

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –
PROPPEC
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS - PMGPP**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO
ESTADO DE MATO GROSSO.**

GIANCARLA FONTES DE ALMEIDA SANTOS

ITAJAÍ (SC), 2013

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –
PROPPEC
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS - PMGPP

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO
ESTADO DE MATO GROSSO.

Giancarla Fontes de Almeida Santos

Dissertação apresentado à Banca Examinadora no
Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da
Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, sob a
orientação da Prof^a. Dr^a. Maria José Reis, como exigência
parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de
Políticas Públicas.

ITAJAÍ (SC), 2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

À todos aqueles que fazem a diferença!

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de uma longa caminhada, durante a qual muito esforço foi empregado, muitas lutas foram travadas e muitas barreiras superadas. Sozinha não conseguiria jamais chegar até aqui. Muitas pessoas foram fundamentais nesta caminhada e, mesmo correndo o risco de alguma omissão, registro aqui um especial agradecimento a algumas delas:

Agradeço a Deus que, em seus inexplicáveis mistérios, me deu forças para seguir esta caminhada, permitindo que eu viesse a este mundo e conhecesse o amor incondicional. Por isso, ofereço esta conquista as minhas irmãs e, especialmente, à minha mãe, pessoa que me ensinou a valorizar cada oportunidade para mostrar que podemos fazer a “diferença”. Que nas suas angústias e incertezas me criou temente à Deus e, inclusive, a acreditar que não são as coisas que temos, e sim, as escolhas que fazemos que definem o que realmente somos. Admiro o seu caráter e sua força, sei que já te disse várias vezes, contudo, quero aqui deixar registrado: como é grande o meu amor por você.

Agradeço a todos os meus familiares, pela paciência e o apoio, principalmente ao meu Marido, Maurício e a minha filha, Giulia e, ao meu enteado, Henrique, pelas ausências e preterições.

Agradeço também, ao todo poderoso, senhor da minha vida, pelas pessoas iluminadas que ele colocou em meu caminho:

A minha Orientadora Dr^a Maria José Reis, que além do respeito e a liberdade na condução do processo de orientação deste trabalho, superou em todos os aspectos possíveis a sua dedicação como orientadora. Saiba que a senhora fez a “diferença” em minha vida.

A Mônica e Adriana, pessoas dignas de respeito e admiração, pois mesmo sem me conhecerem, acolheram-me em seu lar durante o período de estudos na Universidade e cujo convívio jamais poderei esquecer.

A minha companheira de Curso, Maria Angélica, que tornou esta caminhada muito mais agradável e por várias vezes, principalmente, nos momentos mais difíceis, ajudou-me a carregar e a superar as consequências desta escolha.

Simone, irmã que eu pude escolher, e a todas as minhas amigas e amigos que sempre acreditaram em mim e conhecem o verdadeiro significado da amizade, da lealdade e da cumplicidade.

Ignéz, Maria de Lourdes, Karla e todos os meus companheiros de trabalho da Universidade de Cuiabá que comigo compartilham do mesmo pensamento de Paulo Freire: A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Agradeço ao Coordenador do PMGPP, Flávio Ramos pelo apoio e a todos os professores, com quem tive a alegria de conviver na UNIVALI, inclusive, a todos os seus funcionários (em especial Tânia e Fernando) e a Melissa, meus agradecimentos sinceros.

Finalmente agradeço aos muitos amigos que fiz ao longo desta caminhada e que torceram por mim: Andréa, Fernando, Cristiane, Marcio, Muller

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo identificar e avaliar a composição e o desempenho do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso (CES/MT), no sentido de propor, acompanhar e fiscalizar a execução das ações de saúde neste Estado. Mais especificamente, buscou identificar e analisar a composição e as atribuições institucionais do CES/MT; identificar aspectos positivos e aspectos críticos na dinâmica de seu desempenho; encaminhar sugestões sobre novas questões, no sentido de ampliar a compreensão da dinâmica deste Conselho em futuras pesquisas. Para dar conta desses objetivos foi efetivada a ampliação e o aprofundamento da pesquisa bibliográfica sobre a temática em pauta, e realizada análise documental para a coleta de dados sobre o contexto da pesquisa, sobre a legislação que define as atribuições e composição dos conselhos gestores, e sobretudo para a identificação e análise do conteúdo das Atas do CES/MT, durante a gestão de 2011. Os resultados da pesquisa apontam que apesar da considerável diversidade das pautas discutidas nas reuniões do Conselho, foram dispensados pouco tempo e atenção para determinados problemas críticos em relação à saúde no Estado e houve um número considerável de faltas dos conselheiros às reuniões do Conselho. Além destas constatações, foi identificada a hegemonia dos representantes do poder público nas tomadas de decisão; a falta de conhecimento técnico de parte considerável dos conselheiros; e a incapacidade de mediação para a adequada intervenção na proposição, encaminhamento, e fiscalização do desempenho das políticas públicas de saúde desenvolvidas em Mato Grosso.

Palavras-chave: Conselhos Gestores; Conselho Estadual de Saúde; Democracia; Participação Social; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aims at identifying and evaluating the structure and performance of Mato Grosso State Board of Health or Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso (CES/MT), for the purpose of proposing, monitoring and supervising the implementation of health in this state. More specifically, the research sought to identify and analyze the structure and institutional duties of CES/MT; identify positive and critical aspects in the dynamics of their performance and submit suggestions on new issues, in the sense of broaden the understanding of the dynamics of this Council in future research. In order to fulfill these objectives a broad and deep research of the literature on the subject was realized. In order to collect data about the context of research and, also for the identification and analysis of the contents of the proceedings of CES/MT during the 2011 management, a documentation analysis of the legislation defining the duties and structure of management boards was also conducted. Research results indicate that despite the great diversity of agendas discussed at meetings of the board, little time and attention were devoted to certain critical issues related to health in the state and, there was a substantial number of absences of executives at board meetings. In addition to these findings, the hegemony of the government representatives in decision making was identified; lack of technical knowledge of a significant part of the directors, and the inability of mediation for proper intervention in the proposition, addressing, and monitoring of the performance of public health policies developed in Mato Grosso.

Keywords: Management Councils, State Board of Health, Democracy, Social Participation, Public Health Policy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Evolução da taxa média geométrica de crescimento anual, no Estado de Mato Grosso, Centro-Oeste e Brasil	75
Tabela 2 - Evolução da rede hospitalar no Estado de Mato Grosso 2000/2012 .	80
Tabela 3 - Evolução do número de leitos do SUS e Privados, no Estado de Mato Grosso 2000-2012.....	83
Tabela 4 - Evolução das taxas de mortalidade infantil, no Estado de Mato Grosso 1997/2012	84
Tabela 5 – Evolução da rede ambulatorial de saúde pública, no Estado de Mato Grosso- 2000/2012.....	85
Tabela 6 - Composição do CES/MT em 2011	93
Tabela 7 - Composição das Comissões do CES/MT 2011	100
Tabela 8 - Representação das Entidades/Instituições nas Comissões CES/MT 2011	102
Tabela 09 - Relação de presenças e faltas nas Reuniões Ordinárias das Entidades Representativas na Composição do Pleno do CES/MT no ano de 2011	102
Tabela 10 - Pautas das reuniões Ordinárias	116
Tabela 11 - Pautas das reuniões Extraordinárias.....	124
Tabela 12 - Resultado votação das OSS no gerenciamento da Saúde em Mato Grosso	146

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1 - Oito degraus da escada da participação-cidadã	51
Figura 2 - Localização geográfica do Estado de Mato Grosso no continente Sul-americano	74
Figura 3 - Divisão político-administrativa de Mato Grosso	77
Figura 4 - Regiões de planejamento do Estado de Mato Grosso	78
Figura 5 - Cronograma reunião ordinárias	109
Quadro nº 1 - Calendário das Reuniões Extraordinárias CES/MT 2011	110

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADERCO - Associação de Defesa do Rio Coxipó

AEAP - Associação dos Aposentados e Pensionistas do estado

AMDE - Associação Mato- grossense de Deficientes

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIMI - Conselho Indigenista Missionário

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

COSEMS - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde

CREA - Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura

CREF - Conselho Regional de Educação Física

CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia

CREFONO - Conselho Regional de Fonoaudiologia

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CRF - Conselho Regional de Farmácia

CRM - Conselho Regional de Medicina

CRMV - Conselho Regional de Medicina Veterinária

CRN - Conselho Regional de Nutricionistas

CRO - Conselho Regional de Odontologia

CRP - Conselho Regional de Psicologia

CUT - Central Única do Trabalhador

FEMAB - Federação de Moradores e Associação de Bairros

FETAGRI - Federação dos Trabalhadores na Agricultura

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IPAS – Instituto Pernambucano de Assistência a Saúde

MOPS - Grupo Saúde Popular

MT Saúde - Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Mato Grosso

NEOM - Núcleo de Estudos e Organização da Mulher

OS - Organizações Sociais

OSS - Organizações Sociais da Saúde

SEMA - Secretaria Estadual de Meio Ambiente

SEPLAN - Secretaria de Planejamento

SES/MT - Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso

SINDESSMAT - Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde do Estado.

SINDIMINERIO - Sindicato dos Garimpeiros

SINTEP - Sindicato dos Profissionais da Educação.

SISMA - Sindicato dos trabalhadores da Saúde e Meio Ambiente

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA PROBLEMÁTICA DA PESQUISA.....	20
1.1 Políticas Públicas e Políticas Sociais	20
1.2 Democracia na Contemporaneidade	27
1.3 Democracia Participativa.....	36
1.4 Participação.....	41
1.4.1 Abordagem Clássica	43
1.4.1.1 Concepção Liberal	43
1.4.1.2 Concepção Autoritária	44
1.4.1.3 Concepção Revolucionária.....	45
1.4.1.4 Concepção Democrática	46
1.4.2 Outras Abordagens	47
1.5 Contexto Político e Participação Popular no Brasil	55
1.6 O Sistema Único de Saúde e os Conselhos Gestores de Saúde	59
1.7 Atribuições dos Conselhos de Saúde.....	69
CAPÍTULO 2 - A METODOLOGIA, O CONTEXTO E A CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.	72
2.1 Procedimentos Metodológicos	72
2.2 O Contexto da Pesquisa.....	74
2.3 O Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso CES/MT	87
2.3.1 Atribuições do CES/MT	88
2.3.2 Composição e Estrutura Organizacional do CES/MT	90
CAPÍTULO 3 DINÂMICA DA ATUAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DESAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO	106
3.1 Cronograma das Reuniões do CES/MT no exercício de 2011	106
3.2 Frequência e Participação dos Conselheiros nas Sessões do CES/MT ..	11
3.3 Pautas das sessões ordinárias e extraordinárias	116
3.4 Omissões, Falta de Divulgação, e Ênfase na Falta de Recursos Financeiros.....	128
3.5 Desperdício de Recursos Públicos e o <i>ad Referendum</i> Para a Aprovação do Plano de Trabalho Anual (PTA)	132

3.6	contratação e convênios com serviços privados	141
	CONSIDERAÇÕES FINAIS E QUESTÕES PARA NOVAS PESQUISAS	155
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.” (José de Alencar).

As mobilizações sociais nas décadas de 1970 e 1980 foram fundamentais para a “ampliação da participação social” no processo de decisão e implementação das políticas sociais frente à centralização do poder executivo em nível federal, e das desigualdades sociais existentes.

A crise do governo federal durante os anos de 1990, por outro lado, decorreu dentre outros aspectos do enfraquecimento da capacidade das entidades governamentais de intervir na economia, da perda da credibilidade do poder público em formular e implementar políticas públicas, e do sucateamento das empresas estatais. Entretanto, esta crise fortaleceu o ideário de uma reforma administrativa que contemplasse a participação social nas políticas públicas sob outra perspectiva, não como “ampliação do espaço político do debate”, mas de sua substituição pela ação direta dos atores sociais, baseada nos princípios da solidariedade e da responsabilidade social privada. (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Na tentativa de consolidar o regime democrático de direito no Brasil, a Constituição Federal de 1988 permitiu a institucionalização de uma nova forma de representação de demandas e de interesses, através da criação de conselhos gestores, no conjunto de praticamente todas as políticas sociais existentes, como forma de reconhecimento da participação social na organização das políticas públicas.

Os conselhos gestores, associados com os princípios da democracia representativa e da democracia participativa, representam em caráter complementar à ação do Estado, a participação da sociedade civil no controle e no processo das decisões das políticas sociais que visam à garantia efetiva dos direitos constitucionalmente assegurados, face aos riscos e vulnerabilidades decorrentes do enfrentamento das questões sociais.

A atenção aos direitos sociais nas áreas da saúde, educação, previdência social, assistência social e trabalho permitiu a consolidação dos Conselhos como

forma de garantir a presença plural de atores sociais, na formulação, gestão, e implementação, bem como no controle das políticas sociais.

Criados e organizados a partir da década de 1990, os conselhos gestores, integrados por representantes da sociedade civil e do Estado, simbolizam, no interior da estrutura administrativa estatal, um espaço de discussões de demandas permitindo experiências de concertação que se caracterizam pela construção de novos mecanismos de regulação descentralizada ou de formas de governança local, envolvendo a articulação de interesses, negociação e controle da política e até da tomada de decisões.

A participação da comunidade e o controle social na área da saúde são legalmente assegurados através da atuação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, realizadas de quatro em quatro anos com a participação de vários segmentos da sociedade, cujos objetivos são a análise dos avanços e retrocessos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, a proposição de diretrizes para a formulação das políticas de saúde.

No entanto, a criação dos Conselhos de Saúde, tanto em nível municipal, como estadual ou federal, deu-se inicialmente por uma imposição legal. Apesar de o povo ter participado “legalmente” desse processo, através dos seus representantes, a existência dos Conselhos não surgiu de uma ação consciente, de uma ação articulada ou de uma manifestação da própria sociedade, motivada pelo controle social. Somos frutos de uma história que não está acostumada com a participação social no controle das “coisas públicas”, nem nas decisões compartilhadas, quiçá na capacidade dos gestores em fomentar essa participação.

Por outro lado, a atuação dos Conselheiros de Saúde do SUS não está, e nem deveria estar, limitada aos espaços institucionalizados para tornar e conduzir as decisões no âmbito da saúde, de maneira mais coerente e compatível com as necessidades da população. Faz-se necessário a busca por ferramentas que possam auxiliar na atuação dos conselheiros de saúde, em conjunto com outros atores estratégicos e gestores na condução dos processos decisórios, considerando que possuem a responsabilidade de identificar e definir as prioridades em saúde, propor ações e medidas necessárias para o seu atendimento, bem como garantir que sejam efetivamente aplicadas..

Por fim, cabe destacar que conduzir processos decisórios na área da saúde implica em ter conhecimento acerca de outras áreas que facilitarão a compreensão do assunto, tais como: administração pública, orçamento e contabilidade pública, legislação do SUS, dentre outras. Também, pressupõe o desenvolvimento de habilidades técnicas para a administração de conflitos, capacidade de articulação e negociação.

Com base nestas observações que nortearam a formulação da problemática e dos objetivos da pesquisa, partimos do pressuposto de que a Institucionalização do Conselho de Saúde na Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso não significa que a participação social esteja garantida no controle dessa política. É fundamental, deste modo, averiguar como está institucionalizada esta participação, como ela ocorre, e quais os questionamentos a respeito da composição e da atuação dos conselhos gestores de um modo geral podem derivar desta investigação específica restrita a atuação de um destes conselhos.

Assim sendo, elegemos como objetivo geral da pesquisa que resultou nesta dissertação avaliar a composição, as atribuições e o desempenho do CES/MT, no sentido de propor, acompanhar e fiscalizar a execução das ações da saúde no Estado.

Para definir mais detalhadamente o objetivo geral acima apresentado, foram detalhados três objetivos específicos, a saber:

- Identificar e analisar a composição e as atribuições institucionais do CES/SES/MT;
- Identificar e avaliar aspectos positivos e aspectos críticos da dinâmica e do desempenho do CES/MT em relação às políticas públicas de saúde;
- Encaminhar sugestões quanto a questões a serem colocadas a partir dos resultados obtidos, visando ampliar a compreensão da dinâmica do CES/MT em futuras pesquisas.

Justifica-se a importância da proposta de pesquisa pela ausência, no Estado de Mato Grosso, de estudos sobre a participação social por intermédio da instituição “Conselho Estadual de Saúde” (CES), sobre os procedimentos utilizados nas deliberações, sobre a avaliação da qualidade dessas deliberações, bem como da viabilidade em termos financeiros e institucional do processo decisório no controle

social do Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, justifica-se também que o estudo proposto é uma possibilidade de contribuir com outros cientistas sociais que já investiram nesta problemática, bem como os que pretendem iniciar pesquisas sobre elas em outros contextos sociais.

É igualmente oportuno ressaltar, também, que o interesse em pesquisar a participação social no Conselho de Saúde, no âmbito estadual, decorre do meu vínculo profissional com a “Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso”, visando contribuir para ampliar as reflexões sobre a participação popular nas políticas do Sistema Único de Saúde.

Além desta introdução e de considerações finais, este trabalho está estruturado em três capítulos. Nesta Introdução, como vimos, são apontados os fatores decisivos para a escolha da pesquisa, e a necessidade de ampliação do debate político frente às demandas sociais, advindas dos modelos de gestão pública adotados nas últimas décadas no Brasil. Estas demandas consubstanciam a necessidade da intervenção da sociedade civil no controle da administração da “rés pública” (coisa pública), e a institucionalização de espaços que permitam o desenvolvimento da democracia participativa. São também identificados o objetivo geral e os específicos, e as justificativas que dão legitimidade à problemática de pesquisa.

No primeiro capítulo a ênfase é apresentar a síntese do conhecimento basilar da fundamentação teórica, resultante da revisão literária que deu suporte analítico a presente dissertação. Inicialmente, antes de adentrarmos na seara Institucional da participação social e dos conselhos gestores, que representam o nosso objetivo mais central de análise, foi necessário à digressão acerca da evolução histórica das políticas públicas, dada sua importância para a implementação das políticas sociais, e da institucionalização dos Conselhos deliberativos. Dando sequência, foi feita uma discussão acerca da democracia contemporânea e da reforma do Estado, marco prefacial dessa institucionalização, responsáveis pelo debate em torno das teorias sociopolíticas da democracia. Adiante, tratamos das bases fundamentais das teorias e tipologias da participação, evidenciando, por fim, a trajetória da institucionalização da participação social no Brasil, e a da saúde como necessidade básica, através da criação de conselhos gestores de saúde.

O segundo capítulo abarca, por um lado, a metodologia escolhida e utilizada para a investigação dos objetivos propostos e, por outro, o contexto da pesquisa. Sobre este contexto serão apresentados, em primeiro lugar, informações de natureza geográfica e o diagnóstico da saúde pública em território mato-grossense. Em segundo lugar, será descrita a trajetória histórica da institucionalização do “Conselho Estadual de Saúde (CES/MT)”, através do arcabouço jurídico que sustentou a sua criação e permanência neste Estado, evidenciando a sua estrutura legal, suas competências institucionais, e a composição do referido Conselho de Saúde do Mato Grosso.

O objetivo do terceiro capítulo é apresentar o resultado da análise realizada para identificar as práticas dos conselheiros de um modo geral, acerca de sua efetiva ou possível participação no Conselho de Saúde.

Nas considerações finais são apresentadas sinteticamente as conclusões do presente estudo, que procura mais do que trazer respostas acabadas, contribuir com a formulação de novas questões a serem investigadas em futuras pesquisas através, inclusive, de outros procedimentos metodológicos.

CAPÍTULO 1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

"Se houvesse um povo de deuses, ele seria governado democraticamente. Um governo tão perfeito não convém aos homens" (Jean Jacques Rousseau).

1.1 Políticas Públicas e Políticas Sociais

Para Di Giovanni (2009), as políticas públicas são intervenções planejadas do poder público com a finalidade de resolver situações problemáticas, que sejam socialmente relevantes. Quanto às políticas sociais, representam o conjunto das políticas públicas voltadas para o campo da proteção social, focando a redistribuição dos benefícios sociais com a intenção de diminuir as desigualdades, ditas estruturais, provocadas pelo desenvolvimento socioeconômico.

Entendemos que estudar o histórico das políticas públicas, bem como a origem de qualquer área do conhecimento, facilita a compreensão dos seus pressupostos, das suas fundamentações e permite que tenhamos uma visão do seu desenvolvimento ao longo do tempo.

Deste modo, abordaremos o surgimento das políticas públicas como área de conhecimento, nos Estados Unidos da América e na Europa, de acordo com Celina Souza (2006 p. 20-45).

Segundo a autora, as políticas públicas surgem na Europa como consequência de estudos baseados em teorias explicativas acerca do papel do Estado e do governo. Já nos EUA, ao contrário da Europa, as políticas públicas como área de conhecimento surgem no mundo acadêmico com ênfase nos estudos das ações do governo, sem vinculação com as bases teóricas em torno do papel do Estado.

A grande conjectura que direcionou os estudos das políticas públicas foi a possibilidade, nas democracias estáveis, de pesquisadores independentes analisarem, formularem e reformularem cientificamente tudo aquilo que o governo faz ou deixa de fazer.

Vários foram os caminhos trilhados pelas políticas públicas como subárea da Ciência Política, na trajetória do estudo do mundo público norte-americano. A trajetória mais importante, considerada por Souza (2006), foi a abordagem dada às políticas públicas como instrumento para entender “como” e “por que” os governos fazem a opção entre determinadas ações.

As políticas públicas foram introduzidas no governo dos EUA por Robert McNamara, em decorrência da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia para o enfrentamento das suas consequências. Para tanto, foi criada em 1948 uma organização não governamental denominada de RAND, à qual motivada pela teoria dos jogos de Neuman, procurava evidenciar como se poderia ganhar uma guerra de forma racional. (PARSONS, *apud* SOUZA, 2006).

Em seu trabalho, “Políticas Públicas: uma revisão de literatura”, Souza (2006), aponta os quatros pais fundadores da área de políticas públicas, sendo eles:

Harold LASWELL (1936) – introduziu a expressão *policy analysis* (análise de política pública) com a intenção de conciliar o conhecimento científico/acadêmico com as experiências do governo, e de se estabelecer diálogos entre estes com grupos de interesses e cientistas sociais.

Herbert SIMON (1957) – propôs a ideia de racionalidade limitada dos *polices makers* (decisores públicos), ou seja,

[...] limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Para Simon, a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, auto-interesse dos decisores, etc., mas a racionalidade, segundo Simon, pode ser maximizada até um ponto satisfatório pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadre o comportamento dos atores e modele esse comportamento na direção de resultados desejados, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios. (SOUZA, 2006, p.23).

Em síntese, de acordo com Simon (op.cit.), devido a falhas de percepções e de acesso a informações compreensíveis, a racionalidade substantiva é invalidada. Entretanto, essa limitação pode ser minimizada pelo aprendizado e pela facilidade de adaptação do sistema ao meio externo.

Charles Lindblon (1959; 1979) – propôs a incorporação de outros elementos na formulação e análise de políticas públicas, tais como relações de poder, interesses dos atores envolvidos, as etapas do processo decisório, e questionou a racionalidade defendida por Laswell e Simon.

David Easton (1965) – definiu a política pública como um sistema que mantém relação entre ambiente, formulação e resultados, que sofre influências dos interesses partidários, mídia e dos demais grupos de interesses.

Portanto, várias são as definições para “políticas públicas”, e não existe uma única que seja mais correta ou, melhor do que a outra. Entretanto, como afirma Souza (2006), a definição mais popular, ou conhecida é de Harold Laswell, que defende resumidamente que as decisões e análises em políticas públicas implicariam em responder a três questões: quem ganha o quê, porque e que diferença faz.

Do mesmo modo, ainda em relação às políticas públicas, Souza (*op.cit.*), afirma que vários fatores contribuíram para o ressurgimento da importância do campo de conhecimento abrangido pelas políticas públicas, principalmente nos países ditos “em desenvolvimento”. Dentre eles, destacam-se:

- A adoção de políticas restritivas de gasto, em face de escassez de recursos para o financiamento das despesas públicas, que refletiu na visibilidade, tanto das políticas econômicas como das sociais;
- A alteração do papel do governo, provocando o ajuste fiscal com adoção de orçamentos equilibrados, restringindo a intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais. Esta alteração ocorreu em substituição às políticas Keynesianas do pós-guerra, quando a intervenção estatal era necessária na utilização de instrumentos de política de estabilização econômica;
- A incapacidade na formação de coalizões políticas - tipicamente de países em desenvolvimento e de democracia recente ou recém-democratizados - para impulsionar o desenvolvimento econômico e promover a inclusão social.

Para Di Giovanni (2009), por outro lado, a inserção da expressão “políticas públicas” no vocabulário contemporâneo, bem como sua presença na vida cotidiana dos países democráticos, através da imprensa, das agendas públicas, dos documentos públicos, dos pronunciamentos políticos e das pautas de movimentos

sociais, deve-se, sem esgotar as possibilidades de interpretação, a quatro fatores históricos:

a) - fator de natureza macro- econômica

A crise do sistema capitalista aliada às duas guerras mundiais juntamente com a falência da “Ciência”, desacreditando que as forças de mercado levariam à paz, à prosperidade e ao bem estar, foram responsáveis pela adoção de políticas Keynesianas ampliando a intervenção do Estado tanto na economia como produtor de bens e serviços quanto no aspecto social, com a institucionalização de sistemas de proteção social. Segundo o autor (Di GIOVANNI, *op.cit.*, p.10): “Tais políticas manteriam um fôlego de várias décadas, chegando o período a serem conhecidos como os trinta anos dourados”.

b) – Fator de natureza geopolítica

O fim da bipolarização entre os blocos socialista e capitalista contribuiu com a presença dominante, nas políticas econômicas e sociais, das ideias neoliberais. Após o final da segunda guerra mundial, a tensão geopolítica entre os países capitalista e socialista aumentou de forma considerável. De acordo com o autor:

[...] As sociedades capitalistas europeias foram as que vivenciaram tal polarização de modo particularmente dramático. Em quase todas elas o período revelou uma presença muito marcante de partidos políticos de inspiração comunista, socialista ou trabalhista, o que representava do ponto de vista dominante uma perigosa clivagem política interna, agravada pela virtualidade de um modo de organização social alternativo, vivido no bloco socialista.

(DI GIOVANNI, 2009, p.11)

Tal contexto criou, portanto, a necessidade de se estabelecer novas relações entre capital e trabalho. Com esse cenário, a oferta de serviços na área social por parte do Estado foi ampliada, constituindo-se em base para a instituição dos modernos sistemas de proteção social, a exemplo dos *Welfare States* europeus.

c – Fator de natureza política

A consolidação das democracias ocidentais, após a segunda guerra mundial e até os dias atuais, permitiu a ampliação da representatividade política através da participação sindical, do direito de voto, da participação dos movimentos sociais e de novas formas de associação voluntária. As sociedades diante dessas mudanças construíram uma nova concepção sobre o Estado democrático que passa a ser visto, conforme Di Giovanni (2009, p.12), não apenas como aquele que inclui mecanismos clássicos de representação (direito de votar e ser votado; participação igualitária de classes, categorias e interesses), mas também aquele que revela uma forte capacidade de resposta (*responsiveness*) às demandas da sociedade.

Percebe-se, dessa maneira, que o crescimento e a importância das políticas públicas no dia-a-dia não acontecem apenas pela ampliação da atividade estatal, mas, sobretudo pelo exercício da democracia advindo das exigências dos diversos segmentos sociais.

d – Fator de natureza cultural e sociológica

Vários acontecimentos decorrentes do segundo pós-guerra foram responsáveis pela consolidação dos direitos sociais no século passado. Como afirma Di Giovanni,

[...] Não podemos esquecer que, particularmente após a Segunda Guerra Mundial, processos extremamente impactantes ocorreram nas sociedades ocidentais: uma significativa transformação demográfica, um expressivo processo de urbanização, uma forte expansão e grandes transformações tecnológicas no campo das comunicações, redefinições e expansão dos sistemas educacionais, secularização crescente da vida coletiva e, sobretudo, uma verdadeira revolução no modo de vida, que muitos autores já descreveram como a constituição da **sociedade de consumo de massas**. (grifo nosso). (DI GIOVANNI, 2009, p.14).

Assim, o exercício de cidadania passa a ser aceito e entendido como algo legítimo, um direito inerente a todo cidadão. Abandonam-se, dessa forma, sentimentos de generosidade e de “favores” nas ações advindas do estado em prol da coletividade. Estas mudanças favoreceram politicamente a ação consciente dos mais variados segmentos sociais que culminaram no desenvolvimento de padrões e

regras institucionais regulamentando a conduta política nos processos decisórios, necessários ao exercício compartilhado do poder.

Por outro lado, sob o conceito de “Estado de Bem Estar Social”, o Brasil, no período desenvolvimentista, ou seja, entre os anos 1930 até os finais dos anos 70, construiu um sistema de políticas sociais decorrentes do esforço de construção institucional e de investimento público aplicado na área social.

O grande número de pessoas clientes dos programas sociais implantados pelo governo e toda sua estrutura - física, material, financeira e humana - envolvida nos programas de prestação de serviços básicos de forma universal contribuíram para que, politicamente, a área social se tornasse um espaço de práticas corporativistas e clientelistas.

Nos anos 1970, sob o regime militar, caracterizado por um acelerado crescimento econômico, consolida-se o sistema de políticas sociais apoiado no modelo autoritário, concentrador e excludente do desenvolvimento econômico. Conforme Draibe (1998, p.4), os parâmetros desse modelo são:

- A extrema centralização, no Executivo Federal, do poder e recursos decisórios e financeiros dos programas e das políticas sociais;
- Acentuada fragmentação institucional, presidida por frágeis mecanismos de coordenação e de formação coerente de *policies*, mas bastante porosa a feudalização e balcanização das decisões;
- Um sistema de financiamento do gasto social público altamente dependente de contribuições e fundos sociais específicos;
- Formato autoritário dos sistemas e subsistemas de decisão, com quase total ausência de mecanismos de participação social e controles; [...].
- Forte conteúdo corporativo das demandas, decisões e condução das políticas e programas;
- Uso clientelístico dos recursos e distribuição de benefícios

Portanto, nos anos 80, as políticas sociais já faziam parte do cotidiano da ação estatal, apresentando as fragilidades do nosso sistema de proteção social em combater as desigualdades sociais e em acompanhar o desenvolvimento econômico do país, na medida em que não conseguia promover a inclusão social e nem reduzir os bolsões de pobreza.

Para Draibe (1998), as políticas sociais passaram a integrar a agenda reformista nacional, a partir dos anos 1980, sob duas frentes:

- A da democratização – em contraposição ao autoritarismo, como resposta às demandas sociais por igualdade, afirmação dos direitos sociais e efetivação do caráter universalista das políticas.
- A da melhora da eficácia e efetividade das políticas – pelos programas de estabilização e ajuste fiscal, melhorando a eficácia do gasto social apesar dos resultados não satisfatórios. Institucionalmente, propondo a descentralização, maior transparência e prestação de contas dos processos decisórios e ampliação da participação social.

A autora, em seu artigo “O sistema brasileiro de proteção social: o legado desenvolvimentista e a agenda recente de reformas” (DRAIBE, *op.cit.*), chama a atenção para outras duas características do processo de desenvolvimento e formação do nosso sistema de políticas sociais: a rapidez da incorporação de uma quantidade de pessoas aos mecanismos da proteção social e as formidáveis dimensões das clientelas dos programas sociais, constituindo-se em programas de massa.

Essas duas características, fundamentadas em grandes números, mesmo em épocas de fartos recursos, sempre representaram, para o sistema de proteção social, desafios de natureza administrativa, de gestão e de poder político.

Conforme Couto (2006) é preciso retomar o papel das políticas sociais como instrumento de enfrentamento da questão social, que nas suas mais diversas expressões tem penalizado uma parcela importante da população brasileira a viver em condições inadequadas, sem usufruto da riqueza produzida socialmente. Segundo a autora,

[...] por muito tempo a questão social no Brasil foi tratada como caso de polícia. Os pobres no início da República eram presos porque eram pobres; ser pobre era uma contravenção; seu comportamento era considerado um comportamento fora dos padrões da normalidade. Assim, programas que atendiam a população pobre trabalhavam na perspectiva de adestrá-los, torná-los mais dóceis, mais resignados com aquilo que a sociedade lhe oferecia. Todo comportamento reivindicatório do pobre era considerado uma contravenção e ele era preso. O Estado não tinha nenhuma

responsabilidade com eles, limitava-se a transferir para a iniciativa privada o atendimento dessa demanda. (COUTO, 2006, p.3).

Muitas são as limitações que impedem os avanços das políticas sociais na diminuição das desigualdades sociais e na prestação adequada dos serviços básicos, a começar pela estrutura centralizadora da federação, o tamanho do nosso território com suas características regionais e individuais, a confusão nos objetivos, nas atribuições, na definição das clientela-alvos, na operacionalização dos programas sociais. Entretanto, são inegáveis os avanços alcançados pela Constituição de 1988 em matéria de política social, sinalizando o surgimento de novos perfis e estilos de política no campo da proteção social da sociedade brasileira.

