

A DEMOCRATIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

O paradoxo de atrair não aliados¹

VERA SCHATTAN P. COELHO

RESUMO

Este artigo discute a experiência brasileira dos Conselhos de Saúde. De início, faz uma revisão da literatura que analisa os fatores que contribuem para a “legitimidade democrática” dessas experiências. Em seguida, são apresentados os resultados de um estudo realizado com os Conselhos Locais de Saúde das 31 subprefeituras da cidade de São Paulo. Na conclusão, discute-se, à luz desses resultados, a importância relativa dos diferentes fatores identificados pela literatura como centrais para o estabelecimento da legitimidade democrática desses “novos espaços democráticos”.

PALAVRAS-CHAVE: *Conselhos de Saúde; São Paulo; legitimidade democrática; espaços democráticos.*

SUMMARY

This article discusses the Brazilian experience of the Health Councils. At first, it reviews the literature concerning factors that contribute to the “democratic legitimacy” of these experiences. Next, it presents results of a study made with Local Health Councils of the 31 subdistricts of the city of São Paulo. In the conclusion, it discusses the relative importance of different factors identified by this literature as keys to establish the democratic legitimacy of these “new democratic spaces”.

KEYWORDS: *Health Councils; São Paulo; democratic legitimacy; democratic spaces.*

[1] Este artigo apresenta os resultados do projeto “Participação e inclusão social no Brasil”, conduzido pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) com o apoio do Development Research Centre on Citizenship, Participation and Accountability, do Institute of Development Studies da University of Sussex, Inglaterra. Uma versão anterior foi publicada no *International Journal of Urban and Regional Research*, vol. 30, nº. 3, 2006.

Agradecemos aos gestores da Secretaria da Saúde do município de São Paulo, ao Conselho Municipal, à Equipe de Coordenação da Saúde e Conse-

A idéia de tornar a democracia mais inclusiva não é nova: ela está presente, por exemplo, na defesa da representação proporcional como um sistema que cria mais oportunidades do que a regra da maioria para a representação de minorias. E também está presente no esforço de multiplicar e fortalecer espaços para deliberação no interior do Congresso. Mas foi sobretudo a partir de meados dos anos 1970 que a participação e a deliberação nos “novos espaços democráticos”, criados na esfera estatal ou na esfera pública, nos níveis local, nacional ou internacional, começaram a ser defendidos como fundamentais para tornar o sistema democrático mais inclusivo². Esses “novos espaços” têm como fundamento a idéia de que boa parte da atual incapacidade das políticas públicas em promover mudanças substantivas no

status quo resulta da não-inclusão dos destinatários dessas políticas nos processos decisórios. Ou seja, cresce a aposta de que as políticas se tornarão mais responsivas às necessidades da população à medida que esta for incluída nos processos decisórios. Afinal, quem melhor do que a própria população para conhecer os problemas que a afetam ou saber a qualidade dos serviços que está recebendo?

Este artigo analisa os Conselhos Gestores de Políticas, que, ao menos em escala, hoje são os mecanismos mais importantes de participação existentes no Brasil. Mais de 28 mil deles foram estabelecidos no âmbito das políticas de saúde, educação e meio ambiente, entre vários outros temas. Estão organizados em todos os níveis de governo, do local ao federal, e estabelecem foros nos quais cidadãos, prestadores de serviços e governo se reúnem para definir políticas públicas e supervisionar sua implementação. Para melhor entender a natureza da participação promovida nesses foros, conduzimos uma ampla pesquisa nos 31 Conselhos Locais de Saúde (CLS) da cidade de São Paulo, com o intuito de responder a duas questões principais. A primeira delas é: há evidências de que uma participação plural da sociedade civil esteja em andamento ou a representação é monopolizada por grupos que já possuíam vínculos políticos com o sistema político partidário? Segundo: assumindo que seja possível reconhecer padrões distintos de participação, por exemplo, com uma gama maior ou menor de associações incluídas nos conselhos, poderíamos relacioná-los, como sugere a literatura, a certas características dos gestores públicos, do desenho institucional ou da vida associativa?

Na próxima parte do texto, apresenta-se uma revisão da literatura que discute o potencial democrático desses “novos espaços”. Depois, examina-se o contexto político e legal de existência dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e dos Conselhos Regionais de Saúde. A seguir, descreve-se o perfil associativo dos participantes dos 31 Conselhos Locais de Saúde da cidade São Paulo e analisa-se a importância das variáveis políticas, institucionais e sociais para explicar a variação encontrada no número de associações. Em seguida, discute-se o papel das estratégias adotadas por atores da sociedade civil e por gestores públicos para determinar o grau de inclusão promovido pelos conselhos, uma vez que esses atores podem escolher regras e adotar procedimentos que venham a expandir ou restringir significativamente a inclusão de não-aliados nesses “novos espaços”. Por último, discutem-se as lições que podem ser aprendidas sobre como construir instituições participativas mais inclusivas.

PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO: O CASO BRASILEIRO

Com a reforma constitucional e as inovações políticas que testemunhou na última década, o Brasil é visto como um dos mais importantes laboratórios de inovação democrática³. A Constituição brasileira de

lhos Gestores das subprefeituras pelo apoio e pelas entrevistas. Também somos gratos a John Gaventa, Argelina Figueiredo, Andréa Cornwall, Alex Shankland, Joanna Wheeler, Marian Barnes, Marcus Melo, G. Baiocchi, David Kahane, Adrian Gurza Lavalle, Simeen Mahmud e ao grupo de pesquisa Spaces for Change pelos valiosos comentários e sugestões, e a José Verissimo, Tiago Borges, Carolina Galvanezzi e Nílian da Silva pelas valiosas contribuições na coleta e organização dos dados da pesquisa.

[2] V. S. Coelho e M. Nobre. *Participação e deliberação: Teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: 34 Letras, 2004.

[3] J. Gaventa. “Prefácio”. In: V. S. Coelho e M. Nobre. *Participação e deliberação*.

