assento em outros conselhos de políticas públicas? Quais, e por qual período?

- 1

Sim Especificar: _____

2

Não

III. COMPOSIÇÃO E PAPEL DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

14. Há documentos que regulamentam o papel dos conselheiros?

1

Sim Especificar: _____

2

Não

3

Não sabe

15

.O senhor acha adequada a composição de representantes da sociedade no Conselho Estadual de Saúde?

1 Sim

2 Não Especificar: _____

3 Não sabe

16.O Conselho Estadual de Saúde cumpre com todas as disposições previstas pelo Regimento Interno? Em caso negativo, quais os motivos?

1 Sim

2 Não Especificar Motivos:

17. Qual o papel que o senhor entende que deveria ser desempenhado pelo Conselho Estadual de Saúde perante a Secretaria Estadual de Saúde

18. O Conselho Estadual de Saúde se reúne com regularidade?

- 1 Sim
2 Não (pular para 19)

18 A. Indicar a frequência efetiva:

- 1 1 vez a cada 15 dias
2 1 vez a cada 30 dias
3 1 vez a cada 45 dias
4 1 vez a cada dois meses
5 1 vez a cada três meses
6 Frequência menor que 1 vez a cada três meses
7 Outras: Especificar _____

19.No caso da associação/entidade a qual você está vinculado, há eleições para a indicação do conselheiro?

- 1 Sim (pular para 21)
2 Não

20.Se não houver, que sistema é utilizado para indicação do conselheiro?

- 1 Indicação de associação
2 Indicação da diretoria da associação
3 Pelos votos dos associados
4 Pelo voto da comunidade
5 Outros: Especificar _____

IV PROCESSO DECISÓRIO E CONFLITOS POLÍTICOS NO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

21. Qual é o tipo de interação entre os diferentes segmentos com assento no Conselho Estadual de Saúde?

- 1 Cooperativa

- 2 Antagônica
- 3 Pouco estabelecidas/definidas
- 4 Não são claras/transparentes
- 5 Outras: Especificar _____

22. Dê uma nota de 0 a 10, para o grau de interação existente entre conselheiros representantes de usuários e portadores de doenças específicas com os gestores da Secretaria Estadual de Saúde?

22 A. Justificar a nota com dois motivos

Motivo1: _____

Motivo2: _____

23. Dê uma nota de 0 a 10, para o grau de interação/relações políticas existente entre representantes de associações de bairros, favelas e outras entidades sociais com os gestores da Secretaria Estadual de Saúde?

23 A. Justificar a nota com dois motivos

Motivo1: _____

Motivo2: _____

24. Dê uma nota de 0 a 10, para o grau de interação/relações políticas existente entre representantes conselheiros do setor privado com os gestores da Secretaria Estadual de Saúde?

24 A. Justificar a nota com dois motivos

Motivo1: _____

Motivo2: _____

25. Dê uma nota de 0 a 10 para o grau de interação/relações políticas existente entre conselheiros representantes de profissionais de saúde e outras entidade profissionais com os gestores da Conselho Estadual de Saúde?

25 A. Justificar a nota com dois motivos

Motivo1: _____

Motivo2: _____

26. Dê uma nota de 0 a 10 para o grau de interação/relações políticas existente entre representantes de associações de bairros, favelas e outras entidades sociais com representantes conselheiros do setor privado?

|_|_|_|

26 A. Justificar a nota com dois motivos

Motivo1: _____

Motivo2: _____

27. Dê uma nota de 0 a 10 para o grau de interação/relações políticas existente entre representantes de profissionais de saúde com representantes do setor privado?

|_|_|_|

27 A. Justificar a nota com dois motivos

Motivo1: _____

Motivo2: _____

28. As condições de diálogo nas comissões são satisfatórias?

1 |_|_|

Sim Especificar: _____

2 |_|_|

Não Especificar: _____

29.As condições de diálogo nas plenárias são satisfatórias?

1 Sim Especificar: _____

2 Não Especificar: _____

30.Como é o diálogo estabelecido com os outros membros do Conselho Estadual de Saúde?

1 Fortemente cooperativo
2 Cooperativo
3 Fortemente conflitivo
4 Conflitivo
5 Outras: Especificar _____

31. Dê uma nota de 0 a 10,para classificar a capacidade de vocalização de demandas no interior do Conselho Estadual de Saúde dos atores sociais a seguir.

	Ator Social	Nota (0 a 10)
1	Entidades/Associações bairros , favelas e outras entidades sociais	<input type="text"/>
2	Profissionais de saúde	<input type="text"/>
3	Portadores de doenças/insuficiências	<input type="text"/>
4	Hospitais privados	<input type="text"/>

5	Planos Privados de saúde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Secretário de Saúde Estadual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Secretário e gestores do primeiro escalão da Secretaria Estadual de Saúde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

32. O senhor considera que os gestores da Secretaria Estadual de Saúde ouvem, respeitam e acatam as deliberações do Conselho Estadual de Saúde?

1

Sim Especificar: _____

2

Não Especificar: _____

33. As perguntas 34, 35 e 36 comparam a gestão anterior da Secretaria Estadual de Saúde - Secretário Gilson Cantarino - com a gestão atual - Secretário Sergio Cortes. O senhor participou das 2 gestões?