1.2 Democracia na Contemporaneidade

O papel atribuído pelos teóricos contemporâneos da política e da sociologia à participação foi perdendo importância por diversos acontecimentos que contribuíram para fortalecer o argumento desses clássicos, dentre eles Mosca, Michels, Marx, Engels, Gramsci e Darendorf de que um “alargamento” da participação poderia afetar a estabilidade do sistema democrático. A sociologia política no pós-guerra, segundo PATEMAN (1992), baseada na divulgação de dados empíricos a respeito de atitudes e comportamentos políticos (fruto de experiências realizadas em países ocidentais) disseminou como característica marcante a ausência de interesse dos grupos de condições socioeconômica baixa, de forma generalizada, por política e atividades políticas, além de propagar a existência de atitudes não democráticas ou autoritárias vastamente divulgadas entre esse mesmo grupo.

Por este motivo, os sociólogos políticos rejeitavam a visão “clássica” do homem democrático e argumentavam que uma ampliação da participação política dos não “desinteressados” ou “não participantes” poderia combalir a permanência do sistema democrático.

Para Carole Pateman,

O colapso da República de Weimar, com altas taxas de participação das massas com tendência fascista e a introdução de regimes totalitários no pós-guerra, baseados na participação das massas, ainda que uma participação forçada pela intimidação e pela coerção realça a tendência de se relacionar a palavra “participação” com o conceito de totalitarismo mais do que com o de democracia. O fantasma do totalitarismo também ajuda a explicar a preocupação com as condições necessárias à estabilidade em um Estado democrático: outro fator nesse sentido era a instabilidade de tantos Estados no mundo pós-guerra, em especial as ex-colônias, que apenas em poucos casos mantiveram um sistema político democrático nos moldes ocidentais. (PATEMAN, 1992, p.11).

Justifica-se, dessa forma, a necessidade de uma consulta mais aguçada sobre as teorias recentes da democracia e a importância do papel da participação no desenvolvimento dessas teorias.

A origem da democracia foi influenciada pela filosofia grega que, dentre outras coisas, forneceu para a história uma teoria fundamentada na natureza do Estado e dos objetivos que justificam a sua existência, sendo estes considerados de acordo com a vontade do povo, e como propiciadores de maior felicidade para a maioria da população.

Os filósofos radicais, pelo fato da magnitude imputada ao indivíduo racional e hedonista e ao seu livre arbítrio, acreditavam que a filosofia encontrava-se, na circunstância, em condições de ensinar os únicos métodos políticos apropriados para dirigir o Estado e realizar seus objetivos. A democracia para esses filósofos poderia ser resumida em uma recomendação: *educa o povo e deixa-o votar livremente*. (SHUMPETER, 1961, p. 298).

Mesmo sem a colossal quantidade de informação empírica hoje disponível em política, Shumpeter (1943) foi o primeiro teórico a propor uma revisão da definição clássica da democracia ao afirmar que a análise das relações entre a democracia e o socialismo¹, não são suficientes para uma definição precisa, portanto, totalmente adequada do conceito “democracia”.

¹ De acordo com Shumpeter (1961, p.283), era normal não apenas que procurassem elevar os valores do socialismo acrescentando-lhes os valores da democracia, mas eles possuíam também uma teoria

“O autor em sua obra denominada Capitalismo Socialismo e Democracia utilizou-se de relatos históricos e até mesmo de uma proposição sobre um “experimento mental” para dar validade ao seu argumento de que” democracia é um método político, isto é, um certo tipo de arranjo institucional para chegar a uma decisão política (legislativa ou administrativa) e, por isso mesmo, incapaz de ser um fim em si mesmo”. (SHUMPETER, 1961, p. 291). Portanto, para o autor, existem ideais e interesses que os mais fervorosos defensores da democracia sobreporiam acima da democracia e, ao declarar lealdade incondicional ao sistema, manifestam também à crença de que a democracia assegurará esses ideais e interesses, como: direito à justiça, governo decente, liberdade de religião e de palavra, dentre outros.

Partindo do pressuposto de que a democracia é um método político indicando por quem e como as decisões são tomadas, a crítica sobre a definição da democracia pelos clássicos como o governo do povo, é defendida por Shumpeter.

Não porque a palavra abranja tantos significados quantas combinações há entre todas as definições possíveis do conceito *povo* (*demos*, o *potros* romano) e todas as possíveis definições do conceito *governar* (*kratein*) e também porque essas definições não sejam independentes do argumento sobre a democracia. Quanto ao primeiro conceito, o *populus*, no sentido constitucional, pode excluir os escravos e outros habitantes. A lei pode reconhecer qualquer número de *status* entre a escravidão e a cidadania total ou mesmo privilegiada. “E, sem levar em conta a discriminação legal, diferentes grupos se consideraram o povo em épocas diferentes”. (SHUMPETER, 1943, p. 293).

Na perspectiva do referido autor, seria um contrassenso afirmar que uma sociedade democrática é aquela que não faz discriminação, como no direito ao voto, nos assuntos que são de interesses públicos. E mesmo nessas condições, a discriminação ou desqualificação por motivos de condição econômica, social, de religião e sexo constituem parte da mesma categoria de “desqualificados” que eram por todos conciliáveis com a democracia ideal.

que os convencia que os dois estavam indissoluvelmente ligados. De acordo com essa teoria, o controle privado dos meios de produção constitui a base da capacidade dos capitalistas de explorar o trabalho e de impor os ditames de seus interesses de classe sobre a administração dos negócios públicos da comunidade. O poder político do capitalismo, por conseguinte, parece ser apenas uma forma particular do seu poder econômico. Daí se deduz que não pode haver democracia enquanto existir esse poder (a mera democracia política é simplesmente um logro) e que a eliminação desse poder terminará simultaneamente com a *exploração do homem pelo homem* e marcará o início do *governo do povo*.

Outra deficiência da “doutrina clássica” apontada pelo autor é de que as teorias a respeito da soberania do povo, delegação e representação, são reflexos de uma filosofia social fundamentalmente racionalista, hedonista² e individualista, à medida que concebe a felicidade (em termos hedonistas) como o sentido da vida e do grande princípio de ação, quer na esfera privada quer na política, pelos indivíduos possuidores de uma educação, ou sensíveis a ela. Portanto, possuidores de uma visão clara do fim e dos meios apropriados para alcançá-la. (Shumpeter: 1961). Como fruto do capitalismo primitivo, essa sociologia ou filosofia social pode ser designada pela expressão “utilitarismo” proposta pelo teórico liberal, John Stuart Mill³.

Diante dos vários fatos relacionados em sua obra, Shumpeter (idem) considerou a necessidade de uma revisão da teoria democrática clássica, no sentido de que fosse mais realista, além de colocar em evidência uma nova definição de democracia. Nela diferenciava o método democrático de outros métodos políticos ao relacionar a vontade do povo, manifestada pelo voto, com o poder de eleger os indivíduos que iriam atendê-la. Com isso, os indivíduos obteriam o poder de decidir, desencadeando para conseguir tal objetivo uma competição para disputar o voto do povo.

Portanto, o conceito da doutrina clássica baseava-se em fundamentos empiricamente irrealistas ao considerar que o cerne da democracia estaria na participação e tomada de decisões por parte do povo e, não na competição pelo poder dessas representações, pois a competição pela liderança é o atributo distintivo da democracia, consentindo a diferenciação entre o método democrático de outros métodos políticos. Nesse sentido, colabora Carole Pateman que apesar de

²Hedonismo ou egoísmo, método segundo o qual a felicidade individual serve de norma para determinar o que é moralmente bom. (Moura, 2001, p. 267).

³ Na ótica de Mill, o prazer ou a felicidade geral deve calcular-se a partir do maior bem para o maior número de pessoas embora reconheça que certos prazeres têm uma “qualidade superior” a outros. É importante ter em conta que o utilitarismo alterou a forma de pensar. Enquanto a moral religiosa se baseava em regras e em revelações divinas, o utilitarismo antepunha os resultados. Posto isto, a razão veio substituir a fé na determinação da moral. Disponível em <http://conceito.de/utilitarismo> acesso em 11.02.2013.

Schumpeter admitir a liberdade em princípios, para ele era necessário uma classe política ou dominante para oferecer candidatos à liderança, ao afirmar:

por esse método qualquer pessoa em princípio, é livre para competir pela liderança em eleições livres, de modo que as liberdades civis costumeira são necessárias. Schumpeter compara a competição política por votos à operação do mercado (econômico): à maneira dos consumidores, os eleitores colhem entre as políticas (produtos) oferecidas por empresários políticos rivais, e os partidos regulam a competição do mesmo modo que as associações de comércio na esfera econômica. (PATEMAN, 1992, p.13)

Outra contribuição de Shumpeter (1961) foi destacar algumas condições necessárias à existência do método democrático tais como: padrões de alta qualidade e princípios morais dos elegíveis (candidatos); limitação do espaço das decisões políticas; existência de uma burocracia eficiente e suficientemente forte para guiar e instruir os políticos, concorrência eficiente pela liderança respeitando as divergências de opiniões e autocontrole democrático. Em relação a esta última, assevera que

[...] tanto o eleitorado como o parlamento devem possuir um nível moral e intelectual bastante elevado para resistir às ofertas de loucos e ladrões, pois, caso contrário, os homens que não possuem nenhuma das duas qualidades serão impelidos numa ou noutra direção. Além disso, os fracassos que desacreditam a democracia e debilitam a lealdade para com ela podem ocorrer também se forem aprovadas medidas que não levam em conta os direitos de outros grupos ou a situação do país. (SHUMPETER, 1961, p.350).

Em particular, manifesta a seguinte convicção:

[...] os políticos no parlamento devem resistir à tentação de perturbar ou embaraçar o governo todas as vezes que têm oportunidade. Nenhuma política será possível se adotarem essa norma. Isto significa que as forças do governo devem aceitar-lhe a liderança e permitir-lhe formular e executar um programa e que a oposição deve também aceitar a direção do seu gabinete potencial e deixar que este trave a luta política com observância de certas regras, O cumprimento deste requisito, cuja violação habitual pode significar o começo do fim da democracia, exige, uma dose exata de tradicionalismo, nem muito grande nem muito pequena. A proteção

desse tradicionalismo é, na verdade, uma das razões para a existência das regras de procedimento e etiqueta parlamentar. [...] Os eleitores comuns devem respeitar a divisão de trabalho entre si e os políticos que elegem. “Não devem retirar com excessiva facilidade a confiança entre eleições e necessita compreender que, uma vez tendo eleito determinado cidadão, a ação política passa a ser dele e não sua” (SHUMPETER, 1961, p. 350-351).

Sua concepção de “teoria clássica”, da configuração do “método democrático” e da conduta da participação referente a esse método, aceito quase em sua totalidade, foi de extrema importância para as discussões contemporâneas das teorias democráticas, por parte de alguns autores como Bernard Reuben Berelson, Robert A. Dahl, Giovanni Sartori e Harry Eckstein.

Um dos poucos aspectos em que os referidos autores divergem de Shumpeter está na ênfase que dão à estabilidade do sistema político. Ou seja, para Shumpeter (*idem*) é indispensável que a democracia tenha um “caráter democrático” enquanto para os teóricos contemporâneos o desempenho do método democrático não depende necessariamente da presença deste tipo de caráter (PATEMAN, 1992, p.14).

Confrontando empiricamente o modelo da teoria clássica, Berelson (*apud* PATEMAN, 1992) pondera um modelo das qualidades e atitudes, hipoteticamente requisitadas dos cidadãos pela teoria clássica que não são encontradas no cidadão médio, como se interessar e participar dos assuntos políticos. Apesar das deficiências das práticas democráticas, as democracias ocidentais sobreviveram, o que para o autor é um contrassenso:

Os eleitores isolados, hoje em dia, parecem incapazes de satisfazer as exigências de um sistema de governo democrático tal qual delineado pelos teóricos políticos, Mas um sistema de democracia deve ir ao encontro de certas exigências para que exista uma organização política. Os membros, tomados individualmente, podem não satisfazer a todos os padrões, mas assim mesmo o todo sobrevive e cresce. (BERELSON *apud* PATERMAN, 1992, p.15).

De acordo com Pateman (1992), a crítica feita por Berelson (*idem*) à teoria clássica é que esta se centraliza no cidadão isoladamente, desprezando as condições gerais necessárias para o bom funcionamento do próprio sistema político,

atendo-se, parcialmente, às instituições específicas. Diante disso, propõe alguns requisitos necessários à sobrevivência da democracia política como a existência de uma organização social pluralista, além das seguintes condições: limitar a intensidade do conflito, restringir a taxa de câmbio e manter a estabilidade social e econômica.

Em síntese, a teoria de Berelson (idem) não rejeita a visão “clássica” sobre a relevância das atitudes exigidas dos indivíduos isoladamente, embora oportunize um novo exame para adequá-la a realidade existente, mesmo sendo realista e descritivamente precisa.

De fato, para Carole Pateman (1992), a teoria de Berelson oferece uma clara relação de parte dos principais argumentos de algumas obras recentes acerca da teoria democrática. O principal destes argumentos é que a moderna teoria de democracia deve ter uma forma descritiva e concentrar-se no sistema político vigente, pois

Segundo esse ponto de vista, pode-se perceber que os altos níveis de participação e interesse são exigidos apenas de uma minoria de cidadãos e que, além disso, a apatia e o desinteresse da maioria cumprem um importante papel na manutenção da estabilidade do sistema tomado como um todo. Portanto, chega-se ao argumento de que essa participação que ocorre de fato é exatamente a participação necessária para um sistema de democracia estável. (PATEMAN, 1992, p.17).

Por outro lado, de acordo com Pateman (idem), Robert A. Dahl não confronta teoria e fato da mesma forma que Berelson porque para ele, o que Berelson chama de “sistema democrático” não passa de uma poliarquia, isto é, o governo das múltiplas minorias. Neste governo a “competição” pelo voto é o elemento principal e diferenciador se comparado a outros métodos políticos, pelo fato de ser factível o crescimento do número, do tamanho e da diversidade das minorias que poderão revelar sua influência nas decisões políticas, e no conjunto do caráter político da sociedade.

Para Dalh (*apud* PATEMAN, 1992), em uma democracia moderna, a igualdade política reporta-se a existência do sufrágio universal: um homem, um voto - ou seja, na igualdade de oportunidades, de ter permissão para induzir aqueles que

tomam decisões por meio do processo eleitoral, pelos quais grupos *sui generis* de eleitorado conseguem realizar para que suas reivindicações sejam atendidas. Outro aspecto considerado é o consenso relativo às normas através de um treinamento social, que por sua vez depende da efetiva aceitação mínima da escolha e das normas políticas pelo menos entre os líderes.

Da mesma forma que Dahl (idem), Giovanni Sartori (*apud* PATEMAN, 1992) aborda a democracia enquanto poliarquia. Entretanto, faz uma revisão mais radical das antigas teorias de democracia, acrescentando que não são apenas as minorias que governam e sim as elites (em competição), enfatizando os perigos da instabilidade decorrentes da adequada relação entre a teoria democrática, como ideal, e a prática, como realidade. De acordo com Sartori (idem), em decorrência da “ingratidão típica do homem da nossa época e a sua desilusão com a democracia”, criou-se um abismo entre a teoria “clássica” e a “realidade”.

Para Pateman (idem), Sartori foi um dos únicos teóricos a questionar a inatividade do cidadão e a concepção de que a apatia poderia ser provocada pela pobreza, pelo analfabetismo ou pela insuficiência de informação. Para Sartori (idem), os indivíduos só entendem e se interessam de verdade por temas sobre os quais possuem experiência pessoal, ou por conceitos que conseguem formular para si próprios, e nada disso é exequível para o cidadão médio, em termos de política. Mesmo assim, propõe a coação dos apáticos como maneira para se alterar a inatividade dos cidadãos médios.

Conforme Pateman (idem), enquanto os teóricos Berelson, Dahl e Sartori tinham a preocupação em evidenciar que tipo de teoria seria mais adequada, em termos de atitudes e comportamentos para não colocar em risco os sistemas democráticos vigentes, ao conceber probabilidades que não existem e potencialmente desagregadoras, Harry Eckstein centraliza a sua atenção nas exigências ou quesitos necessários para manter a estabilidade do sistema democrático ao longo do tempo.

Eckstein (*apud* PATEMAN, 1996), salienta a importância dos padrões de autoridade desenvolvidos nas sociedades humanas organizadas, com a finalidade de estabelecer os limites e padrões necessários ao convívio social, como fundamental para manter a estabilidade do sistema democrático, principalmente se este for “congruente” com os padrões de outras instituições e associações do país.

Segundo Eckstein, no dizer de Pateman (idem), as relações entre governo e governados são definidas de acordo com a forma e maneira pelos quais os padrões de autoridade são desenvolvidos no interior das células sociais como a família, associações privadas, econômicas, profissionais, e inclusive na organização política, onde a “autoridade” é mais percebida, como no município, no estado e no país. Então, o modo incorporado em seus valores, ou seja, a maneira pela qual os cidadãos se relacionam com suas autoridades e governantes é relevante ou não para o estabelecimento de um sistema democrático.

Por fim, Pateman (1996: 24) assevera que a “conclusão da teoria de Eckstein que pode ser encarada como paradoxal, uma vez que se trata de uma teoria da democracia - é que para um sistema democrático estável, a estrutura de autoridade do governo nacional não precisa ser, necessariamente, pelo menos ‘de modo puro’, democrática.”.

Em síntese, baseada na visão desses quatro autores, Carole Pateman procura elencar certos princípios que fazem parte da teoria contemporânea da democracia.

Nessa teoria, a ‘democracia’ vincula-se a um método político ou uma série de arranjos institucionais a nível nacional. O elemento democrático característico do método é a competição entre os líderes (elite) pelos votos do povo, em eleições periódicas e livres. As eleições são cruciais para o método democrático (...). A ‘igualdade política’, na teoria, refere-se ao sufrágio universal e à existência de igualdade de oportunidades de acesso aos canais de influência sobre os líderes. Finalmente, ‘participação’, no que diz respeito à maioria, constitui a participação na escolha daqueles que tomam as decisões. Por conseguinte, a função da participação nessa teoria é apenas de proteção; a proteção do indivíduo contra decisões arbitrárias dos líderes eleitos e a proteção de seus interesses privados. (...) São necessárias certas condições para conservar a estabilidade do sistema. O nível de participação da maioria não deveria crescer acima do mínimo necessário a fim de manter o método democrático (máquina eleitoral) funcionando. (...) o treinamento social ou a socialização (...) podem se dar dentro das estruturas de autoridades existente, variadas ou não governamentais. (PATEMAN, 1996, p. 25)

Como evidenciado, os autores da teoria da democracia contemporânea, consideram a participação como um mecanismo de proteção onde a forma dos arranjos institucionais, particularmente, na disputa dos líderes pelos votos, seria em

sua grande parte, a garantia da natureza do sistema democrático. Portanto, podemos afirmar que a participação para esses teóricos ocorre através de um governo representativo.

Entretanto, fazendo-se entender que a democracia é uma expressão de múltiplos significados e que cada um pode entender à sua maneira, Norberto Bobbio (1983) afirma que existe um conceito predominante no qual todos que pleiteiam a democracia concordam.

Este significado preponderante é aquele segundo o qual por 'democracia' se entende um conjunto de regras (as chamadas regras do jogo) que consentem a mais ampla e segura participação da maior parte dos cidadãos, em forma direta ou indireta, nas decisões que interessam a toda a coletividade. As regras são, de cima para baixo, as seguintes: a) todos os cidadãos que tenham atingido a maioridade, sem distinção de raça, religião, condições econômicas, sexo, etc., devem gozar dos direitos políticos, isto é, do direito de exprimir com o voto à própria opinião e/ou eleger quem a exprima por ele; b) o voto de todos os cidadãos deve ter peso idêntico, isto é, deve valer por um; c) todos os cidadãos que gozam dos direitos políticos devem ser livres de votar segundo a própria opinião, formando o mais livremente possível, isto é, em uma livre concorrência entre grupos políticos organizados, que competem entre si para reunir reivindicações e transformá-las em deliberações coletivas; d) devem ser livres ainda no sentido em que devem ser colocados em condição de terem reais alternativas, isto é, de escolher entre soluções diversas; e) para as deliberações coletivas como para as eleições dos representantes deve valer o princípio da maioria numérica, ainda que se possam estabelecer diversas formas de maioria (relativa, absoluta, qualificada), em determinadas circunstâncias previamente estabelecidas; f) nenhuma decisão tomada pela maioria deve limitar os direitos da minoria, em modo particular o direito de tornar-se, em condições de igualdade, maioria". (BOBBIO, 1983, p 55 -56).

1.3 Democracia Participativa

Cronologicamente Gohn (2003) identifica nas teorias da democracia e hegemonia que o tema da participação direta, de forma ideal, tem as suas raízes no mundo grego. No entanto, de acordo com Gohn (2003), empiricamente, a participação começou a ser estudados no século XVIII, com as formulações de Jean Jacques Rousseau, dos liberais, respectivamente John Stuart Mill, George Douglas

Howard Cole e Alexis de Tocqueville, pelos socialistas utópicos do século XIX, especificamente, o francês Charles Fourier e o inglês Robert Owen, e pelos socialistas libertários, Pierre Joseph Proudhon e Piotr Kropotkin.

Rousseau é considerado por diferentes autores como o principal teórico da “participação”. De fato, conforme Sell (2005), a denúncia dos limites inerentes à representação política tem início com este autor, considerado também um dos primeiros formuladores da ideia de “democracia direta”. De acordo com a sua doutrina sobre a vontade geral, esta tende sempre para a utilidade pública em detrimento da vontade individual, ou particular, embora as deliberações do povo nem sempre coincidam, pois afirma:

Há muitas vezes grande diferença entre a vontade de todos e a vontade geral: esta olha somente o interesse comum, a outra o interesse privado, e outra coisa não é senão a soma de vontade de particulares; mais tirai dessas mesmas vontades a que em menor ou maior grau reciprocamente se destroem, e resta como soma das diferenças a vontade geral.” (ROSSEAU, *apud* Mores, 2001).

Para Rousseau (*apud* MORES, 2001), a dimensão psicológica da participação é a mais importante porque permite cada cidadão ser livre e senhor de si mesmo à medida que toma consciência de seu poder e das suas decisões para assegurar um bom governo e que possui o entendimento do “contrato social” como forma de garantir os direitos da coletividade ao proceder sempre de acordo com as aspirações da maioria, possibilitando a sua integração com a coletividade. Ou seja, quanto mais os cidadãos participam, mais responsáveis e capacitados eles se tornam para fazê-lo.

Considerando que a lei é decorrente da vontade geral materializada, fruto do resultado político pelo qual os direitos individuais são protegidos ao mesmo tempo em que se cumpre o interesse público, ela deve governar e não os homens. Por essa lógica, as decisões coletivas são aceitas mais facilmente pelos indivíduos.

Em outros termos, segundo Rousseau (*idem*), a única política a ser aceita por todos é aquela em que os benefícios e encargos são igualmente compartilhados; o processo de participação assegura que a igualdade política seja efetivada nas assembleias em que as decisões são tomadas. O principal resultado político é que a

vontade geral é sempre justa, de forma que os direitos e interesses individuais são protegidos, ao mesmo tempo em que se cumpre o interesse público. (PATEMAN, 1992, p. 37).

Apesar de defender uma sociedade formada por pequenos proprietários camponeses, na teoria política de Rousseau, a natureza de seu sistema político participativo ideal não contempla a igualdade absoluta, no entanto, as diferenças derivadas dessa desigualdade não deveriam levar os cidadãos à desigualdade política, pois

[...] a respeito da igualdade, não se deve entender por essa palavra que os graus de poder e riqueza sejam absolutamente os mesmos, mas que, quanto ao poder, esteja acima de toda violência e não se exerça jamais senão em virtude da classe e das leis; e, quanto à riqueza, que nenhum cidadão seja assaz opulento para poder comprar um outro, e nem tão pobre para ser constrangido a vender-se: o que supõe, por parte dos grandes, moderação de bens e de crédito, e, do lado dos pequenos, moderação de avareza e ambição. (ROSSEAU, *apud* MORES, 2001, p. 73).

Apreciando a teoria política de Rousseau, podemos afirmar a existência de uma inter-relação entre aquilo que sustenta a autoridade das instituições e as particularidades e atitudes psicológicas dos indivíduos e da justificativa de que a primordial incumbência da participação tem caráter educativo. Tais pressupostos formam a base da teoria da democracia participativa.

Na perspectiva de Pateman (1996) as teorias de John Stuart Mill e George Douglas Howard Cole fortalecem os argumentos de Rousseau quanto à participação, mas a teoria da democracia participativa é afastada do cenário de uma cidade/Estado de proprietários camponeses e sobreposta no de um sistema político moderno.

Pateman (*idem*) afirma que para John Stuart Mill o governo popular e democrático desenvolve a habilidade mental dos cidadãos e evita que suas capacidades morais sejam atrofiadas ao permitir no ambiente de instituições populares participativas o desenvolvimento de um tipo de espírito público, com caráter ativo dos indivíduos. Portanto, encarando a função educativa da participação

próxima a de Rousseau, dando ênfase ao nível local como espaço mais apropriado para a aprendizagem da participação.

Ao escrever sobre a teoria de John Stuart Mill, Carole Pateman (1996, p.45) assevera que quando o indivíduo se ocupa somente de seus assuntos privados, e não participa das questões públicas, sua autoestima é afetada, assim como permanecem sem desenvolvimento suas capacidades para ações públicas responsáveis.

Portanto, toda a situação se altera quando o indivíduo é “forçado” a ampliar seu horizonte, ou seja, deixa de olhar para si mesmo na ocupação particular de ganhar dinheiro, tomando parte nos assuntos públicos, tendo como princípio o interesse coletivo frente à ocorrência de situações conflitantes.

Diferente de Rousseau, contudo, como destaca Pateman (*idem*) a perspectiva de Mill é elitista ao considerar como as “mais sábias e melhores” as pessoas instruídas. Isto é, a elite educada (no sentido restrito), a seu ver tinha um intelecto bem cultivado, sendo portadoras das virtudes necessárias como prudência, temperança e justiça, para serem conduzidas ou eleitas para ocupar cargos em todos os níveis políticos. Portanto, refutando o argumento de Rousseau de que para a participação efetiva é imprescindível à igualdade política.

Para Cole (*apud* PATEMAN, *idem*), o conceito de democracia participativa indica algo muito mais extenso do que uma sequência de arranjos institucionais a nível nacional. Apesar de ser, fortemente influenciada por Rousseau, a teoria social e política de Cole busca transcender as análises da teoria de seu mestre para um ambiente moderno, ou seja, para a organização interna de todas as associações e organizações.

Pateman (1992) afirma que para Cole, como para Rousseau, à vontade e não a força é à base da organização política e social. Exaltando que os homens para satisfazerem as suas necessidades precisam trabalhar em conjunto por intermédio de associações e que a sociedade, nada mais é, senão um agrupamento de associações que se mantêm unidas pelas vontades de seus membros.

Dessa forma, considerando que os indivíduos e suas instituições não podem ser pensados isoladamente, para Cole assim como Mill, a incumbência educativa da participação é fundamental. Cole contempla, em sua obra *Guild Socialism Restated*

que se a teoria do socialismo a respeito das guildas⁴ em grande parte era uma teoria das instituições, isso não acontecia porque

Ela acreditava que a vida dos homens está compreendida em seu mecanismo social, mas porque o mecanismo social, seja bom ou ruim, em harmonia ou em discordância com os desejos e instintos humanos, é o meio seja de realizar, seja de entravar, a expressão da personalidade humana. Se o ambiente não faz o caráter em um sentido absoluto como pensava Robert Owen, ele dirige e desvia o caráter para formas diversas de expressão (COLE, *apud* PATEMAN, 1992: p.55).

Conforme Gohn (2003: p.23), Cole propôs a criação de uma série de instrumentos de participação em âmbito local, tais como cooperativas de consumidores, conselhos de utilidades, guildas⁵ cívicas para cuidar da educação, saúde etc.

Alexis de Tocqueville, por sua vez, enalteceu a comuna como a grande força dos homens livres em sua obra *A democracia na América*, que apesar de referir-se a um sistema que existiu nos Estados Unidos do Século XIX, evidência a democracia como uma maneira de ser da sociedade americana onde a soberania do povo é tratada como uma forma de governo. Assim como Cole, defende a ideia de que as associações são necessárias para manter a igualdade de condições.

Nos países democráticos, a ciência da associação é a ciência mãe; e o progresso de todas as outras depende do progresso desta. Dentre

⁴ Conforme Pateman (1992, p.58-59) “A estrutura do socialismo de Guilda se organizava, horizontalmente e verticalmente, dos pés á cabeça, e era participativa em todos os níveis e aspectos. A estrutura vertical devia ser de natureza econômica, pois de acordo com os bons princípios funcionalistas as funções políticas e econômicas deviam ser separadas na sociedade. Do lado econômico, a produção e o consumo eram também diferenciados. O que em geral se considerava como ‘guildas’ na verdade devia ser a unidade da organização no setor da produção. Para a esfera econômica Cole também propunha o estabelecimento de cooperativas de consumidores, conselhos de utilidades, guildas cívicas, e conselhos culturais para ‘expressar o ponto de vista cívico’- e alguns outros corpos *ad hoc* que poderiam prover o necessário em área específica. A oficina deveria ser o ‘bloco de construção’ básico da guilda e, de modo similar, a unidade básica de cada conselho, entre outras coisas; devia ser pequena o bastante para permitir o máximo de participação de todos. Cada guilda elegeria representantes para os estágios mais altos da estrutura vertical, para as guildas e conselhos locais e regionais, e, no nível mais alto, para o Congresso de Guildas Industriais (ou seu equivalente).”

⁵ Na Idade Média, organização de mercadores, de operários ou artistas ligados entre si por um juramento de entre ajuda e de defesa mútua (séculos XI-XIX). Disponível em <http://www.infoescola.com/idade-media/guildas/> acesso em 27 de maio de 2013.

as leis que regem as sociedades humanas, há uma que parece mais precisa e mais clara do que todas as outras. Para que os homens permaneçam ou se tornem civilizados, é necessário entre eles a arte de se associar se desenvolva e se aperfeiçoe na mesma proporção que a igualdade de condições cresce. (TOCQUEVILLE, 2005, p. 134-135).

A participação nas associações políticas, também tem o caráter educativo para Tocqueville (2005:142) considerando que um povo quando tem vida pública, “a ideia de associação e a vontade de se associar se apresentam, pois, todos os dias aos espíritos de todos os cidadãos”. Quaisquer repugnâncias possíveis pela ação em comum estarão sempre prontas para aplicá-la no interesse de um partido. “Assim, a política generaliza o gosto e o hábito da associação; ela cria o desejo de se unir e ensina a arte de fazê-lo a uma multidão de homens, que, do contrário, teriam sempre vividos sozinhos” (TOCQUEVILLE, 2005, p.142).

1.4 Participação

Embora as práticas de participação possam ser identificadas no dia a dia da sociedade civil, quer seja pela atuação dos Sindicatos ou de outras Organizações Sociais, quer seja nos discursos e ações das políticas estatais pelos agentes públicos, a compreensão do que seja “Participação” não é, ainda, unânime. Constituindo-se em uma incógnita que continua despertando o interesse de vários estudiosos sociais acerca da temática.

A palavra “participação”, etimologicamente, vem do latim: *Paticipatio* que significa partilhar. Consultando alguns dicionários, encontramos vários outros significados. Vejamos:

No “Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa”, assim se define participação:

Participação (s.f) ação ou efeito de participar. P. nos lucros 1 ECON. distribuição regular de parte dos lucros de uma empresa entre os empregados, desvinculada dos salários e que não depende de aumento de produtividade. 2 JUR. direito essencial do sócio nas

sociedades comerciais, quanto ao rateio de seus resultados operacionais. (HOUAISS; SALES, 2009, p.1438).

De acordo com o “Dicionário Básico de Filosofia”, a referida categoria é definida como:

[...] (*lat. participatio*) 1. Ato de tomar parte em algo, de participar. 2. Nas teorias das ideias, Platão trata das relações entre as ideias ou formas puras e os objetos no mundo sensível, ou seja, da relação entre o indivíduo e o universal sendo o indivíduo entendido como parte do universal [...]. (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p. 207).

No “Dicionário de Política”, em um sentido mais restrito, atribui-se o seguinte significado ao termo em questão:

Participação Política [] O termo **participação** (grifo nosso), tomado em sentido estrito, poderia ser reservado, finalmente, para situações em que o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política. Esta contribuição, ao menos no que respeita à maior parte dos cidadãos, só poderá ser dada de forma direta em contextos políticos muito restritos; na maioria dos casos, a contribuição é indireta e se expressa na escolha do pessoal dirigente, isto é, do pessoal investido de poder por certo período de tempo para analisar alternativas e tomar decisões que vinculem toda a sociedade. [...]. (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1988, p. 889).

Portanto, dependendo da ênfase e do contexto histórico o vocábulo “participação” poderá estar associado a outros termos, como representação, organização, democracia, cidadania, conscientização, representação, etc. Desta forma, permitindo várias possibilidades de análise, tanto conceitual quanto prática e política.

Neste capítulo, sem a pretensão de esgotar as possibilidades de análise sobre o tema da participação e, considerando os objetivos iniciais deste trabalho, vamos analisar a temática sob o enfoque conceitual enfatizando algumas de suas concepções e definições.

Com a finalidade de facilitar o entendimento que caracteriza os principais paradigmas científicos, formados ao longo do tempo em torno da “participação”,

faremos sua abordagem de acordo com a visão de alguns autores: clássicos e contemporâneos, na ciência política e na sociologia política. Para tanto, utilizaremos como suporte da fundamentação teórica e histórica, dentre outras, das obras de Maria da Glória Gohn (2003), Carole Pateman e Sherry R. Arneisten.