1988, ao estabelecer a transição formal para a democracia, sancionou a descentralização da tomada de decisões e estabeleceu mecanismos para a participação dos cidadãos na formulação, administração e monitoramento de políticas sociais⁴. Durante a elaboração da Constituição, inúmeros grupos de interesse trabalharam na preparação da Carta e coletaram por volta de meio milhão de assinaturas demandando a criação de mecanismos para uma democracia participativa.

Esse alicerce legal promoveu o desenvolvimento de uma estrutura institucional abrangente para a participação dos cidadãos, que incluiu Conselhos Gestores, ouvidorias públicas, conferências, orçamento participativo e mecanismos deliberativos no interior de agências reguladoras. Da gama de mecanismos participativos no Brasil, o Orçamento Participativo e os Conselhos Gestores tiveram grande destaque nos anos 1990. Os dois mecanismos de participação estão vinculados ao Poder Executivo e enfatizam a transparência, o controle local e a redistribuição de recursos para áreas menos privilegiadas⁵.

Estudos anteriores, entretanto, levantam a questão da efetividade de tais conselhos na promoção da participação dos cidadãos. Desse ponto de vista, sua promessa de ampliar a democracia estaria comprometida por uma cultura política autoritária ainda subsistente no Estado brasileiro, por uma vida associativa frágil e por resistências, tanto dos atores da sociedade civil como do Estado⁶. Nesse contexto, a implementação dos conselhos é insuficiente para reverter as assimetrias sociais e econômicas, e os cidadãos mais pobres permanecem excluídos desses espaços e sem recursos suficientes para articular suas demandas, ao passo que os custos de participação continuam menores para aqueles que dispõem de mais recursos.

Essa constatação reforça as alegações daqueles que acreditam que os mecanismos participativos são ferramentas débeis para a consecução da igualdade política. Argumenta-se que as desigualdades que permeiam a estrutura sociopolítica — desigualdades no acesso à informação, na capacidade de influenciar o governo e na capacidade de organização — restringem a participação política, o que reforça a desigualdade, aprofundando o déficit de representação de atores já em desvantagem (cidadãos com baixo nível de renda, de educação e de acesso à informação, por exemplo)⁷. Os processos participativos poderiam gerar, por essa razão, novas formas de exclusão e acarretariam riscos como “o controle dos organismos decisórios pelos grupos mais ativos e estabelecidos”^{8 9}.

Um número crescente de estudos, entretanto, sugere o oposto: sob certas circunstâncias, esses foros podem não só incluir os segmentos sociais menos privilegiados, mas também desempenhar papel significativo na definição das políticas públicas¹⁰. Tais análises enfatizam três fatores determinantes. Em primeiro lugar, sugerem a importância de

[4] O parágrafo único do art. 1º dispõe: “Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos da Constituição”. São amplas as possibilidades de participação consignadas naquele texto, de que são exemplos o “sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos”, o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular no processo legislativo, bem como a participação em múltiplos conselhos públicos.

[5] V. S. Coelho, B. Pozzoni e M. Cifuentes. “Participation and public policies in Brazil”. In: J. Gastil e P. Levine. *The deliberative democracy handbook*. San Francisco: Jossey Bass, 2005.

[6] Ver Abrasco. “Relatório final da oficina: incentivo à participação popular e controle social em saúde”, Série Saúde e Movimento, vol. 1, Brasília: Abrasco, 1993; I. Andrade. “Descentralização e poder municipal no Nordeste”. In: J. A. Soares (org.). *O orçamento dos municípios do Nordeste brasileiro*. Brasília: Paralelo15, 1998; C. B. L. Carneiro. “Conselhos: Uma reflexão sobre os condicionantes de sua atuação e os desafios de sua efetivação”. *Informativo Cepam*, São Paulo, Fundação Prefeito Faria Lima vol. 1, nº 3, mar. 2002, pp. 62-70; I. A. Carvalho. “Conselhos de Saúde no Brasil”. *Política, planejamento e gestão em saúde*. ENSP/Fiocruz, Série Estudos, Rio de Janeiro: Ibmam/Fase, nº 3, 1995, pp. 5-41.

[7] B. Pozzoni. “Citizen participation and deliberation in Brazil”. Dissertação de mestrado apresentada ao Institute of Development Studies, University of Sussex, 2002.

[8] P. Jacobi. *Políticas sociais e a ampliação da cidadania*. São Paulo: Editora da FGV, 2000, p. 107.

[9] Observadores do comportamento dos eleitores e da participação em campanhas políticas em países mais ricos mostraram o efeito poderoso da renda sobre o grau de participação. Ver S. Verba, L. K. Scholzman e H. Brady. *Voice and equality: Civic voluntarism in American politics*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

processos de organização e mobilização da sociedade civil. Em segundo, indicam que o sucesso desses foros depende do comprometimento das autoridades públicas com o projeto participativo. Em terceiro, ressaltam que o desenho institucional é crucial para o sucesso dos conselhos.

Com relação ao primeiro fator¹¹, Lavalle, Houtzager e Achrya encontraram evidências de que os novos espaços de participação e deliberação podem favorecer a representação de grupos sociais até então excluídos. De acordo com esse estudo, atores ricos e pobres da sociedade civil têm igual propensão a participar, e o desenho dos novos espaços pode favorecer iniciativas políticas por parte de grupos sociais tradicionalmente sub-representados. Argumentam que “a participação promovida pela onda de experimentação e inovação institucional recente não é meramente um exercício de envolvimento político por parte dos cidadãos comuns, mas, sobretudo, inclui uma gama variada de atores coletivos”¹². Esse é um ponto crucial, uma vez que atores coletivos possuem tendências e modos de participação distintos de atores individuais, pois os primeiros dispõem de recursos organizacionais que diminuem seus custos de participação.