1 Sim

2 Não (pular para 37)

34. Quais seriam as diferenças em relação a ouvir, respeitar e acatar as deliberações do Conselho Estadual de Saúde?

1

A anterior era mais receptiva que a atual

2

A anterior era menos receptiva que a atual

3

Não há diferenças entre a anterior e a atual

35. No que se refere a efetivação das demandas apresentadas pelas entidades de bairros, favelas e outras?

1

A anterior era mais receptiva que a atual

2

A anterior era menos receptiva que a atual

3

Não há diferenças entre a anterior e a atual

36. No que se refere à efetivação das demandas apresentadas pelos hospitais privados, filantrópicos e planos de saúde?

- 1 A anterior era mais receptiva que a atual
- 2 A anterior era menos receptiva que a atual
- 3 Não há diferenças entre a anterior e a atual

37. O senhor considera que as condições são favoráveis à participação de todos os segmentos representados no Conselho Estadual de Saúde?

- 1 Sim
- 2 Não (Pular para 37 B)

37 A. Se o senhor considera que as condições são favoráveis à participação de todos os segmentos representados no Conselho Estadual de Saúde, especificar dois motivos?

Motivo1: _____

Motivo2: _____

37 B. Se o senhor não considera que as condições são favoráveis à participação de todos os segmentos representados no Conselho Estadual de Saúde, especificar dois motivos?

Motivo1: _____

Motivo2: _____

38. Algum grupo/associação acumula mais poder do que os outros?

- 1 Sim
- 2 Não (Pular para 39)

38 A. Quais são os grupos/associações que acumulam mais poder do que os outros? Especifique os motivos:

39. Qual a importância dos seguintes tipos de informação para as decisões tomadas pelos conselheiros?

	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Indiferente	Não sabe
1 Jurídica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 Os próprios documentos gerados pela Secretaria Estadual de Saúde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

3	Discussões da Secretaria Estadual de Saúde nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4	Explicitação de benefícios perseguidos pela gestão com a implantação de alguma medida	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
5	Relação custo x benefício das medidas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6	Consensos e conflitos no Conselho Estadual de Saúde	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
7	Capacidade de pactuação/negociação	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
8	Conhecimento técnico sobre a questão	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
	Outras Especificar:										

9	_____	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

40. Os conselheiros representantes da sociedade estão suficientemente capacitados para tomarem decisões?

1 Sim Justificar _____

2 Não Justificar _____

41. Classifique em grau de importância o que seria necessário/falta na capacitação dos conselheiros para representarem efetivamente as demandas sociais?

		Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Indiferente	Não sabe					
1	Compreender as políticas em jogo	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	Compreender as conseqüências implicadas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
3	Entender melhor o sistema de financiamento	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4	Entender melhor o sistema orçamentário	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
5	Entender melhor a complexidade do SUS	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

Outras Especificar:

6 _____ 1 2 3 4 5

IV. RELAÇÃO ENTRE CONSELHO EESTADUAL DE SAÚDE E SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE

42. Como é caracterizada a atuação da representação da Secretaria Estadual de Saúde no Conselho Estadual de Saúde?

1 **Muito boa Justificar** _____

2 **Boa Justificar** _____

3 **Regular Justificar** _____

4 **Ruin Justificar** _____

5 **Muito ruim Justificar** _____

43. Qual aspecto enfatizaria no que se refere à atuação da Secretaria Estadual de Saúde no Conselho Estadual de Saúde?

- 1 **Intervenção**
- 2 **Indução das decisões do Conselho Estadual de Saúde**
- 3 **Parceria no processo decisório**
- 4 **Acatar as decisões do Conselho Estadual de Saúde**
- 5 **Outros Especificar** _____

44. Quais são os mecanismos, e qual o grau de importância destes, na atuação da Secretaria Estadual de Saúde para influenciar a aprovação de políticas e programas?

	Muito Importante		Importante		Pouco Importante		Indiferente		Não sabe	
1 Negociações políticas com membros do Conselho Estadual de Saúde	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2 Processo deliberativo conjunto com ampla negociação democrática	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
3 Apresentação de informações completas para processo deliberativo compartilhado	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4 Respeito ao que foi deliberado pelos conselheiros	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
5 Discussão ampla e um processo que inclui o Conselho Estadual de Saúde	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6 Apresentação de propostas nas comissões e na plenária	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
7 Processo de negociação parcial e restrito à questões pontuais	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
8 Solicitação de aprovação sem processo deliberativo	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

9 Medidas fechadas (projetos de lei, resoluções, portarias) a serem aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde 1 |__| 2 |__| 3 |__| 4 |__| 5 |__|

10 Outros Especificar
 _____ 1 |__| 2 |__| 3 |__| 4 |__| 5 |__|

45.O Conselho Estadual de Saúde utiliza procedimentos democráticos de consulta à sociedade na decisão de políticas e programas a serem implementados?

1 |__| Sim Especificar: _____

2 |__| Não Especificar: _____

46.Classifique a influência que as representações relacionadas a seguir possuem na definição de políticas, programas e serviços da Secretaria Estadual de Saúde. Dê uma nota de 0 a 10.

	Representações	Nota (0 a 10)
1	Associações de bairros, favelas e outras entidades sociais	__ __
2	Profissionais de saúde	__ __
3	Portadores de doenças/insuficiências	__ __
4	Hospitais privados	__ __
5	Planos Privados de saúde	__ __

6	Secretário de Saúde Estadual	_ _ _
7	Secretário e gestores do primeiro escalão da Secretaria Estadual de Saúde	_ _ _

47 Existem mecanismos de consulta entre a Secretaria Estadual de Saúde e membros do Conselho Estadual de Saúde fora das reuniões do Conselho?