1.4.1 Abordagem Clássica

De acordo com Gohn (2003), diversas são as formas de se entender a participação. Na abordagem clássica, a interpretação é feita sob as seguintes concepções: a liberal, a autoritária, a revolucionária e a democrática.

Com relação às interpretações, a referida autora afirma que:

Não se tratam de interpretações monolíticas; elas geram historicamente, outras interpretações a partir de composições tais como: liberal/comunitária, liberal/corporativa; autoritária (de direita e da esquerda); revolucionária (gradual ou por ato de força); democrática/radical etc. (GOHN, 2003, p.15).

1.4.1.1 Concepção Liberal

Considerando que os ideais liberais eclodiram de uma luta política contra o Estado Absolutista, como forma de organização da sociedade, caracterizada por reivindicações que permitissem um alongamento da liberdade pessoal, da liberdade de expressão e da liberdade econômica, como forma de assegurar a liberdade individual em oposição ao controle e as intervenções do Estado, a “Participação”, na interpretação liberal, tem como objetivo o fortalecimento da sociedade civil, baseando-se em um princípio da democracia de que todos os membros da sociedade são iguais.

Nesse sentido, a atuação dessa participação é direcionada à superação dos obstáculos burocráticos, ao desestímulo da intervenção governamental e, ainda, à ampliação dos instrumentos de informações aos cidadãos para garantir a manifestação dos mesmos quanto as suas preferências antes que as decisões governamentais sejam tomadas. (GOHN, 2003).

Como derivativo da concepção liberal temos, de acordo com a autora acima referida, a participação corporativa e a participação comunitária. Ambas, inquietam-se, substancialmente, em saber por que as pessoas participam e quais seriam as causas dessa participação.

Gohn (idem) afirma que embora as duas compreendam a participação como um movimento espontâneo do indivíduo sem distinção de classe, raça e etnia, na participação corporativa busca-se vincular o processo participativo à existência de organizações na sociedade, considerando que essas organizações só existem quando as pessoas participam. Na participação comunitária, entretanto, imagina-se que o fortalecimento da sociedade civil, encontra-se na integração, de forma institucionalizada, entre os órgãos representativos da sociedade e os órgãos deliberativos e administrativos do Estado. (GOHN, 2003).

1.4.1.2 Concepção Autoritária

Como afirmam Bobbio, Matteuci e Pasquino (1998), são chamados de autoritários os regimes que privilegiam a autoridade governamental e diminuem de forma mais ou menos radical o consenso, concentrando o poder político nas mãos de uma só pessoa ou de um só órgão, e colocando em posição secundária as instituições representativas. Assim, as ideologias autoritárias não reconhecem de maneira plena a igualdade entre os homens fazendo prevalecer o princípio hierárquico.

Portanto, como já enfatizado por Gohn (2003), a participação na concepção autoritária acontece nos regimes democráticos representativos, com a dispensa das condições ou formalidades ordinariamente exigidas, ou seja, de forma cooptativa. Nesse sentido, o espaço para a participação é restrito nas políticas públicas, quando à promoção de programas são impulsionados de cima para baixo com a intenção, apenas, de desfazer os conflitos sociais.

1.4.1.3 Concepção Revolucionária

Com a finalidade de uma compreensão mais profunda a respeito da participação na concepção revolucionária, entendemos ser necessária a definição do vocábulo “revolução”:

A Revolução é a tentativa, acompanhada do uso da violência, de derrubar as autoridades políticas existentes e de substituí-las, a fim de efetuar profundas mudanças nas relações políticas, no ordenamento jurídico-constitucional e na esfera socioeconômica. [] A Revolução só se completa com a introdução de profundas mudanças nos sistemas político, social e econômico.” (BOBBIO *et al* , 1998, p.1121).

Nessa linha de raciocínio, colabora Richard Osborne (1998) ao afirmar que a revolução é caracterizada por uma mudança brusca e profunda na estrutura social. Enfatizando que o essencial é a mudança brusca e não a violência que muitas vezes a acompanha, já que para o autor, a revolução pode ser ou não acompanhada de violência ou desorganização temporária.

Assim, a participação na concepção revolucionária, dependendo da conjuntura política, poderá ser de forma gradual ou por ato de força. Sendo composta em coletivos estruturados para opor-se às relações de dominação e à divisão do poder político. Tem no sistema partidário, seu principal instrumento para o desenvolvimento de uma participação em condições de combater essas relações nas diferentes arenas existentes, quer seja no sistema político (particularmente no parlamento), quer nos aparelhos burocráticos do Estado.

Giulietta Cori é citada por Gohn (2003) como uma dentre os teóricos e ativistas que questionam e buscam substituir a democracia representativa por outro sistema denominado democracia participativa, em uma visão mais radical sobre a participação defendendo o controle do poder nas mãos da comunidade o qual provocaria uma redistribuição total do poder.

1.4.1.4 Concepção Democrática

Conforme afirma Maria da Glória Gohn:

A soberania popular é o princípio regulador da forma democrática: a participação é concebida como um fenômeno que se desenvolve tanto na sociedade civil – em especial entre os movimentos sociais e as organizações autônomas da sociedade; quanto no plano institucional – nas instituições formais políticas. (GOHN, 2003, p. 17).

Embora esta concepção vá de encontro à concepção liberal à medida que delimita, distintamente, as posições entre a sociedade civil e o sistema político, não fica imune às relações clientelísticas, instigadas pelo domínio econômico ou por influência política, pois o princípio básico da participação democrática é o sistema representativo, por intermédio do processo eleitoral, ou seja, a delegação do poder de representação, não se importando, necessariamente, com a maneira pela qual essa delegação foi formada. (GOHN, idem).

Contudo, a participação, na concepção democrático-radical, tem o propósito de combater essas relações clientelísticas ao incentivar, a participação popular nas experiências associativas como grupo de jovens, idosos, moradores de bairros, dentre outros, o exercício da cidadania. Defendendo a ideia de que a organização da participação social não se restringe, apenas, aos partidos políticos e, sim, as diversas possibilidades de organização social. Nesta concepção, busca-se associar a participação ao exercício da cidadania, ao cidadão participativo, corresponsável e ativo. Nesse sentido, a cidadania, para Dallari (1988, p.14), expressa “um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar **ativamente** (grifo nosso) da vida e do governo de seu povo”.

Como anteriormente já ressaltado, o exercício da democracia em nosso país é recente e carece tanto de uma consciência mais participativa por parte dos cidadãos quanto de estímulos à criação e desenvolvimento de ferramentas democráticas de comunicações por parte do Estado.

Os diversos Fóruns de participação popular como da Reforma Urbana, do Meio Ambiente, da Educação, da Saúde, entre outros, e práticas de Orçamento

Participativo podem ser citados, no Brasil, como exemplos de experiências que surgiram dessa concepção de participação.

1.4.2 Outras Abordagens

Maria da Glória Gohn (2003) apresenta, também, as concepções de outros autores que trabalham com interpretações polarizadas, como as contradições liberal/radical ou integração/conflito, e optam por utilizar tipologias que tratam de graus de participação. Dentre estes autores, destacam-se Pateman (1992) e Arnstein (1969.).

Pateman (idem), a partir de fundamentações teóricas da democracia contemporânea e participativa que incorporam as premissas de que os indivíduos deveriam receber alguma espécie de “treinamento” em democracia que não advenha, exclusivamente, do processo político nacional, e baseado em investigações empíricas sobre comportamentos e atitudes políticas em estruturas não governamentais, confirmando a validade empírica da teoria da democracia participativa, afirma que.

[...] as atitudes (politicamente relevantes) do indivíduo dependem em boa parte de estrutura de autoridade de seu ambiente de trabalho ser bem fundamentada. De maneira específica, o desenvolvimento de um senso de eficiência política parece depender do fato de sua situação de trabalho lhe proporcionar alguma perspectiva de participar das tomadas de decisões. (PATEMAN, 1992, p.75).

Assim, reforçando a ideia de “treinamento” dos indivíduos, isto é, da importância da função educativa nas experiências locais, especificamente, em entidades não governamentais, como uma variável fundamental à inclinação e ampliação dessa participação em nível político nacional, Pateman (idem) utiliza a pesquisa de Almond e Verba que argumentam:

[...] se na maioria das situações sociais o indivíduo se acha subserviente a alguma figura de autoridade, é possível que ele

espere uma relação de autoridade como essa na esfera política. Por outro lado, se fora da esfera política ele dispõe de oportunidades de participar de um amplo leque de decisões sociais, provavelmente esperará ser capaz de participar do mesmo modo de decisões não políticas pode dar-lhe destreza necessária para se engajar na participação política. (ALMOND; VERBA, *apud* PATEMAN, 1992, p.68).

Então, decorrente de evidências empíricas acerca do efeito que diversos tipos de estrutura de autoridade industrial têm sobre as atitudes e perspectivas dos indivíduos no quesito da participação industrial, a autora distingue três principais sentidos ou formas de participação:

a) A pseudoparticipação

Acontece quando há somente consulta a um assunto por parte das autoridades. Neste sentido, a participação não é utilizada como um método de tomada de decisões e sim, como uma técnica de persuasão à medida que cria um sentimento “falso” de participação em situações onde o supervisor (líder), em vez de simplesmente avisar os empregados (subordinados) sobre uma decisão já tomada pelos administradores, consente que os mesmos a analise ou a debatam com o Supervisor.

Como destaca Sidney Verba (1961),

[...] com frequência o objetivo não era o de estabelecer uma situação onde a participação (na tomada de decisões) ocorresse, mas o de criar um sentimento de participação por meio da adoção por parte do líder (supervisor) de certa abordagem ou de certo estilo; a “participação”, assim, limitava-se a que os membros endossassem as decisões tomadas pelo líder... o qual não é selecionado pelo grupo nem responder ao grupo por suas ações...o líder do grupo de em mente um objetivo particular, e utiliza a discussão de grupo como um meio de induzir à aceitação desse objetivo. (VERBA, *apud* PATEMAN, 1992, p. 95).

b) A participação parcial

Pateman (1992) enfatiza que estar em posição de influenciar uma decisão não significa estar em posição de ter o poder para estabelecer o resultado ou determinar essa decisão. Portanto, a participação parcial ocorre em situações onde

apesar de muitos apoderarem-se do processo decisório, apenas uma parte delibera de fato, diferenciando “influência” de “poder”.

A autora acima referida utiliza-se da argumentação de P. H. Partridge (1963) para evidenciar que “influência” se aplica a uma situação onde o indivíduo A atinge o indivíduo B, sem que B submeta a sua vontade à de A, ou seja, A tem influência sobre B e sobre a tomada de decisão, entretanto, é B que tem o “poder” final de decidir.

c) A participação total

Ocorre em situações em que cada grupo de indivíduo tem igual influência na decisão final.

Os contratos coletivos das indústrias de mineração e automobilística são utilizados por Cole Pateman (idem) para exemplificar esse tipo de participação. A seu ver, nesse tipo de situação não existem dois lados com poderes diferentes ou desiguais de decisão, e sim um grupo de indivíduos análogos que precisam tomar suas próprias decisões em relação às atribuições de tarefas e execução de seu trabalho.

Assim, tal forma de participação consiste em um “processo no qual cada membro isolado de um corpo deliberativo tem igual poder de determinar o resultado final das decisões”. (PATEMAN, 1992, p. 98).

A tipologia proposta por Arnstein (1969), por sua vez, é oriunda de estudos da participação cidadã em três programas sociais do Governo Federal Americano: o programa de renovação urbana, o programa de combate à pobreza e o programa cidades-modelo. A partir dessa experiência, considerando a dimensão do poder da população para decidir sobre as ações e/ou programa, apresenta um modelo similar ao de uma escada, ou seja, em degraus.

Em seu livro *A Ladder of citizen participation*, a autora faz uma crítica ao discurso, acerca do controle cidadão, utilizado pelo governante em debates públicos “permeado por uma retórica exacerbante e eufemismos enganosos” (ARNSTEIN, 1969, p.4). Pois, a ideia de participação cidadã como sendo a participação dos governados em seu governo, referenciada pela democracia, só acontece na teoria já

que o grupo dos “sem-nada” ⁶, no dia a dia, são isentos de poder para combater as injustiças e desigualdades aos quais são submetidos.

Portanto, concebe participação cidadã e poder cidadão, como sinônimos.

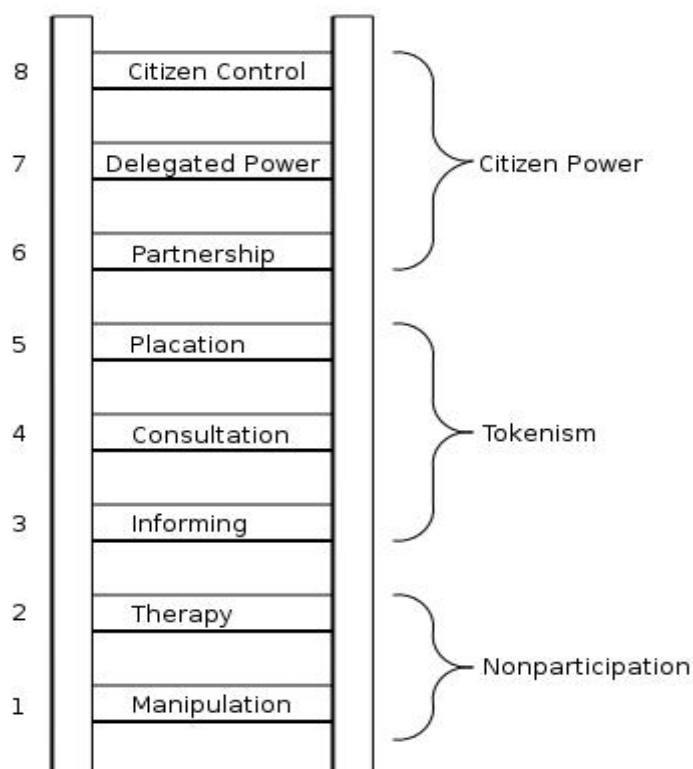
It is the redistribution of power that enables the have-not citizens, presently excluded from the political and economic processes, to be deliberately included in the future. It is the strategy by which the have-nots join in determining how information is shared, goals and policies are set, tax resources are allocated, programs are operated, and benefits like contracts and patronage are parceled out. (ARNSTEIN, 1969, p. 216) ⁷

Então, de acordo com o nível de poder do cidadão na conclusão das decisões finais, Arnstein (1969) propõe oito tipos de participação e não- participação. (ver fig. 1)

⁶ Negros, imigrantes mexicanos, porto-riquenhos, índios, esquimós e brancos pobres. (ARNSTEIN, *idem*).

⁷ Tradução livre : Participação é a redistribuição de poder que permite aos cidadãos sem-nada, atualmente excluídos dos processos políticos e econômicos, a serem ativamente incluídos no futuro. Ela é a estratégia pela qual os sem-nada se integram ao processo de decisão acerca de quais as informações a serem divulgadas, quais os objetivos e quais as políticas públicas que serão provadas, de que modo os recursos públicos serão alocados, quais programas serão executados e quais benefícios, tais como terceirização e contratação de serviços, estarão disponíveis

Figura 1 - Oito degraus da escada da participação-cidadã



Fonte: Arnstein (1969, p.2)

Nos primeiros níveis temos a não-participação (*nonparticipation*) que condizem com os degraus da manipulação e terapia.

Na manipulação, as pessoas são convidadas a participarem de Conselhos ou Comitês consultivos, criando uma forma ilusória de participação. Levando-se em consideração que estes não possuem realmente o poder de decisão, ao contrário, são manipulados e induzidos a apoiar os programas públicos, pois informações importantes são omitidas e as reuniões são consideradas como mero instrumento de relações públicas entre os grupos e o poder de decisão.

Partindo da suposição que a falta de poder é tratada como um distúrbio mental por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras, a terapia é um tratamento proposto pelos Conselhos ou Comitês consultivos aos grupos com o objetivo de desviar a atenção e, ocultar as falhas dos tomadores de decisões, ao invés de corrigi-las. Arnstein (1969, p.218) afirma que

[...] what makes this form of "participation" so invidious is that citizens are engaged in extensive activity, but the focus of it is on curing them of their "pathology" rather than changing the racism and victimization that create their 'pathologies'.⁸

Os níveis subsequentes são considerados de concessão mínima de poder: Na informação (degrau três), existe um fluxo de comunicação de decisões por parte dos técnicos aos cidadãos de seus direitos, deveres e opções, sem, contudo, permitir a possibilidade de negociação ou qualquer outro questionamento advindos de indivíduos que não detenham o poder da decisão, ou seja, a direção da informação é de cima para baixo. Dentre outros meios como jornais, panfletos, pesquisas de opiniões, as reuniões são consideradas como instrumento de informação, apesar de desestimularem a participação dos cidadãos frente às respostas evasivas e excessivamente técnicas que, para Arnstein (idem), alguns participantes podem até vislumbrar outras possibilidades. No entanto, são *Intimidated by futility, legalistic jargon, and prestige of the official*⁹.

No degrau quatro existe, mesmo que mínima, a viabilidade das pessoas ouvirem e serem ouvidas, todavia, sem garantias de retorno acerca de suas reivindicações por parte dos tomadores de decisão. Na verdade, neste nível, o maior objetivo daqueles que detêm o poder é obter evidências, por meio de coleta de dados, da quantidade de cidadãos que “participaram da participação”, desta forma, provando que deram cumprimento às formalidades legais exigidas no processo. Os instrumentos mais empregados para consultar a população são: assembleias de bairro, audiências públicas e pesquisa de opinião. Sendo este último, considerado por Arnstein (1969) sem valor, enquanto indicador da vontade da comunidade quando aplicado sem conhecimentos adicionais dos moradores. Exemplificando:

Survey after survey (paid for out of anti-poverty funds) has "documented" that poor housewives most want tot-lots in their neighborhood where young children can play safely. But most of the

⁸ Tradução livre: O que torna esta forma de "participação" tão individual é que as pessoas são envolvidas em muitas atividades, mas o foco está em curá-las de suas "patologias", ao invés de mudar o racismo e a violência que originaram suas "patologias".

⁹ Tradução livre: intimidados pela futilidade, pelo linguajar jurídico e pelo prestígio do representante da prefeitura. Arnstein (1969, p. 219)

women answered these questionnaires without knowing what their options were. They assumed that if they asked for something small, they might just get something useful in the neighborhood. Had the mothers known that a free prepaid health insurance plan was a possible option, they might not have put tot-lots so high on their wish lists. (ARNSTEIN, 1969, p.219) ¹⁰

O degrau cinco, denominado de “pacificação”, é considerado o nível superior da concessão mínima de poder, pois permite o aconselhamento por parte da população aos tomadores de decisão sem, todavia, retirar-lhes o direito ou o poder da determinação definitiva. Como é a “máxima participação possível” no espaço que é considerado como sendo de concessão mínima de poder, o grau de pacificação dos indivíduos, sujeitam-se, essencialmente, da qualidade do suporte técnico que estes recebem, de forma autônoma, para determinar ou eleger o que é mais importante para a comunidade e da condição de como estas estão estruturadas. (ARNSTEN, idem).

Os três últimos degraus representam os níveis de poder do cidadão, e em cada um deles, subsequentemente, há uma ampliação do poder de decisão equalizando-se a participação cidadã com o poder cidadão, idealizado por Arnstein como sendo o verdadeiro significado da “participação”. Essas possibilidades de participação do cidadão são: parceria, delegação de poder e controle cidadão.

A parceria é utilizada por grupos de indivíduos que possuem objetivos em comum. No entanto, como indicativo da participação cidadã, ela só terá êxito se existirem recursos financeiros que possam permitir às organizações comunitárias compensarem seus líderes e, dessa forma, exigir que prestem contas de seus atos, contratar e demitir seus próprios técnicos como advogados, contadores e demais profissionais necessários à manutenção estrutural dessa organização e que possam contribuir com seus conhecimentos nas reivindicações comunitárias. Neste degrau, as responsabilidades e decisões são compartilhadas nas estruturas formais dos

¹⁰ Tradução livre: Pesquisa após pesquisa (pagas pelos fundos de combate à pobreza) "documentaram" que donas-de-casa de lares pobres querem praças com parques infantis no seu bairro, onde as crianças possam brincar em segurança. Mas a maioria das mulheres respondeu ao questionário sem saber quais seriam as alternativas. Elas partem do princípio de que se elas pedirem algo pequeno, elas talvez tenham a sorte de conseguir algo útil para o bairro. Se as mães soubessem que uma das opções era receber um seguro de saúde pago para a família, talvez elas não tivessem citado os parques infantis como uma das principais prioridades.

Conselhos paritários, Comitês de planejamento e demais entidades mediadoras de soluções de conflitos. Conforme a autora,

At this rung of the ladder, power is in fact redistributed through negotiation between citizens and 'powerholders'. They agree to share planning and decision-making responsibilities through such structures as joint policy boards, planning committees and mechanisms for resolving impasses. After the groundrules have been established through some form of give-and-take, they are not subject to unilateral change. (ARNSTEIN, 1969, p.221) ¹¹

No trabalho da autora, no sétimo degrau identificado como “delegação de poder”, a participação cidadã é detentora do poder “deliberativo”, isto é, para as negociações entre os representantes sociais e técnicos do governo são criados espaços onde as atribuições dos cidadãos são claramente definidas e estes detêm a maioria dos votos no processo decisório, com a finalidade de garantir, desta forma, que os interesses da comunidade (que representam) sejam atendidos em determinados planos ou programas. Essas instâncias são conhecidas como Conselhos deliberativos, em cujos espaços, em situações de divergências de opiniões com os “poderosos”, a negociação é utilizada como ferramenta fundamental na solução de prováveis celeumas.

Por fim, no último degrau da participação apresentado por Sherry R. Arnstein (1969) temos o “controle do cidadão”. O cidadão tem a responsabilidade em sua totalidade, na condução da coisa pública, ou seja, o poder neste estágio surge como reconhecimento da capacidade social, na íntegra, em planejar, operacionalizar e gerenciar um programa que vise à melhoria das condições de vida da comunidade onde atuam. O exemplo de uma corporação comunitária que obteve acesso direto à fonte de financiamento, sem intermediário, para produzir bens ou serviços públicos aos moradores da comunidade, é citado como modelo de “controle do cidadão” pela autora.

¹¹ Tradução livre: Neste degrau da escada, o poder é de fato redistribuído por meio de negociação entre os cidadãos e os tomadores de decisão. Eles concordam em compartilhar o planejamento e tomada de decisão responsabilidades através de estruturas tais como placas de políticas conjuntas, comitês de planejamento e mecanismos para a resolução de impasses. Após a definição de regras básicas através de alguma forma de dar e receber, elas não estão sujeitas a alteração unilateral.

Não obstante, a tipologia proposta por Arnstein (idem) ser um trabalho precursor à época de sua elaboração e permitir o questionamento das bases teóricas da democracia, esta proposta detêm certas limitações apontadas pela própria autora, como o reconhecimento de que os degraus da escada da participação representam uma abstração simplista da realidade, e que no dia-a-dia os componentes dos grupos definidos como “sem-nada” e dos “poderosos” não são iguais. Divergem em pensamentos, ideais, sendo, portanto, heterogêneos. Salienta que a tipologia apresentada não abrange uma análise dos meios para se alcançar os níveis de participação genuína ao alegar o que segue:

These roadblocks lie on both sides of the simplistic fence. On the powerholders' side, they include racism, paternalism, and resistance to power redistribution. On the have-nots' side, they include inadequacies of the poor community's political socioeconomic infrastructure and knowledge-base, plus difficulties of organizing a representative and accountable citizens' group in the face of futility, alienation, and distrust.” (ARNSTEIN, 1969, p.217) ¹².

1.5 Contexto Político e Participação Popular no Brasil

Nos últimos trinta anos, como resposta à redemocratização no Brasil, nossos dirigentes têm buscado redefinir o papel do Estado, no afã de transformá-lo em uma entidade mais eficiente, capaz de fortalecer a sua economia e, ao mesmo tempo, atender as necessidades de seus cidadãos.

Como afirma Abrúcio (2007), o fim do período militar coincidiu com a crise do regime autoritário e com a falência do modelo nacional-desenvolvimentista. Esse período foi marcado pelo descontrole financeiro, pela falta de responsabilização dos governantes, uma vez que eram autoritários e não se preocupavam em prestar contas à sociedade. Esta crise levou os atores políticos a preocuparem-se em atacar

¹² Tradução livre: Estas barreiras estão dos dois lados desta cerca simplista. Do lado dos poderosos, elas incluem racismo, paternalismo e resistência à distribuição do poder. Do lado dos sem-nada, incluem a inadequação da infraestrutura política e socioeconômica das comunidades pobres, o limitado acesso à educação e informação, além das dificuldades em organizar um grupo comunitário representativo e legitimado face às desavenças pessoais, a alienação e a desconfiança mútua.

os erros históricos da Administração Pública, e a encontrar soluções que dessem agilidade à gestão pública.

Entretanto, pouca importância, segundo o autor, foi dada à necessidade de construir um modelo de Estado capaz de enfrentar os novos desafios decorrentes dos anseios sociais. (ABRUCIO, *op.cit.*)

Apesar de motivos diversos, para Bresser Pereira (2006) a reforma administrativa habilitaria o Estado a desempenhar as funções que o mercado não era capaz de executar. Portanto, o objetivo da reforma consistia em

[...] construir um Estado que responda às necessidades de seus cidadãos; um Estado democrático, no qual seja possível aos políticos fiscalizar o desempenho dos burocratas e estes sejam obrigados por lei a lhes prestar contas, e onde os eleitores possam fiscalizar o desempenho dos políticos e estes também sejam obrigados por lei a lhes prestar contas. (BRESSER PEREIRA, *op.cit.* p.36).

Não obstante o processo de globalização da economia e da crise do Estado nos anos 80 serem fatores preponderantes da necessidade de reformar e reconstruir o Estado, havia a necessidade eminente em atender as demandas sociais e, consequentemente, os anseios das classes menos favorecidas, a fim de compensar os desequilíbrios distributivos decorrentes da globalização da economia. Assim, o acerto de contas com o autoritarismo supunha um dado reordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior “equidade” ou pelo alargamento da democracia social. (DRAIBE, 1988).

Percebe-se que a centralização do poder nas mãos do Executivo provocou um descontentamento generalizado dos cidadãos que se viam às margens do Estado, sem a devida proteção social e, diante de práticas clientelistas e patrimonialistas por parte dos gestores públicos.

Diante desse contexto histórico, De Paula (2005), identificam dois projetos políticos em desenvolvimento e disputa, ambos buscando a ampliação da democracia no país: um se inspira na vertente gerencial, que se constituiu no Brasil, durante os anos 1990, no governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. O outro, encontrando-se em desenvolvimento e tendo como principal referencial a vertente societal decorrente das mobilizações populares contra a ditadura e

redemocratização do país. Esta vertente manifesta-se nas experiências alternativas de gestão pública através dos Conselhos Gestores e do Orçamento Participativo.

Conforme afirma Bresser Pereira (2006), o enfoque gerencial da administração surgiu na Grã-Bretanha em 1979, no governo de Thatcher, e nos EUA em 1980, com o governo Reagan, em oposição aos traços burocráticos do Estado, na tentativa de reduzir os gastos públicos em curto prazo, e aumentar a eficiência por intermédio de uma orientação gerencial, em médio prazo.

As críticas ao patrimonialismo e autoritarismo do Estado brasileiro foram responsáveis em estimular o surgimento de um consenso político de caráter liberal que, segundo a análise de De Paula (2005), se baseou na articulação das seguintes estratégias: a estratégia de desenvolvimento dependente e associado; as estratégias neoliberais de estabilização econômica; e as estratégias administrativas dominantes no cenário das reformas orientadas para o mercado.

A vertente societal é decorrente da tradição mobilizatória da década de 1960 e dos ideários da Igreja Católica nos anos 70, inspirados pela educação popular e pelos pressupostos da “Teologia da Libertação”, como forma de estimular a participação popular nos espaços alternativos de debate, fortalecer o movimento de mobilização política e fomentar o surgimento de lideranças populares.

De acordo com De Paula (2005), o tema da inserção da participação popular na gestão pública atingiu seu apogeu em meados da década de 1980, quando da elaboração da Constituição Federal, momento em que diferentes forças políticas opinavam para formular um novo referencial das relações entre Estado e sociedade.

A participação popular, para Jacobi (1999, p.32):

[...] se transforma no referencial de ampliação de possibilidades de acesso dos setores populares dentro de uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos, mas também para garantir a execução eficiente de programas de compensação social no contexto das políticas de ajuste estrutural e de liberalização da economia e de privatização do patrimônio do Estado.

De outra parte, segundo Valla (1998, p.9), a participação popular, de forma geral,

[...] compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.).

Estes autores defendem, ainda, que a ideia de participação popular surgiu em contraposição à outra concepção da sociedade em que os quem tem estudo e posses decidem pela camada menos abastada. Conforme Valla (1998),

[...] Embora o termo participação popular seja hoje utilizado universalmente, sua aplicação tem um significado especial para a América Latina. A própria ideia de uma participação popular surge, justamente, para se distinguir de outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho 'correto' para as classes populares. (VALLA, 1998, p.8)

No entanto, foi a partir da Constituição Federal de 1988, com o reconhecimento dos direitos sociais, que a participação social passa a se destacar, em caráter complementar à ação estatal, na implementação e controle das políticas sociais. Surge, nesse contexto, a institucionalização dos conselhos, dentre eles, o Conselho Nacional de Saúde, como uma nova forma de representação da sociedade civil.

Nesse contexto, os conselhos nacionais de políticas sociais surgem como garantia da participação social em contraposição aos espaços públicos dominados pelos interesses privados, aos problemas da burocratização, do patrimonialismo e do corporativismo, existentes no território das políticas sociais.

De forma resumida,

[...] os conselhos são instâncias públicas, localizadas junto à administração federal, com competências definidas e podendo influenciar ou deliberar sobre a agenda setorial, sendo também capazes, em muitos casos, de estabelecer a normatividade pública e a locação de recursos dos seus programas e ações. Podem ainda mobilizar atores, defender direitos, ou estabelecer concertações e consensos sobre as políticas públicas. Em qualquer dos casos, ou seja, em acordo com as linhas de ação do Estado ou em conflito com elas, contribuem para a legitimação das decisões públicas. (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005, p.380).

Apesar dos autores conceituarem “Conselho” no âmbito da Administração pública Federal, estes foram instituídos como uma nova possibilidade de inserção da sociedade junto ao Estado, nas três esferas públicas: federal, estadual e municipal. Atuam representando interesses, estabelecendo negociações e fortalecendo o debate em torno das políticas sociais, para além do campo das audiências públicas convocadas pelo poder Legislativo.

Porém, o surgimento dos Conselhos não garantiu a participação efetiva da sociedade. Vários são os problemas a serem superados, principalmente no que diz respeito à conscientização dessa participação. Acerca dessa temática já anunciava Paulo Freire (*apud*, KLEBA; COMERLATO, 2011, p.7):

A participação social pode ser definida como caminho da realização democrática. Participar é ter voz, é debater, conquistando espaços nos processos políticos, nas estruturas de poder da sociedade. Isso requer das pessoas o sentimento de identidade, de pertencimento, requer o desejo de ser ativo na construção social da realidade. Participar implica estar presente na História e não simplesmente nela estar representado. Participar significa lutar pelo poder, ou melhor, pela reinvenção do poder, o que também é um sonho possível.

Na participação da sociedade civil, se faz necessário que as pessoas se identifiquem com o processo de compartilhamento de decisões, sintam-se como parte atuante da construção social do exercício democrático do poder e, capazes de conquistar seus espaços para o exercício da cidadania. Acima de tudo, precisam acreditar na sua participação.

1.6 O Sistema Único de Saúde e os Conselhos Gestores de Saúde

Com a finalidade de compreendermos o funcionamento do sistema de proteção social concentrado na área de saúde pública no Brasil, se faz necessário apontar alguns aspectos da historicidade acerca dessa temática.

Na sociedade colonial não havia investimentos por parte do setor público na área de saúde. “A forma de assistência médica que vigorou nesse período foi os conhecidos “boticários”, estabelecimentos comerciais de remédios caseiros e de

ervas medicinais, e os serviços de” bezendeiras ou bezendeiros que associavam o conhecimento popular com a religião, ou seja, com a fé.

Entretanto, no século XIX, esse assunto passa a ser abordado nos relatórios dos presidentes de províncias e dos higienistas, intensificando e ampliando as discussões em torno dessa problemática social de forma científica, apesar das características paternalistas em relação ao poder local.

Vale ressaltar que no Brasil Império, o discurso científico em torno da saúde esteve associado com o discurso político que pretendia desclassificar o negro reafirmando que este segmento social era “perigoso”, e responsável pela contaminação física e moral da cidade (PECHMAN, 2002), dando origem ao preconceito racial e a exclusão social ainda vigente nos dias atuais.

Segundo Robert Pechman, esse discurso ideológico pautava-se na ciência positivista, cuja matriz ideológica estabelecia o “prevenir”, o sanear para “evitar” perigos, “falhas e desvios”. (PECHMAN, 2002, p. 351). Os princípios da cientificidade legitimavam uma racionalidade que tentava enquadrar desvios e desviantes, o que possibilitaria realocar cada qual e cada grupo no seu lugar. Para se ter uma ideia da precariedade sobre a saúde, no século XIX havia na cidade de Salvador o Real Hospital Militar, enquanto que a Escola de Cirurgia se localizava no Rio de Janeiro.