Dados da pesquisa “Associativismo em São Paulo” também indicam variações no comportamento associativo no interior das subprefeituras, demonstrando que um amplo espectro de agentes da sociedade civil, incluindo residentes nas áreas mais pobres da cidade, estão fazendo um investimento estratégico nas organizações populares como meio de ganhar voz nos processos políticos nos quais se decidem questões que afetarão suas vidas¹³. As organizações populares aparecem na pesquisa englobando tanto as associações de bairro como aquelas ligadas às questões de habitação, saúde e educação, representando 5% da população da cidade, ou seja, cerca de 500 mil indivíduos filiados. Metade dessa população ganha menos de dois salários mínimos e completou apenas a educação básica (tendo abandonado a escola aos 14 anos), sendo que 60% são mulheres. Esses dados apontam na mesma direção que os reunidos no projeto “Participação e inclusão social no Brasil”¹⁴: em São Paulo, um percentual significativo daqueles que participam dos Conselhos de Saúde têm baixo nível de educação e renda; em outras palavras, os pobres estão participando. Dos outros dois milhões de habitantes que mantêm vínculos com associações, 51% concentram-se em organizações religiosas, devendo-se notar que parte significativa dessas associações também desempenham atividades relacionadas a questões comunitárias, de habitação e saúde. Além disso, Abers¹⁵ (2001) também salienta, em seu estudo sobre o Orçamento Participativo em Porto Alegre, que a crença de que a participação trará benefícios tangíveis acaba contribuindo para fomentar a participação da comunidade, o que concorre, com o tempo, para equilibrar as desigualdades entre os grupos participantes.

[10] R. Abers. *Inventing local democracy: Grassroots politics in Brazil*. Westview: Boulder, 2001; G. Baiocchi. “Participation, activism and politics: The Porto Alegre experiment and deliberative democracy theory”. *Politics & Society*, vol. 29, n° 1, 2001; L. Avritzer e Z. Navarro (orgs.). *A inovação democrática no Brasil: O orçamento participativo*. São Paulo: Cortez, 2003; A. Marquetti. “Democracia, equidade e eficiência”. In: L. Avritzer e Z. Navarro (orgs.). *A inovação democrática no Brasil*; B. Wampler e L. Avritzer. “Públicos participativos: Sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático” In: V. Coelho e M. Nobre. *Participação e deliberação*.

[11] A. Gurza Lavalle, P. Houtzager e A. Achrya. “Lugares e atores da democracia: Arranjos institucionais participativos e sociedade civil em São Paulo”. In: V. Coelho e M. Nobre. *Participação e deliberação*.

[12] A. Gurza Lavalle, P. Houtzager e A. Achrya. “Lugares e atores da democracia”, cit., p. 356.

[13] L. Avritzer, M. Recamán e G. Venturi. “Associativismo em São Paulo”. In: L. Avritzer. *Participação em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 2004.

[14] V. S. Coelho. “Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: O que está faltando?”. In V. Coelho e M. Nobre. *Participação e deliberação*.

[15] R. Abers. *Inventing local democracy*.

[16] R. Abers. *Inventing local democracy: Grassroots politics in Brazil*; G. Baiocchi. "Participation, activism and politics"; B. Wampler e L. Avritzer. "Públicos participativos".

[17] A. Fung. "Recipes for public spheres: Eight institutional design choices and their consequences". *Journal of Political Philosophy*, n^o 11, 2003, pp. 1-30.

[18] M. Cifuentes. "Political legitimacy of deliberative institutions". Dissertação de mestrado apresentada no Institute of Development Studies, University of Sussex, 2002.

[19] Os incentivos estruturais estão associados à oferta de bens públicos.

[20] V. S. Coelho. "Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: O que está faltando?"; A. Gurza Lavalle, P. Houtzager e A. Achrya. "Lugares e atores da democracia"; L. Hayes. "Participation and associational activity in Brazil". Dissertação de mestrado apresentada no Institute of Development Studies, University of Sussex, 2004; A. Cornwall. "Negotiating participation in a Brazilian Municipal Health Council". In: A. Cornwall and V. Coelho *Spaces for change: The politics of participation in new democratic arenas*. Londres: Zed Books.

Quanto ao segundo fator — o comprometimento das autoridades públicas com o projeto participativo —, Abers, Baiocchi e Wampler¹⁶ afirmam que um fator-chave para o sucesso das experiências participativas é o investimento das autoridades e instituições públicas no "efeito demonstração". Segundo os autores, os foros de políticas públicas não atraem participantes quando a população não percebe a relação entre eles e sua vida cotidiana. No processo do orçamento participativo estudado por Abers, o Governo Municipal teve de esclarecer aos participantes por que sua presença nas assembleias os beneficiaria e depois teve de cumprir estritamente todas as promessas. Abers sugere, assim, que um bom processo participativo não é o que reduz o envolvimento do governo nas decisões. Ao contrário, o comprometimento ativo do Estado é crucial para fomentar a participação dos cidadãos.

Finalmente, quanto ao terceiro fator mencionado, Fung¹⁷ e Cifuentes¹⁸, entre outros, argumentam que a capacidade dos foros participativos de contribuir para definir agendas que expressem os interesses dos mais pobres poderia ser favorecida por mecanismos institucionais e procedimentais que promovam tanto a inclusão de participantes com menor capacitação técnica e escassos recursos de comunicação, como também sua capacidade de se posicionar diante dos temas em discussão. Tais autores sugerem incentivos estruturais¹⁹, metodologias participativas e abordagens deliberativas como meio de aperfeiçoar a inclusão e a qualidade dos processos endógenos de formação de preferências.

Este breve apanhado mostra que há processos políticos e institucionais que contribuem para mudar o perfil e o escopo da participação da sociedade civil nas políticas públicas. Diversos estudos revelam, no entanto, que em vários casos essa participação se materializou graças a atores que já possuíam laços com autoridades públicas, seja na condição de aliados políticos, seja como prestadores de serviços. Por vezes, as autoridades públicas precisam assegurar a participação da sociedade civil e chamam seus aliados para desempenhar esse papel. Ou então prestadores que almejam garantir os contratos com o município usam o voto nas arenas participativas como moeda de troca²⁰. Os processos participativos poderiam, assim, representar um novo mecanismo para excluir os que não pertencem a essas redes sociopolíticas.

Nesse contexto, permanecem questões importantes sobre a legitimidade democrática dos processos em andamento: eles estariam de fato garantindo a inclusão de uma pluralidade de segmentos da sociedade civil? Afinal, sob que condições se pode esperar que os gestores públicos ou os atores da sociedade civil trabalhem para trazer seus competidores para a arena política? Sob quais condições grupos que não pertencem à rede de relacionamentos dos gestores públicos são

incluídos nesse processo? Esses são aspectos fundamentais para o debate sobre participação social.