1

Sim Especificar _____

2 Não

48. O senhor considera que há transparência nos processos de implementação e formulação de políticas e programas de saúde da Secretaria Estadual de Saúde?

1

Sim Justificar: _____

2

Não Justificar: _____

49. O Conselho Estadual de Saúde se relaciona com outros conselhos, secretarias ou outros organismos estatais ou privados?

1 Sim **Especificar** _____

2 Não

50. Existem relações entre o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde?

1 Sim

2 Não (pular para 51)

50 A. Especificar que tipo de relação e seu grau de importância:

		Muito Importante		Importante		Pouco Importante		Indiferente		Não sabe	
1	De consulta	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	Questões comuns as entidades	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
3	Interfaces de políticas e programas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4	Necessidade de decisões conjuntas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
5	Outros Especificar _____										
	_____	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

51. O senhor conhece os Colegiados de Gestão Regional?

1

Sim Especificar _____

2 Não

52.O Conselho Estadual de Saúde trata e/ou delibera sobre a regionalização e sobre os Colegiados de Gestão Regional?

1

Sim Especificar o assunto

2 Não

53.O Conselho Estadual de Saúde toma decisões em relação ao PSF (Programa de Saúde da Família)?

1

Sim Especificar quais

2 Não

54. O Conselho Estadual de Saúde participa, delibera sobre as condicionalidades de saúde requeridas pelo PBF (Programa Bolsa Família)? Especificar sobre quais questões:

1 Sim Especificar quais _____

2 Não

55. O Conselho Estadual de Saúde possui alguma relação com o Conselho Estadual de Assistência Social e/ou a Secretaria Estadual de Assistência Social no que tange ao Programa Bolsa Família?

1 Sim

2 Não (pular para 56)

55 A. Especificar que tipo de relação e a sua importância:

		Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Indiferente	Não sabe
1	De consulta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2	Relativa às condicionalidades do PBF	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	Necessidade de decisões conjuntas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4	Formação de conselhos de representação social no PBF	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5	Outros Especificar					

	_____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

56. Nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde já se tratou de políticas, programas e serviços de saúde específicos para as comunidades faveladas?

1 Sim

2 Não (pular para 57)

56 A. De quais políticas, programas e serviços de saúde específicos para as comunidades faveladas, se trataram?

56 B. Como se tratou das políticas, programas e serviços de saúde específicos para as comunidades faveladas, ?

57. Os partidos políticos têm alguma interferência no Conselho Estadual de Saúde? De que tipo?

1

Sim Especificar _____

2 Não

58. É tratada pelo Conselho Estadual de Saúde e/ou incluída como ponto de pauta a relação do SUS com o setor hospitalar privado conveniado e com os planos privados de saúde?

1 Sim

2 Não (pular para 59)

58 A. Quais aspectos da relação do SUS com o setor hospitalar privado conveniado e com os planos privados de saúde são tratados?

58 B. Em que âmbito da SES e do Conselho são tratados os aspectos da relação do SUS com o setor hospitalar privado conveniado, filantrópico e planos privados de saúde?

59. Classifique a relação do Conselho Estadual de Saúde com os Conselhos Municipais de Saúde existentes no Estado do RJ. Dê uma nota de 0 a 10.

59 A. Justifique a nota atribuída

VI. FORMAS DE REPRESENTAÇÃO NO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

60. Como o senhor foi escolhido para participar como membro do Conselho Estadual de Saúde?

- 1 **Eleição**
- 2 **Indicação**
- 3 **Negociação política**
- 4 **Outras Especificar** _____

61.A entidade/associação que o senhor representa também participa de conselhos de outras áreas de políticas

- 1 **Sim Especificar** _____

- 2 **Não**

62.A sua associação/entidade consulta seus representados em relação às questões de saúde que atingem a população do Estado? Quais são os instrumentos de consulta utilizados?

- 1 **Sim Especificar** _____

- 2 **Não**

63. As questões/pautas do Conselho Estadual de Saúde são discutidas com os membros da entidade/associação/movimento social que o senhor representa? Quais, como?

- 1 **Sim**
- 2 **Não (pular para 64)**

63 A. Quais questões/pautas do Conselho Estadual de Saúde são discutidas com os membros da entidade/associação/movimento social que o senhor representa?

63 B. Como são discutidas . as questões/pautas do Conselho Estadual de Saúde com os membros da entidade/associação/movimento social que o senhor representa?

64. O senhor considera que o Conselho Estadual de Saúde tem contribuído para o conhecimento da Secretaria Estadual de Saúde a respeito do setor que o senhor representa?

- 1 Sim
 2 Não (pular para 65)

64 A. Como o senhor considera que o Conselho Estadual de Saúde tem contribuído para o conhecimento da Secretaria Estadual de Saúde a respeito do setor que o senhor representa?