Os parâmetros urbanos de qualquer cidade do Brasil no século XIX pautavam-se em um instrumento conhecido como “Código de Posturas”. O surgimento dos códigos de posturas enquanto instrumento normativo foi legitimado pela primeira constituição brasileira, de 1824, e pela lei de 1828, hoje chamada de Lei Orgânica.

Tal instrumento normativo tinha várias finalidades políticas. Dentre elas destaca-se a regulamentação dos espaços urbanos, bem como a promoção do discurso higienista. Contudo, sempre visavam auferir lucros por intermédio das cobranças de impostos da população, caso tivessem necessidades de financiamento. Nenhuma cidade emancipada politicamente governava sem esse Código.

Nos discursos proferidos pelas autoridades políticas eram frequentes, de maneira geral, apontamentos de que os habitantes careciam de bons hábitos e bons

costumes, o que levou também aos discursos estigmatizantes sobre a sociedade escravocrata que vigorava naquele momento. Além de outras intervenções políticas promovidas pelos vereadores advindos de qualquer cidade brasileira, a higiene e a Saúde Pública passaram a ser, então, uma preocupação constante.

Entre as normativas acerca da saúde destaca-se nesse período a preocupação sobre o que deveria ou não ser descartado no espaço urbano, pois a possibilidade de lançar animais mortos e outros abjetos fétidos poderiam causar odores prejudiciais à saúde. Não por acaso em várias cidades ainda hoje percebemos ruas e avenidas com plantações de eucaliptos, característicos do século XIX, para diminuir os odores. Outra normativa estava relacionada sobre o uso dos banhos públicos ou lavagens de roupas e de animais nos rios. (CASTRILLON, 2006).

Outra preocupação eminente das autoridades políticas foi à difusão das epidemias comuns no século XIX, como a varíola espalhada no território mato-grossense, principalmente durante a Guerra do Paraguai, pelos navios que iam e vinham após a Guerra que, sem inspeções públicas, contribuíam para que a doença se espalhasse pelo território.

De fato, havia medo de que doenças como a febre amarela, varíola e bexiga pudessem contaminar o meio ambiente. A defesa da população estava propagada em parte pelos noticiários, ou pelos relatos políticos, já que não se dispunha de uma infraestrutura adequada para que tal situação deixasse de existir.

Nos relatórios dos chefes de polícia percebe-se uma quantidade de informações desse gênero, pois à época imperial a polícia tinha uma função maior do que nos dias atuais. Desse modo a vigilância sanitária e o discurso da saúde eram temas também abordados pela instituição “segurança pública”, fazendo parte do discurso policial. No caso de Mato Grosso, a varíola foi uma questão social e política ocorrida durante a Guerra do Paraguai, e poderia ser difundida pelos materiais bélicos, pelos homens que iam e vinham pelos navios, entre outros meios. (CASTRILLON, 2006).

Segundo Marlene Vilela, para tentar eliminar tal problema social as autoridades políticas criaram o cordão sanitário, preventivo contra o avanço da varíola, um recurso muito utilizado que parte do princípio de separar, isolar o doente.

(VILELA, 2000). Neste contexto, surgiu então a vacina da varíola desenvolvida por Oswaldo Cruz, o cientista que lidou com essa problemática social.

Quanto a outras preocupações com a saúde da população de um modo geral, somente na década de 1930, no governo de Getúlio Vargas, surgem alguns benefícios para o trabalhador como a carteira de trabalho e alguns serviços de saúde. Criaram-se, então, os “Institutos de Aposentadorias e Pensões” (IAP’s), com o caráter de seguro social já que um desconto era feito no salário mensal do trabalhador, e o fundo assim criado era investido para gerar a massa de recursos necessários para pagar as aposentadoria e pensões. Os Institutos eram organizados por categoria profissional, e havia representantes dos trabalhadores em sua administração. Os IAP’s eram financiados pela contribuição dos trabalhadores das empresas e também do Estado. Ou seja, pelos funcionários da iniciativa privada e pública. (MERCADANTE, *et al*, 2002).

Entretanto, apesar do atendimento médico ser uma das prerrogativas dos beneficiários da previdência, desde a promulgação da Lei Elloy Chaves, as legislações dos vários IAPs revelam que os serviços de saúde tinham importância secundária e restrições que variavam de órgão para órgão. (MERCADANTE, *op.cit.*).

O Ministério da Saúde somente foi criado na década de 1950, e como órgão público não conseguiu atender toda a demanda social, agindo em ações isoladas de campanha de vacinação ou campanhas que visavam a promoção da saúde mantendo a população sob alerta! Nesse cenário, surgiu a necessidade de intervenção da previdência privada, permitindo o acesso a serviços médicos particulares para empresas que pudessem contratar.

Durante o regime militar, apesar do acesso à saúde não ser de forma universal e de favorecer a iniciativa privada nesse quesito, algumas medidas no sentido de dar uma maior amplitude de cobertura e fomentar programas de atenção básica foram tomadas, não sendo de todo ruins, mesmo sob um regime opositor e antidemocrático.

A unificação dos Institutos de Assistência e Previdência ocorreu no ano de 1967, com a criação, pelo governo federal, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que concentrou numa estrutura única todos os institutos relacionados

com a previdência social. Só quem contribuía para com o Instituto, entretanto, poderia usufruir da previdência.

Consequentemente, com o aumento do número de beneficiários e sem uma estrutura adequada para o atendimento das demandas, o governo militar, direcionou a prestação de serviços à iniciativa privada.

Portanto,

[...] foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial. (POLIGNANO, 2001, p.15)

Esse modelo favoreceu a lucratividade da saúde pelo setor privado, na medida em que este recebia recursos públicos para financiar as suas atividades. Como afirma Mônica Dowbor (2009, p.191):

[...] a lógica do modelo era sustentável e lucrativa para as empresas privadas na medida em que o número de estabelecimentos hospitalares privados crescia na base de financiamentos públicos e baratos e o setor garantia para si, por meio da articulação com partes da burocracia, os contratos com a previdência.

Deste modo, antes da criação do SUS, os serviços de saúde eram de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que restringiam o acesso apenas às pessoas que estavam empregadas e que contribuía com a Previdência, e os desempregados eram excluídos da proteção social do Estado.

Na década de 1970, iniciou-se o processo de “Reforma Sanitária” no Brasil, fomentada no meio acadêmico e difundida por médicos, intelectuais de formação comunista, movimento estudantil de medicina, guiados, de acordo com Dowbor (2009), pelo ideal médico-social, e pautado na aguda crítica do modelo de saúde do regime militar.

O chamado Movimento da Reforma Sanitária foi o responsável pela ampliação da participação popular e pelo surgimento de novos atores sociais, visto seu caráter reivindicatório face ao ineficiente e insuficiente sistema sanitário existente.

A Reforma Sanitária visava produzir um novo conhecimento e uma *práxis*, que abarcasse as causas populares e que fosse capaz de materializar uma proposta alternativa de saúde, baseada no princípio de saúde como um direito de cidadania. (MARTINS *et al.*, 2008).

Neste contexto histórico e político acontece, em 1986, a “VIII Conferência Nacional de Saúde”, como marco inicial da participação popular nas discussões da Conferência, culminando na proposição de uma ação institucional similar ao conceito ampliado de saúde, envolvendo promoção, proteção e recuperação.

Entretanto, até o final da década de 1980, a garantia de acesso à saúde era restrita, pois decorria do pagamento compulsório, descontado em folha, dos trabalhadores vinculados aos pólos mais dinâmicos da economia, revelando-se dessa forma segmentada e socialmente excludente, já que não contemplava os trabalhadores rurais e os urbanos, apenas os vinculados aos setores dinâmicos da economia.

Mesmo assim, os profissionais da saúde envolvidos no Movimento Reformista foram responsáveis pela promoção nacional de programas cunho reformista, que delinearam o caminho constitucional para o setor, sendo considerados atores sociais de grande relevância nessas conquistas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o objetivo de ampliar os direitos sociais e garantir o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde financiados pelo Estado à população, através da descentralização, em contraposição ao acesso restrito daqueles que contribuíam como no caso da Previdência.

É importante salientar que a criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 representou uma importante inovação institucional, no campo das políticas sociais, revelando-se como primordial no exercício do direito fundamental de cidadania, obrigando o Estado a garanti-lo, a todos, indistintamente. De acordo com Maio e Lima (2009, p.1611):

Sob o preceito constitucional '*saúde direito de todos e dever do Estado*' defendeu-se a assistência médico-sanitário integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e a sua gestão descentralizada.

Após o seu reconhecimento pela Constituição de 1988, muitos foram os avanços e situações problemáticas enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde, que apesar de todos os percalços, ainda representa uma grande conquista da sociedade brasileira na busca da efetivação de todos os direitos sociais, constitucionalmente garantidos.

Por outro lado, apesar de estar constitucionalmente garantido, o direito à saúde necessita da superação das práticas mercantilistas instituídas na relação Estado e saúde, fundada na noção de seguro e, de uma transformação cultural através da qual o cidadão possa se sentir efetivamente assegurado, contribuindo para a afirmação da saúde como um direito universal.

Mesmo assim, em que pese todas as dificuldades enfrentadas para o seu financiamento e os desafios a serem encarados pelo Sistema Único de Saúde, ele foi uma resposta aos anseios democráticos da sociedade por um sistema inclusivo, universal, descentralizado, que coaduna com a possibilidade de participação social, através da institucionalização dos Conselhos de Saúde, embora essa participação ainda seja carente de uma estrutura mais adequada.

Vale ainda destacar que a saúde como direito social, está expressa em dois dispositivos constitucionais:

Art. 196 - o direito à saúde deverá ser garantido "mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento;

Art. 197 [...]

Art. 198 - as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com

direção única em cada esfera de governo e 3) a participação comunitária. (BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988).

Com relação ao financiamento do atendimento à saúde, a Emenda Constitucional n. 29 alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 189 da Constituição Federal de 1988, estabelecendo um percentual mínimo da receita para aplicação de recursos nestas áreas. No caso de estados, municípios e do Distrito Federal, os recursos destinados às ações e serviços de saúde estão vinculados à receita de impostos e transferências constitucionais. No caso da União, o percentual mínimo de aplicação é definido com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem disponibilizar obrigatoriamente para a Saúde 12% de suas receitas, enquanto municípios devem aplicar uma soma de 15%. O desrespeito à lei autoriza a União a intervir nos estados e estes nos seus respectivos municípios.

A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos Conselhos de Saúde e pelas assembleias legislativas e câmaras municipais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009:132).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Entretanto, é a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS através da “Conferência de Saúde” e dos “Conselhos de Saúde”, em todas as esferas.

A Lei acima citada refere-se ao Conselho, nos seguintes termos:

[...] como um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, com o objetivo de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, Lei 8.142, art. 1, parágrafo 2).

Ou seja, conforme afirma Kruger (2000, p. 122):

Os Conselhos de Saúde podem ser entendidos como um espaço deliberativo da máquina político-institucional do SUS, sendo instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos,

rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Estas instâncias impulsionam a constituição de esferas públicas democráticas, transformando-se também em potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos de interlocução com o Estado.

De modo similar, Wendhauswen e Cardoso afirmam que os Conselhos

[...] constituem-se em um dos pilares para consolidação do SUS e representam um avanço na medida em que potencialmente ampliam os espaços e o poder de intervenção da população nos rumos da coisa pública, contribuindo para o aprofundamento do processo de construção democrática do país, já que vários setores da sociedade são incorporados no processo das decisões públicas, ampliando-se a representação democrática das várias partes da sociedade. (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007, p. 579)

Contudo, percebe-se que embora os Conselhos possam atuar em qualquer esfera do governo, fomentando a participação social nas negociações com o Estado permitindo o rompimento com as tradicionais formas de gestão, o seu caráter institucional prevalece na medida em que as suas decisões deverão ser homologadas pelo poder executivo.

Conforme Silva, Jaccoud e Beghin (2005), os Conselhos, sem sombra de dúvidas, representam possibilidades concretas de desenvolvimento de novas arenas públicas de intermediação de interesses e de novos formatos de mecanismos decisórios que poderão ter a capacidade de incorporar na estrutura do Estado a crescente complexidade dos anseios sociais.

Diante disso, Gonçalves (2005) defende que apesar da criação do SUS ter sido em 1988 pela Constituição Brasileira, continua a preeminência em se discutir, adequar e criar instrumentos que possam, a médio e em longo prazo, garantir a universalidade e a equidade, enfatizadas como seus objetivos e o aporte financeiro necessário à sua efetiva implantação.

1.7 Atribuições dos Conselhos de Saúde

Várias são as atribuições dos Conselhos de Saúde, normatizadas através de legislação federal estabelecida em 1990, que regulamentou como foi dito, o Sistema Único de Saúde (SUS), nos seguintes termos:

A Lei n. 8.142/90 confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na cogestão do SUS nas três esferas de poder, interferindo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo. Os conselhos devem ser criados por lei municipal, estadual ou federal com base na Lei n. 8.142/90, destacando que, tanto no processo de criação como na reformulação do conselho, o poder público, com base nos princípios democráticos, deve acolher as demandas da população, consubstanciado nas resoluções das conferências de saúde (BRASIL, 2003).

Em nível Federal, O Conselho Nacional de Saúde (CNS), no período anterior a 1990, de acordo com informações divulgadas na web site ¹³ da Organização, foi um órgão consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros eram indicados pelo Ministro de Estado. A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu o CNS e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, e debatia apenas questões internas. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental.

A atuação do Conselho foi ampliada pelo Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Nesse período, a promoção, proteção e recuperação da saúde passam a ser foco dos debates e, de acordo com o Decreto acima citado, caberia ao Conselho examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação.

Com o surgimento do já citado Movimento de Reforma Sanitária, na década de 1970, aspectos importantes como integralidade, descentralização e a universalização passaram a ser discutidos, ampliando, dessa forma, o conjunto de

¹³ <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm> acesso em 14/05/2013

análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do País. Este foi um momento propício para o surgimento das primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social através da participação popular no Brasil.

Assim, em 1987 foi publicado o Decreto n.º 93.933, de 14 de janeiro, dispondo sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde-CNS, com funções normativas e de assessoramento do Ministro de Estado da Saúde. Naquela ocasião, era composto por 13 membros indicados pelo governo, inclusive os sete representantes da sociedade civil, que dentre outras exigências, deveria ser personalidades de notória capacidade com comprovada experiência na área da saúde.

Contribuindo para a democratização desse espaço, as Conferências de Saúde sempre foram fundamentais e, em 1986 foi realizada a histórica 8ª “Conferência Nacional de Saúde”, cujo relatório final foi utilizado como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde". Desse modo, em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social.

Decorrente de uma longa negociação do referido Movimento Social com o governo, representado pelo Ministério da Saúde, foi publicado o Decreto n.º 99.438, de 7 de julho de 1990, regulamentando as novas atribuições do CNS e definindo as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, composto por 30 membros. Tal legislação estabeleceu na composição do CNS representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Ficando os usuários com 50% das vagas, e os outros 50% divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço.

Sintetizando, a partir da criação dos conselhos gestores, como afirma Nogueira,

[...] participação e sociedade civil não mais serão vistas como expressão e veículo da predisposição coletiva para organizar novas formas de Estado e de comunidade política, de hegemonia e de distribuição do poder, mas sim como a tradução concreta da consciência benemérita dos cidadãos, dos grupos organizados, das empresas e das associações. (NOGUEIRA, 2005, p. 301).

Mais recentemente, acolhendo às deliberações aprovadas na “11ª Conferência Nacional de Saúde” e “12ª Conferência Nacional de Saúde”, o Decreto Presidencial n.º 5.839, de 11 de julho de 2006, estabeleceu uma nova estrutura para o Conselho Nacional de Saúde, legalizando a escolha de seus membros a partir de processo eleitoral e, assim sendo, pela primeira vez na história o CNS elegeu seu Presidente, cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. Outra conquista foi o número de membros do novo plenário que passou a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços de saúde.

Para finalizar as considerações sobre a participação social a partir da criação dos conselhos gestores, vale destacar a afirmação de Acioli, nos seguintes termos:

A participação institucionalizada nos conselhos de saúde é importante, mas não pode nem deve substituir espaços de participação não institucionalizada que se concretizam através de redes de movimentos e grupos sociais, ainda que possam manter entre si uma relação de articulação e fortalecimento. É preciso que o exercício do controle social se dê dentro e fora dos conselhos de saúde. (ACIOLI, 2005, p.301).

Sendo assim, no caso dos Conselhos Gestores de saúde, cabe averiguar como eles se organizam e atuam, na prática, o que nos dispusemos a pesquisar no capítulo 3 desta dissertação, dedicado a análise de dados empíricos referentes ao Conselho de Saúde de Mato Grosso (CES/MT).

Cabe ainda considerar, como complementa Gonçalves (2005: p.29), que

[...] vários desafios precisam ser enfrentados, como por exemplo, fazer com que as três esferas de governo cumpram efetivamente a Emenda Constitucional Nº 29, uma redefinição do conceito de descentralização para as três esferas de governo e por último, dar importância e qualificar os sujeitos responsáveis pelo Controle Social no SUS.

Analogamente, Rossetto; Filippin; e Johnson (2011:20), afirmam que para os Conselhos Gestores serem deliberativos é fundamental o emponderamento de seus

membros, e isso, só poderá ocorrer quando estes detiverem conhecimento e habilidades necessárias para a tomada de decisão voltada para o coletivo, isto é, decisões que reflitam as demandas sociais, e, um sistema permanente de formação e qualificação dos Conselheiros no sentido de colaborar com a construção e consolidação de uma cultura política na qual seja corriqueiro deixar de lados os anseios e desejos individuais em detrimento dos anseios e necessidades coletivas.

Delineados, deste modo, os aportes teóricos referentes às principais categorias relativas à problemática da pesquisa, e sintetizada a história da saúde pública no Brasil, que culminou com a normatização da criação e das atribuições dos Conselhos de Saúde, o próximo capítulo será dedicado à apresentação da metodologia e do contexto da pesquisa, nele incluindo a caracterização, a composição e atribuições do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso (CES/MT).

CAPÍTULO 2 A METODOLOGIA, O CONTEXTO E A CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA.

"Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão." (Paulo Freire)

Neste capítulo serão inicialmente apresentados os procedimentos metodológicos que foram utilizados para atingir os objetivos propostos, bem como o contexto da pesquisa, incluindo dados geográficos, demográficos e aspectos relativos à evolução do atendimento à saúde em relação a algumas particularidades deste atendimento no Estado do Mato Grosso. Por fim, serão apresentados aspectos relativos ao Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso (CES/MT) referentes à sua composição e atribuições.

2.1 Procedimentos Metodológicos

O tema da presente dissertação será tratado metodologicamente como um estudo de caso, através de uma pesquisa qualitativa de corte transversal, fundamentada no referencial teórico que será apresentado no próximo capítulo.

De acordo com Yin (2005), os estudos de caso representam estratégias preferidas quando se colocam questões do tipo "como" e "por que", quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos, e o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, justificando, assim, este tipo de estudo como estratégia de pesquisa.

Para atender aos objetivos propostos serão utilizadas as estratégias de pesquisa descritas a seguir:

Ampliação e aprofundamento da pesquisa bibliográfica referente ao tema da pesquisa, de modo especial sobre conselhos gestores. Faz-se necessário mencionar, ainda, embora pouco utilizadas, outras fontes de informações impressas, como alguns jornais do Estado de Mato Grosso.

Análise de documentos das instituições, de um modo ou de outro, envolvidas com a problemática da pesquisa. Ou seja, da documentação do “Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso” (CES/MT), da “Secretaria de Saúde” deste Estado, bem como do “Sistema Único de Saúde (SUS)”. A priori, pode-se mencionar a legislação, regimentos, resoluções, e especialmente as atas produzidas pelo próprio Conselho. Serão analisados, assim, os instrumentos legais de constituição do CES/MT, bem como seu Regimento Interno. Ressaltamos que a análise de certas práticas do “Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso”, somente se torna possível pela existência de um acervo documental localizado na “Secretaria de Saúde Pública do Estado de MT” e, especialmente, dos arquivos digitalizados disponíveis ao público de modo geral. Esses documentos são compostos pelas atas, estatutos, resoluções, e as revistas do “Conselho Nacional de Saúde (CNS)”¹⁴.

No caso específico das Atas, delimitamos a consulta a aquelas relativas ao ano de 2011, oportunidade em que elaboramos nosso projeto de pesquisa, tendo especialmente em conta o limitado tempo para seu desenvolvimento, e o número substancial de informações que documentos desta natureza fornecem a partir de suas reuniões ordinárias e extraordinárias, relacionadas diretamente com os objetivos desta pesquisa. Entendemos tratar-se de documentação inédita que, apesar de ser pouco lembrada nas consultas das pesquisas científicas, apresenta farta e variada gama de assuntos.

Os dados coletados através da pesquisa documental serão analisados e posteriormente tabulados através do Microsoft Office Excel, que possibilitará a elaboração de tabelas, além de serem analisados de modo qualitativo e interpretativo, a fim de serem confrontados com os objetivos iniciais deste trabalho, e com a bibliografia relativa à problemática da pesquisa.

Ressalta-se, ainda, que a coleta de dados com relação ao recorte proposto justifica-se pela maior acessibilidade aos documentos citados, uma vez que sou funcionária do citado órgão.

¹⁴Estas revistas são publicadas no seguinte site:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/miolo_edicao3.pdf..

2.2 O Contexto da Pesquisa

O Estado de Mato Grosso encontra-se geograficamente na parte sul do continente americano, e no centro da América do Sul, conforme a figura 2 a seguir. Considerado o terceiro maior Estado do país em dimensão territorial, apresenta uma área total de 903.357,91 km².

Figura 2 - Localização geográfica do Estado de Mato Grosso no continente Sul-americano



Fonte: SEPLAN, MT EM NÚMEROS, 2010.

De acordo com o IBGE/Censo 2010, MT possui uma população de 3.033.991 habitantes, dos quais 81,9% vivem na zona urbana e, 18,1% em.

Zona rural. É oportuno mencionar que o número de homens é superior ao número de mulheres, que correspondem respectivamente a 51,05% e 48,95% população total do Estado.

Historicamente, o Estado de Mato Grosso passou por um lento processo de crescimento populacional entre os anos de 1940 a 1970. A primeira tentativa de integração do Estado com o território nacional aconteceu no período de 1930 a 1950, com um Programa do Governo Federal denominado “Marcha para o Oeste”, cujo objetivo preponderante era a garantia dos limites territoriais nas áreas de fronteiras.

O processo de integração da Região Centro Oeste, na qual está inserido o Estado de Mato Grosso, aconteceu efetivamente com a construção de Brasília, na medida em que demandou investimentos governamentais na infraestrutura viária da região e, conseqüentemente, permitiu a concentração de recursos financeiros destinados ao financiamento de obras de infraestrutura, e das empresas encarregadas de tal empreitada.

Decorrentes dessa mobilização de recursos, podemos citar a construção da rodovia Belém-Brasília, a abertura das BRs 364 e 163, além da execução de programas de ocupação e colonização da região. Esta ocupação levou o Estado a uma super taxa de crescimento populacional, no Brasil, entre o período de 1980 a 1991, por se tratar de área de fronteira agrícola e estar alicerçada essencialmente na migração.

Entretanto, o fechamento da “fronteira agrícola” e a queda da taxa de fecundidade, que se tornou comum em todo o país, foram responsáveis pela desaceleração do crescimento populacional dentro do Estado, como podemos observar na tabela a seguir.

Tabela 1 - Evolução da taxa média geométrica de crescimento anual, no Estado de Mato Grosso, Centro-Oeste e Brasil.

PERÍODO	Taxa média geométrica de crescimento anual (%)		
	Mato Grosso	Centro-Oeste	Brasil
1940 / 1950	0,96	3,30	2,34
1950 / 1960	4,19	5,45	3,04
1960 / 1970	6,51	5,60	2,89
1970 / 1980	6,62	4,05	2,48
1980 / 1991	5,38	2,04	1,93

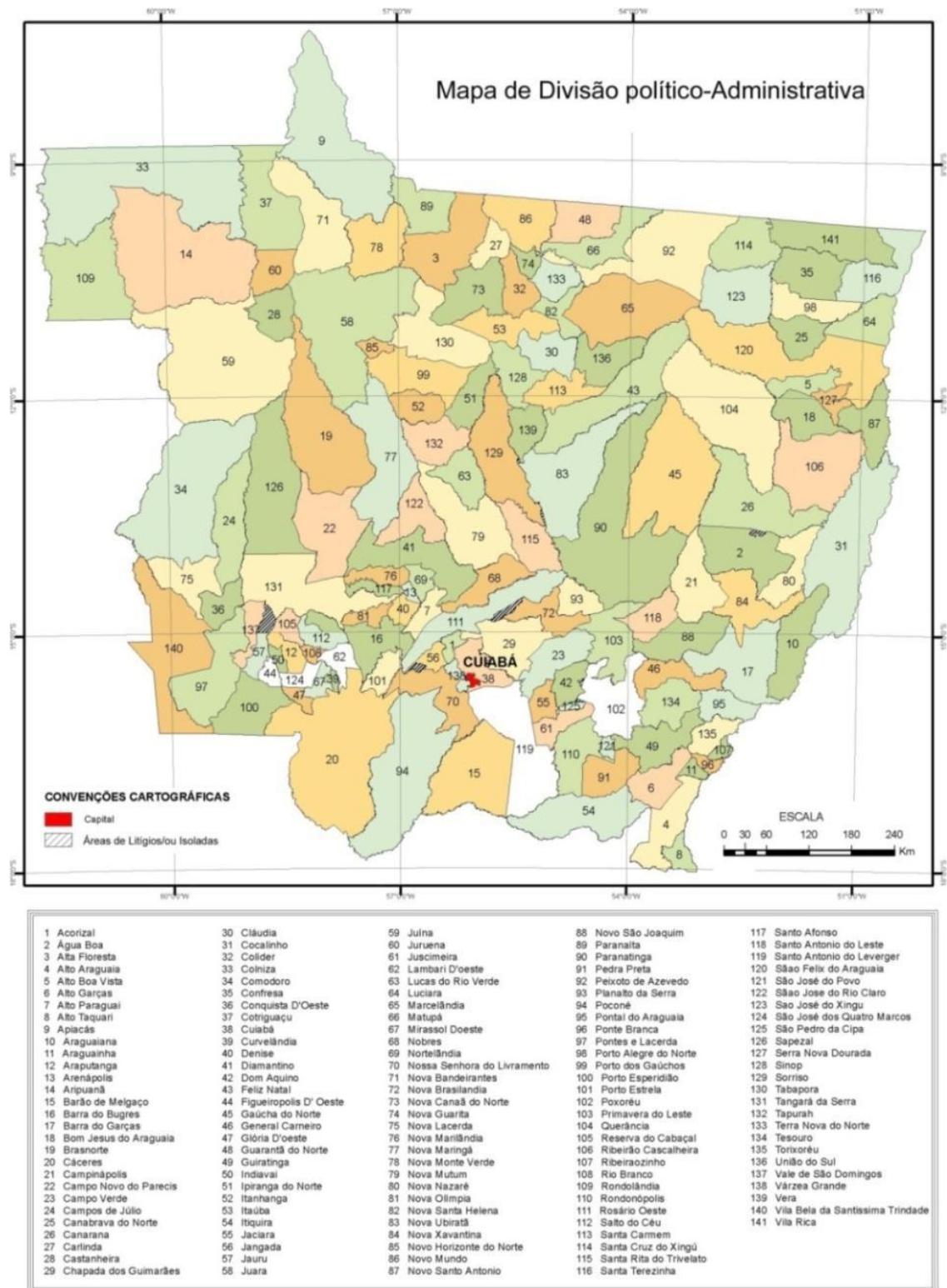
1991 / 1996	1,97	2,18	1,36
1996 / 2000	2,87	2,6	1,97
2000 / 2003	1,92	1,91	1,37
2000 / 2004	2,45	2,44	1,76
2000 / 2005	2,28	2,27	1,64
2000 / 2006	2,28	2,27	1,64
2000 / 2007	1,89	1,83	1,14
2000 / 2010	1,94	1,90	1,17

Elaboração: SEPLAN-MT / Superintendência de Estudos e Informações – SEI
 (http://www.seplan.mt.gov.br/arquivos/DOCUMENTO%20FINAL%20%2012-2012%20%20PPA%20%202012%20-%202015.pdf) acesso em 05 Mai. 2013.

Fonte: IBGE

Para o gerenciamento dos recursos públicos o Estado, que possui uma divisão político-administrativa com 141 municípios (Figura 3), utiliza-se de uma regionalização diferenciada para a execução de programas, planos e orçamentos, denominada “Regiões de Planejamento”, sendo o território dividido em 12 regiões (Figura 4). Este tipo de regionalização é adotado no Estado desde a elaboração e execução do PPA 2004-2007. Da mesma forma, a Lei n.º 9.675 de 20/12/2011, que instituiu o PPA 2012-2015, obrigou o Estado a permanecer com o mesmo critério de regionalização.

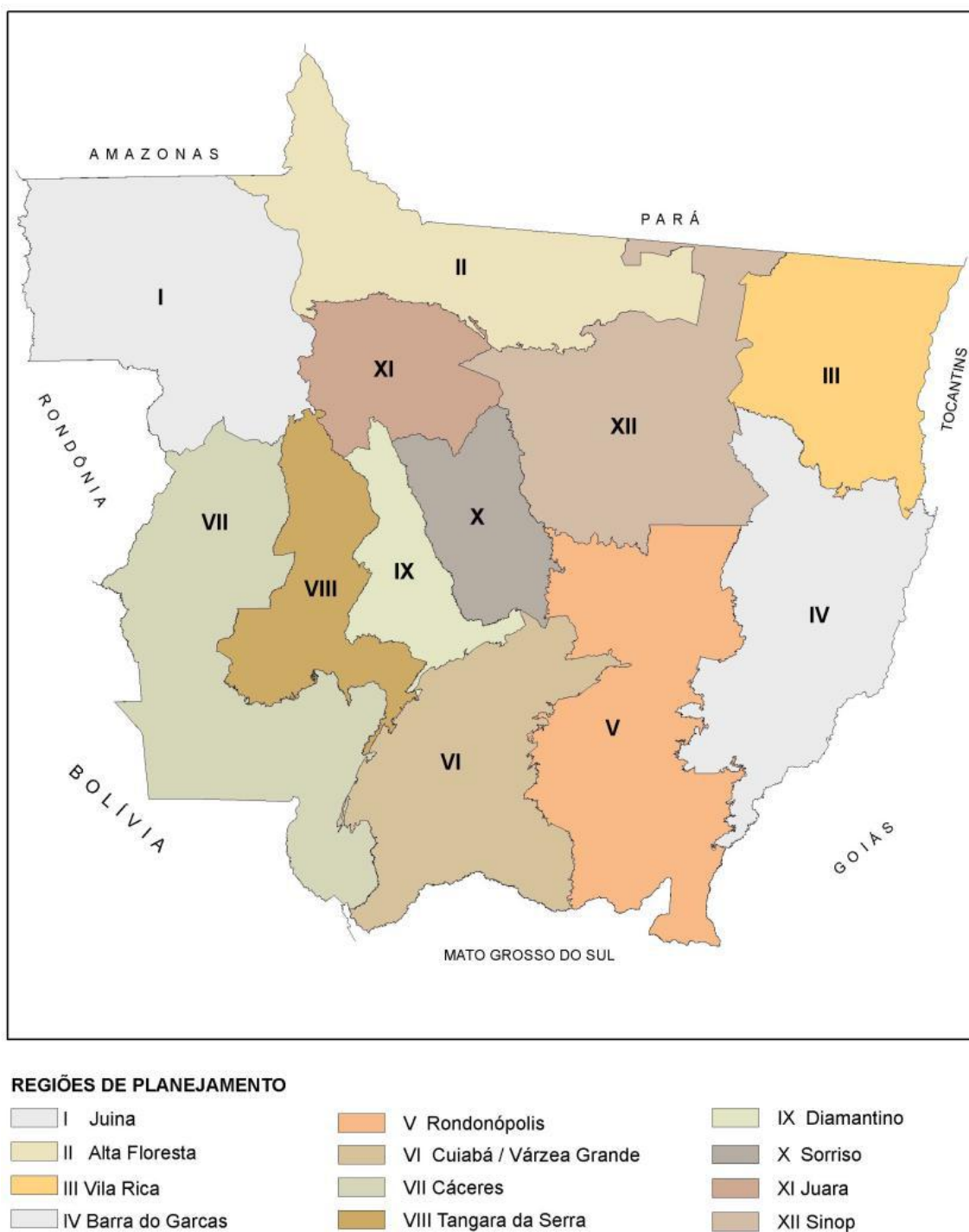
Figura 3 - Divisão político-administrativa de MT



Fonte:

SEPLAN, MT EM NÚMEROS, 2010.

Figura 4 - Regiões de planejamento do Estado de Mato Grosso



Fonte: SEPLAN. Mato Grosso em Números, 2010.

Com relação à saúde, segundo estudos da Secretaria de Planejamento do Estado de Mato Grosso (SEPLAN/MT), existe a necessidade de melhorias no acesso e na cobertura dos cuidados de saúde, ao mesmo tempo em que é

primordial garantir a sustentabilidade financeira para um atendimento com maior cobertura e eficiência aos usuários do “Sistema Único de Saúde”, ou seja, as ações necessárias à recuperação, promoção¹⁵ e proteção à saúde, necessitam assegurar fontes que amparem os recursos financeiros imprescindíveis a sua realização.