Dados coletados nesta pesquisa mostram um perfil diversificado dos participantes dos conselhos. Há desde os que incluem apenas uma ou duas categorias de associações com claros vínculos político-partidários, até aqueles que contam com uma composição bem mais diversificada. A questão que permanece e que será desenvolvida neste artigo é: como explicar essas diferenças?

CONSELHOS DE SAÚDE EM SÃO PAULO

Contexto legal

A Constituição brasileira de 1988 definiu a saúde como direito de todos os cidadãos e responsabilidade do Estado e também estabeleceu um sistema público de saúde — o Sistema Unificado de Saúde (SUS) — com base nos princípios de universalidade e equidade na provisão da saúde. O SUS introduziu a noção de controle social e participação popular. Os Conselhos de Saúde emergiram dessa estrutura legal como instituições responsáveis por capacitar a participação dos cidadãos na governança da saúde. Eles foram instituídos nos níveis municipal, estadual e federal, sendo responsáveis não só por levar projetos do governo à população, como também por transmitir sugestões da população aos vários níveis de governo. Conselhos de Saúde são órgãos coletivos e permanentes formados por cidadãos, profissionais da área da saúde, instituições governamentais e prestadores de serviços de saúde. Existem hoje mais de 5.500 conselhos, envolvendo cerca de 100 mil cidadãos e vasto número de associações. Conselhos de Saúde são foros políticos nos quais os participantes realizam debates e têm a chance de formar alianças e auxiliar a Secretaria de Saúde a definir prioridades e políticas. As Normas Operacionais Básicas que regulam o SUS estipulam que o número de representantes da sociedade civil (cidadãos) deve ser igual à soma dos representantes dos prestadores de serviços, dos profissionais da área da saúde e das instituições de governo.

A força dos Conselhos Municipais de Saúde (CSM) deriva em grande parte de uma lei que lhes garante poder de veto em planos e na prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde. Se o conselho rejeita o plano e o orçamento que a Secretaria de Saúde é obrigada a apresentar anualmente, o Ministério da Saúde, que maneja 55% do orçamento público do setor, não transfere os fundos ao município. Os CSM, como o de São Paulo, são particularmente importantes na gestão da saúde, uma vez que um dos princípios norteadores do SUS é a descentralização do sistema de saúde. Com a descentralização, os governos municipais assumiram uma grande responsabilidade no planejamento e na prestação de serviços de saúde. Esse processo tor-

[21] V. S. Coelho, B. Pozzoni e M. Cifuentes. "Participation and public policies in Brazil".

[22] Este dado refere-se ao município de São Paulo. A Grande São Paulo tem uma população de 17,6 milhões.

[23] Centre of Metropolis Studies (CEM). "Dossiê espaço e política na metrópole". *Novos Estudos*. São Paulo: Editora Brasileira de Ciências, n° 64, nov. 2002.

[24] V. S. Coelho e M. Pedroso. "Distribuição de serviços públicos de saúde no município de São Paulo". *Novos Estudos*, São Paulo: Editora Brasileira de Ciências, n° 64, nov. 2002, pp. 141-52.

[25] Em 2000, a cidade de São Paulo dividia-se em 41 distritos de saúde, correspondendo a 41 conselhos distritais. Em meados de 2003, a cidade foi dividida em 31 subprefeituras e os conselhos distritais foram absorvidos por elas e renomeados de Conselhos Locais. O termo *Conselhos Locais* será usado para se referir a ambos os períodos.

[26] O IDH-M varia de 0 a 1 e é calculado para cada subprefeitura com base em dados de renda e educação do chefe de domicílio, reunidos pelo Censo e divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As taxas de mortalidade infantil e longevidade são divulgadas pela Fundação Seade. Valores mais elevados indicam melhores condições.

nou o município um espaço político estratégico para definir as políticas de saúde, e os CMS arenas importantes para a participação nos processos decisórios²¹. Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) têm funções similares e foram criados nas maiores cidades brasileiras, no âmbito das subprefeituras. Apresentam funções similares às do CMS, contudo não têm poder de veto por não dispor de mandato constitucional para tanto.

Conselhos Locais de Saúde

A cidade de São Paulo, com uma população de cerca de 10,5 milhões²² de habitantes, chama a atenção pela aguda desigualdade social e de acesso aos serviços públicos²³. Como em muitas outras metrópoles da América Latina, as áreas mais pobres localizam-se na periferia. As áreas mais ricas, concentradas no centro da cidade, recebem mais serviços públicos de saúde e registram o maior número de internações hospitalares. As áreas mais pobres apresentam os menores índices de acesso à saúde²⁴.

Procurando reverter essa tendência, o Partido dos Trabalhadores (PT), que governou a cidade de 2000 a 2004, priorizou a descentralização e a participação dos cidadãos. Pouco depois de assumir o poder, a administração petista subdividiu a cidade em 31 regiões político-administrativas, chamadas subprefeituras²⁵. Em São Paulo, a população das subprefeituras oscila entre 134.204 e 630.202 habitantes, e o Índice Municipal de Desenvolvimento Humano (IMDH) varia de 0,65 a 0,91, portanto há desde más condições de educação, renda e saúde até condições muito superiores (veja Tabela 1, coluna 1)²⁶.

Em cada subprefeitura foi criado um CLS, assim como numerosos conselhos localizados nas unidades de saúde. Eles foram instalados ao longo de dois anos, envolvendo a mobilização de mais de 2.500 pessoas, que participaram de ao menos um encontro mensal — número significativo, especialmente considerando os limitados recursos financeiros disponíveis para sustentar o processo. Os CLS das subprefeituras são compostos de 24 conselheiros efetivos e 24 substitutos, metade representante da sociedade civil e a outra metade do governo, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde. O governo é representado por funcionários indicados pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo subprefeito ou pelo próprio coordenador de saúde da subprefeitura. No caso dos usuários e prestadores de serviços, são os movimentos, associações e sindicatos que indicam seus candidatos, cujos mandatos são formalizados em encontro aberto. As eleições são tornadas públicas e técnicos do sistema de saúde monitoram a nomeação dos conselheiros. O CMS inclui, por lei, representantes dos movimentos populares de saúde, movimentos sociais, sindicatos e associações de portadores de deficiência e de patologias. As

normas dos CLS especificam apenas que 25% de sua composição sejam representantes dos gestores públicos da saúde, 25%, representantes dos prestadores de serviços públicos e privados, e 50%, representantes da sociedade civil.