65. Quais questões orçamentárias da saúde estadual são tratadas pelo Conselho Estadual de Saúde?

66. Quais questões de financiamento da saúde estadual são tratadas pelo Conselho Estadual de Saúde?

67. O Sr. considera satisfatório o grau de investimento da Secretaria Estadual de Saúde para cada um dos serviços de assistência à saúde relacionados a seguir:

		Muito Importante		Importante		Pouco Importante		Indiferente		Não sabe	
1	Ambulatório	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	Posto de saúde	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
3	Pronto-socorro	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4	Policlínicas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
5	Hospitais de baixa complexidade	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6	Hospitais de média complexidade	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
7	Hospitais de alta complexidade	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
8	Maternidades	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
9	Outras Especificar	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

68. O Senhor conhece o Ministério Público Estadual?

- 1 Sim

2 Não

69. Qual é atuação e de que se ocupa o Ministério Público Estadual?

70. O Sr. já solicitou intervenção do Ministério Público Estadual em relação a demandas do Conselho Estadual de Saúde não satisfeitas pela Secretaria Estadual de Saúde? Especificar em que situações

71. O Conselho já solicitou intervenção do Ministério Público Estadual? Especificar em que situações

71 A. O Conselho já participou de alguma convocatória/chamada do Ministério Público Estadual?

1 Reunião

2 Audiência

ANEXO B

Questionário de entrevistas semiestruturado aplicado aos gestores da SES/RJ (2007-2010)

	<p>Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.</p> <p>Questionário Específico para Gestores da Secretaria Estadual de Saúde 2007-2011</p>
---	---

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

1. Número do Questionário: |_|_|_|_|_|

2. Data da entrevista: |_|_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

3. Código do entrevistador: |_|_|_|_|

II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

4 Sexo:

1 |_|_| Masculino

2 |_|_| Feminino

5. Idade: |_|_|_|_|

6. Formação Profissional:

7. Graduação (Curso):

8. Graduação (Instituição):

9. Possui Pós-Graduação ?

1 |_|_| Sim

2 |_|_| Não (Pular para 13)

10. Se possui Pós-graduação Indicar se?

1 |_|_| *Lato sensu*

2 |_|_| *Strictu sensu*

11. Pós-graduação (Curso):

12. Pós-graduação (Instituição):

13. Qual o cargo que ocupa na Secretaria Estadual de Saúde?:

14. Data de início no cargo: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

15. É funcionário público do quadro administrativo da Secretaria Estadual de Saúde?

1 Sim

2 Não. Especificar local de Origem: _____ (Pular para 17)

16. Qual o tipo de cargo que desempenha?

1 Secretário

2 Cargo de confiança com DAS

3 Assessor

4 DAS

5 Outro - Especificar: _____

17. Qual era seu cargo anterior?

18. Indicar em que Instituição exerceu o cargo anterior?

III. TRAJETÓRIA POLÍTICA:

19. Pertence a algum partido político? (Especificar qual e desde quando)

1 Sim: **Qual:** _____ **Desde quando** |__|__|/|__|__|__|__|

2 Não

20. Já mudou de partido político?

1 Sim

2 Não (Pular para 24)

21. Quantas vezes? |__|

22. Informe o nome dos partidos:

1	
2	
3	
4	
5	

23. Especificar os motivos pelos quais mudou de partido:

IV. RELAÇÕES ENTRE OS ENTES FEDERADOS

24. Como definiria na gestão atual da saúde a relação entre Estado, Municípios e Federação no marco do SUS?
Especificar dois motivos

1 |__| Cooperativas

2 |__| Antagônicas

3 |__| Pouco estabelecidas / definidas

4 |__| Não são claras / transparentes

5 |__| Outro - Especificar: _____

24 A. Justifique suas escolhas. Dê 2 motivos:

Motivo 1 _____

Motivo 2 _____

25. Com que municípios a Secretaria tinha relações cooperativas?

26. Especificar de que tipo: _____

27. Houve mudanças nas relações estabelecidas entre a Secretaria Estadual de Saúde e a SMS/RJ no período da gestão estadual anterior para o período atual?

1 |__| Sim

2 |__| Não (Pular para 29)

28. Especificar as duas mudanças mais importantes:

1 Mudança 1^{ra} _____

2 Mudança 2^{da} _____

29. A cooperação política entre a Secretaria Estadual de Saúde e a SMS/RJ beneficia a gestão estadual?

1 Sim **Dê uma nota de 0 a 10**

2 Não (Pular para 31)

30. Indicar em que a beneficia:

		Muito Importante		Importante		Pouco Importante		Indiferente		Não sabe	
1	Para a tomada conjunta de decisões do Estado e Município	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	Planejamento e programação (PPI) na utilização de serviços de assistência à saúde do Estado e Município	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
3	Incentivando a integralidade de atenção entre Estados e Municípios	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4	Promovendo a regionalização do sistema de saúde estadual	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
5	Desenvolvendo programas conjuntos	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6	Outros Especificar : _____ _____	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

31. Considerando a existência atualmente de uma coalizão político-partidária entre o governo estadual e federal, como isso poderia contribuir para a gestão das políticas de saúde no estado?

		Muito Importante		Importante		Pouco Importante		Indiferente		Não sabe	
1	Na coordenação de políticas e programas	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	Na decisão conjunta de aspectos problemáticos da rede assistencial estadual	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
3	Na coordenação interfederativa relativa ao investimento na rede estadual	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
4	No apoio do MS para desenvolver a gestão estadual	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
5	Na formação e capacitação de recursos humanos	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6	Na facilitação para a implantação de programas definidos pelo MS	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
7	Outros Especificar: _____ _____	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>

32. Com a coalizão houve alguma alteração do ponto de vista do financiamento? Especificar qual:

- 1 Sim Especificar: _____
- 2 Não

33. Que tipo de ações e projetos na Secretaria Estadual de Saúde tiveram melhor desenvolvimento pelo fato de haver uma coalizão com o nível federal?