As alterações demográficas apresentadas na **tabela n. 1**, aliadas ao surgimento de novas doenças e o agravamento de outras, às inovações tecnológicas e terapêuticas, e até mesmo o aumento de esperança de vida da população, particularidades que caracterizam o diagnóstico da saúde no Estado de Mato Grosso, são preocupações que elevam os desafios do governo na incorporação de uma vida mais saudável para a população local.

De acordo com a publicação denominada “Mato Grosso em números- edição 2010” (Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral: 2011), apesar de o governo estadual contemplar programas e projetos que visam o aumento do nível geral da saúde, problemas como a falta de leitos, equipamentos, tecnologias mais avançadas na área hospitalar, persistem nos hospitais mato-grossenses, além da oferta de serviços como exames ou cirurgias de alto custo, também chamados de alta complexidade, serem insuficientes, não absorvendo a demanda dos usuários em suas principais necessidades.

Dados comprovam que dentro do Estado predominam os hospitais da rede privada em relação aos hospitais públicos, ainda que no período estudado (1999/2012), houvesse ampliação da rede hospitalar pública (**Tabela 2**) inclusive, com a adoção a partir de 2010 do modelo de gerenciamento da saúde por intermédio de uma Organização Social de Saúde (OSS), ainda que, em situação emergencial, pois o processo de legalização e institucionalização ocorreu no exercício de 2011.

De acordo com Hironobu Sano e Fernando Luiz Abrúcio,

O modelo das organizações sociais foi criado tendo como base a combinação entre a flexibilização da gestão pública e o aumento da accountability governamental. Por meio de um contrato de gestão, o

¹⁵ Produzir saúde por meio da perspectiva da promoção da saúde significa comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia, crescente capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sócio-político-econômico-cultural, enfim pela vida. (CAPONI, 2003)

Estado repassaria a entes públicos não estatais a provisão de serviços não exclusivos, entidades estas qualificadas como OS. Caberia à máquina estatal a regulação e o financiamento básico desse processo. As OS perseguiriam dois objetivos: (1) garantir autonomia, flexibilidade e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; e (2) levar ao incremento do controle social dessas entidades, fortalecendo práticas que aumentem a participação da sociedade na formulação e na avaliação do desempenho da OS, ampliando a parceria entre o Estado e a sociedade. (SANO&ABRÚCIO, 2008, p.68)

Tabela 2 - Evolução da rede hospitalar no Estado de Mato Grosso - 2000-2012

ANO	TOTAL	P Ú B L I C O							PRIVADO
		TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIP	OSSs	UNIVERSITÁRIO	FILANTÓPRICO	
1999	188	51	-	3	48		1	10	126
2000	192	50	-	1	49		1	2	137
2001	178	48	-	3	45		1	18	111
2002	147	48	-	5	43		1	18	80
2003	158	52	-	4	48		4	20	82
2004	177	58	1	5	52		2	12	119
2005	165	63	1	4	58		2	7	102
2006	180	69	1	5	63		1	14	96
2007	173	57	1	4	52		1	16	99
2008	171	60	1	4	55		1	14	96
2009	164	59	1	5	53		-	14	88
2010	172	62	1	4	56	01	-	18	92
2011	170	61	1	4	55	01	-	17	92
2012	170	61	1	3	55	02	-	20	89

Fonte: GESIAS/COCAAS/SUAS/SES-MT

Elaboração: da autora

Entretanto, a implantação deste modelo no Estado de Mato Grosso trouxe uma série de questionamentos relacionados com a transparência da celebração e

execução do Contrato de Gestão¹⁶ com o Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde (IPAS), cujo objetivo consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no Hospital Metropolitano de Várzea Grande, localizado no município de Várzea Grande no Estado de Mato Grosso. Publicado no Diário Oficial do Estado em 05 de maio de 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
GERÊNCIA DE CONTRATOS – GEC/SES/MT
EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº001/SES/MT /2011 –
Dispensa de Licitação nº 035/2011
CONTRATANTE: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - Representado pelo Sr. Secretário de Estado de Saúde – Pedro Henry.
CONTRATADA: INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - IPAS - Representada por seu Procurador Sr. Edmilson Paranhos de Magalhães Filho
OBJETO: estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no Hospital Metropolitano de Várzea Grande, com a pactuação de indicadores de qualidade e resultado, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: Projeto atividade: 4157 – Elementos de despesa 3390-39 – Fonte 112, 134.
DATA DE ASSINATURA: 28/04/2011
VIGÊNCIA: Pelo período de 12 (doze) meses (02/05/2011 a 01/05/2012).
VALOR: global é de R\$ 31.386.000,00 (trinta e um milhões trezentos e oitenta e seis mil reais)
Nº DO EMPENHO: 21601.0001.11.06949-7 **(DOE. de 05 de Mai. 2011, p.36).**

Algumas críticas foram divulgadas pelos sites locais, dentre elas, destacamos:

Mesmo investigada pelo Ministério Público Estadual do Rio Grande do Norte e de Alagoas, o Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde (Ipas) teve a proposta técnica apresentada e aprovada pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), sendo a entidade selecionada para gerenciar, operacionalizar e executar serviços de saúde no Hospital Metropolitano de Várzea Grande. O resultado foi divulgado, na tarde desta segunda-feira (04), em Cuiabá, pela Comissão de

¹⁶ Entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. (BRASIL. LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998)

Licitação Permanente da SES. Conforme o cronograma, a homologação do resultado com assinatura de contrato está prevista para o próximo dia 19 de abril, depois de transcorrido o período de recurso. A Pró-Saúde, empresa concorrente de São Paulo, que não cumpriu com todas as exigências em relação à documentação, tem cinco dias para apresentar recurso. [] O Ipas, conforme a Gazeta Digital já informou, é investigado pelo Ministério Público Estadual do Rio Grande do Norte e de Alagoas. Entre as denúncias que pesam contra o Ipas naqueles estados estão diversas irregularidades no processo de sua escolha e contratação para gerenciar a Unidade de Pronto Atendimento do Pajuçara (UPA do Pajuçara). O Ministério Público também contesta fatos como ilegalidades no processo de qualificação do Ipas, a falta de publicidade; e a ausência de natalenses no Conselho de Administração do Ipas. Na Ação Civil Pública (ACP) assinada por quatro promotores de Justiça das áreas de Saúde e Patrimônio Público, e divulgado em novembro do ano passado, é pedida “a imediata desqualificação judicial do IPAS como organização social”. Outra ação também contra o instituto interposta pelo MPE/RN em 2010, era para cancelar o contrato onde o Ipas iria operacionalizar a gestão e a execução de ações e serviços de saúde prestados pelo novo hospital municipal Dr. Clodolfo Rodrigues, de Santana do Ipanema, em Alagoas. Em nota oficial emitida no dia 8 de junho de 2010, o promotor do Patrimônio Público, Afonso de Ligório Bezerra Júnior, antecipou que considerava inconstitucional a lei municipal que autoriza a terceirização. Além disso, os movimentos sociais iriam entrar na Justiça para pedir a anulação do contrato. De acordo com o promotor Afonso de Ligório, a lei municipal nº 6.108, aprovada em 02 de junho de 2010, que permite a contratação de OS é inconstitucional, porque não garante a predominância do poder público e da sociedade civil no conselho administrativo da OS. A lei federal que serve de espelho para a municipal na contratação de OS resguarda o controle social garantindo maioria do poder público e da sociedade civil. No caso do instituto pernambucano, a maioria do conselho administrativo seria composta por membros indicados pela própria instituição, o que se assemelha à contratação de uma empresa como outra qualquer e não de uma OS. (<http://www.reporternews.com.br/noticia.php?cod=318289>) acesso em 24 de jun.2013.

Oportunamente, no Capítulo 3, abordaremos a temática acerca do (des) acompanhamento do Contrato de Gestão firmado entre a Secretaria de Saúde de Estado de Mato Grosso (SES/MT) e o Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (IPAS) pelo Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso (CES/MT).

Considerando a vasta extensão territorial do estado, outro dado importante a ser destacado em relação à saúde é a capacidade instalada de leitos dentro dos hospitais e, como se encontram distribuídos. Consoante, informações apresentadas pela “Secretaria de Saúde do estado de Mato Grosso – SES/MT”, de um total de

leitos existentes em 2012, o percentual aproximado de 71,1% pertencem ao Sistema Único de Saúde (SUS) envolvendo, inclusive, leitos pertencentes à rede privada que estão alocados para o público, mediante convênios e, o percentual de aproximadamente 28,9 % às instituições privadas, resultando em um índice de 2,3 leitos por mil habitantes no ano de 2010, considerando o último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2010 sobre a população de Mato Grosso.

Quanto à evolução dos números de leitos no Estado de Mato Grosso durante o período de 2000 a 2012, veja-se a tabela abaixo:

Tabela 3 - Evolução do número de leitos do SUS e Privados, no Estado de Mato Grosso 2000-2012.

ANO	LEITOS DO SUS E PRIVADOS		TOTAL
	* Leitos do SUS	Leitos Privados	
2000	4.823	2.460	7.283
2001	2.558	2.852	5.410
2002	5.151	1.157	6.308
2003	4.620	1.786	6.406
2004	5.656	1.735	7.391
2005	5.436	1.776	7.212
2006	5.463	1.881	7.344
2007	5.406	1.854	7.260
2008	5.434	1.870	7.304
2009	5.373	1.769	7.142
2010	5.119	2.013	7.132
2011	5.210	2.038	7.248
2012	5.381	2.177	7.558

Fonte: GESIAS/COCAAS/SUAS/SES-MT 2013 e SEPLAN-MT / Superintendência de Estudos e Informações (SEI): 2010

Elaboração: da Autora

* Compreende leitos do SUS mais conveniados da rede privada

O índice de mortalidade infantil é outro critério considerável para avaliar o setor de saúde, embora sua composição seja sensível às condições de vida e de desenvolvimento da população por apresentar relações diretas com as condições econômicas e sociais de forma geral. Nesse sentido, a interpretação de altas taxas de mortalidade infantil encontra-se associadas à deficiência das condições socioeconômicas, isto é, da privação e da carência de outras políticas sociais que sejam inclusivas e que possam estreitar as diferenças sociais, econômicas, culturais, ambientais, dentre outras, em nosso país, não sendo estas apenas deficiências do Estado Mato-grossense.

Portanto, sua análise e, conseqüentemente, a de seus condicionantes são importantes para promover a alocação de recursos públicos e investimentos governamentais, isto é, para averiguar em quais setores da sociedade e em quais condições as intervenções governamentais terão maior eficiência para reduzir a taxa de mortalidade, identificando, inclusive, as regiões que necessitam de maiores investimentos.

Vale destacar, no entanto, que informações divulgadas pela Secretaria de Saúde do Estado (SES/MT) apresentam uma inclinação decrescente, pois no ano de 1997 a taxa de mortalidade infantil era de 26,7 mortes para cada mil crianças nascidas vivas, contra 13,83 mortes **em 2012**, mesmo expressando uma pequena elevação no ano de 2009. **(Tabela 4).**

Tabela 4 – Evolução das taxas de mortalidade infantil, no Estado de Mato Grosso – 1997/2012.

ANO	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL
1997	26,70
1998	25,54
1999	24,47
2000	23,49
2001	22,58
2002	21,78
2003	21,04
2004	18,92

2005	17,75
2006	16,50
2007	15,05
2008	15,41
2009	16,20
2010	14,57
2011	13,89
2012	13,83

Fonte: Data SUS/SES

Disponível em: <http://www.seplan.mt.gov.br/sitios/indicador/mtemnro/mtemnmeros2010/index.html#/45/zoomed> acesso em 08 de Maio./ 2013.

Dessa forma, depreende-se que a tendência decrescente na taxa de mortalidade deve-se ao aperfeiçoamento das condições médico-sanitário e socioeconômicas do Estado.

É oportuno, também, apresentar a evolução da rede ambulatorial de saúde pública, no Estado de Mato Grosso. Genericamente as ações e serviços estão organizados em redes de atenção a saúde¹⁷ regionalizadas e hierarquizadas, de maneira a garantir o atendimento integral aos usuários e a evitar a pulverização das ações em saúde.

Tabela 5 – Evolução da rede ambulatorial de saúde pública, no Estado de Mato Grosso- 2000/2012.

ANO	POSTO DE SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE	POLICLÍNICA	AMB. HOSPITALAR	PRONTO SOCORRO
2000	449	225	17	61	8
2001	410	198	17	73	7
2002	400	190	28	40	5
2003	383	199	16	67	6

¹⁷ É tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009:p.41)

2004	258	556	19	67	9
2005	262	578	18	-	8
2006	249	623	21	-	10
2007	256	623	21	-	10
2008	241	655	16	-	11
2009	222	674	18	-	12
2010	212	695	25	-	09
2011	195	700	26	-	07
2012	208	705	29	-	06

Fonte: GESIAS/COAISS/SUAIS/SES-MT (2013); SEPLAN/MT/ Superintendência de Estudos e Informações/SEL.
Elaboração: da autora

Por fim, destacamos o lançamento do “Programa Ação da Saúde (PAS)” pelo governo do Estado, em 2010, com a finalidade de facilitar o acesso da população mais vulnerável a uma saúde de qualidade, ressaltando dentre as diversas ações desse programa o da “Fila Zero”, com o propósito de diminuir o tempo de espera para a realização de exames e cirurgias. Além de outros programas estabelecidos no PPA 2012-2015. Dentre eles podemos destacar como sendo de objetivos Estratégicos de Governo e Programas do Plano Plurianual do quadriênio 2012-2015, especificamente, da saúde, os seguintes:

Ampliar a rede de atenção e de vigilância em saúde: 326 - Fortalecimento da Gestão do SUS; 327 - Ampliação do Acesso de Forma Equitativa e com Qualidade ao Sistema e Serviços de Saúde; 341 - Implantação de Ações Estratégicas de Saúde para a Copa 2014. (SEPLAN: 2013, p.521)

Convém destacar que dentre o conjunto de ações que compõe o programa “326 -Fortalecimento da Gestão do SUS”, identificamos a ação “4298- Ampliação e Fortalecimento da Participação e Controle Social em Defesa do SUS”, cujo objetivo específico é o de garantir a participação da sociedade civil organizada na formulação e acompanhamento das políticas de saúde por meio das instâncias deliberativas do SUS, fortalecer a ouvidoria do conselho estadual de saúde através da implantação,

implementação e capacitação das ouvidorias do SUS e secretarias executivas no âmbito do controle social, em conformidade com a política participasus e Lei Complementar.

2.3 O Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso - CES/MT

O Conselho Estadual de Saúde, objeto da presente dissertação, é um órgão colegiado que está localizado dentro da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso, em Cuiabá.

No Estado de Mato Grosso, o Conselho Estadual de Saúde (CES/MT) foi constituído pelo Decreto nº 1055/88, com alteração dada pelo Decreto nº 1595 de 16/06/89, pela Lei Complementar nº 22/92. Consequentemente, está fundamentado na Constituição Federal Art. 196, 197, 198 e 200, e nas Leis Federais nº 8080/90 e 8142/90.

Em relação aos Conselhos Gestores de um modo geral, levando em consideração as observações de Maria da Glória Gohn (2003), torna-se necessário destacar que eles se diferenciam dos Conselhos Comunitários Populares, edificados pelos movimentos populares, ou por setores organizados da sociedade civil relacionados às pactuações com o poder público, ou dos novos fóruns civis não governamentais, compostos unicamente por representantes da sociedade civil, nos quais a mobilização e a pressão são os meios utilizados para a coação, e por não possuírem lugar institucionalizado junto ao poder público.

Os Conselhos Gestores, ao contrário, além de serem compostos por representantes da sociedade civil organizada e do poder público, são incluídos na esfera pública por força de lei, agregando-se com os centros de decisões vinculados ao poder Executivo, direcionados para as políticas públicas, neste caso especificamente de saúde, sendo responsáveis em prestar assessoria e dar o devido suporte necessário ao bom funcionamento da área em questão.

No Estado de Mato Grosso, o “Conselho Estadual de Saúde (CES/MT)” foi constituído com base no Decreto nº 1055/88, com alteração dada pelo Decreto nº 1595 de 16/06/89, e pela citada Lei Complementar nº 22/92. Consequentemente,

está fundamentado na “Constituição Federal” (BRASIL, 1988), Arts. 196, 197, 198 e 200, e nas Leis Federais nº 8080/90 e 8142/90.

2.3.1 Atribuições do CES/MT

O Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso (CES/MT) tem, como todos os demais conselhos desta natureza, a atribuição de formular prioridades da política do Sistema Único de Saúde (SUS), em conjunto com a equipe de saúde da gestão governamental, e de acompanhar e avaliar a execução das ações da saúde. Este Conselho deve, assim, garantir a presença e a possibilidade de intervenção, em nível estadual, da sociedade civil organizada sobre as ações de saúde do Estado, devendo ainda esta participação efetivar-se na “Conferencia Estadual de Saúde”, realizada de 04 (quatro) em 04 (quatro) anos, pela convocação do Poder Executivo e, extraordinariamente, por este ou pelo “Conselho Estadual de Saúde”, com a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de políticas públicas de saúde.

Sinteticamente, em termos legais, estas atribuições são definidas no artigo 16 da Lei Complementar nº 22 de 09/11/1992¹⁸, aprovada pela Assembleia Legislativa de Mato Grosso, do seguinte modo:

O Conselho Estadual de Saúde, em caráter permanente, deliberativo, normativo, recursal e diligencial, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégia e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído.

Destaca-se, assim, que o CES/MT, em linhas gerais, normatiza as diretrizes da política de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei Complementar acima citada, que institui o “Código Estadual de Saúde”. Este Código dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações

¹⁸ Publicada no Diário Oficial em 9/11/1992.

e dos serviços de saúde no Estado, caracterizando o “Sistema Único de Saúde” nos níveis estadual e municipal, além de outras providências.

Mais especificamente, as competências do “Conselho Estadual de Saúde” estão estabelecidas no artigo 17 (dezessete) da referida Lei Complementar, transcrito a seguir:

- I - propor a política de saúde elaborada pela Conferência de Saúde;
- II - propor, anualmente, com base nas políticas de saúde, o orçamento do Sistema Único de Saúde, no nível respectivo;
- III - deliberar sobre questão de coordenação, gestão, normatização e acompanhamento das ações e serviços de saúde;
- IV - deliberar sobre a contratação ou convênio com o serviço privado;
- V - deliberar sobre critérios que definam o padrão de qualidade, parâmetros assistenciais e melhor resolatividade das ações e serviços de saúde, verificando avanços tecnológicos e científicos;
- VI - eleger o Ouvidor-Geral;
- VII - articular com a Secretaria de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Escolas de Ensino Superior, Instituições de Ensino, Pesquisas e Órgãos Colegiados na busca de subsídios no que concerne a caracterização das necessidades sociais na área da saúde;
- VIII - elaborar o regimento do Conselho Estadual de Saúde, disciplinando sua estrutura, organização interna e procedimentos administrativos de suas deliberações;
- IX - receber, apreciar e deliberar os relatórios de movimentação de recursos repassados à Secretaria Estadual de Saúde, ou aos respectivos Fundos de Saúde, já analisados pelos setores técnicos de planejamento, orçamento e gestão da SES;
- X - examinar proposta, denúncias e reclamações de setor público e privado do setor de saúde, responder consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito;
- XI - receber, apreciar e deliberar sobre fatos, atos ou omissão que representem risco ou provoquem danos à saúde, impetrado por qualquer pessoa, tendo o prazo de 30 (trinta) dias, salvo por força maior, para apuração, correção e informação ao denunciante.

Sintetizando, cabe ao CES/MT propor a política estadual de saúde; administrar seu desempenho (coordenação, gestão, acompanhamento, fiscalização administrativa e orçamentária); promover a articulação com outras instituições no sentido de avançar tanto em termos técnicos como sociais (Secretaria da Educação,

Universidade Federal, Escolas de Ensino Superiores); acatar as avaliações externas relativas a seu desempenho e às políticas de saúde de um modo geral (receber e examinar denúncias, reclamações, atos e omissões).

Tendo em vista estas onze competências legalmente atribuídas ao CES/MT, cumpre destacar a diversidade e a abrangência de atribuições, as quais exigem uma significativa representação em termos sociais, sobretudo da categoria dos usuários; demanda uma enorme responsabilidade social de todos os representantes que compõem o Conselho, bem como competência, em termos de conhecimentos e habilidades técnicas, para dar conta de exercerem adequadamente o cargo de representantes para o qual foram investidos.

Diante do exposto, serão apresentadas no item a seguir as categorias de representantes, e em que proporções compunham o CES/MT durante o ano de 2011.

2.3.2 Composição e Estrutura Organizacional do CES/MT

O CES/MT deve ser, conforme o arcabouço jurídico que o normatiza, composto por 30 conselheiros titulares e 30 suplentes, eleitos para exercer o cargo por 02 (dois) anos, podendo ser reconduzido, conforme determina o § 3º, Art. 18 da Lei Complementar nº 22/92.

A composição do Conselho está descrita no artigo 52 de seu regimento interno:

Art. 52.º O CES é composto pelo Secretário de Estado de Saúde, que o presidirá, e por mais 30 (trinta) membros nomeados pelo Governador do Estado, na forma e proporções previstas art. 19 do Código Estadual de Saúde.

Parágrafo Primeiro - Os Membros do Conselho Estadual de Saúde serão nomeados pelo Governador do Estado mediante indicação feita da seguinte forma:

I) Pelo Secretário de Estado de Saúde, os representantes de órgãos do Governo;

(II) Pelos respectivos dirigentes, os representantes de entidades prestadoras de serviços e trabalhadores na área de saúde e de entidades representativas de usuários.

Parágrafo Segundo - Todos os Conselheiros e Conselheiros terão suplências escolhidas, nomeadas e empossadas na mesma forma do titular.

Parágrafo Terceiro - Os Conselheiros e Conselheiras tomam posse perante o Presidente do Conselho Estadual de Saúde na primeira reunião que se seguir a suas nomeações.

Parágrafo Quarto - Os órgãos e entidades referidos neste artigo poderão, a qualquer tempo, propor por intermédio do Presidente do Conselho Estadual de Saúde a substituição de seus respectivos representantes.

Parágrafo Quinto - O Suplente assumirá no caso de falta ou afastamento do Conselheiro e/ou Conselheira Titular.

Parágrafo Sexto – Nas reuniões não realizadas por falta de quorum serão considerados como faltantes aqueles Conselheiros e Conselheiras que não assinaram o livro de presença.

Parágrafo Sétimo - Ocorrendo vaga no Conselho Estadual de Saúde será nomeado novo Conselheiro e/ou Conselheira que completará o mandato do seu antecessor.

Parágrafo Oitavo - Os membros do Conselho de Saúde serão investidos na função pelo prazo de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Nono - No término do mandato do Governo do Estado termina automaticamente o mandato dos Conselheiros e Conselheiras representantes de órgãos do Governo Estadual.

O colegiado é formado por entidades representantes dos segmentos de usuário (50%), profissionais de saúde (25%) e governo e prestadores de serviços em saúde privados, conveniados, ou sem fins lucrativos (25%). A função de Membro do Conselho não é remunerada, portanto, é considerada como relevante serviço público.

Na consulta mais detalhada sobre o artigo 19 do “Código Estadual de Saúde”, instituído pela Lei Complementar nº 22, de 09 de novembro de 1992 – (MATO GROSSO, D.O. 09.11.92.), temos:

Art. 19 O Conselho Estadual de Saúde terá, como Presidente Nato, o Secretário de Estado de Saúde, com a seguinte composição:

I representantes do Governo, Prestadores de Serviços e Trabalhadores do Setor Saúde, com 50 (cinquenta por cento) de representação:

- a) 01 (um) representante do Poder Executivo, indicado pelo Governador do Estado;
- b) 02 (dois) representantes da Secretaria Estadual de Saúde;
- c) 01 (um) representante do Instituto de Previdência do Estado- IPEMAT;
- d) 01 (um) representante da Secretaria Estadual de Meio Ambiente/Fundação Estadual de Meio Ambiente;
- e) 01 (um) representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado-COSEMS/MT;
- f) 01 (um) representante da Universidade Federal de Mato Grosso;
- g) 01 (um) representante da Federação das Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado;

- h) 01 (um) representante do Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado;
- i) 01 (um) representante da Coordenadoria de Cooperação Técnica do INAMPS;
- j) 01 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Meio Ambiente-SISMA;
- l) 04 (quatro) representantes indicados pelas entidades das seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Serviço Social, Medicina, Nutrição, Engenharia Sanitária, Psicologia, Medicina Veterinária, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Educação Física.

II - representantes dos Usuários com 50% (cinquenta por cento) de representantes:

- a) 01 (um) representante da Federação dos Trabalhadores da Agricultura-FETAGRI;
- b) 01 (um) representante da Federação Mato-grossense de Associações de Moradores;
- c) 01 (um) representante da Associação dos Deficientes;
- d) 01 (um) representante da Associação dos Portadores de Patologias;
- e) 01 (um) representante do Grupo Saúde Popular/MOPS;
- f) 01 (um) representante da Associação dos Aposentados do Estado;
- g) 01 (um) representante de Entidades de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- h) 01 (um) representante do Conselho Indigenista Missionário;
- i) 01 (um) representante do Movimento Ambientalista e Ecológico;
- j) 01 (um) representante do Sindicato dos Garimpeiros;
- l) 01 (um) representante do Núcleo de Estudos e Organização da Mulher;
- m) 01 (um) representante da Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes do Trabalho e Transito;
- n) 01 (um) representante do Sindicato de Profissionais da Educação;
- o) 01 (um) representante Classista das Centrais Sindicais;
- p) 01 (um) representante do Movimento de Raças. (grifos nosso)

Convém ressaltar que a indicação dos representantes ao Conselho Estadual de Saúde é de direito da instituição que participa, cabendo a ela a responsabilidade dos atos de sua representação legal. Contudo, essa indicação deverá ocorrer de forma democrática, devidamente consubstanciada por documentos comprobatórios, sendo obrigatório 01 (um) representante com seu respectivo suplente por categoria.

É necessário, também, aclarar que o segmento “usuário” compreende aqueles dos representantes das entidades dos segmentos da sociedade civil organizada, como as federações de moradores, centrais sindicais de trabalhadores urbanos e rurais, de associações de portadores de doenças e patologias específicas, entidades de direito humanísticos, representações da população

indígena, idosos, crianças e do adolescente, e da mulher, que tenham base territorial no Estado de Mato Grosso.

Os segmentos “profissionais de saúde” e “governo” possuem as seguintes abrangências: toda e qualquer entidade representativa das categorias profissionais do Setor Saúde, com base territorial no Estado de Mato Grosso, e toda e qualquer instituição que tenha linha de mando e gerência na execução de seus objetivos no perímetro do Estado, submetido à determinação dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário do Estado de Mato Grosso.

Por segmento de “prestadores de serviços” entende-se toda instituição pública, privada, filantrópica, que esteja dentro do “Sistema Único de Saúde” do Estado, que tenha preservado sua autonomia administrativa, financeira e gerencial própria, sem vínculo ao poder de mando com o Governo Estadual.

De acordo com a categorização acima descrita, apresentamos os segmentos representados na composição do Conselho durante o período analisado:

1.Tabela 6 Composição do CES/MT em 2011

REPRESENTANTES DO GOVERNO, PRESTRADORES DE SERVIÇOS E TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE (50%).		REPRESENTANTES DOS SEGMENTOS USUÁRIOS (50%)	
(1) Poder Executivo	X	(1) Federação dos Trabalhadores da agricultura – FETAGRI	X
(2) Representantes da Secretaria de Saúde – SES	X	(1) Federação Mato-Grossense de Associação de Moradores (FEMAB)	X
(1) Instituto da Previdência do Estado – IPEMAT (extinto) Substituído MT Saúde	X	(1) Associação Mato grossense dos Deficientes Físicos - AMDE	X
(1) Secretaria Estadual do Meio Ambiente- SEMA	X	(1) Associação dos Portadores de patologias	X
(1) Conselho dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS	X	(1) Grupo Saúde Popular- MOSP	X
(1) Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	X	(1) Associação dos Aposentados e Pensionistas do	X

		Estado - AEAP	
(1) Federação das Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado. Representado por: Entidades Filantrópicas.	X	(1) Entidades de Defesa da Criança e do Adolescente	X
(1) Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde do Estado - SINDESSMT	X	(1) Conselho Indigenista Missionário	-
(1) Coordenadoria de Cooperação Técnica do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (extinto) Representado pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA	x	(1) Movimento Ambientalista e Ecológico – Representado pela Associação de Defesa do Rio Coxipó - ADERCO	X
(1) Sindicato dos trabalhadores da Saúde e Meio Ambiente - SISMA	X	(1) Sindicato dos garimpeiros - SINDIMINERIO	X
(4) Representantes indicados pelas categorias profissionais: Enfermagem - COREN Odontologia - CRO Farmácia - CRF Serviço Social - CRESS Medicina - CRM Nutrição - COREN Engenharia Sanitária - CREA Psicologia - CRP Medicina Veterinária - CRMV Fisioterapia - CREFITO Fonoaudiologia – CREFONO Educação Física - CREF	* X X X X X X X X	(1) Núcleo de Estudos e Organização da Mulher - NEOM	X
		(1) Associação Proteção das Vítimas de Acidentes de Trabalho e Trânsito	-
		(1) Sindicato de Profissionais de	X

		Educação - SINTEP	
		(1) Classista das Centrais Sindicais – CUT	X
		(1) Movimento de Raças – MOS	X
Total	15	Total	13

*São doze indicações com direito a voto de apenas quatro
 Fonte: Lei Complementar nr. 22/11/92 e Atas 2011
 Elaboração da autora.

Um aspecto inicial que cabe destacar na relação das representações que compõem o CES/MT, no ano em questão, é a distância temporal entre a legislação que lhe dá sustentação - Lei Complementar nº 22, de 09 de novembro de 1992 - e a sua homologação para o exercício de 2011.

Sendo assim, torna-se necessário, em primeiro lugar questionar, por um lado, quem indicou as representações (instituições) constantes do segmento dos usuários, e desde quando elas compõem o referido Conselho.

Por outro lado, na listagem acima identificamos a vacância de dois representantes do segmento Usuários, sendo 01 deles representante do “Conselho Indigenista Missionário”, e o outro representante da “Associação Proteção das Vítimas de Acidentes de Trabalho e Trânsito”.

De fato, não identificamos na leitura das Atas do exercício de 2011 justificativas para a ausência do Segmento Usuário, “Associação Proteção das Vítimas de Acidentes de Trabalho e Trânsito”. Quanto ao “Conselho Indigenista Missionário”, em uma das reuniões do CES/MT é apontada a falta de procedimento legal para a efetivação da referida representação. Mesmo assim, registramos em uma das Atas de 2011 a presença de um representante indígena, solicitando o apoio do CES para um evento a ser realizado no Estado, e destacando a importância da representação indígena na construção da política estadual de saúde, conforme se pode constatar na transcrição textual a seguir:

[...] seguida a Conselheira Leila (SES) pediu ao Presidente que antes das discussões informasse ao Pleno sobre a Conferência Indígena. Após a apresentação o Presidente coloca ao Pleno a importância do Conselho em apoiar a 2ª Conferência Indígena do Estado de Mato

Grosso. O Presidente passa a fala para o Srº José Ângelo, representante indígena para falar um pouco sobre o evento. O Sr. José relatou a importância da participação indígena na construção da política de saúde, solicitou o apoio do CES/MT, para realização da Conferência Indígena. Conselheira Maria Aparecida Amorim disse (CRP) que acha muito importante a participação indígena e que é pertinente que o Pleno aprove que essa Conferência seja anexa a Conferência Estadual de Saúde (Ata Reunião ordinária maio: 04.05.2011).

A este respeito chama atenção e cabe indagar também porque, embora seja afirmada por duas representantes no Conselho - respectivamente da própria Secretaria da Saúde, e do Conselho de Psicologia, bem como por seu Presidente conforme consta da ATA DA DUCENTÉSIMA SEXAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO DO CES-MT (setembro/2011) - a necessidade de apoio a iniciativas deste segmento étnico, esta presença não tinha sido ainda devidamente legalizada, no caso do Conselho Indigenista Missionário. Vale destacar, ainda, que este segmento deveria estar representado, uma vez que deveria compor uma das Comissões do CES/MT - o “Conselho de Saúde Indígena” - como veremos mais adiante. Ao mesmo tempo, fica a questão sobre qual a justificativa para a ausência da “Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes de Trabalho e Trânsito”.

Ainda sobre a composição da representação dos usuários, fica a desinformação sobre o conteúdo das demandas e da organização de suas Instituições, algumas não explicitamente identificadas a partir de sua própria designação. São exemplos deste último tipo “Associação dos Deficientes; Associação dos Portadores de Patologias”; “Grupo Saúde Popular” e o “Movimento de Raças”.

Resta, ainda, questionar a legitimidade da representação do que foi denominado genericamente de “Movimento Ambientalista e Ecológico”, exclusivamente pela “Associação de Defesa do Rio Coxipó - ADERCO”.

Em segundo lugar, sobre a composição da categoria genérica dos representantes do Governo, Prestadores de Serviços e Trabalhadores do Setor Saúde, com 50% (cinquenta por cento) de representação, cabe questionar a representação do “Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS” através de um único representante, levando-se em conta que o Estado possui uma divisão político-administrativa com 141 municípios, agrupados em 12 regiões.