Embora seja importante entender como os conselhos funcionam e se eles de fato exercem impacto sobre as políticas de saúde²⁷, o presente artigo apresenta a composição dos CLS e discute sua capacidade de incluir um leque diversificado e não enviesado de segmentos da sociedade civil, tema crucial quando se trata de aferir o potencial democrático desses conselhos.

SELEÇÃO DOS CONSELHEIROS E COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS REGIONAIS

Em 2001 e 2002, Eduardo Jorge, líder histórico do Movimento Sanitarista²⁸ — o qual há mais de trinta anos mobiliza diversos profissionais da saúde ligados SUS, especialmente os da saúde pública —, foi secretário Municipal da Saúde e responsável por promover uma rápida descentralização no âmbito das políticas municipais da saúde. Foi durante esse processo que os primeiros CLS foram criados.

Em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde determinou que as subprefeituras organizassem seus CLS em curtíssimo período de tempo e com poucos recursos²⁹. Nessas subprefeituras, o recrutamento dos conselheiros foi feito por administradores públicos no interior de uma rede de associações com as quais eles já mantinham um relacionamento. Outros grupos, que não apresentavam tais vínculos prévios, permaneceram alheios ao processo. Entre 22 líderes de associações que trabalhavam com questões relativas à saúde nas áreas estudadas mas que não participaram do conselho, constatou-se em entrevistas que apenas cinco sabiam de sua existência³⁰.

Para verificar se essa dinâmica se repetiu em eleições subsequentes, em 2004 e 2005 realizamos uma pesquisa sobre a composição dos 31 CLS, os procedimentos para a seleção dos conselheiros e a adesão dos gestores ao projeto de participação social. Nossa primeira hipótese era de que encontraríamos uma gama maior de segmentos da sociedade civil representados em conselhos de subprefeituras onde os gestores tivessem maior comprometimento com o projeto, onde tivesse havido mais esforço na divulgação do processo de seleção, e onde o associativismo popular fosse mais forte. Os dados sobre comportamento associativo foram retirados da pesquisa “Associativismo em São Paulo” conduzida em 2002 por L. Avritzer, M. Recamán e G. Venturi. A análise desses dados apresentou dificuldades que serão discutidas a seguir. Algumas são de ordem metodológica, enquanto outras decorrem do escopo da pesquisa, que cobriu todas as 31 subprefeituras numa cidade das dimensões de São Paulo³¹.

[27] M. G. Gohn. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001; S. Côrtes. “Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: Arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities”. Trabalho apresentado no XXV Encontro Anual da Anpocs, em Caxambu, 2002; L. Tabagiba. “Os Conselhos Gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil”. In: E. Dagnino (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002; V. S. Coelho. “Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: O que está faltando?”; M. Fuks, R. M. Perissinoto e N. R. Souza. *Democracia e participação: Os Conselhos Gestores do Paraná*. Curitiba: Editora da UFPR, 2004.

[28] O Movimento Popular de Saúde originou-se no início dos anos 1970 na região Leste da cidade. Tal movimento militava em favor de um melhor sistema público de saúde e tinha o apoio de estudantes, profissionais da área de saúde e comunidades cristãs.

[29] Em trabalho anterior, “Distribuição de serviços públicos de saúde no município de São Paulo”, relatamos em detalhe os processos eleitorais que ocorreram naquele período em quatro subprefeituras na região Leste de São Paulo.

[30] V. S. Coelho e J. Verissimo. “Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos Conselhos de Saúde em São Paulo”. In: L. Avritzer. *Participação em São Paulo*.

[31] Um dos obstáculos enfrentados foi não haver informações censitárias sobre o universo das organizações e associações, tanto no âmbito formal como informal na cidade de São Paulo. Isso dificultou estimar se um pequeno número de segmentos representados num conselho reflete a composição organizacional/ associacional das subprefeituras ou se reflete a incapacidade de determinado conselho em incluir setores presentes na subprefeitura que desejam tomar parte na definição das políticas de saúde. Não temos como reconstituir o universo associativo das subprefeituras, mas, como veremos na análise subsequente, há evidências que sustentam a ideia de que os conselhos que incluem número maior de setores

da sociedade civil não estão apenas traduzindo a presença de mais setores em determinada subprefeitura. Reconhecemos, contudo, a necessidade de complementação futura com informações disponíveis para fazer uma análise mais rigorosa.

Os dados reunidos sobre a composição dos CLS nas 31 subprefeituras mostram que alguns dos conselhos compreendem apenas uma ou duas categorias de associações, enquanto outros chegam a incluir mais de sete diferentes categorias, inclusive representantes não filiados. Os conselheiros apresentaram-se como representantes de movimentos populares de saúde, unidades de saúde, associações religiosas, associações de bairros, sindicatos, grupos de defesa de direitos civis, foros participativos, movimentos de sem-teto, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), comunidades ou grupos filantrópicos, associações de portadores de deficiência e representantes não filiados.

A Tabela 1 (coluna 2) mostra que 16 das 31 subprefeituras de São Paulo possuem mais de três categorias representadas. Ao menos três delas — grupos comunitários, associações de portadores de deficiências e representantes não filiados — não são tradicionalmente ligadas ao PT. Doze subprefeituras incluíam representantes não filiados, e sua inclusão não está fortemente associada à escala do IDH-M. Com base nesses dados pode-se argumentar que os CLS são espaços abertos para a representação de uma gama variada das associações que compõem a sociedade civil na cidade, e que têm potencial real como espaços onde diferentes grupos podem negociar projetos e propostas concernentes à saúde pública.