- 1 Programa de Saúde Família
- 2 Acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família
- 3 Programa Agentes Comunitários de Saúde
- 4 Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- 5 Outros Especificar: _____

34. Que tipo de programas e ações a Secretaria Estadual de Saúde desenvolve que não se originaram na esfera federal?

35. Atribua uma nota de 0 a 10 que expresse o desempenho da Secretaria Estadual de Saúde nas instâncias colegiadas do SUS relacionadas a seguir:

- | | | |
|---|----------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="text"/> | CIB-RJ |
| 2 | <input type="text"/> | CIT |
| 3 | <input type="text"/> | COSEMS-RJ |
| 4 | <input type="text"/> | CONASS |
| 5 | <input type="text"/> | CNS |
| 6 | <input type="text"/> | Outros Especificar : _____ |

36. Em relação às instâncias colegiadas do SUS, quais as atribuições/funções desempenhadas pela Secretaria Estadual de Saúde o Senhor. considera mais importantes? Especificar duas atribuições/funções para cada uma das instâncias selecionadas.

- | | | |
|---|----------------------|--------------------|
| 1 | <input type="text"/> | CIB-RJ 1: _____ |
| | | 2: _____ |
| | | CIT 1: _____ |
| 2 | <input type="text"/> | 2: _____ |
| | | COSEMS-RJ 1: _____ |
| 3 | <input type="text"/> | 2: _____ |
| | | CONASS 1: _____ |
| 4 | <input type="text"/> | 2: _____ |
| | | CNS 1: _____ |
| 5 | <input type="text"/> | 2: _____ |
| | | Outros 1 : _____ |
| 6 | <input type="text"/> | 2 : _____ |

37. O Ministério Público tem atuação na Secretaria Estadual de Saúde?

- | | |
|---|--------------------------|
| | Sim Especificar: _____ |
| 1 | <input type="text"/> |
| | _____ |
| 2 | <input type="text"/> Não |

37 A. Quais medidas tomadas pelo Ministério Público em relação à saúde o Senhor considera mais importantes?

37 B. A atuação do Ministério Público levou a mudanças no processo decisório e na atuação da Secretaria Estadual de Saúde?

V. RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADO

38. O senhor diria que a relação público-privado existente hoje é benéfica ao SUS estadual? Especificar em ambos os casos

- 1 Sim Especificar : _____

- 2 Não Especificar : _____

39. As relações público-privadas no SUS (Marcar até duas opções)

- 1 São cooperativas
- 2 São litigiosas
- 3 São de conflagração de interesses
- 4 Contribuem para o desenvolvimento do SUS estadual
- 5 São incluídas pela Secretaria Estadual de Saúde no planejamento estadual
- 6 Outros **Especificar:** _____

40. Qual a importância que os planos privados de saúde tem para a assistência à saúde da população do Estado do RJ? Especificar.

- 1 Muito importante: _____
- 2 Importante: _____
- 3 Pouco importante: _____
- 4 Indiferente _____
- 5 Não sabe

41. Qual a política do estado para a atenção de média e alta complexidade?

- 1 Ampliar convênios com o setor privado
- 2 Gerar auto-suficiência no SUS
- 3 Manter sem alterações a política de assistência à saúde

4 Outras: **Especificar:** _____

42. Que questões relativas a relação público-privado mereceriam maior atenção da Secretaria Estadual de Saúde?

43. O senhor sabia que 72% dos hospitais privados do país contratados pelas operadoras de planos de saúde são prestadores do SUS?

1 Sim

2 Não

44. Há uma política da Secretaria Estadual de Saúde em relação aos prestadores privados conveniados ao SUS?

1 Sim Qual? _____

2 Não

45. É atribuição da Secretaria Estadual de Saúde acompanhar e avaliar a gestão dos hospitais públicos e privados do estado? Justificar em ambas.

1 Sim Justificar: _____

2 Não Justificar: _____

46. A Secretaria Estadual de Saúde faz algum controle da qualidade assistencial dos hospitais do estado (públicos e privados) que prestam serviços ao SUS?

1 Sim De que tipo?:

2 Não Por que Motivos?

47. A Secretaria Estadual de Saúde faz algum acompanhamento sobre a utilização de práticas relativas a qualidade da gestão assistencial dos hospitais do estado (públicos e privados)?

1 Sim, em ambos

- 2 Somente nos públicos
- 3 Somente nos privados
- 4 Não (pular para pergunta n° 49)

48. (Sabe-se através de pesquisa que para aferir qualidade da assistência hospitalar é necessário incorporar um conjunto de práticas no dia a dia dos hospitais.) **Dos procedimentos relacionados a seguir, quais são exigidos pela Secretaria Estadual de Saúde aos hospitais públicos e privados? Não excludentes, pode marcar mais de um.**

Hospitais Públicos		
1	<input type="checkbox"/>	Uso de diretrizes Clínicas
2	<input type="checkbox"/>	Acompanhamento de patologias e procedimentos utilizados
3	<input type="checkbox"/>	Acompanhamento de pacientes – gestão de caso
4	<input type="checkbox"/>	Segunda opinião para procedimentos específicos
5	<input type="checkbox"/>	Estudos estatísticos sobre variações da prática médica
Hospitais Privados		
1	<input type="checkbox"/>	Uso de diretrizes Clínicas
2	<input type="checkbox"/>	Acompanhamento de patologias e procedimentos utilizados
3	<input type="checkbox"/>	Acompanhamento de pacientes – gestão de caso
4	<input type="checkbox"/>	Segunda opinião para procedimentos específicos
5	<input type="checkbox"/>	Estudos estatísticos sobre variações da prática médica

49. (Sabe-se através de pesquisa que para aferir qualidade da assistência hospitalar é necessário incorporar um conjunto de práticas no dia a dia dos hospitais.) **A Secretaria Estadual de Saúde exige dos hospitais do estado (públicos e privados) monitoramento/ aferimento dos indicadores relacionados a seguir: Não excludentes, pode marcar mais de um.**