Em terceiro lugar, e em linhas gerais, no caso do ano em pauta, além de outros aspectos relativos à própria definição do número e do tipo de representação, isto é pela composição do próprio CES/MT, pode-se constatar a preponderância numérica do poder público sobre a participação popular, o que permite garantir sua hegemonia nas votações. Hegemonia que já é garantida pelos dispositivos legais que dizem respeito às competências do Presidente do Conselho, que é o próprio Secretário de Saúde¹⁹. “[...] o Conselho Estadual de Saúde terá, como Presidente Nato, o Secretário de Estado de Saúde (art.19 LC 22/92), ou seja, o representante do Poder Executivo”, a quem o Regimento Interno delega as várias competências, apontadas a seguir:

Art. 10 O CES terá um Presidente nato, conforme determina o § 1º do art. 20 do Código Estadual de Saúde, ao qual compete:

I Quanto às Questões de Ordem Geral:

- n) Expedir Resolução “Ad-Referendum” em casos de extrema urgência e relevância;
- o) autorizar as despesas a serem feitas pelo CES e/ou Secretaria Geral.

II Quanto às Reuniões do Conselho:

- a) abri-las, presidi-las, coordená-las e encerrá-las, bem como suspendê-las quando as circunstâncias assim o exigirem, em consonância com o Plenário, excetuando as extraordinárias convocadas diretamente pelo Plenário
- d) conceder a palavra aos Conselheiros;
- e) elaborar a pauta das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias;
- f) advertir o orador ou aparteaante quanto ao tempo de que disponha, não permitindo que ultrapasse o tempo regimental;
- g) interromper o orador que se desviar da matéria em discussão;
- h) decidir questões de ordem nos termos do regimento interno;
- l) convocar as sessões ordinárias e extraordinárias do Conselho;
- (II) - convocar extraordinariamente o CES, quando necessário;

III - Quanto às Proposições:

- a) submetê-las à discussão e votação, prestando informações adicionais a respeito das matérias, se necessário.

¹⁹ É oportuno destacar que, como Secretário de Saúde de Mato Grosso, era presidente do CES/MT, em 2011 um médico com com vários mandatos de deputado federal e de senador, além de envolvimento em alguns processos por corrupção, no qual destacamos : peculato, crimes de corrupção passiva e lavagem de dinheiro. (Informações disponíveis em : <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=201462&tip=UN> acesso em 22 Abr. 2013; e em : <http://veja.abril.com.br/blog/ricardo-setti/politica-cia/mensalao-a-rotina-dos-deputados-mensaleiros-a-espera-da-hora-de-ir-para-a-cadeia-ate-marco-eles-custaram-2-milhoes-de-reais-a-camara/#more-465028>, acesso em 22 Abr. 2013.

Por fim, outra prova dessa hegemonia, quanto ao aspecto legal, está nas atribuições do Secretário Geral do Conselho, responsável pela execução administrativa e assistência técnica às atividades do Conselho Pleno, pessoa cujo requisito além de pertencer ao quadro de funcionários da Secretaria de Estado de Saúde (SES), é ser profissional de Nível Superior.

Por outro lado, de acordo com o art. 20 do “Código Estadual de Saúde”, a estrutura organizacional básica do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso (CES/MT) é a seguinte:

I Conselho Pleno

II Secretaria Geral

II Ouvidoria Geral

IV Comissões Especiais

O Conselho Pleno é o Órgão superior de deliberações do CES, já a Secretaria Geral é o órgão executivo deste Conselho, tendo por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-administrativo a ele e às suas Comissões Especiais. Ou seja, dar condições para o cumprimento das competências legais do Conselho, eleito pelo Conselho Pleno, e nomeado pelo Secretário de Saúde do Estado.

A Ouvidoria Geral tem a incumbência de detectar e ouvir reclamações e denúncias no âmbito do SUS, investigar a sua procedência e apontar responsáveis ao CES.

As Comissões Especiais Permanentes e Temporárias, por sua vez, são grupos de trabalho de caráter consultivo, propositivo e de assessoramento do Pleno, que atuarão de modo abrangente no acompanhamento da execução das ações do Sistema Único de Saúde, na esfera estadual, sendo estas, conforme artigo 39 do regimento Interno (MATO GROSSO, 2010):

I Assistência Ambulatorial e Hospitalar;

II Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica;

III Comunicação Social;

IV Recursos Humanos e Saúde do Trabalhador;

V Monitoramento e Cooperação Técnica ao Controle Social;

VI Planejamento e Orçamento;

- VII Eleitoral e Ética;
- VIII Saúde Indígena;
- IX Ações Programáticas.
- X Atenção Integral à Saúde.

A alocação e o funcionamento do CES/MT estão estabelecidos nos arts. 12 e 13 de seu Regimento Interno, que foi publicado no Diário Oficial do Estado em 21 de maio de 2010, às páginas 28-31,

Art. 12.º CES funcionará no prédio da Secretaria de Estado da Saúde que deverá cumprir o que preceitua o § 3º, do art. 19, do Código Estadual de Saúde.

Art. 13.º As deliberações do CES, observado o quórum estabelecido, serão tomadas pela maioria simples de seus membros, sendo que o voto de cada membro deverá ser sempre em aberto, mediante:

- a) Resoluções homologadas pelo Governador do Estado, conforme previsto no art. 1º, § 2º, da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1.990;
- b) Recomendações sobre tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigida a ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;
- c) Moções que expressem o juízo do Conselho, sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição.

Parágrafo Único – As resoluções devidamente homologadas deverão ser publicadas no Diário Oficial do Estado.

É oportuno ressaltar que, conforme determina o “Código Estadual de Saúde” (Lei Complementar nº 22/92), cabe à Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT) proporcionar ao Conselho Estadual de Saúde/MT condições para o seu pleno funcionamento, através de suporte técnico, administrativo, recursos humanos e de financiamento, garantidos nos instrumentos de planejamento governamental. Ou seja, no “Plano Plurianual”, na “Lei de Diretrizes Orçamentárias” e na “Lei Orçamentária Anual”.

O Regimento Interno ²⁰ do CES/MT, em seu artigo 39, estabelece também que Comissões Permanentes e Temporárias do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso, atuarão de modo abrangente no acompanhamento da execução das ações do Sistema Único de Saúde no âmbito Estadual.

²⁰ Publicado no Diário Oficial de Mato Grosso, em 21 de maio de 2010.

A identificação destas comissões e de seus respectivos membros, ao longo de 2011, é apresentada a seguir, na tabela abaixo.

Tabela 7 - Composição das Comissões do CES/MT 2011

COMISSÕES	COMPOSIÇÃO
Mesa Diretora	Pedro Henry Neto (Presidente nato/Poder Executivo); Zuleide Silva Punchério Klein (SES) João Luiz Dourado (CUT) Lília Suely Alves dos Santos (AMDE) Maria Ortiz Nunes da Cunha (FUNASA)
Ações Programáticas	Aparecida Silva Rodrigues (SISMA) Lucimar Palma (ADERCO) Lousiete Ferreira da Silva (Associação dos Aposentados) José Alves Martins (CREFITO)
Assistência Ambulatorial e Hospitalar	Marivanda Inêz Rodrigues P. Eliert (CRMV). Zuleide Silva Pulchério Klein (SISMA) Mázena Saláh El-in Farah (Entidades Filantrópicas) Sueli Abreu de Barros (CRF) Leila Maria Boabaid Levi (SES)
Atenção Integral à Saúde	José Alves Martins (CREFITO) Suely Correa de Oliveira (MOSP) Antônio José de Amorim (CRM) Antonia Lúcia Ribeiro Soares (FEMAB) Raquel Maria de Arruda Conceição (AMDE)
Comunicação Social	Carlos Alberto Eilert (CREF) Lucimar Palma (ADERCO) Leila Maria Boabaid Levi (SES) Maria Ortiz Nunes da Cunha (FUNASA) Márcia Regina Gomes Pereira

	(NEOM)
Eleitoral e Ética	João Luiz Dourado (CUT) Lília Suely Alves dos Santos (AMDE) Antônio Cordeiro Sobral (Assoc. dos Portadores de Patologias). Mázena Salah El-Din Farah (Entidades Filantrópicas) Zuleide Silva Pulchério Klein (SISMA)
Monitoramento e Cooperação Técnica ao Controle Social	Edevande Pinto de França (MOSP) Márcia Regina Gomes Pereira (NEOM) João Luiz Dourado (CUT) Maria Luiza Ortiz Nunes da Cunha (FUNASA) Lília Suely Alves dos Santos (AMDE)
Planejamento e Orçamento	Paulo Roberto Araújo (SES) Orlando Francisco (SINTEP) Aparecida Silva Rodrigues (SISMA) Edevande Pinto de França (MOSP) José Carlos Bazan (ADERCO)
Política de Medicamentos e Assistência farmacêutica	Leila Maria Boabaid Levi (SES) Antônio Cordeiro Sobral (Assoc. dos Portadores de patologias). Suely Correa de Oliveira (MOSP) Aparecida Silva Rodrigues (SISMA) José Carlos Bazan (ADERCO)
Recursos humanos e Saúde do Trabalhador	João Luiz Dourado (CUT) Maria Aparecida Amorim Fernandes (CRP) Zuleide Silva Pulchério (SISMA) Jucélia Clara Nunes de Souza (CRESS) Antonia Lúcia Ribeiro (FEMAB)
Saúde Indígena	Representante indígena (?) Lucimar Palma (ADERCO)

	Antonia Lúcia Ribeiro (FEMAB) Eliane Barbosa Jerônimo (SES) Maria Aparecida Fernandes (CRP)
Intersetorial de Saúde do Trabalhador	João Luiz Dourado (CUT) Zuleide Silva Pulchério Klein (SISMA) Orlando Francisco (SINTEP)

Fonte: Resolução SES 001/2011, publicada DOE em 02/03/2011.

Elaboração: da Autora

Diante da composição de cada uma das Comissões, necessário se faz destacar e questionar quais as razões para a sobrerrepresentação de algumas instituições/entidades nas Comissões, bem como a ausência de outras.

Tabela 8 – Representação das instituições/entidades nas Comissões do CES/MT em 2011

SISMA	1. Ações Programáticas 2. Assistência Ambulatorial e Hospitalar 3. Eleitoral e Ética 4. Planejamento e Orçamento 5. Política de Medicamentos e Assistência farmacêutica 6. Recursos humanos e Saúde do Trabalhador 7. Intersetorial de Saúde do Trabalhador
SES	1. Mesa Diretora 2. Assistência Ambulatorial e Hospitalar 3. Comunicação Social 4. Planejamento e Orçamento 5. Política de Medicamentos e Assistência farmacêutica 6. Saúde Indígena
ADERCO	1. Ações Programáticas 2. Comunicação Social 3. Planejamento e Orçamento 4. Política de Medicamentos e

	Assistência farmacêutica 5. Saúde Indígena
CUT	1. Mesa Diretora 2. Eleitoral e Ética 3. Monitoramento e Cooperação Técnica ao Controle Social 4. Recursos humanos e Saúde do Trabalhador 5. Intersetorial de Saúde do Trabalhador
MOSP	1. Atenção Integral à Saúde 2. Monitoramento e Cooperação Técnica ao Controle Social 3. Política de Medicamentos e Assistência farmacêutica 4. Planejamento e Orçamento
AMDE	1. Mesa Diretora 2. Atenção Integral a Saúde 3. Eleitoral e Ética 4. Monitoramento e Cooperação Técnica ao Controle Social
FEMAB	1. Atenção Integral à Saúde 2. Recursos humanos e Saúde do Trabalhador 3. Saúde Indígena
FUNASA	1. Mesa Diretora 2. Comunicação Social 3. Monitoramento e Cooperação Técnica ao Controle Social
Assoc. dos Portadores de Patologias	1. Eleitoral e Ética 2. Política de Medicamentos e Assistência farmacêutica
NEOM	1. Comunicação Social 2. Monitoramento e Cooperação Técnica ao Controle Social

CREFITO	1. Ações Programáticas 2. Atenção Integral à Saúde
CRP	1. Recursos humanos e Saúde do Trabalhador 2. Saúde Indígena
Entidades Filantrópicas	1. Assistência Ambulatorial e Hospitalar 2. Eleitoral e Ética
SINTEP	1. Planejamento e Orçamento 2. Intersectorial de Saúde do Trabalhador
Associação dos Aposentados	1. Ações Programáticas
CREF	1. Comunicação Social
CRESS	1. Recursos humanos e Saúde do Trabalhador
CRF	1. Assistência Ambulatorial e Hospitalar
CRM	1. Atenção Integral à Saúde
CRMV	1. Assistência Ambulatorial e Hospitalar

Fonte: Resolução SES 001/2011, publicada DOE em 02/03/2011.

Elaboração: da Autora

Quanto à sobre-representação, destacam-se a do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Meio Ambiente (SISMA) representados em sete (7) Comissões, da Secretaria de Saúde (SES) representados em seis (6) Comissões; as da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e da Associação de Defesa do Rio Coxipó (ADERCO) em cinco (5) delas; a da Associação Mato-grossense de Deficientes (AMDE) e a do Grupo de Saúde Popular (MOSP) em quatro (4); a da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e a Federação Mato-Grossense de Associação de Moradores (FEMAB), ambas em três (3); a do Conselho Regional de Fisioterapia (CREFITO), a do Conselho Regional de Psicologia (CRP), a das Entidades Filantrópicas, a do Núcleo de Estudos e Organização da Mulher (NEOM), a do Sindicato de Profissionais de Educação (SINTEP) e a da “Associação

Portadores de Patologias” em duas (2); a da Associação dos Aposentados, do Conselho de Farmácia (CRF), do Conselho Regional de Educação Física (CREF), a do Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV), a do Conselho Regional de Medicina (CRM) e do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) em apenas uma (1).

As demais sem representação nas Comissões: a do Instituto da Previdência do Estado – IPEMAT (extinto) substituído pelo MT Saúde, a da Federação dos Trabalhadores da agricultura (FETAGRI), a da Secretaria Estadual do Meio Ambiente (SEMA), a do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), a da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), a das Entidades de Defesa da Criança e do Adolescente, a do Sindicato dos garimpeiros (SINDIMINERIO) e a do Movimento de Raças (MOS).

Apresentadas, assim, as informações e dados relativos ao contexto da pesquisa, bem como ao CSE/MT, nosso principal objeto de análise, o próximo capítulo será destinado à identificação e análise do conteúdo das Atas das sessões deste Conselho, realizado durante o ano de 2011.

CAPÍTULO 3 – DINÂMICA DA ATUAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO.

“É preciso rachar as palavras para delas extrair seus significados.”(Michel Foucault)

Para além das questões relativas às atribuições e composição do Conselho tratadas no capítulo anterior - algumas das quais serão retomadas nas considerações finais - nos inspiramos, para buscar nas Atas aspectos que merecem ser destacados em relação à dinâmica da atuação do CES/MT, nas contribuições de alguns dos autores anteriormente citados, entre os quais Gohn (2003), Acioli (2005), Gonçalves (2005), Kleba; Comerlatto (2011), que colocam questionamentos e destacam aspectos essenciais para o pleno exercício democrático dos Conselhos Gestores.

Dentre os vários aspectos que podem e devem, sem dúvida, ser também contemplados na identificação e avaliação do desempenho dos Conselhos Gestores, elegemos como foco de nossa atenção sobre o conteúdo das Atas do CES/MT, referentes ao ano de 2011, o cronograma e o conteúdo das pautas das sessões ordinárias e extraordinárias do CES/MT; a frequência dos representantes deste Conselho e das respectivas Comissões nas reuniões; a divulgação e a transparência da gestão do CES/MT, especialmente quanto às definições e à fiscalização orçamentária em políticas públicas de saúde; os posicionamentos e a tomada de decisão quanto às contratações de serviços privados, através das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

3.1 Cronogramas das Reuniões do CES/MT no Exercício de 2011

Algumas práticas do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso foram identificadas pela análise de suas Atas. Esta análise somente se tornou possível, como já observamos, dada a existência de um acervo documental localizado na Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES/MT), e especialmente pelos

arquivos digitalizados que se encontram disponíveis ao público de modo geral na web site²¹ da Secretaria de Saúde do Estado.

Considerando o volume de documentos e informações dos mais variados assuntos constantes dos arquivos disponibilizados à sociedade, e os objetivos específicos desta pesquisa, reafirma-se a escolha pela análise das atas do exercício de 2011, período em que, entre outros aspectos polêmicos, a participação da sociedade institucionalizada pelo Conselho Estadual de Saúde- (CES/MT), teve papel relevante na decisão da terceirização do gerenciamento dos serviços públicos de saúde, de competência estadual, às Organizações Sociais (OS).

As fontes geradas pelo Conselho de Saúde do Estado de Mato Grosso fornecem importantes informações sobre as ações dos conselheiros, que são as pessoas responsáveis pelas políticas sobre saúde pública neste Estado. Reforçamos que o controle social na área da saúde é legalmente assegurado através da atuação dos “Conselhos de Saúde” e das “Conferências de Saúde”. Estas são realizadas de quatro em quatro anos, com a participação de vários segmentos da sociedade, cujos objetivos são a análise dos avanços e retrocessos do “Sistema Único de Saúde (SUS)”, e a proposição de diretrizes para a formulação das políticas de saúde em cada esfera de atuação.

Dentre os vários documentos que compõem o acervo da Secretaria da Saúde de Mato Grosso, foram analisadas, no período proposto, 16 (dezesesseis atas), sendo 11 (onze) proveniente das reuniões ordinárias, e 5 (cinco), das extraordinárias. Estas últimas em sua maioria foram realizadas durante o primeiro semestre, ou seja, durante os meses de fevereiro a julho, nos quais praticamente CES/MT reuniu-se por duas vezes no mesmo mês.

Fizemos uma verificação *in loco* nos arquivos da Secretaria de Saúde do Estado para a identificação das Atas que estão reunidas por ano. Todavia, conforme averiguações, apenas as atas dos exercícios de 2011, 2012 e do corrente ano foram localizadas, com exceção da Ata da Reunião Extraordinária do mês de março e a de julho de 2011, não encontradas. As demais atas, abrangendo, inclusive, a da criação do Conselho, não estão organizadas, evidenciando que o processo arquivístico dessa documentação ainda está por ser organizado.

²¹ <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivos/8/atas> acesso em 14.05.2013

Além disso, identificamos em uma das Atas extraordinárias uma informação incorreta, uma vez que está disponibilizada na web site do Conselho Estadual de Saúde como sendo a Ata extraordinária de julho (de fato não localizada), ao invés de sua identificação correta, ou seja, como do mês de junho.

Considerando as referidas ressalvas, o arquivo digital encontra-se relativamente bem organizado, sendo acessível a qualquer cidadão interessado na informação sendo, portanto, considerados documentos aptos à instrumentalização do controle secretarias de saúde e demais órgãos ambientais.

Outro detalhe desta documentação é a personalização do símbolo do sistema SUS constando em todas as páginas das atas, identificando a localização do órgão e de qual Estado pertence o documento oficial, assim como todas as linhas estão apropriadamente numeradas.

As reuniões ordinárias do Conselho Estadual de Saúde (CES) /MT aconteciam, ao longo de 2011, em toda primeira quarta-feira do mês, no período de fevereiro a dezembro, às 14hs. O Conselho possui um cronograma com as reuniões ordinárias publicadas no *site* do órgão, conforme consta da figura 5, apresentada a seguir.

Figura 5 – Cronograma Reuniões Ordinárias

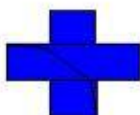


GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

CRONOGRAMA REUNIÕES ORDINÁRIAS – 2011 – 14:00 HORAS

FEVEREIRO	02.02.11
MARÇO	02.03.11
ABRIL	06.04.11
MAIO	04.05.11
JUNHO	01.06.11
JULHO	06.07.11
AGOSTO	03.08.11
SETEMBRO	14.09.11
OUTUBRO	05.10.11
NOVEMBRO	09.11.11
DEZEMBRO	07.12.11

Observação: existe previsão de reuniões extraordinárias ao longo do período, cujas datas são deliberadas pelo Pleno.



SUS Sistema
Único
de Saúde

Centro Político Administrativo – Fones 613.5341 e 613.5342
 CEP 78070-970 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613.5342

Fonte: web site da CES/MT

(Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/1593/calendario> acesso em 02 de maio de 2013)

As extraordinárias, por sua vez, conforme análise das Atas ocorreram nas datas apresentadas no quadro a seguir.

Quadro n. 1 – Calendário das Reuniões Extraordinárias

Fevereiro	21.02.11
Março	16.03.11
Abril	12.04.11
Maio	11.05.11
Junho	06.06.11
Julho*	27.07.11
Novembro*	17.11.11

Fonte: informações das Pautas na *web site* do Conselho Estadual de Saúde.

*período integral

Elaboração da autora.

Com relação à periodicidade das reuniões, as ordinárias ocorrem mensalmente e as extraordinárias acontecem posteriormente às ordinárias, quando há necessidade. As reuniões extraordinárias são intercorrentes, sendo realizadas quando são indispensáveis maiores esclarecimentos sobre determinados assuntos. Ou seja, elas acontecem quando há necessidade dos conselheiros examinarem ou discutirem com mais detalhamentos os problemas de maior complexidade.

Observando o cronograma estabelecido para as reuniões extraordinárias cabe questionar a concentração destas reuniões no 1º semestre do ano de 2011, ocorrendo apenas uma delas no segundo semestre, no mês de novembro, aspecto a que retornaremos mais adiante, já que tem, por imposição legal, íntima relação com o conteúdo das pautas que serão discutidas nestas reuniões.

Em termos formais, constatamos na averiguação das atas que estas possuem termos de abertura e de encerramento constando nomes e assinaturas de todos os presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias. Entre as características estruturais, em todas as atas antes do termo de abertura constam, além das pautas que serão abordadas e da indicação do coordenador da reunião, a data e o número de identificação da sessão, o local onde está sendo realizada, e o número de participantes. Assim, geralmente os termos de abertura quando das reuniões

ordinárias ou das extraordinárias, são compostos por textos semelhantes ao que segue:

Ao primeiro dia do mês de junho do ano de dois mil e onze, as quatorze horas e trinta minutos, no Hotel Fazenda Mato Grosso, situado no Bairro Coxipó em Cuiabá-MT, deu início à centésima octogésima nona reunião ordinária do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso. O Presidente do CES/MT (...) fez os devidos cumprimentos e após a conferência de quorum deu início a reunião com 15 (quinze) conselheiros presentes. (Ata do conselho de saúde do estado de Mato Grosso de 1º de junho de 2011.).

Quanto ao encerramento, comumente todas são similares, registrando nominalmente os participantes, através de seus nomes pessoais e do órgão a que representam.

Nada mais havendo a ser deliberada pelo Pleno, a reunião foi encerrada às dezesseis horas e trinta minutos, e após lida e achada conforme, a presente Ata foi aprovada pelo Pleno e segue assinada pelos presentes.

Para além do cronograma das sessões, e da padronização das formalidades do início e final das sessões do CES/MT, torna-se indispensável, contudo, identificar e analisar aspectos problemáticos relativos à dinâmica das sessões do Conselho, como é o caso do item que trataremos a seguir, dedicado a tratar da frequência dos representantes nas sessões que ocorreram durante o ano de 2011.

3.2 Frequência e Participação dos Conselheiros nas Sessões do CES/MT

Como indicamos no item anterior, o segundo aspecto a ser identificado e analisado é o da frequência dos representantes às reuniões do CES/MT.

Esta frequência foi contabilizada pela tabulação das informações contidas nos instrumentos objetos de avaliação, isto é, nas Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Tabela 9 - Relação de presenças e faltas nas Reuniões Ordinárias das Entidades Representativas na Composição do Pleno do CES/MT no ano de 2011.

ENTIDADE REPRESENTATIVA	Presenças	Faltas
1. Poder Executivo	11	-
2. Representante da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA	08	03
3. Representante da Associação de Defesa do Rio Coxipó - ADERCO	10	01
4. Representante da Federação de Moradores e Associação de Bairros - FEMAB	05	06
5. Representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura - FETAGRI	05	06
6. Representante da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT	10	01
7. Representante dos Hospitais e Entidades Filantrópicas	10	01
8. Representante da Associação dos Aposentados e Pensionistas de MT -	05	06
9. Representante da Associação Mato-grossense de Deficientes - AMDE	11	-
10. Representante da Associação Portadores de Patologias	09	02
11. Representante da Central Única do Trabalhador - CUT	11	-
12. Representante da Secretaria de Estado de Meio Ambiente - SEMA	08	03
13. Representante da Secretaria de Estado de Saúde - SES	11	-
14. Representante da Secretaria de Estado de Saúde - SES	08	03
15. Representante de Entidades de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente	04	07
16. Representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS	09	02
17. Representante do Conselho Regional de Enfermagem - COREN	04	07
18. Representante do Conselho Regional de Educação Física - CREF	10	01
19. Representante do Conselho Regional de Farmácia - CRF	08	03
20. Representante do Conselho Regional de Fisioterapia -	09	02

CREFITO		
21. Representante do Conselho Regional de Medicina Veterinária - CRMV	09	02
22. Representante do Conselho Regional de Psicologia - CRP	11	-
23. Representante do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS	09	02
24. Representante do Grupo Saúde Popular – GPS/MOPS	05	06
25. Representante do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Mato Grosso - MT - Saúde	03	08
26. Representante do Movimento de Raças	10	01
27. Representante do Núcleo de Estudos e Organização da Mulher - NEOM	10	01
28. Representante do Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde do Estado - SINDESSMAT	10	01
29. Representante do Sindicato dos Garimpeiros - SINDIMINERIO	04	07
30. Representante do Sindicato dos Profissionais da Educação – SINTEP	09	02
31. Representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Meio Ambiente – SISMA	09	02

Fonte: Atas das Reuniões Ordinárias de 2011

Elaboração: da autora

Mediante o levantamento de dados apresentados na tabela 9, e pela leitura das Atas, é possível constatar que apenas cinco (5) conselheiros compareceram a todas as sessões; aproximadamente mais da metade (18) dos conselheiros tiveram entre 1 e 3 faltas; e oito (8) deles entre seis (6) e oito (8) faltas (cerca de 40 a 50%) das reuniões.

Estes dados são, sem dúvida, preocupantes, uma vez que embora entre os mais frequentes estejam oito (8) entidades representantes dos usuários, é também neste segmento que foi registrado o maior número de instituições faltosas (7).

Além da relativa assiduidade às reuniões do CES/MT, o segmento representando os Trabalhadores do setor saúde: Conselho Regional de Fisioterapia (CREFITO), Conselho Regional de Psicologia (CRP), Conselho Estadual de Educação Física (CREF), foram os mais atuantes e compromissados com o

Conselho, com discursos que evidenciam a preocupação com a área da saúde, associados com conhecimento técnico sobre os temas em debate.

No caso dos representantes do segmento dos Usuários, destacamos a presença em quase todas as reuniões das seguintes entidades: Associação Mato-grossense de Deficientes (AMDE), Associação dos Portadores de Patologias, Central Única do Trabalhador (CUT), representante do Movimento de Raças, do Núcleo de Estudos e Organização da Mulher (NEOM), do Sindicato dos Profissionais da Educação (SINTEP), e da Associação de Defesa do Rio Coxipó (ADERCO).

Contudo, a ausência constante nas reuniões de pouco menos da metade da totalidade do Conselho Pleno, foi notificada e criticada pelo vice- presidente do Conselho, já na segunda reunião ordinária de 2011.

É indispensável lembrar, por outro lado, que a simples presença nas reuniões não representou a plena participação nas sessões do CES/MT. O silêncio ou a ausência de intervenções de parte dos conselheiros pode, talvez, representar além de descompromisso com as questões em pauta, a falta de conhecimento técnico adequado e suficiente para participar do debate com os demais colegas de seu segmento, ou para se contrapor aos representantes do segmento Governamental, faltando à apropriação de instrumentos para os julgamentos e posicionamentos necessários.

Vários são os assuntos, dentre os que estiveram presentes nas pautas do CES/MT, como veremos no item a seguir, que além de compromisso social com a gestão de recursos públicos, necessitam de esclarecimentos técnicos, podendo ser lembrados os questionamentos mais comuns, dentre os quais destacamos: os orçamentos e a devida aplicação dos recursos destinados às ações do Conselho Estadual de Saúde (CES/MT); os relatórios produzidos pela contabilidade pública, a legislação do SUS, esclarecimentos de decisões tomadas ou da legislação vigente sobre o SUS e, impreterivelmente, com mais frequência, os assuntos relacionados aos programas de saúde vinculados a aprovação e conhecimento do Conselho Estadual de Saúde.

Do mesmo modo, vale considerar que conduzir processos decisórios na área da saúde implica em ter conhecimento acerca de outras áreas diferentes da área específica da temática em discussão, que facilitarão a compreensão do assunto, tais

como: administração pública, orçamento e contabilidade pública, legislação do SUS, dentre outras.

Acerca desses obstáculos relativos à falta de conhecimento e de informações técnicas para as práticas dos Conselheiros, afirma GOHN:

Há necessidade de capacitação dos conselheiros (inclusive com cursos, seminários, trocas de experiências, fóruns, espaços culturais, eventos etc.). A participação, para ser efetiva precisa ser qualificada, ou seja, não basta a presença numérica das pessoas porque o acesso está aberto. É preciso dotá-las de informações e de conhecimentos sobre o funcionamento das estruturas estatais. Não se trata, em absoluto, de integrá-la, incorporá-la à teia burocrática. Elas têm o direito de conhecer essa teia para poder intervir de forma a exercer uma cidadania ativa, não regulada, outorgada, passiva; (GOHN, 2003, p.95).

Em síntese, de acordo com Gohn (idem: p. 43) “(...) a qualidade da participação pode ser mensurada pelo grau de informação (ou desinformação), contidas nas opiniões dos participantes”.

A participação consequente nos conselhos pressupõe, contudo, além do conhecimento sobre os aspectos relativos às demandas pela saúde pública, o desenvolvimento de responsabilidade social e postura política crítica para a participação e administração de conflitos, capacidade de articulação e negociação.

Neste sentido, é mais que oportuno considerar a importância da participação, na perspectiva das pedagogias estimuladas após os anos 1960, sobretudo por Paulo Freire, como uma ideia (força) que deve ser estimulada por intermédio da educação, da capacitação, da busca do conhecimento. Ou ainda, como aponta Faundes (*apud* Gohn: 2003 p.29), como

[...] a criação do conhecimento, de um novo conhecimento, participação na determinação das necessidades essenciais da comunidade, participação na busca de soluções e, sobretudo, na transformação da realidade. Participação de todos aqueles que tomam parte no processo de educação e de desenvolvimento.

A preocupação com a necessidade de informação e de capacitação técnica para a participação plena, lembrada, também, por alguns dos participantes do

CES/MT, que fazem, inclusive, sugestões a este respeito, como será visto em diferentes oportunidades registradas em atas a que faremos referência mais adiante, fica evidente, também, na diversidade e complexidade dos temas propostos nas pautas das reuniões do CES/MT, que serão apresentados no próximo item.

3.3 Pautas das Sessões ordinárias e Extraordinárias

No total, foram realizadas durante o ano de 2011, 11 (onze) sessões ordinárias do CES/MT e cinco (5) reuniões extraordinárias.

Em relação ao conteúdo das pautas, a ser apresentado a seguir, ressaltamos que omitimos em ambas as tabelas o 1º item, por se tratar de Conferência de quórum, e o 2º, por estar relacionado com Apreciação e aprovação da Ata da Reunião, geralmente das reuniões anteriores, e por vezes das extraordinárias. Em certas Atas observamos a inserção do 3º item referente à Expediente Relevante do CES-MT, que achamos importante destacar nos dados evidenciados.

Tabela 10 - Pautas das Reuniões Ordinárias

PAUTAS DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS		
MÊS	DATA	PAUTAS
Fevereiro	02.02.11	4.º Pauta: 4.1. – Conselho Estadual de Saúde: Apresentação do Relatório da Secretaria Geral do CES-MT 2010; (10 min.). Apresentação do Relatório da Ouvidoria Geral do CES-MT 2010 (10 min.); 4.2. – Conselho Estadual de Saúde Recomposição das Comissões do CES-MT Permanentes, Especiais e Temporária que se encontram em vacância. (10 min); 4.3. – Conselho Estadual de Saúde Aprovação de agendas de reuniões do CES-MT e das demais Comissões. (10 min.)