Entretanto, a pesquisa também revelou que 29 das 31 subprefeituras concentraram o recrutamento de representantes nas unidades de saúde. Seis delas incluíam apenas estas. Nas regiões Leste e Sul, essa forma de organizar a representação tem vínculo estreito com a atuação do Movimento Popular de Saúde (MPS) — o qual é altamente ativo nessas regiões desde os anos 1970 e tem elo forte com o PT³². Outras categorias historicamente relacionadas com os partidos de esquerda, como as associações religiosas, foros participativos e movimentos de sem-tetos, também estão representadas com maior frequência (em quinze, sete e dez subprefeituras, respectivamente). Das quinze subprefeituras com três categorias ou menos, onze têm forte presença de associações que mantêm laços com o PT.

Pode-se afirmar que a diferença no número de setores representados se relaciona ao modo como as eleições para o Conselho foram organizadas? E qual a influência dos gestores públicos e do associativismo popular nesses resultados?

Desenho institucional

Para identificar diferenças entre os processos eleitorais que ocorreram nas várias subprefeituras, procurou-se determinar: se foram organizados bancos de dados de associações e movimentos atuantes na região; quais meios foram utilizados para divulgar as eleições (jornais, rádio, internet, correio); se foram ou não admitidas candidaturas de

[32] C.M. Bógus. *Participação popular em saúde*. São Paulo: Annablume, 1998.

TABELA I

Características dos conselhos por subprefeitura (Município de São Paulo, 2003-5)*

SUBPREFEITURAS	1: IDH-M	2: Número de categorias de associações representadas	3: Pontuação para procedimentos e contatos	4: Pontuação para gerenciamento da participação	5: Pontuação para associativismo popular	6: Pontuação para <i>score</i> acima da média nas colunas 3, 4 e 5
Jd. Ângela	0,64	1	4	3	13	1
São Miguel	0,67	1	8	11	6	1
Cidade Ademar	0,69	1	9	8	5	1
Casa Verde	0,73	1	8	9	9	1
Penha	0,73	1	7	9	14	1
Campo Limpo	0,74	1	8	11	3	1
Cidade Tiradentes	0,67	2	4	10	5	0
Freguesia do Ó	0,70	2	10	9	7	1
Itaquera	0,71	2	2	5	8	1
Santo Amaro	0,85	2	7	11	3	1
Tremembé	0,68	3	6	10	5	0
Ermelino	0,73	3	9	14	0	2
Jabaquara	0,73	3	13	13	6	2
Ipiranga	0,76	3				
Santana	0,81	3	9	15	7	2
Parelheiros	0,65	4	6	12	3	1
Socorro	0,67	4	14	12	2	2
Vila Maria	0,73	4	7	12	12	2
Aricanduva	0,76	4	15	15	1	2
Lapa	0,85	4	6	11	6	1
Pinheiros	0,91	4	12	11	13	3
Itaim Paulista	0,67	5	9	8	11	3
São Mateus	0,67	5	7	11	4	1
Vila Prudente	0,69	5	6	11	13	2
Pirituba	0,71	5	7	11	16	2
Guaianazes	0,67	6	10	14	1	2
Mooca	0,80	6	10	11	4	2
Vila Mariana	0,88	6	10	6	7	1
Perus	0,69	7	9	12	2	2
Butantã	0,79	7	9	9	12	2
Sé	0,84	7	9	10	13	2
MÉDIA			8,33	10,46	7,03	

* Os questionários não foram totalmente completos no caso da subprefeitura do Ipiranga. Essa subprefeitura não está incluída nas análises devido à falta de dados no que diz respeito a outras variáveis.

indivíduos e de associações; se havia documentação disponível sobre o processo eleitoral todo. Também se verificou se houve contatos sistemáticos entre conselho, sociedade civil, sistema de saúde e o sistema político, por acreditarmos que, com a intensificação dos contatos, os conselhos tornam-se mais conhecidos, aumentando a probabilidade de eleições mais competitivas.

Os dados coletados mostraram que em 2003 e 2004 as eleições nas diferentes subprefeituras foram organizadas de maneira bastante distinta entre si. Em algumas delas, a sociedade civil encarregou-se do processo eleitoral, em outras o processo ficou limitado a organizações que os gestores públicos já conheciam. Houve casos de trabalho ativo dos gestores para contatar e envolver um amplo espectro de organizações e usuários. A coluna 3 na Tabela 1 apresenta informações relacionadas à escolha de conselheiros representantes da sociedade civil e à intensidade de relacionamentos estabelecidos entre conselho, sociedade civil e os sistemas político e de saúde. Com base nas respostas do questionário, calculamos valores entre 1 e 15 para tais relacionamentos e procedimentos: quanto maior o valor, maior o relacionamento de determinado conselho e mais inclusivos os procedimentos adotados. Não encontramos, entretanto, nenhuma associação estatisticamente significativa entre o universo de associações representadas e o processo de escolha de conselheiros ou a intensidade de relacionamentos estabelecidos pelo conselho.

Comprometimento dos gestores públicos

Quanto aos gestores públicos, esperávamos que os mais comprometidos com o projeto de participação social tivessem investido na formação de conselhos mais efetivos, o que por sua vez poderia contribuir para aumentar o interesse da população em participar desses espaços. Ou seja, esperávamos que, quanto maior o comprometimento dos gestores públicos, maior seriam os segmentos da sociedade representados nos conselhos. O comprometimento foi inferido de respostas a questões sobre: a existência de provisão orçamentária, o tipo de informação oferecido e o modo como foi disponibilizado aos conselhos, a regularidade na oferta de informações, a presença de um coordenador da saúde no conselho e a facilidade de acesso às autoridades e a informações requeridas³³. Com base nas respostas obtidas, calculamos valores (entre 1 e 15) representados na coluna 4: quanto maior o valor, maior o comprometimento demonstrado pelo gestor para com a participação da sociedade local. Não encontramos, contudo, nenhuma relação estatisticamente significativa entre o espectro de categorias da sociedade civil representado nos conselhos e o comprometimento dos gestores públicos para com a participação social.

[33] Entendemos que a existência de uma provisão orçamentária para os CLS e a presença de administradores que informam regular e diretamente os conselheiros sobre programas, orçamentos e planos, além de atender às demandas deverá contribuir para um bom desempenho dos CLS.