Hospitais Públicos		
1	<input type="checkbox"/>	Taxa de ocupação de leitos
2	<input type="checkbox"/>	Tempo médio de internação
3	<input type="checkbox"/>	Taxa de suspensão de cirurgia
4	<input type="checkbox"/>	Taxa de mortalidade geral hospitalar
5	<input type="checkbox"/>	Taxa de mortalidade por algumas doenças específicas
6	<input type="checkbox"/>	Taxa de infecção hospitalar
7	<input type="checkbox"/>	Taxa de reinternação pelo mesmo motivo
8	<input type="checkbox"/>	Taxa de eventos adversos por uso de medicamento, equipamento, instrumentos e correlatos
Hospitais Privados		
1	<input type="checkbox"/>	Taxa de ocupação de leitos
2	<input type="checkbox"/>	Tempo médio de internação
3	<input type="checkbox"/>	Taxa de suspensão de cirurgia

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 4 | <input type="checkbox"/> | Taxa de mortalidade geral hospitalar |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Taxa de mortalidade por algumas doenças específicas |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Taxa de infecção hospitalar |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Taxa de reinternação pelo mesmo motivo |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Taxa de eventos adversos por uso de medicamento, equipamento, instrumentos e correlatos |

50. Quais as medidas concretas que a Secretaria Estadual de Saúde implantou para evitar a renúncia fiscal (ressarcimento dos planos privados ao SUS)?

VI. PROCESSO DECISÓRIO NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

51. Existem procedimentos/mecanismos definidos para tomada de decisão?

- 1 Sim Especificar: _____

- 2 Não

52. O que se define no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde e o que se define nas outras instâncias federadas (MS, CNS, Comissões Intergestores, etc.)?

53. Quem participa dos processos decisórios na tomada de decisão relativas a medidas do executivo estadual, propostas, projetos, portarias, medidas provisórias?

- 1 O Secretário Estadual de Saúde com consulta ao Governador
- 2 Apenas o Secretário Estadual de Saúde
- 3 O Secretário Estadual de Saúde e seu Gabinete
- 4 O Secretário Estadual de Saúde e os Subsecretários

5 Outros Especificar: _____

54. Qual o procedimento utilizado para a tomada de decisões do Executivo estadual? (Marcar até duas opções)

1 Reuniões do Secretário com seu Gabinete

2 Reuniões do Secretário com o Conselho Estadual de Saúde

3 Reuniões do Secretário com um colegiado de Sub-Secretarias

4 Reuniões do Secretário apenas com as Sub-Secretarias implicadas na decisão

5 Não há procedimento estabelecido

6 Outros Especificar: _____

55. Como se registra o que foi tratado nas diversas modalidades de reunião na Secretaria Estadual de Saúde?

1 Atas para todas as reuniões

2 Registros esparsos (às vezes há registros, às vezes não há)

3 Não há registros de processos decisórios

4 Outros Especificar: _____

VII. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

56. Qual a importância atribuída aos médicos pela Secretaria Estadual de Saúde no SUS estadual?

Especificar uma nota, em uma escala de 0 a 10 :

Justificar: _____

57. Quais são os maiores problemas que se apresentam na gestão de recursos humanos para cada uma das categorias profissionais a seguir. Mencione pelo menos dois problemas.

Categorias Profissionais

Médicos e suas categorias:

Problema 1: _____
Problema 2: _____
Outros problemas: _____

Enfermeiros e suas categorias

Problema 1: _____
Problema 2: _____
Outros problemas: _____

Dentistas:

Problema 1: _____
Problema 2: _____
Outros problemas: _____

Psicólogos e psiquiatras:

Problema 1: _____
Problema 2: _____
Outros problemas: _____

Outros profissionais (explicitar): _____

Problema 1: _____
Problema 2: _____
Outros problemas: _____

58. Que grau de formação considera indispensável para o bom exercício da profissão médica?

- 1 Residência
- 2 Especialização/Aperfeiçoamento
- 3 Mestrado
- 4 Doutorado
- 5 Realização de estágio

**59. O Programa de Educação Permanente em Saúde está sendo implementado pela Secretaria Estadual de Saúde?
Especificar desde quando e como**

1 Sim Desde quando? |__|__|/|__|__|__|__|

Como? _____

2 Não

VIII. PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

60. Quais as medidas tomadas pela Secretaria Estadual de Saúde para integração do sistema de saúde? Justifique suas escolhas (Admite múltipla resposta)

- 1 Serviços em rede _____
- 2 Prontuário único _____
- 3 Cartão SUS _____
- 4 Regionalização _____
- 5 Outros Especificar: _____

61. Quais as dificuldades na gestão do PSF? Classifique por ordem de importância.

	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Indiferente	Não sabe
1 Faltam médicos com formação especializada em Medicina de Família e Comunidade ou Clínicos Gerais	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 Problemas de fixar as equipes e especialmente os médicos nas favelas e proximidades	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 Problemas de fixar as equipes e especialmente os médicos em municípios longínquos e pequenos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4 Desinteresse dos médicos pelo Programa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5 Compor e manter as equipes considerando o aporte de recursos necessários	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 Outros Especificar:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

62. Atribua uma nota de 0 a 10 para o grau de informatização existente na Secretaria Estadual de Saúde para cada um dos seguintes itens:

- 1 Serviço de assistência à saúde
- 2 Programas de saúde
- 3 Recursos humanos (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde)
- 4 Assistência e integração da rede assistencial
- 5 Contabilidade
- 6 Financiamentos
- 7 Prestadores privados e filantrópicos
- 8 Documentação/registro do processo decisório

62 A. Quais os principais papéis das UPAs na rede de serviços de assistência estadual? (Marcar até duas opções)

- 1 Desafogar as emergências
- 2 Integrar a rede do estado
- 3 Torná-las porta de entrada à rede
- 4 Substituir postos de saúde
- 5 Substituir ambulatórios
- 6 Substituir emergências
- 7 Substituir outros serviços de baixa e média complexidade
- 8 Outros Especificar: _____

63. Informe para cada categoria de serviços de saúde relacionados a seguir quais as maiores dificuldades na gestão dos mesmos. Especificar duas dificuldades.