		4.4. – Superintendência de Atenção Integral à Saúde Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a Situação do Funcionamento da Atenção Primária em Mato Grosso “Programa Saúde da Família – PSF”. (10 min.). 1.5. – Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa – CRIDAC 1.6. Apresentação, discussão e encaminhamentos da Minuta da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado de Mato Grosso. (10 min.). 4.6. – Comissão Intergestora Bipartite – CIB Conhecimento e homologação: (10 min.) Resoluções: 09, 22, 23, 24, 25, 54, 58, (Vigilância); Resoluções: 214 a 284 (Norma); 4.5. – Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação. Apresentação, discussão e encaminhamentos do Plano de Urgência e Emergência no Estado de Mato Grosso. (10 min.) 4.6. –Área técnica da alimentação e nutrição: Apresentação e encaminhamentos da Política Estadual de Alimentação e Nutrição de Mato Grosso (PEAN/MT); (10 min.). Instituição da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) no âmbito do Conselho Estadual de Saúde; 4.7. –Secretaria de Estado do Meio Ambiente (SEMA): Discussão sobre a Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde no Estado do Mato Grosso. (10 min.)
--	--	---

		4.10. –Conselho Regional de Medicina (CRM): Situação dos pacientes que enfrentam a doença de câncer em MT. (10 min.) Presidente do CRM-MT Dr. Arlan de Azevedo Ferreira – exposição da situação que se encontra para debate no Pleno sobre a organização do Sistema de Assistência Oncológica para o Estado de Mato Grosso.
Março	02.03.11	3.º Pauta: 3.1. - Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência. (Lucia Provenzano) (15 min.) 3.2. – Apresentação, discussão e homologação das resoluções CIB. (Norma) Resoluções – 09, 22, 23, 24, 25,54 (Vigilância) ref. (2010) Resoluções – 214 a 284 ref. (2010) Resoluções – 285 a 339 ref. (2010) 3.3. – Apresentação, discussão e encaminhamentos do Pré Projeto de Atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência. (Oliane) (10 min.) 3.4. – Apresentação, discussão e encaminhamentos da Política Estadual de Alimentação e Nutrição de MT (PEAN/MT). (10 min.) 3.5. – Instituir a Comissão Inter-setorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) no CES/MT. 3.6. –Apresentação, discussão e encaminhamento da proposta para as Conferências Municipais e Estadual de MT. (
Abril	06.04.11	3º Expediente Relevante - Fazer o chamamento da reunião extraordinária do Conselho do mês de abril, tendo como pauta a análise e aprovação do RAG – (13/04/2011). - Fazer o chamamento da reunião extraordinária do Conselho do mês de maio, tendo como pauta a discussão sobre a Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde no Estado de MT. (11/05/2011) 4.º Pauta: 4.1. – Apresentação, discussão e

		encaminhamentos da Política Estadual de Alimentação e Nutrição de MT (PEAN/MT). 4.2. – Instituir a Comissão Inter-setorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) no CES/MT. (10 minutos) 4.3. – Apresentação e aprovação das propostas encaminhadas pelos conselheiros na reunião extraordinária do dia 16/03/2011, sobre a apresentação das OS- Organizações Sociais. As propostas são as seguintes: 1- Criação dos Conselhos Gestores 2- Discussões sobre as Organizações Sociais nas Conferências 3- Realização de um movimento em prol do Controle Social 4- Formar parceria entre o CES e UFMT 5- Que o CES/MT se posicione contra as Organizações Sociais no SUS. 4.4. – Apresentação e discussão dos encaminhamentos propostos pela coordenação da VII Conferência Estadual de Saúde e composição das Sub Comissões da referida Conferência (15 minutos) 4.5. – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre o Plano do Estado para implantação das UPAS, sala de estabilização e SAMU. (15 minutos) 4.6 – Apresentação e aprovação da redação final da Minuta da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência de MT. Alterações propostas nas páginas: 06 – 07 – 08 – 09 – 12 – 13 -14. (10 minutos) 4.7 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a situação do Programa dos Agentes Comunitários. (10 minutos)
Maio (período integral)	04.05.11	Primeiro período 2.º Pauta: 2.1 – Apresentação, análise, discussão e deliberação do Relatório Trimestral de Gestão (Lucinéia). Segundo período 3.º Expediente Relevante: 3.1 – <i>Secretaria Geral do CES-MT informa o recebimento do Ofício Circular nº 064</i>

		encaminhado pela Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde que trata do informa do Seminário Nacional de Orçamento e Financiamento, que será realizado no dia 07 de junho, no Setor de Administração Federal SUL – Quadra 4, Lote 01, no Auditório do Tribunal de Contas da União (TCU). Solicita-se ainda que seja indicado um representante para se fazer presente neste evento, o qual será custeado as despesas referentes às passagens aéreas e a diária deste representante. 4.º Pauta: 4.1. – Apresentação, discussão e encaminhamentos da Política Estadual de Alimentação e Nutrição de MT (PEAN/MT). e Instituir a Comissão Inter-setorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) no CES/MT. (15 min.) 4.2. – Apresentação e discussão dos encaminhamentos propostos pela Coordenação da VII Conferência Estadual de Saúde e composição das Sub Comissões da referida Conferência (Coordenadora da Comissão Organizadora da 7ª Conferência Estadual de Saúde) (15 minutos) 4.3. – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre o Plano do Estado para implantação das UPAS, sala de estabilização e SAMU. (15 minutos) 4.4 – Apresentação e aprovação da redação final da Minuta da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência de MT. Alterações propostas nas páginas: 06 – 07 – 08 – 09 – 12 – 13 -14. (10 minutos) 4.5 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a situação do Programa dos Agentes Comunitários. (10 minutos). 4.6 – Apresentação, discussão e deliberação das Resoluções CIB
Junho	01.06.11	3.º Expediente Relevante: 3.1 – Indicação dos suplentes para a Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador - CIST 4.º Pauta: 4.1 – Apresentação, discussão e deliberação

		das Resoluções CIB. (Resoluções nº 01 a 38 de 2011) 4.2 – Apresentação, discussão e deliberação sobre a situação atual da Política Estadual de Combate à Dengue. 4.3 – Apresentação, discussão e deliberação da Política Estadual do Idoso. 4.4 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a situação dos Prontos Socorros de Cuiabá e Várzea Grande.
Julho	06.07.11	3.º Pauta: 3.1 – Posse dos novos conselheiros. 3.2 - Apresentação, discussão e deliberação sobre o contrato da COOVMAT com a SES. 3.3 – Apresentação e sugestões quanto à reformulação da Lei Complementar 22. 3.4 – Apresentação e aprovação da resolução que regulamenta a Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição.
Agosto	03.08.11	3.º Pauta: 3.1 – Apresentação e discussão sobre a situação atual do Hospital Universitário Julio Muller quanto a: Quantidade de leitos, internações, recursos humanos, recursos financeiros e seus respectivos gastos. (Dr. Elias) 3.2 – Conferência Estadual de Saúde, informes e encaminhamentos.
Setembro	14.09.11	3.º Pauta: 3.1 – Cedência de servidor da FUNASA para o MT Laboratório (Comissão RH) 3.2 – Apresentação e discussão sobre a situação atual do Hospital Universitário Julio Muller quanto a: Quantidade de leitos, internações, recursos humanos, recursos financeiros e seus respectivos gastos. (Dr. Elias) 3.3 – Apresentação, discussão, encaminhamentos e aprovação da Política Estadual de Saúde Mental e da Resolução que cria critérios de implantação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no Estado de MT. (Áurea)

		3.4 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre o Plano pedagógico da Escola de Saúde Pública – ESP: – Corpo Docente, Cursos e Capacitações em andamento. 3.5 – Apresentação sobre realização da 7ª Conferência Estadual de Saúde 3.6 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a solicitação do Ministério Público. Auditoria no Hospital Regional de Cáceres setor de oncologia e CRIDAC
Outubro	05.10.11	3.º Pauta: 3.1 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre o Plano pedagógico da Escola de Saúde Pública – ESP: – Corpo Docente, Cursos e Capacitações em andamento. 3.2 – Apresentação sobre realização da 7ª Conferência Estadual de Saúde (Leila Boabaid) 3.3 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a solicitação do Ministério Público. Auditoria no Hospital Regional de Cáceres setor de oncologia e CRIDAC. 3.4 – Discussão e encaminhamentos sobre a não participação dos Conselheiros Estaduais de Saúde no evento de mobilização em prol da EC-29 no dia 24/08/11 em Brasília. 3.5 – Apresentação discussão e encaminhamentos sobre o contrato de gestão do Hospital Metropolitano de Várzea Grande. 3.6 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre Pactuação Programada Integrada – PPI. 3.7 – Apresentação e discussão do Relatório de Execução do 2º Trimestre / 2011. (Lucinéia) 3.8 – Mudança da sede do Conselho Estadual de Saúde (Mesa diretora)
Novembro	09.11.11	3.º Pauta: 3.1 – Posse do Conselheiro: Vicente Falcão de Arruda Filho (Segmento Governo - Representante da SEMA)

		3.2 – Apresentação e Aprovação do pedido de vistas sobre a Política Estadual de Saúde Mental de MT. 3.3 – Leitura e aprovação da composição da CIST – Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador 3.4 – Discussão e encaminhamentos sobre a não participação dos Conselheiros Estadual de Saúde no evento de mobilização em prol da EC-29 no dia 24/08/11 em Brasília. 3.5 – Apresentação discussão e encaminhamentos sobre o contrato de gestão do Hospital Metropolitano de Várzea Grande. (João Dourado) 3.6 – Apresentação do relatório com os encaminhamento sobre a Unidade de Oncologia de Cáceres. 3.7 – Apresentação e discussão do Relatório de Execução do 2º Trimestre / 2011. 3.8 – Apresentação, discussão e aprovação das Resoluções CIB do nº 40 a 88. 3.9 – Discussão e encaminhamentos sobre a mudança da sede do Conselho Estadual de Saúde (Mesa diretora) 3.10 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a remoção dos serviços prestados pelas unidades de internação do CIAPS Adalto Botelho para o prédio do Antigo Instituto Neuropsiquiátrico. 3.11 – Apresentação, discussão e homologação do Relatório de Gestão de 2010 do Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário. 3.12 – Apresentação das demandas protocoladas na Ouvidoria.
Dezembro (período integral)	07.12.11	Primeiro período 2.º Expediente Relevante <i>- O Secretário de Estado de Saúde, o Dr. Vander Fernandes, solicita através do Ofício 1773/2011 que o Conselho indique um representante do Conselho para fazer parte da Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão.</i> 3.º Pauta: 3.1 – Discussão e encaminhamentos sobre a

		não participação dos Conselheiros Estadual de Saúde no evento de mobilização em prol da EC-29 no dia 24/08/11 em Brasília. (Orlando) 3.2 – Homologação do Ad Referendum e acolhimento das sugestões propostas pelos conselheiros sobre o PTA. 3.3 – Apresentação das demandas protocoladas na Ouvidoria (Edna Marlene) Segundo período 3.º Pauta: 3.1 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a remoção dos serviços prestados pelas unidades de internação do CIAPS Adalto Botelho para o prédio do Antigo Instituto Neuropsiquiátrico. 3.2 – Recomposição das Comissões do CES/MT. 3.3 – Apresentação, discussão dos problemas e propostas e sugestões para enfrentamento junto às dificuldades de funcionamento do CRIDAC.
--	--	---

Fonte: web site CES/MT disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivos/10/pautas> acesso em 27 de maio de 2013
Elaboração: da autora

Quanto às reuniões extraordinárias, apresentamos a seguir as pautas publicadas, às quais tivemos acesso.

Tabela 11– Pautas das reuniões extraordinárias

PAUTAS DAS REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS		
Fevereiro	21.02.11	2.º Pauta: 2.1 – Superintendência de Atenção à Saúde (Regina Paula de Oliveira Amorim da Costa – Coordenadora da Atenção Primária): Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a Situação do Funcionamento da Atenção Primária em Mato Grosso “Programa Saúde da Família – PSF”.
Março	16.03.11	2.º Pauta: 2.1 – Apresentação, discussão e encaminhamento da proposta para as Conferências Municipais e Estadual de MT. (Coordenadora da Conferência Estadual)

		2.2 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre as Organizações Sociais (OS). (Presidente do CES/MT)
Abril	12.04.11	3.º Pauta: 3.1 – Deliberação pela Moção de Pesar ao conselheiro Lousite Ferreira da Silva. 3.2 – Apresentação, Análise, discussão e deliberação do Relatório Anual de Gestão 2010. (COPLAN)
Maio	11.05.11	2.º Pauta: 2.1- Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a situação dos medicamentos adquiridos pela SES, bem como os medicamentos de alto custo.
Junho	08.06.11	3.º Pauta: 3.1 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre a Gestão de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde no Estado de Mato Grosso.
Julho (período integral)	27.07.11	Primeiro período 2.º Pauta: 2.1 – Posse de Conselheiros 2.2 – Apresentação e sugestões quanto à reformulação da Lei Complementar 22. Segundo Período 2.º Pauta: 2.1 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre o PTA 2012 – 2015.
Novembro (período integral)	17.11.11	Primeiro período 2.º Pauta: 2.1 – Apresentação da resolução Ad – Referendum 01/2011 que aprova o PTA- 2012 / SES. 2.2 – Apresentação e discussão do Relatório de Execução do 2º e 3º Trimestre / 2011. Segundo período

		2º Pauta: 2.1 – Apresentação, discussão e encaminhamentos sobre o Contrato de Gestão do Hospital Metropolitano de Várzea Grande.
--	--	--

Fonte: web site CES/MT disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivos/10/pautas> acesso em 27 de maio de 2013
Elaboração: da autora

A partir da identificação do conteúdo do conjunto das pautas das sessões do CES/MT é possível constatar e contabilizar quais as temáticas que numericamente foram mais constantes, quais as mais polêmicas tratadas ao longo do referido ano, e quais as que foram pouco consideradas, em relação às atribuições do Conselho, ao longo de 2011.

Relacionamos abaixo às temáticas numericamente mais constantes, em ordem decrescente:

1. A apresentação, discussão e por vezes aprovação de programas, projetos, políticas, sistemas e contrato de gestão é o item que mais consta das pautas das sessões ordinárias e extraordinárias do CES/MT, totalizando 21 abordagens. Destas, 19 foram em oito (8) das sessões ordinárias, e duas (2) uma em cada sessão, dentre as 7 sessões extraordinárias registradas.

2 A avaliação de programas, situações, sistema, contratos, incluindo duas (2) auditorias, totalizando 11 avaliações discutidas em sete (7) reuniões ordinárias, e quatro (4), uma por reunião, dentre as sete (7) extraordinárias;

3 A apresentação, discussão e aprovação de *relatórios* ocorreu ocupou a pauta em sete (7) sessões ordinárias e duas (2) em sessões extraordinárias distintas, sendo, assim, em nove (9) oportunidades tema de sessões;

4 A discussão, proposição e renovação de *comissões*, foram tematizadas em 8 sessões ordinárias;

5 Propostas sobre a realização de “Conferências de Saúde” foram tratadas cinco (5) vezes em reuniões ordinárias e uma (1) em reunião extraordinária;

6 A apresentação, discussão e aprovação de *resoluções* foram tratadas em 5 sessões ordinárias.

Merece, assim, destaque positivo a preocupação com a discussão e apresentação de novas propostas e projetos que ocuparam o maior espaço da agenda do CES/MT, bem como a avaliação de atividades de saúde em curso, e a apresentação de relatórios sobre o desempenho dessas atividades, atribuições básicas do CES/MT. Cabe, no entanto, registrar que não se trata apenas de apontar a quantidade, mas a qualidade das discussões que foram feitas sobre o que foi proposto nas pautas.

Vale destacar, por outro lado, que questões fundamentais em relação às atribuições do CES/MT, como a apresentação e discussão das demandas registradas pela Ouvidoria, que tem como vimos à incumbência de detectar e ouvir reclamações e denúncias no âmbito do SUS, investigar a sua procedência e apontar responsáveis ao CES, tenham sido objeto de atenção por este Conselho, na gestão de 2011 apenas uma vez, como também a aprovação das agendas das sessões do Conselho, e a parceria com UFMT.

De modo similar, chama a atenção no repertório das pautas e no conteúdo das Atas o contraste entre a pouca frequência de certos assuntos e o seu caráter polêmico, como o desperdício de medicamentos adquiridos com o orçamento repassado pelo SUS, as auditorias em determinados hospitais, e os contratos com as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Chama igualmente a atenção a ausência, nas 16 pautas e Atas consultadas, de problemas evidenciados nos dados citados e contabilizados no cap. 1, sobre as condições de saúde em Mato Grosso, tais como: o número significativamente menor, em relação aos hospitais privados, de hospitais públicos; a falta de leitos; de equipamentos e de tecnologias mais avançadas na área hospitalar; a oferta insuficiente de serviços como exames ou cirurgias de alto custo, também chamados de “alta complexidade”, não absorvendo a demanda dos usuários em suas principais necessidades.

Merecem destaque, igualmente, outros aspectos como as omissões, falta de divulgação e da devida fiscalização de ações e serviços de saúde, apontados como problemáticos pelos próprios conselheiros, dos quais trataremos no item a seguir.

3.4 Omissões Falta de Divulgação, e Ênfase na Falta de Recursos Financeiros.

Destacamos três aspectos a partir do conteúdo das Atas, que serão trabalhados neste item. O primeiro deles omissão do Conselho Pleno em discutir as decisões das Comissões específicas, registrada nas Atas: um segundo aspecto, mais específico, a omissão do CSE/MT em relação a encaminhamentos sobre os deficientes físicos; a falta de divulgação sobre esta questão; e por último a frequente utilização do argumento de falta de recursos financeiros.

Sobre a problemática da passividade e da omissão do Conselho constatou-se, em linhas gerais nos registros sobre as sessões, que quando foram feitos encaminhamentos por cada uma das Comissões do Conselho, praticamente não foram colocados questionamentos sobre eles, ocorrendo à homologação das propostas por parte dos demais Conselheiros, nos termos do próprio relator da Comissão. Esta passividade ou omissão foi a prática utilizada para deliberar sobre questões de coordenação, gestão, normatização e acompanhamento das ações e serviços de saúde²², atribuições dos representantes do CES/MT que, a rigor, com frequência não foram assumidas com a responsabilidade social exigida pelo cargo que ocupavam.

Vários são os exemplos, registrados em atas, deste tipo de procedimento por parte dos membros do Conselho Pleno, expressos na falta de discussão sobre os assuntos encaminhados pelas referidas Comissões, como os destacados nas transcrições apresentadas a seguir, ambas relativas à aprovação de resoluções.

A Conselheira da Comissão de Recursos Humanos diz: a nossa Comissão apreciou as seguintes resoluções: 282, 283, 286 e 309; todas elas foram apresentadas ao Pleno no ano passado, e a nossa recomendação é que esse Pleno aprove e homologue as resoluções.

O Presidente coloca em votação as resoluções e os relatórios aqui apresentados pelas Comissões. Os conselheiros que concordam com os relatórios e as resoluções aqui nominadas e apresentadas permaneçam como estão. Ok, aprovado por unanimidade. (grifo nosso). (Ata Reunião Ordinária de 2/03/2011).

²² Artigo 17, inciso III da Lei Complementar nr. 22, Publicada no D.OE em 09.11.92

Pauta 4.1 – Apresentação, discussão e deliberação das Resoluções CIB (Resoluções nº 01 a 38 de 2011). Em seguida, os representantes das Comissões (...) que analisaram as resoluções da CIB se manifestaram. Primeiramente o Conselheiro representante da Comissão de Ações Programáticas se manifestou dizendo, com relação às resoluções 07, 09, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 e 34, que foram apreciadas pela Comissão de Ações Programáticas sem nenhuma restrição. Com isso a Comissão recomenda para aprovação do Pleno do Conselho. Em seguida o Presidente colocou em aprovação o encaminhamento do conselheiro; na sequência o Pleno aprovou com 15 votos favoráveis e uma abstenção. (Ata Ordinária de 03/08/2011).

Além da questão da falta de discussão no Conselho Pleno do CES/MT, registrou-se, também a falta de registro através de gravação de uma das reuniões ordinárias (março de 2011), fato que constou em Ata a pedido da representante do Conselho Regional de Psicologia. Ficou, assim, registrado um fato contrário aos preceitos da democracia deliberativa: a falta de divulgação e em consequência de transparência na formação das políticas e tomada de decisões.

Colaborando com a imprescindibilidade da transparência através da divulgação das decisões na esfera pública, Avritzer aponta a obra de Habermas , A Transformação Estrutural da Esfera Pública, destacando nela a “questão da publicidade emergindo historicamente como o resultado do processo do qual os indivíduos demandam dos governantes justificação moral dos seus atos em público”. (AVRITZER, 2000, p.36).

Coincidentemente, é nesta mesma reunião que é revelada a falta de atenção do CES/MT a respeito de políticas para pessoas deficientes, que têm respaldo e exigência na Constituição Brasileira de 1988, e na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90).

Sobre isso, o Conselheiro representante do Conselho Regional de Educação Física (CREF) afirma:

Gostaria de fazer apenas uma observação com relação à Política para Deficiente Físicos; dizer que até hoje não foi implantada na Secretaria Estadual de Saúde um elevador de acesso para os deficientes e inclusive o Ministério Público já notificou isso. A maioria dos prédios das Secretarias não tem acesso a pessoas com deficiência. (Ata da sessão ord. de 02-03-2011).

Outra observação feita pelo mesmo Conselheiro foi a necessidade de criar uma comissão de forma itinerante, com representantes da Associação da Pessoa com Deficiência Física do município de Cuiabá, Técnicos da reabilitação, Ministério Público e Segurança Pública integrariam a Comissão para identificar, orientar e atuar (notificar os casos de barreiras arquitetônicas nas vias públicas e espaços urbanos no município de Cuiabá).

Em resposta a esta proposição, o Presidente do Conselho explicou que “a política não pode atuar; ela não tem poder de polícia e essa redação teria que ser melhorada”. Nas palavras do Presidente, essa função de policiar atrapalharia o desempenho do Conselho. Ou seja, entende-se que se fosse legitimada a existência da referida Comissão, com esta função de fiscalização/ atuação, de certa forma isso poderia criar situações indesejáveis ao governo estadual. Mais ainda, que , alguns problemas não resolvidos em relação aos deficientes físicos teriam maior visibilidade, exigindo investimentos públicos, razão pela qual não foi bem recebida pelo Presidente do CES/MT.

Na mesma reunião (02/03), o referido Conselheiro representante do CREF chamou a atenção, de modo incisivo, para problemas na divulgação do “Plano de Trabalho Anual (PTA)” do CES/MT, envolvendo vultosos repasses orçamentários dos SUS, manifestando-se nos seguintes termos:

[.] este Conselho aprova uma política de inserção na comunicação do Governo do Estado, de milhões no nosso plano, esse dinheiro vai para a Secretaria de Comunicação do Governo, e muitas vezes o SUS não sai nem no cartaz, e a Secretaria também não consegue divulgar o que está fazendo [..](Ata ord. de 02-03-2011)

Contrastando com esta observação, aparece com relativa frequência nos registros das atas a referência feita, via de regra pelo Presidente do Conselho, de que os recursos são escassos, ou que falta financiamento, dando a entender, implicitamente, que haveriam poucos investimentos do SUS no Estado.

Exemplos desta natureza podem ser constatados nas seguintes transcrições de falas registradas na Ata da reunião de .2.03.2011, que embora de modo indireto, acabam por revelar o referido posicionamento sobre os recursos financeiros.

Segundo esta Ata, um dos conselheiros, representante da ADERCO, reclamou ao Presidente do Conselho por intermediar um conflito, ou uma reivindicação por parte de um grupo de mulheres, que reclamavam sobre a questão do Home Care na SES, sem a presença de outros conselheiros. Afirma o referido representante “que, elas queriam uma reunião com o Presidente, que não se encontrava naquele momento no local, sendo depois ‘escorraçadas’ por um funcionário”. Disse o Conselheiro que mais uma vez conseguiu acalmá-las, até que o Presidente chegasse.

Em resposta ao ocorrido, o Presidente do CES/MT esclareceu ao Conselheiro que o interpelava naquela sessão, sobre os atendimentos que a Secretaria de Saúde prestava e os gastos que mantinha com esse tipo de atendimento. Afirmou o Presidente que “mantém 34 pacientes que estão em regime de Home Care, criado pela Secretaria, com um custo perto de oitocentos mil reais para a SES”. Complementa que “se fosse feita a divisão desses valores pagos por números de pacientes, iriam perceber que é um numero extremamente elevado.”

Por outro lado, o Presidente do CES/MT discutiu nessa mesma reunião sobre a urgência e emergência do SAMU, sobre as UPAS, e comentou que o problema todo é financiamento. Disse que muitos municípios vivem a semana toda na “Secretaria da Saúde”, pedindo auxílio para manter o pronto atendimento. Porém, é um problema, disse ele, por não poder atender a todos os municípios. Segundo ele, um dos prefeitos do interior pediu para bancar o pronto atendimento porque não teria como manter os médicos, enfermeiros, mas nada foi feito. O presidente do CES/MT questionou de que modo poderia manter atendimento 24 horas sem profissionais, acrescentando que ainda não tem como atender a todos os anseios.

De fato, discussões sobre os gastos com saúde que devem ser planejados e orçados pelo CES/MT são frequentes nas Atas, razão pela qual apresentaremos, no próximo item, de modo especial duas dessas discussões, envolvendo questões orçamentárias: a da destinação e o mau uso do orçamento destinado à aquisição de medicamentos, e a aprovação do Plano de Trabalho Anual do Conselho, (PTA), no que diz respeito à discussão no Conselho Pleno, tendo em vista a sua íntima relação com a definição dos gastos a serem orçados para dar conta do encaminhamento das políticas de saúde para o Estado.

3.5 Desperdício de Recursos Públicos, e o *ad referendum* Para Aprovação do Plano de Trabalho Anual (PTA)

Dentre os vários temas problemáticos e extremamente críticos que aparecem registrados nas Atas, foram identificadas referências recorrentes sobre os gastos com medicamentos e seu desperdício.

De acordo com um dos representantes do CES, “sete (sete) milhões são para farmácia, de um montante de 16 milhões, que já tinham sido comprometidos por empenho, até dezembro de 2011”. (Ata de 2/3 de 2011).

Na mesma sessão, o Presidente do Conselho, dialogando com o representante da ADERCO, afirma sobre os *gastos* com os medicamentos, o que segue:

A SES precisa economizar nesse processo; a Secretaria compra por ano cerca de cento e cinquenta milhões em medicamentos e insumos hospitalares; quer dizer que se nos economizarmos 30%, estaremos economizando entre quarenta e cinquenta milhões de reais por ano, que irá sobrar para comprar serviços de saúde e melhorar para o usuário na ponta, para credenciar mais hospitais e isso é o desafio que temos que suprir aqui (...).

Em relação aos referidos gastos, o que se constata através da intervenção da representante da FUNASA, em outra sessão ordinária do CES/MT (mês de maio), é na verdade uma situação crítica. Ou seja, o desperdício de recursos que, por serem supostamente escassos, deveriam ser mais bem administrados. Segundo esta Conselheira, a questão dos medicamentos é um “gargalo: a execução não funciona”. A prevenção e assistência farmacêutica continuavam, a seu ver, sendo uma “ótima saída”, pois segundo ela “é muito triste ver na mídia veiculado o quantitativo de medicamentos vencidos, estocado por falta de gerenciamento. Como conselheiros, é preciso rediscutir essas questões”.(Ata da sessão ord. de maio de 2011).

Além dos discursos reveladores sobre o desperdício dos gastos com os medicamentos, é necessário destacar que o fornecimento de medicamentos aos beneficiários do SUS está previsto no art. 6º da Lei nº 8.080/90. Entretanto, essa

política de assistência farmacêutica, garantida pela legislação, contrasta com as situações ocorridas, como a dos remédios que estragam e que não chegam às mãos dos beneficiários no Estado de Mato Grosso.

Como a discussão a este respeito foi conduzida para a questão orçamentária, segundo a conselheira representante da SES, essa problemática voltaria a ser tratada na reunião extraordinária daquele mesmo mês (maio de 2011). Porém, mesmo assim, acrescentou em sua intervenção “que o problema não é o orçamento, mas sim a gestão do processo de licitação, e principalmente de dispensação, dos municípios”.

Mediante a solicitação de esclarecimentos sobre esta sua afirmação, a Conselheira acrescentou que “o programa de fornecimento de remédios atende aos 4 hospitais regionais e a 110 municípios do Estado”.

Por outro lado, através da consulta à ata da reunião extraordinária de maio, foi possível constatar que o conselheiro representante da ADERCO apresentou um relatório da auditoria do Estado que aponta a judicialização do acesso a medicamentos, indicando aumento do volume de processos entre os exercícios de 2009 e 2010. Segundo esse conselheiro, é necessária a atuação efetiva de acompanhamento e fiscalização em todos os aspectos em relação ao gerenciamento do estoque de medicamentos que está sob a gestão da empresa, considerando o expressivo valor e o volume que esses bens representam para a SES. O conselheiro detectou a ausência de gestão da Secretaria da Saúde (SES), e sugeriu que as ações da empresa terceirizada fossem revisadas. Adicionalmente, fez algumas recomendações:

[...] que seja criado um manual de procedimento operacional padrão, que seja revisto os valores abaixo de 0,05 (cinco centavos), que os índices que apresentam ausência de valores sejam valorados, que seja priorizada o acompanhamento e fiscalização de todo estoque, que nos próximos inventários fique responsável pelo acompanhamento e fiscalização manifeste conclusivamente em todos os aspectos quanto da apresentação de inventário físico pela empresa terceirizada, que seja elaborado periodicamente o inventário físico financeiro em estoque, proceder à devida conciliação entre o existente e a saída e o saldo em estoque, proceder mensalmente à devida conciliação da movimentação do almoxarifado do estoque: entrada, saída e saldo do estoque apresentado pela empresa e o registro contábil, notificando a

empresa quando encontrar divergência na conciliação do estoque a fim de regularizar as situações apresentadas. (Ata da reunião ext. maio de 2011).

Registra-se, assim, neste depoimento, que há graves falhas na distribuição dos medicamentos, que são administrados por empresa terceirizada, ou seja, por uma OS - que em conjunto serão discutidas no próximo item - e de modo especial que não há a devida fiscalização do CES/MT sobre sua atuação, aspecto evidenciado na manifestação do representante da ADERCO, destacada abaixo.

Este último Conselheiro refere-se à destinação de 16 milhões, dos quais teriam sido pagos até aquele momento apenas 400 mil, apelando igualmente para a necessidade de fiscalização, afirmando:

[...] com essa média até o final do ano vai ter gasto 1.600 um milhão e seiscentos mil reais, bem aquém dos 16 milhões destinados. Há um estrangulamento com relação ao pagamento; o que realmente está acontecendo? (...) Precisa ser feito um gerenciamento no controle de todos os estoques que há três (3) anos não vem sendo realizado. (Ata da reunião extraordinária de 11-05-2011).

A este respeito é indispensável acrescentar, ainda, a preocupante afirmação de outro conselheiro, representante do CREFITO, de que “são incinerados 20 toneladas de medicamentos, enquanto muita gente morre por falta de medicamentos”.

Surpreende, no entanto, a afirmação da Conselheira representante da Ouvidora do CES/MT, de que foram enviados inúmeros documentos aos órgãos competentes e nada foi feito. Acrescenta que a Ouvidoria “recebeu 27.300 manifestações de usuários em 2010; a situação está realmente muito grave; foram formalizados 2.700 processos e temos ainda inúmeros processos sem resposta da CAF” (Ata extraordinária de 11-05-2011).

Como sugestão para alterar significativamente este quadro crítico sobre a questão dos medicamento, a representante da “Comissão de Medicamentos da SES” propôs que a “Coordenadoria de Assistência Farmacêutica” passasse a ser ao

invés de coordenadoria, uma superintendência de políticas e assistência farmacêutica, com autonomia administrativa e financeira.

Após esta proposição, o conselheiro representante do CREFITO, entrevistado, afirmando ser necessário que o Conselho assumisse uma postura condizente com o grau de gravidade das denúncias apresentadas, afirmando como desabafo: “ (...) tanta gente morrendo por falta de medicamentos e o Conselho está brincando de ser agente do controle social?”.

A conselheira representante do CRESS, por sua vez, questionou a localização dos medicamentos incinerados, e qual seria a empresa responsável pelo problema social, ao mesmo tempo em que solicitou a “ revisão contratual com a empresa responsável pelos medicamentos”.

Em síntese, mediante a existência de um arcabouço jurídico sobre o SUS, que regulamenta todo o processo de fabricação e distribuição dos medicamentos aos beneficiários usuários do sistema, através das informações contidas nos citados depoimentos, constata-se a denúncia sobre a falta de gerenciamento e a má aplicabilidade dos recursos da saúde pública, especialmente através do repasse de recursos para empresas privadas.

Contudo, acerca dessa problemática da má gestão e da omissão da SES sobre os medicamentos, cabe ainda meu testemunho como funcionária da SES/MT, de que a ausência de controle e a permanência das coisas como estão são práticas antigas, uma vez que no exercício de 2004 do CES/MT fui Coordenadora da Assistência Farmacêutica por quatro meses. Neste período já eram conhecidos os problemas de controle de estoque, ausência de registro de consumo dos medicamentos (séries históricas deste uso), instalações inadequadas para a conservação e guarda dos remédios, atuação de funcionários terceirizados sem conhecimento técnico suficiente, sendo responsáveis pelo recebimento e acondicionamento dos materiais e medicamentos vencidos.

Como providência no sentido de mudar radicalmente esta situação crítica, conseguimos formar uma equipe multidisciplinar, envolvendo funcionários de outras secretarias, diagnosticando o problema buscando soluções. Dentre elas, sugerindo a criação de um programa contendo várias ações para dar resolutividade à questão,

tendo apresentado, naquela oportunidade, o nosso plano de ação aos gestores e funcionários da Secretaria Estadual de Saúde.

Permanece, assim, até os dias atuais, a dúvida: porque continua a reprodução dos erros do passado? E a resposta, praticamente conclusiva, após a realização deste trabalho parece ser a mesma, em relação à SES/MT e por extensão, até a data da reunião em que esta questão veio à tona, de parte do próprio CES: falta de vontade política, compromisso com a coisa pública e com os usuários das políticas públicas de saúde financiados pelo SUS.