Associativismo popular

Diante desses resultados, identificamos a necessidade de revisitar o argumento dos que relacionam a participação ao associativismo, para quem deveríamos encontrar mais organizações representadas nos conselhos das subprefeituras onde o associativismo popular fosse maior. O comportamento associativo foi avaliado com base nos dados estatísticos reunidos na pesquisa “Ação coletiva em São Paulo” e refere-se ao número de indivíduos que declararam ter tomado parte em atividades ligadas a organizações populares (trata-se de uma amostra representativa sorteada para cada uma das subprefeituras). A coluna 5 apresenta a frequência ponderada de participação em atividades ligadas a organizações populares. Todavia, não encontramos nenhuma relação estatisticamente significativa entre o espectro de segmentos representados nos conselhos e o grau de participação em organizações populares nas subprefeituras.

Presença simultânea das variáveis pesquisadas nas subprefeituras

Os resultados sugerem que a inclusão de um espectro maior de participantes não pode ser explicada pelo desenho institucional (divulgação das eleições), por variáveis políticas (comprometimento dos gestores públicos), nem por variáveis associativas (porcentagem de participantes em associações civis). Uma vez mais, então, como explicar as diferenças na gama de associações representadas em diferentes conselhos? Tentamos uma abordagem alternativa para avaliar o papel da presença simultânea das variáveis já analisadas. Utilizando os dados disponíveis, atribuímos aos conselhos um ponto para cada variável acima da média (Tabela 1, coluna 6). Somando esses pontos, esperávamos que valores maiores poderiam estar relacionados a um espectro maior de setores representados no conselho. Com base nessa análise, encontramos forte correlação³⁴. Essa associação positiva está resumida na Tabela 2.

[34] Correlação de Pearson = 0,531**. Para presença simultânea de gestores comprometidos e procedimentos inclusivos foi encontrada uma correlação de 0,431*.

TABELA 2

Número de setores presentes nos Conselhos Locais de Saúde, características da gestão, do processo de seleção de conselheiros e do associativismo popular (São Paulo, 30 subprefeituras, 2003-5)

NÚMERO DE SETORES	Até 1 condição favorável (+)	2 ou 3 condições favoráveis* (+)
Até 3	11 subprefeituras	3 subprefeituras
Mais de 3	4 subprefeituras	12 subprefeituras

* Entendemos por condições favoráveis a presença de gestores comprometidos com o projeto de participação social, um grau elevado de associativismo popular e procedimentos de seleção inclusivos. As condições favoráveis vão de 1, quando apenas uma das condições está presente, a 3, quando as três estão presentes.

Nosso exame sugere que nenhuma das três variáveis analisadas explica por si a multiplicidade de segmentos sociais representados

[35] Não foi encontrada, contudo, associação entre a presença simultânea dessas variáveis e o IDH-M.

[36] Correlação de Pearson = 0,473**

nos conselhos, mas a sua presença simultânea em determinada subprefeitura favorece, de fato, a diversidade³⁵.

Vale a pena analisar esses dados mais detidamente. A presença simultânea das variáveis em questão está associada não só a uma gama mais abrangente de associações, mas também à presença de representantes não filiados³⁶. Embora não tenhamos dados para reconstituir o universo organizacional das subprefeituras, sabemos que em todas elas há cidadãos não filiados a associações e que esses cidadãos autônomos encontram-se, de fato, sistematicamente mais presentes nos conselhos de subprefeituras onde o número de segmentos também é maior. Esse resultado sugere que, nos dois casos, maior número de segmentos e de cidadãos não filiados, decorrem de um processo de interação entre gestores públicos e setores da sociedade civil que procuram influenciar as políticas de saúde. Portanto, não reflete apenas a existência de um número maior de setores organizados em uma subprefeitura.

SOCIEDADE CIVIL, GESTORES E PROCEDIMENTOS NAS SUBPREFEITURAS

Esses resultados apresentam uma nova questão: que tipo de interação entre gestores públicos, associações e procedimentos favoreceu a inclusão de um universo mais abrangente de segmentos da sociedade civil nos conselhos? Para esboçar uma resposta, empregamos dados obtidos em entrevistas qualitativas com gestores públicos, profissionais da saúde e conselheiros.

Para entender o contexto em que os conselhos foram estabelecidos, deve-se ter em mente que a descentralização criou um novo campo de disputa por recursos, seja entre as subprefeituras, seja internamente. Em um governo que adota a participação social como um de seus motes, os que contarem com o apoio e o endosso da sociedade civil estarão em melhor posição para negociar as demandas. Em tal contexto, não surpreende que uma porcentagem relevante de gestores tenha dedicado esforços ao projeto de organização dos conselhos³⁷.

Para pôr esse projeto em andamento, foram adotadas alianças e estratégias bastante distintas. Enquanto alguns gestores escolheram o Movimento Popular de Saúde como principal aliado, outros procuraram redes de apoio mais amplas, que incluíam movimentos e associações conservadores ou progressistas, além de representantes autônomos. No primeiro caso, a aliança entre gestores e MPS parece se relacionar a uma institucionalização mais incipiente de procedimentos para a escolha de representantes e à forte presença do MPS nos conselhos. No segundo caso, a aliança entre os gestores e a sociedade foi possível, em grande medida, pelo trabalho ativo que parte da equipe de coordenação da saúde realizou a fim de mobilizar e divulgar os conselhos para um público mais abrangente.

[37] Em 19 das 30 subprefeituras para as quais temos informações, encontramos administradores comprometidos com o projeto de criar e organizar CLS.

Os protagonistas do primeiro grupo são gestores que relataram uma história de vida que se entrelaça com a do MPS, sendo que alguns tornaram-se administradores em razão da participação em movimentos e organizações populares ou no próprio MPS. Nesse caso, gestores e líderes do movimento relataram forte identidade comum. Compartilham uma “história de lutas” e um “projeto político” que tem raízes na história do movimento social que deu origem a uma parte do PT. Essa identidade explica por que a organização dos processos eleitorais foi delegada para o movimento: foi tanto uma estratégia para preservar a “autonomia da sociedade civil” como o reconhecimento daquele grupo como o mais qualificado para organizar o processo³⁸. Nesse cenário, a organização da seleção de conselheiros torna-se menos institucionalizada, garantindo, desse modo, espaço para o MPS no interior do conselho. Como Hayes apontou com propriedade, “a história do movimento popular de saúde na área de São Miguel fazia prever sua presença no Conselho de Saúde, mas sua sobre-representação parece estar relacionada ao controle do processo de seleção”³⁹.