Categorias

Ambulatório:

Dificuldade1: _____

Dificuldade2: _____

Posto de Saúde:

Dificuldade1: _____
Dificuldade2: _____
Pronto Socorro

Dificuldade1: _____
Dificuldade2: _____

Policlínicas

Dificuldade1: _____
Dificuldade2: _____
Hospitais de baixa complexidade:

Dificuldade1: _____
Dificuldade2: _____

Hospitais de média complexidade:

Dificuldade1: _____
Dificuldade2: _____
Hospitais de alta complexidade:

Dificuldade1: _____
Dificuldade2: _____
Maternidades:

Dificuldade1: _____
Dificuldade2: _____

Outras:
Dificuldade1: _____
Dificuldade2: _____

64. Existe reclamação permanente dos usuários do SUS da falta de médicos. A reclamação tem cabimento?

1 Sim Justificar: _____

2 Não Justificar: _____

65. Qual a sua estimativa do montante de médicos necessários para o sistema público estadual? Especificar.

Número atual de médicos: |__|_|_|.|_|_|_|_|_|

Estimativa de necessidade de médicos: |__|_|_|.|_|_|_|_|_|

66. A pretensa falta de médicos obedeceria a: (Marcar até duas opções)

- 1 Problemas de gestão dos serviços de saúde
- 2 Problemas de organização interna dos serviços de saúde
- 3 Necessidade de médicos com formação adequada às exigências do SUS
- 4 Problemas relacionados à remuneração destes profissionais
- 5 Problemas relacionados à jornada de trabalho dos médicos
- 6 Problemas relacionados à localização dos serviços em municípios pequenos e longínquos
- 7 Problemas relacionados à localização dos serviços em favelas ou proximidades de favelas
- 8 Problemas relacionados ao chamado plantão médico
- 9 Problemas relacionados à falta de concursos ou de aspirantes ao preenchimento das vagas

71. Quais as dificuldades para a regionalização no estado do Rio de Janeiro?

72. Qual a prioridade que a Secretaria Estadual de Saúde vem dando aos seguintes quesitos no processo de regionalização?

	Muito Alta	Alta	Média	Baixa	Muito Baixa
1 Instituir as regiões de saúde no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde C	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2 Designar os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde que participarão dos CGR (Colegiados de Gestão Regional)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3 Criar instrumentos normativos de implantação dos CGR no estado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4 Definir incentivos aos municípios para criação dos CGR	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5 Gerar incentivos financeiros estaduais para criação dos CGR	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 Solicitar ao MS verba para tal fim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7 Contribuir para a integração dos municípios na gestão regional	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8 Estimular as relações intra e interregionais	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9 Estimular mecanismos de planejamento e PPI nos CGR e nas Secretarias Municipais de Saúde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10 Gerar capacidade de negociação política e técnica nos CGR de modo a estabelecer pactuação com os municípios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11 Concertação/Negociação entre os municípios e CGR da sua região	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12 Outros Especificar:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

73. De que forma a Secretaria Estadual de Saúde acompanha e avalia a implementação das políticas, programas e serviços de assistência à saúde?

74. Existe algum tipo de relação da Secretaria Estadual de Saúde com outras políticas e programas desenvolvidos por Secretarias da área social? Especificar quais e com que Secretarias.

- 1 Sim, Quais? _____
 Com que Secretárias? _____
- 2 Não

75. Fale a respeito da Política/Programa Bolsa Família e as condicionalidades na saúde. Qual a incumbência e atribuições da Secretaria Estadual de Saúde com as condicionalidades do PBF?

76. Existem mecanismos instituídos de apoio à coordenação intersetorial?

- 1 Sim
- 2 Não (Pular para 78)

77. Indicar quais mecanismos de apoio o senhor considera importantes

- 1 **Fóruns constituídos para efetivação conjunta de políticas/programas entre as Secretarias de políticas Sociais**
- 2 **Mecanismos formais Especificar:** _____
- 3 **Mecanismos informais Especificar:** _____
- 4 **Planejamento integrado entre as Secretarias**
- 5 **Sub-Secretaria da Secretaria Estadual de Saúde que trata de assuntos intersetoriais**
- 6 **Atores-chave designados para processos de intersetorialidade**
- 7 **Outros Especificar:** _____

X. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

78. O funcionamento do Conselho Estadual de Saúde é: (Justificar)

- 1 **Amplamente satisfatório**

- 2 **Satisfatório**

- 3 **Medianamente satisfatório**

- 4 **Insatisfatório**

79. Qual o papel que o Conselho Estadual de Saúde desempenha no processo decisório da Secretaria Estadual de Saúde?

80. O Conselho Estadual de Saúde contribui com a gestão da Secretaria Estadual de Saúde?

- 1 Sim
- 2 Não (Pular para 82)

81. De que forma o Conselho Estadual de Saúde contribui com a gestão da Secretaria Estadual de Saúde?

82. O Conselho Estadual de Saúde exerce controle social enquanto representante da sociedade?

- 1 Sim (Pular para 84)
- 2 Não

83. Especificar o motivo pelo qual o Conselho Estadual de Saúde não exerce controle social enquanto representante da sociedade. (Marcar até três motivos)

- 1 **É pouco qualificado para exercer a função.**
- 2 **É demasiado partidarizado.**
- 3 **Não há consenso sobre o que seja controle social.**
- 4 **As representações são limitadas por interesses corporativos**
- 5 **Faltam representantes de vários setores da sociedade**
- 6 **O formato do conselho não contribui para o processo decisório da Secretaria Estadual de Saúde**
- 7 **É mais um obstáculo do que uma ajuda.**
- 8 **Outros Especificar:** _____

XI FINANCIAMENTO

84. Qual a relação existente entre a subsecretaria de finanças da Secretaria Estadual de Saúde com a Secretaria de Fazenda do Estado do Rio de Janeiro?

85. Quais as funções que a subsecretaria de finanças desempenha na gestão da Secretaria Estadual de Saúde?

86. Como a Secretaria Estadual de Saúde geria o Fundo Estadual de Saúde?

87. Como o senhor considera a atuação, que tem a Subsecretaria de Finanças da Secretaria Estadual de Saúde:

- 1 Tem atuação completamente adequada.
- 2 Não possui uma estrutura organizativa adequada
- 3 Falta modernização e gestão adequada
- 4 Dificuldades de planejamento e distribuição orçamentária
- 5 Necessidade de quadros com melhor capacitação contábil e financeira, adequada à dimensão do Estado do Rio de Janeiro
- 6 Falta de recursos financeiros para suprir as necessidades do Estado
- 7 Outros Especificar: _____

88. Qual o papel da Subsecretaria de Finanças da Secretaria Estadual de Saúde na gestão do Fundo Estadual de Saúde

89. Considerando a composição do financiamento do SUS no Rio de Janeiro por esfera de governo (SIOPS, 2008, In: UGA, Alicia et. Allli. a gestão do SUS no Estado do Rio de Janeiro, 2010.) observa-se que os recursos para a saúde no Estado do Rio de Janeiro feitos pelo governo estadual são menores que os recursos destinados pela União e os Municípios. Como o Senhor. entenderia que o financiamento próprio do Estado na saúde seja menor que os recursos destinados pela União e pelos Municípios no Estado?

90. Como essa distorção poderia ser corrigida?

91. Existem repasses de dinheiro da saúde para outros setores do governo estadual no caso em que estes demandem recursos para necessidades diversas à da saúde?

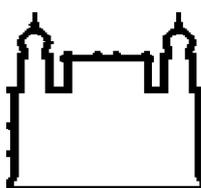
- 1 Sim Especificar exemplo(s): _____
- 2 Não

92. Qual sua opinião sobre a regulamentação da Emenda Constitucional n° 29?

93. Na sua opinião, qual a melhor forma de assegurar recursos para a saúde?

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

O senhor está sendo convidado para participar da pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro” desenvolvida por Silvia Victoria Gerschman de Leis, docente e pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo central do estudo é analisar a política estadual de saúde no que se refere aos processos de formulação, implementação e participação, no estado do Rio de Janeiro (RJ), no espaço compreendido entre 2003-2011. O foco principal do projeto é a análise sobre a produção de políticas na Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as proposições e deliberações do Conselho Estadual de Saúde (CES) referentes a produção da política estadual de saúde no RJ. Importante ressaltar que o escopo da pesquisa é de conhecimento científico sobre a atuação dos órgãos acima referidos, não contendo qualquer conotação política ou partidária em sua formulação e análise.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e o senhor tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário ao pesquisador do projeto. O tempo de duração do preenchimento do questionário é de aproximadamente duas horas.

Os questionários serão armazenados em local seguro na instituição e somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome e/ou assinatura do participante)

Contato com os pesquisadores responsáveis:

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP: 21041-210

Telefone: (021) 2598-2605

E-mail: gerschman@ensp.fiocruz.br ou paulofduran@gmail.com

ANEXO D

Roteiro de descrição etnográfica e perguntas-chave

1. Descrição do ambiente da Conferência: tipos de representantes (conselheiros, gestores, prestadores, profissionais); momento de abertura dos trabalhos; organização dos trabalhos dos conselheiros em grupos (primeiro dia);

2. Percepção dos caminhos entre os debates travados nos Grupos de Trabalho e o Pleno da Conferência: quais são os principais temas e como os conselheiros debatem as polêmicas no âmbito da Plenária da Conferência (primeiro, segundo e terceiro dias);

3. Quais são os ânimos dos debates entre conselheiros (tipos de representação) e os gestores das SES/RJ? (Primeiro, segundo e terceiro dias)

3.1. Como percebem a organização da Conferência?

3.2. Quais os níveis de tensão entre SES/RJ e os conselheiros representantes dos usuários e dos profissionais de Saúde?

3.3. Qual percepção tem o conselheiro acerca do espaço da Conferência como arena do processo deliberativo compartilhado?

4. Relatos/depoimentos de conselheiros (primeiro, segundo e terceiro dias):

4.1. Denúncias e reivindicações;

4.2. Propostas e resultados.

5. De que forma os conselheiros avaliam os trabalhos da Conferência (último dia)?