No segundo caso, encontramos associações cuja capacidade de mobilização popular é menor que a do MPS, além de profissionais ligados em sua maioria a hospitais, sindicatos e também à saúde pública. Devido às mudanças nas diretrizes e nos programas da administração municipal no período dos últimos quinze a vinte anos, esses profissionais mudaram com frequência de área e clientela. Como resultado desse processo, desenvolveram certa habilidade de fazer contatos com movimentos e associações, uma vez que, em sua carreira, numerosas parcerias foram estabelecidas para garantir a implementação de distintos programas da saúde. Ao enfrentar a necessidade de organizar o conselho, e tendo de demonstrar que a sociedade civil endossava suas demandas às subprefeituras e à Secretaria Municipal da Saúde, esses gestores fizeram o possível para identificar fontes possíveis de apoio, o que os levou a mobilizar diferentes segmentos da sociedade, além de representantes não filiados.

Temos, então, um caso em que gestores públicos e movimentos populares de saúde garantiram sua força política restringindo a seleção de conselheiros a um universo de atores com quem mantinham laços políticos estreitos. No outro caso, gestores públicos, movimentos, associações e representantes autônomos, destituídos do mesmo grau de organização e identidade com o MPS, definiram sua força política estabelecendo uma rede de alianças mais fluida, porém também mais diversificada. Essas duas situações não exaurem a riqueza de casos ou as condições específicas que caracterizam as distintas subprefeituras, mas permitem uma aproximação inicial a respeito da

[38] C. Galvanezzi. “A representação popular nos conselhos de saúde”. Relatório de Pesquisa apresentado à Fapesp em 2004.

[39] L. Hayes. “Participation and associational activity in Brazil”, p. 36.

natureza dos atores, de seus interesses e das restrições envolvidas no processo de organizar uma administração descentralizada e participativa na cidade de São Paulo.

OBSERVAÇÕES FINAIS

Os Conselhos de Saúde são parte de um movimento em que atores políticos e sociedade civil juntaram forças para institucionalizar a participação social no processo de formular, implementar e monitorar as políticas públicas. Os dados coletados mostram que foi criada uma rede de participação distribuída pelo município, cobrindo áreas centrais e periféricas, ricas e pobres. Os dados mostram também que o espectro de participantes nos Conselhos Locais de Saúde em São Paulo é bastante diversificado, incluindo movimentos sociais, associações de portadores de deficiência, grupos religiosos, associações de direitos civis, sindicatos e indivíduos sem vínculos associativos. Esse espectro mostrou-se mais abrangente em áreas que apresentavam simultaneamente fatores como: gestores públicos comprometidos com a participação como projeto político, procedimentos mais transparentes e inclusivos na seleção de conselheiros, e associativismo popular mais presente. Constatou-se também que a presença dessas condições nas subprefeituras não está relacionada ao perfil socioeconômico das áreas estudadas. Nossos resultados sugerem que ao menos a primeira condição para garantir a base da participação social — qual seja, a inclusão de um universo diversificado de atores — foi satisfeita em ao menos 16 das 31 subprefeituras.

Que conclusões podem ser tiradas a respeito de como construir instituições participativas mais inclusivas? Conforme mencionamos, análises anteriores dos processos participativos, particularmente dos Conselhos Gestores tais como os analisados neste artigo, destacam variáveis que restringem o potencial democrático dos “novos espaços” no Brasil — como o legado de uma cultura política autoritária e a falta de mobilização social, além da resistência dos burocratas em compartilhar o poder. Outras análises focadas no orçamento participativo oferecem conclusões mais otimistas, mostrando como as restrições à participação podem ser superadas com o envolvimento de autoridades públicas comprometidas com o processo. Trabalhos mais recentes nesse campo apontam para uma característica particular, que parece aumentar o potencial democrático desses espaços: a presença de uma sociedade civil mobilizada. Em trabalhos anteriores chamamos a atenção para o papel central que o desenho institucional poderia desempenhar no aprofundamento do potencial democrático desses novos espaços. Sugerimos que nesse desenho institucional é fundamental aperfeiçoar o processo de seleção dos membros dos conselhos

e desenvolver procedimentos adequados para assegurar a inclusão de todos os participantes nas discussões e no processo decisório.

Os resultados apresentados neste artigo confirmam as conclusões dos autores mais otimistas: as variáveis identificadas desempenham papel importante na explicação do perfil diversificado dos conselhos estabelecidos na cidade. Entretanto, nossos resultados vão além, na medida em que demonstram a importância da presença *simultânea*, na subprefeitura, de gestores comprometidos com o projeto de participação social, de associativismo popular e cidadãos dispostos a participar nas políticas de saúde e de um certo conhecimento sobre como organizar instituições participativas.

Ainda há uma questão difícil de responder: por que, em certas circunstâncias, autoridades públicas e grupos mobilizados da sociedade civil abrem as portas dos conselhos para uma gama mais ampla de participantes, se isso pode incluir representantes de partidos concorrentes e associações com interesses antagônicos? Como vimos, a resposta depende de escolhas estratégicas feitas por gestores e participantes sobre que alianças e procedimentos eles crêem que servirá melhor a seus interesses e valores. A experiência democrática que descrevemos nos permite algum otimismo quanto à ampliação do debate e à experimentação de práticas para a construção de uma representação mais inclusiva. Resta saber se os atores envolvidos no processo terão motivação e capacidade para prosseguir nessa direção. A resposta será dada na esfera política, mas como há efervescência crescente em torno desses “novos espaços”, podemos especular que o espectro de atores sociais, políticos e estatais motivados a participar do jogo venha a crescer.

VERA SCHATTAN P. COELHO é pesquisadora do Cebrap.

Recebido para publicação
em 15 de outubro de 2006.

NOVOS ESTUDOS

CEBRAP

78, julho 2007

pp. 77-92