Quanto à aprovação do PTA de 2012, e o respectivo orçamento da SES/MT para aquele ano, através de *Ad Referendum* do CES/MT, não localizamos na leitura das Atas Ordinárias e Extraordinárias qualquer proposição do CES/MT que estivesse voltada para a elaboração da proposta orçamentária da Secretaria de Saúde para o exercício de 2012, apesar de que conforme disposições constitucionais e legais, a proposta de lei orçamentária deve ser encaminhada pelo Poder Executivo ao Poder Legislativo, até 30 de setembro de cada ano. De acordo com a Constituição Estadual, em seu Art. 164:

§ 6º Os projetos de lei do plano plurianual, de diretrizes orçamentárias e do orçamento anual serão enviados ao Poder Legislativo, pelo Governador do Estado, nos seguintes prazos: (EC n.º 29/04)

I - projeto de lei do Plano Plurianual, até 30 de agosto do primeiro ano do mandato do Governador; (EC n.º 50/07)

II – projeto de lei de diretrizes orçamentárias, anualmente, até 30 de maio; (EC n.º 29/04)

III – projeto de lei do orçamento anual, até 30 de setembro. (EC n.º 29/04)

(MATO GROSSO. Constituição Estadual: 2011, p.75).

A este respeito é ainda necessário destacar que o Plano de Trabalho Anual/PTA é elaborado por cada uma das Secretarias de Estado, que representam o Poder Executivo, e pelas demais Entidades representativas dos Poderes Legislativo e Judiciário, para depois estes planos serem unificados ou consolidados pela “Secretaria de Planejamento do Estado (SEPLAN)”, constituindo-se na proposta da Lei Orçamentária que deverá ser encaminhada ao Poder legislativo para discussão e aprovação.

Destacamos, entretanto, trechos registrados na Ata Extraordinária de Novembro (17/11/2011) que contemplam a mesma pauta: apresentação da resolução *Ad –Referendum* 01/2011, que aprova o PTA- 2012, no limite de quórum, com argumentos evasivos e sem mobilização política por parte dos Conselheiros para fazer valer suas decisões e tempo hábil para maiores informações, evitando acontecer o estamos acostumados a ouvir: dizer como “aprovação no apagar das luzes”.

O que efetivamente consta em Ata (21/11) é o que segue:

Apresentação da Resolução *Ad Referendum* 01/2011, que aprova o PTA -2012 /SES. A Sra.(...), uma das representantes do SES/MT fez a apresentação da justificativa da resolução *Ad Referendum*. (...) disse que a SES teve problemas na receita de 2011; o primeiro encaminhamento para SEPLAN teria que ser dia 29/08, mas o sistema estava fechado e a área técnica não conseguiu fechar: ‘ não tivemos tempo hábil para finalizar’ .

Esta mesma representante que fez a referida apresentação, acrescentou que o Plano de Trabalho Anual (PTA) estava previsto para ser apresentado ao Pleno no dia vinte e um de novembro (sessão extraordinária de 21/11). Tal discurso contraria o que é definido nas atribuições do CES/MT. Ou seja, ao invés de apenas tomar conhecimento do que estava sendo proposto, já pronto, deveria é *propor* este Plano. Estas colocações e o encaminhamento do PTA através de *Ad Referendum* estimularam várias manifestações do Conselho Pleno, como as que seguem:

A Conselheira (...) representante da AMDE disse que o CES esta vivendo um ano atípico, e mais uma vez o CES está à mercê, pois o Conselho não está aprovando essas ações. O Conselho esta aqui para isso, para construir e avaliar junto com a gestão o PTA da saúde, por isso o Conselho trabalha com as comissões. O Estado esta afundado em más informações. Se não teve tempo hábil teria que provocar as comissões do CES para debater, essa resolução tem que passar pela aprovação do Conselho. (Ata da sessão extraordinária de 21/11).

A Conselheira (...) representante do NEOM, disse estar triste com o Pleno do Conselho; disse entender a urgência do ‘*Ad Referendum*’, mas um Planejamento não se faz do dia para a noite se faz em longo prazo. O SUS preconiza a saúde e o planejamento esta priorizando a doença, o planejamento não vê o trabalhador, se diz preocupada

com a cobrança do Estado, não estão ouvindo o povo. O Secretário pode fazer o 'Ad Referendum', mas tem que justificar a este Pleno.(...) se os conselheiros não estão sabendo o que é um Ad Referendum, todos os conselheiros tem que fazer uma capacitação para saber o que esta fazendo aqui neste Pleno. (Ata da sessão extraordinária de 21/11/2011)

Outra fala que merece destaque é da Conselheira representante do COREN, que após observação das discussões que se sucederam, envolvendo Conselheiros e uma das representantes do SES, explicitou seus sentimentos em relação à gestão, ao manifestar-se afirmando ter a sensação,

[...] de que todas as vezes que o Pleno solicita esclarecimentos parecem estar incomodando, ou sendo inoportunos. (...) as pessoas se esquecem que esse dinheiro é público e o que o Conselho representa para a comunidade. Apoderam-se do poder e pensam que o dinheiro é particular deles, e não querem dar explicações .

Por outro lado, reforçando o que foi dito anteriormente sobre a hegemonia da representação pública no CES/MT, o Presidente do Conselho, ao mesmo tempo Secretário de Saúde do Estado, passa para a próxima pauta, considerando que a pauta encaminhada anteriormente referia-se apenas à apresentação da Resolução *Ad Referendum*, insinuando que no teor da Resolução não caberiam mais discussões, e sim sua aprovação.

Dessa forma, em vão as discussões prosseguem, de acordo com as seguintes manifestações de Conselheiros, registradas na Ata da sessão extraordinária de novembro:

[...] o representante da CUT disse que o PTA deveria ter passado pelo Conselho antes de ir para a Assembleia Legislativa, e que o Pleno não concorde com o PTA que está na Assembleia. Disse ainda que o recurso para a saúde seja ampliado de 12% para 13% na saúde e que seja ampliado o recurso para Atenção Primária no Estado.

[...] o representante do SINTEP disse que se houve alteração no PTA, deveria ter passado pelo Conselho para saber o que foi para aprovação na assembleia e que o uso do recurso da fonte 112 não esta sendo usado corretamente e propõe que o recurso da fonte 112 seja usado na sua totalidade para ações de saúde.

{[...]}.} o representante do CREF disse que as alterações no PTA tem que ser apresentadas ao Pleno do Conselho e se não tem mais tempo, que informe os Deputados na Assembleia que foi aprovado pelo Conselho o concurso público na saúde em 2013.

As intervenções críticas desses Conselheiros revelam o pleno conhecimento acerca do ciclo orçamentário, do processo de discussão e votação da proposta orçamentária e, até mesmo, dos dispositivos da Constituição Estadual que tratam sobre o assunto, como se pode constatar na transcrição abaixo do artigo 164 da Constituição Estadual de Mato Grosso:

Art.164...

§1.

§2.

§ 3º As emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem somente podem ser aprovadas caso:

I - sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias;

II - indiquem os recursos necessários, admitidos apenas os provenientes de anulação de despesa, excluídos as que incidam sobre:

a) dotações para pessoal e seus encargos;

b) serviço de dívida;

c) transferências tributárias constitucionais para os Municípios.

III - sejam relacionadas:

a) com a correção de erros ou omissões,

b) com os dispositivos do texto do projeto de lei.

§ 4º As emendas ao projeto de lei de diretrizes orçamentárias não poderão ser aprovadas quando incompatíveis com o plano plurianual.

§ 5º O Governador do Estado poderá enviar mensagem à Assembleia Legislativa para propor modificação nos projetos a que se refere este artigo, enquanto não iniciada a votação na Comissão Permanente de Fiscalização e Acompanhamento da Execução Orçamentária, de parte cuja alteração é proposta. (MATO GROSSO. Constituição Estadual: 2011,p.75)

Avançando no debate, uma das Conselheiras representante da SES/MT afirma que “(...) o que o Conselho tem que discutir no momento não é o PTA/2012”, pois o mesmo já teria sido encaminhado ao executivo estadual e se encontrava na Assembleia Legislativa, na forma como fora construído pela Gestão, “(...) sem a devida avaliação e intervenção do Pleno do Conselho Estadual de Saúde”.

Assim sendo, após várias discussões e propostas sugeridas, o Presidente colocou em votação as seguintes proposições encaminhadas pelos Conselheiros:

01 – O Conselho Estadual de Saúde não aprovou o PTA 2012 encaminhado para a Assembleia. 02 –Que os recursos na área da saúde sejam ampliados de 12% (previsto na EC- 65 29) para 13%, sendo que esta ampliação complemente na Atenção Primária em 2012. 03 –Que a Assembleia Legislativa cobre da SES que à aplicação dos recursos da fonte 112 sejam investido na saúde em sua totalidade em 2012. 04 –Que seja garantido no PTA/LOA os recursos para o cumprimento da Lei 441/2011 (PCCS) para enquadramento dos servidores da SES em 2012 e a garantia da realização do Concurso Público na área da saúde em 2012. 05 - Acréscimo de 50% no PTA/LOA-2012, no Programa 327 – Ampliação do Acesso de Forma Equitativa e com Qualidade ao Sistema e Serviços de Saúde. 06 - Que os Deputados Estadual direcionem suas Emendas individuais e coletivas às ações de saúde à Atenção Primária, aumento de cobertura da Estratégia da Saúde da Família, Saúde Bucal e Estruturação das Unidades Básicas de Saúde. 07 - Incluir uma emenda no orçamento dentro do Programa Vulnerabilidade da SES para implantação e implementação do Plano Estadual de Saúde Integral da Saúde da População Negra, junto aos municípios.

Os fatos acima evidenciados colaboram com a afirmativa da hegemonia do poder público sobre a participação popular instituída por lei, uma vez que ignora a competência do Conselho Estadual de Saúde em propor, anualmente, com base nas políticas de saúde, o orçamento do Sistema Único de Saúde.

Contudo, merece também destaque, além dessa hegemonia, a relativa incompetência técnica da própria Comissão definida para tratar das questões orçamentárias, bem como a ausência de quase a metade dos membros do Pleno do Conselho na sessão em que foi votado o Ad Referendum - aprovado por unanimidade, com apenas 16 votos. .Esta ausência contribui para revelar, mais uma vez, a falta de compromisso e de responsabilidade social dos representantes presentes, mas também a dos ausentes.

Em síntese, os depoimentos e os fatos evidenciados denotam que uma das principais competências e atribuições do Conselho: propor, anualmente, com base nas políticas de saúde, o orçamento do Sistema Único de Saúde, no nível respectivo, não foi devidamente atendida no exercício de 2011. Fica a necessidade de averiguar quais as razões do porque não ter sido encaminhado em tempo hábil ao Conselho o referido Plano, pela sua respectiva Comissão responsável pelas questões orçamentárias,.

Ao mesmo tempo, não localizamos registro de que as proposições dos Conselheiros presentes tenham sido acatadas pela Assembleia Legislativa, o que denota a falta de força política, e por vezes de vontade política da parte hegemônica do CES/MT em coibir os desmandos dos políticos e gestores públicos que insistem em manter o clientelismo e o coronelismo cultivados no território mato-grossense.

Por último, será identificada e analisada no próximo item a questão extremamente polêmica relativa à contratação e os convênios de serviços privados, e o caráter público do SUS, tema que, como dissemos, foi discutido em apenas duas (2) reuniões do CES/MT.

3.6 Contratação e Convênios com Serviços Privados

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios.

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

De acordo com Hironobu Sano e Fernando Luiz Abrúcio,

O modelo das organizações sociais foi criado tendo como base a combinação entre a flexibilização da gestão pública e o aumento da accountability governamental. Por meio de um contrato de gestão, o Estado repassaria a entes públicos não estatais a provisão de serviços não exclusivos, entidades estas qualificadas como OS. Caberia à máquina estatal a regulação e o financiamento básico desse processo. As OS perseguiriam dois objetivos: (1) garantir autonomia, flexibilidade e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; e (2) levar ao incremento do controle social dessas entidades, fortalecendo práticas que aumentem a participação da sociedade na formulação e na avaliação do desempenho da OS,

ampliando a parceria entre o Estado e a sociedade. (SANO; ABRÚCIO, 2008, p.68).

Nas Organizações Sociais de Saúde (OSS), o gerenciamento hospitalar se dá através da sociedade civil e não de órgão público. Isso está legitimado na resolução de número 07/2011 do CES/MT, cujo Art.1º determina que cabe a este órgão “Aprovar a implantação de novo modelo de Gestão através das Organizações Sociais de Saúde – OSS, no Estado”. Portanto, esse novo modelo de gerenciamento é feito através de contratos com instituições públicas, mas praticado por instituições privadas.

Quanto aos contratos, são instrumentos utilizados para gerenciar as ações do executor da saúde e o mantenedor institucional. Ou seja, são entendidos como dispositivos de acompanhamento e avaliação do desempenho institucional da entidade contratada, de aperfeiçoamento das suas relações de cooperação e de fiscalização com o poder público. Na estrutura dessa documentação, mais precisamente no contrato entre o órgão público e a instituição privado, devem constar: os termos de compromissos do hospital com as normativas do SUS e o respeito das mesmas, incluindo a incorporação automática de novas regulamentações surgidas durante a vigência do contrato; declaração dos objetivos do hospital, planejamento estratégico e plano diretor do hospital, incluindo os componentes como o pronto socorro, internação, ambulatório, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e ações e ocorrências extra hospitalares.

Do mesmo modo, o contrato de gestão deve conter anexos que contemplem as especificidades acima apontadas, possibilitando ao gestor do SUS organizar as demandas para as ações específicas, mantendo a prerrogativa da decisão sobre o uso das ações produzidas pelo contrato. Deve constar de que modo vai desenvolver o serviço, como por exemplo, a jornada de trabalho dos médicos e enfermeiras. O hospital deve também informar como será desenvolvido o gerenciamento e parcerias, bem como apresentar as comissões técnicas, tais como comissão de revisão dos prontuários, farmaco-vigilância, entre outros. O modelo de gestão hospitalar deve conter, de modo especial, os orçamentos e as respectivas despesas nele previstos, incluindo as despesas com pessoal, depreciação dos bens patrimoniais, e toda a gama de despesas para a execução das políticas de saúde a cargo da Instituição hospitalar.

Registra-se na Ata ordinária de novembro, a observação por parte do Presidente do Conselho, que a possibilidade de contratação com as OSS foi criada em situação emergencial, pois o processo de legalização e institucionalização ocorreu no exercício de 2011.

Quanto à atribuição do CES/MT de deliberar sobre a contratação ou convênio com o serviço privado, um forte argumento recorrente nas reuniões do Conselho, causador de várias polêmicas e revelador de “discursos” manipuladores, foi a “falta de recursos”, já referido, para legitimar também a contratação das Organizações Sociais de Saúde (OSS), que podemos considerar como uma espécie de privatização do sistema de Saúde em Mato Grosso.

Entretanto, vários foram as manifestações de membros do Conselho, apresentadas em reuniões de 2011, parte dos quais transcrevemos a seguir, que colocaram em questão a contratação de Organizações Sociais privadas (OSS) para exercer funções relativas aos serviços públicos de saúde garantidos pelo SUS.

[...] Conselheiro representante da CREFITO diz: Quero parabenizar os técnicos da SES pela palestra, porém sou fraternalmente contra alguns discursos que trouxeram aqui. Ex: O modelo da APS não está dando certo, esta esgotado e o SUS não funciona até hoje como deveria. Isso parece discurso do setor privado. Queria frisar que em todo lugar tem problemas. Até no Canadá tem fila. Nos primeiros capítulos da Lei 8080, ela diz instituir um modelo promotor de saúde, mas sem prejuízo a cura, nós incluímos no sistema mais de setenta 5 milhões de pessoas do dia para a noite e o sistema não está pronto para isso, existe uma fase de transição, por isso temos que ser radicalmente contra os encontros e desencontros do SUS, mas temos que enaltecer seus avanços. Temos que ficar atentos com esses discursos a favor do setor privado que está presente nesse Estado, através de proposta já sinalizada pela gestão, de parcerias privadas na forma de OSCIPS, Fundações Estatais e as Organizações Sociais. Na Bahia hoje a Atenção Básica já é toda gerida por uma OSCIP. Cabe a nós como Conselheiros lutar por esse Sistema Único de Saúde, temos que continuar no movimento de reforma sanitária e não apaga-lo como querem alguns.... (Ata Reunião Extraordinária de Fevereiro)

No discurso do representante do Conselho Estadual de Educação Física é colocada em discussão a atribuição do Conselho em deliberar sobre os contratos com as OSS:

[...] o Conselheiro representante do CREF faz um alerta aos conselheiros e diz que de acordo com a Lei Complementar, no Artigo 17, inciso 4º, o Conselho Estadual de Saúde deverá deliberar sobre a contratação ou convênio com o serviço privado. [...] o Conselho vai ter que tomar alguma providência quanto as OSS que aqui estão implantadas; eu já coloquei uma mensagem mas não passa, o IDEP a origem dele é no Paraná e desde 2001 é só procurar que esta lá. Então é isso que gostaria de alertar. (Ata da Reunião Extraordinária de Fevereiro de 2011).

Segundo a conselheira representante da AMDE, que esteve na “Conferencia Nacional de Saúde em Brasília”, “é preciso reafirmar o SUS como uma política de Estado, a não terceirização da saúde e a rejeição do gerenciamento na saúde por gestão estatal de direito privado, por Organizações Sociais”

Do mesmo modo, a Conselheira representante do SISMA manifesta-se criticamente em relação a esta problemática:

A conselheira relata que já participou de vários movimentos, já foi líder comunitária, e acha muito importante essa participação, essa luta de todos pelo SUS, pelo SUS que queremos, com mais recursos e melhoria no atendimento que foi decidido em nossa assembleia, pois a categoria de servidores públicos da saúde do Estado de Mato Grosso manifesta-se contra as OSS no Sistema Único de Saúde, pois esse modelo de gestão fere os princípios da legislação federal e a Constituição no que tange a privatização do SUS. (Ata de abril de 2011)

O conselheiro representante do CREFITO, por sua vez, na mesma sessão (abril de 2011), fez alguns questionamentos ao Conselho Pleno, nos seguintes termos:

[...] quem criou este Conselho de Saúde? Foi o modelo público ou privado? Quem criou a cadeira que vocês estão sentados? Foi o modelo público ou privado? Dá para em pensar que tem algum conselheiro aqui que pode votar contra o próprio sistema que instituiu ele aqui como conselheiro; isso não pode acontecer. Temos que seguir o que esta na Lei 8.142, que as deliberações deste Conselho serão homologadas pelo Poder Público e não o contrário. Quando o Secretário mandou a Lei para contratação das OSS, contratou as OSS sem passar pelo Conselho, eu pensei:, ele não conhece a Lei. Peço aqui a este Conselho que a gente adie essa votação e discuta isso nas conferências com a sociedade.

Pelas considerações do representante do CREFITO, portanto, fica evidente a contradição de pertencer a um Conselho que foi criado tendo como função acompanhar a gestão de recursos públicos, tendo sido criado por um órgão público, quando seus próprios membros da entidade pública votam contra este caráter público de suas próprias deliberações.

Apesar dos vários posicionamentos contra a parceria com as OSS, na referida reunião não faltaram opiniões favoráveis à contratação dos serviços destas instituições, expressas nas transcrições que apresentamos abaixo, como a do Conselheiro representante da “Associação dos Doentes Renais”, quando afirma o que segue:

A situação da saúde é crítica, essa manifestação democrática é muito bonita, mas queria dizer primeiramente que a minha instituição é a favor das OSS. Eu pergunto aos senhores quando o público não faz e o privado faz? Por que é privado vamos deixar de fazer? Com isso digo, vamos deixar o orgulho de lado, vamos aceitar nesse momento e se não estiver fazendo o certo, nós paramos com o processo.

Outras argumentações a favor da privatização foram manifestas pelos Conselheiros representantes da SEMA e da UFMT, que transcrevemos abaixo:

Quando ouvimos as discussões das Organizações Sociais na Saúde dentro da Secretária de Estado de Meio Ambiente, nós discutimos muito isso na SEMA, fomos atrás de literatura e fundamentamos um posicionamento a respeito da nossa decisão com relação às OSS. Percebemos muitas coisas favoráveis e contra, mas o que temos de favorável são muitas notícias. Achamos que as OSS trazem benefícios sociais, avanços e respostas que a sociedade precisa, nós acreditamos na política que está sendo implementada pelo Secretário e somos favoráveis as OSS.

Ainda não tivemos em Mato Grosso uma experiência dessa parceria público/privado. Segundo, essa parceria não exclui a participação popular e muito menos o controle social através do Conselho Estadual de Saúde e outra coisa importante: não posso considerar que isso seja inconstitucional porque já existe em outros Estados.

Contudo, apesar das várias manifestações, contra ou a favor dos contratos em questão, a maioria dos Conselheiros preferiu não justificar o seu voto na sessão

ordinária de abril de 2011. Iniciada a votação, o resultado do embate entre os presentes, na qual 26 entidades estavam aptas a votar, culminou no seguinte resultado: 13 (treze) votaram a favor das OSS, e 12 (doze) votaram contra, sendo portanto aprovada a proposta das OSS no Gerenciamento da Saúde de Mato Grosso.

Apresentamos, na tabela a seguir, o resultado da votação por entidade.

Tabela 12 – Resultado Votação aprovação das OSS no gerenciamento da Saúde em Mato Grosso

ENTIDADE	REPRESENTAÇÃO	VOTAÇÃO	
		A FAVOR	CONTRA
1. Poder Executivo	Governo	X	
2. SES	Governo	X	
3. SES	Governo	X	
4. SEMA	Governo	X	
5. MT SAÚDE	Prestadores de Serviços	X	
6. UFMT	Prestadores de serviços	X	
7. FUNASA	Prestadores de serviços		X
8. Entidades Filantrópicas	Prestadores de serviços	X	
9. SINDESSMAT	Prestadores de Serviços	X	
10. COSEMS	Governo	X	
11. CRP	Trabalhadores setor saúde		X
12. CRESS	Trabalhadores setor saúde		X
13. Conselho de Educação Física	Trabalhadores setor saúde		X
14. CRMV	Trabalhadores setor saúde	X	

15. SISMA	Trabalhadores setor saúde		X
16. ADERCO	Usuários	X	
17. SINTEP	Usuários		X
18. Movimento de Raças	Usuários		X
19. MOPS	Usuários		X
20. NEOM	Usuários	-	-
21. CUT	Usuários		X
22. AMDE	Usuários		X
23. FEMAB	Usuários	X	
24. DF Criança e Adolescente	Usuários		X
25. Associação de Pessoas Portadoras de Patologias	Usuários	X	
26. FETAGRI	Usuários		X
TOTAL		13	12

Fonte : Ata reunião Ordinária de abril: 06/04/2011
Elaboração: da autora

Outra discussão recorrente nas sessões do Conselho, relacionada com a problemática das OSS, e que provocou acirrados debates dos conselheiros com seu Presidente, resultando em mais dúvidas do que esclarecimentos, foi a questão de problemas concretos registrados na gestão hospitalar, através dessas organizações.

Exemplo disso foi a discussão da gestão do Hospital Metropolitano de Cuiabá. Segundo a documentação, no início da reunião ordinária de novembro, em que foi tratada esta questão. o representante da “Comissão Permanente de Contratos de Gestão” fez a apresentação sobre a prestação de contas do Hospital Metropolitano do trimestre de 2011, referente aos meses de agosto, setembro e outubro. Este Hospital foi beneficiado com adequações relativas à aquisição de equipamentos, reformas e contratação de pessoal, que tiveram início no dia 24 de abril, com a assinatura do contrato com o SUS. O início dos atendimentos aos usuários ocorreu

no dia 02 agosto de 2011. O relator afirmou que a enfermaria possuía 52 leitos, sendo 26 de cirurgia ortopédica e 26 de cirurgia geral, sendo 10 destes leitos para UTI adulto.

Após essas considerações, o Conselheiro representante da CUT questionou se as metas estavam estabelecidas. O Presidente do Conselho replicou, dizendo que “o contrato de gestão hospitalar para Mato Grosso é novo e a população não tem obrigação de saber”. Acrescentou ainda que isso pode ser feito de acordo com a unidade hospitalar em análise, e não comparando a outros modelos já existentes. Ou seja, o plano de metas foi feito de acordo com a necessidade, como os números de leitos, salas área de urgência e emergências.

Em seguida, o Conselheiro representante do SINTEP disse que o contrato não passou pelo Conselho, e as contas não batem com o que estão sendo apresentadas, pois de acordo as metas cirúrgicas estavam previstas 499 e foram feitas apenas 17. O mesmo Conselheiro acrescentou ainda que “o repasse para o Hospital era de mais de dois milhões; com isso tem sobra para atendimento. O contrato firmado não passou pelo Conselho e já há problemas de Gestão; portanto deve ser denunciado”.

O Presidente do Conselho, questionando as considerações feitas pelo Conselheiro acima referido, afirma o que segue:

[...] o que foi apresentado é a expressão da verdade, e tem endereço e telefone de todos os usuários atendidos. Somente será debitado aquilo que for relativo aos atendidos, e essa informação de apenas 17 atendimentos não procede. (Ata de nov. de 2011).

Dando maior ênfase as insatisfações, o Conselheiro disse que o jornal de Cuiabá “A Gazeta”, publicou matéria apontando 17 atendimentos, “e que custariam menos de 300 mil, e o Hospital recebeu mais de dois milhões no mês”. Ou seja, o Conselheiro apontou contradições entre o que foi apresentado ali na reunião e a realidade a respeito de gastos no Hospital em questão.

O Presidente do Conselho responde a esta ultima observação do representante do SINTEP, afirmando que “a Mídia tem o direito de escrever o que

ela quiser, a realidade é a que está sendo apresentada aqui pelos técnicos da SES e do Hospital Metropolitano”.

A problemática dos contratos da SES/MT com as OSS é retomada na reunião extraordinária do CES/MT. Nesta reunião, a representante do Conselho Estadual de Psicologia (CRP), discute a legitimidade do Conselho a respeito de contratos com OSS:

{...} o Conselho sabe o que foi feito, que houve um contrato; o questionamento é que não foi passado pelo Conselho como estabelece a Lei. Assim como os demais contratos, temos que discutir aqui é a legitimidade desse Conselho. Disse que o discurso dos conselheiros nos conselhos municipais é de que os conselhos municipais são cartoriais, que os gestores não respeitam o Conselho, a Lei e isso está acontecendo com o Conselho Estadual. O Conselho não está inocente nessa história; temos que refletir isso. Indagou ainda à Gestão: o Conselho Estadual de Saúde não tem legitimidade? (Ata da Reunião Extraordinária de novembro)

Na sequência do assunto, a mesma Conselheira interrogou sobre os exames que não estão sendo feitos, e para ilustrar mais ainda suas argumentações, acrescentou alguns questionamentos, tais como:

[...] quais os critérios e qual a forma de regulação? “Pois a regulação não está funcionando, está sobrando atendimento para colonoscopia no hospital, e têm muitos pacientes precisando de atendimento; a regulação não podia ser descentralizada, ela teria que ser estadual”.

Após a colocação destas dúvidas, uma das Conselheiras representantes da SES disse que diante da apresentação sobre as metas da gestão, e da fala do Secretário de Saúde que a OSS é algo muito recente no Estado de Mato Grosso, existe confusões de entendimentos. Até o Conselho está confundindo, precisando inclusive de capacitações sobre o assunto.

Segundo esta Conselheira,:

No caso da OSS, a OSS faz o serviço, recebe, e o que não faz o recurso fica parado. Nos quatro meses, houve um atendimento

grande da demanda reprimida. Então, como é que fica esse recurso, tanto da demanda não atendida com o teto financeiro, a mudança de rubrica, como fica isso, essa forma de Gestão?

Nessa mesma sessão, o Conselheiro representante do CREFITO indagou se a Comissão sobre a OSS estava sendo acompanhada por conselheiros, pois acreditava que o contrato de gestão precisava ser socializado.

Interessante registrar que para contemplar a resposta a este Conselheiro, o Presidente do Conselho disse que seriam respondidas apenas as perguntas sobre as metas. Ou seja, ficou, assim, uma lacuna sobre a fiscalização ou a participação desses conselheiros no contrato de gestão hospitalar.

De acordo com os estatutos da saúde pública os conselheiros prestam esse serviço o de acompanhar, fiscalizar, averiguar e uma vez que não se sabe se isso existe ou não acompanhamentos com transparências fica a duvida sobre a gestão de contratos. Isso seria talvez uma forma de demonstrar à má aplicabilidade do orçamento destinados a gestão hospitalar.

Sobre a capacitação sugerida pela conselheira há alguns anos na Reunião-análise e difusão de julho de 2001(RADI), foi sugerido que o Conselho e os usuários tenham melhor compreensão, através de cursos aos conselheiros e cartilhas, divulgando a população sobre o funcionamento fortalecendo inclusive o Ministério de Saúde como apoio a política publica. Essa forma de gestão talvez fosse muito válida, caso funcionasse assim como previsto.

No entanto, não ficou decidido nessa reunião se o caso foi denunciado ou não ao Conselho Nacional da Saúde Pública, uma vez averiguado o problema seria de responsabilidades dos membros presentes nessa, já que os estatutos da gestão estão atreladas a nível nacional.

A conselheira do CRP enfatizou um dado interessante e bem duvidoso sobre o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, pois para que o Ministério da Saúde repasse a verba é necessário que o hospital esteja cadastrado e, o Hospital Metropolitano não possui esse requisito. O Secretario de Saúde disse que o repasse é feito de acordo com um teto, e não de acordo com o volume de serviços.

Mas o Conselheiro representante do SINTEP questionou sobre a entrada de emergências e urgências, que de acordo com o contrato são atendidos pela regulação do Estado.

Registrou-se, igualmente, na sessão ordinária de maio fato crítico sobre os orçamentos e a relação com as OSS, que propiciam muitas dúvidas, identificado na visita dos conselheiros ao “Hospital Julio Muller”, juntamente com o diretor da Instituição, Nele foi verificado que existem recursos, mas segundo a Conselheira representante da Comissão de Medicamentos do CES, o recurso foi desviado. De acordo com esta mesma Conselheira, “este desvio já está no Ministério Público do Município, e o Estado esta intervindo para resolver essa situação”.(Ata 05/2011).

Na mesma reunião consta a sugestão de visita ao “Hospital Adauto Botelho”, Vale, no entanto, destacar que atualmente a situação deste Hospital, em Cuiabá é ainda crítica, pois quando falamos em políticas públicas da saúde é muito visível à diversidade de problemas estruturais que a instituição apresenta. Haveria de fato, na referida reunião que ocorreu a dois anos atrás, uma preocupação por parte do Conselho em investir nessa estrutura hospitalar específica, ou seria apenas mais um discurso para demonstrar boas intenções por parte do CES/MT?²³

Com a finalidade de por fim as discussões sobre o tema abordado neste item, na reunião ordinária de novembro, o Presidente do Conselho disse aos conselheiros que os argumentos deles a este respeito esbarravam muito no processo da legalidade e ilegalidade. Tentou, ainda, esclarecer que a “Procuradoria Geral do Estado (PGE)” é o representante do Estado em termos legais, e não a Secretaria de Saúde. Sugeriu também ao conselheiro do SINTEP que se estivesse ainda insatisfeito com sua resposta, poderia entrar com uma ação contra o Estado, argumento este que induz a suposição de que não haveria deficiências no gerenciamento dos diversos hospitais.

Nessa oportunidade, a partir das últimas colocações do Presidente do Conselho, ficou decidido entre os participantes que na próxima reunião extraordinária o Secretário de Saúde responderia aos demais questionamentos dos conselheiros que para tanto, deveriam relacionar e organizar as interpelações. No

²³ O “Hospital Adauto Botelho, localiza-se em Cuiabá, e foi fundada no início do século XX, com a finalidade de atender pessoas portadoras de problemas mentais.

entanto, isto não ocorreu, pois o Presidente do Conselho, não esteve presente na citada, realizada ainda em novembro, que foi conduzida pelo Secretário Adjunto de Saúde, de Mato Grosso.

Uma das discussões da referida reunião extraordinária foi sobre o contrato de gestão hospitalar celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde-IPAS, pois conforme a documentação, o contrato não passou pelo conselho- CES/MT. Como resposta, foi registrada a manifestação, em primeiro lugar, do Secretário Adjunto, com as seguintes justificativas.

[...] o contrato ficou publicado por 25 dias e mais 30 dias até a sua assinatura, para que todos tomassem conhecimento e se manifestassem como fez a Auditoria Geral do Estado que analisou e orientou por meio de Recomendação Técnica os ajustes necessários. Ademais a Lei Complementar nº 150/2004 que regulamenta os contratos de Gestão no âmbito do Estado de Mato Grosso não traz nenhuma obrigatoriedade de que os contratos de gestão devam previamente ser aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde[.].

Para complementar o assunto, uma das representantes da SES/MT, manifestou-se afirmando:

Quando se deliberou para um modelo de gestão tínhamos uma ideia, mas agora esta sob *judici* e outros contratos estão sendo feitos da mesma forma. Disse que fica muito preocupada em ver o que o Pleno esta deixando acontecer. A coisa esta acontecendo sem ter uma resposta concreta da legalidade disso. A preocupação é muito grande, pois os contratos não estão passando pelo CES. : (Ata-11/2011).

A Conselheira representante do NEOM, por sua vez, acrescentou à discussão a afirmação que “o contrato que está em execução não passou pelo Conselho”, sendo necessário ser aprovado.

Porém, o Presidente do Conselho em exercício respondeu que consultou a PGE (Procuradoria Geral do Estado) e além disso, argumentou que antes de tomar qualquer decisão, obteve resposta da Assessoria Jurídica da SES, afirmando que a modalidade de contrato de gestão não esta referenciada na Lei dita pelos

Conselheiros. Esta lei, a seu ver, contempla apenas contrato de prestação de serviços de direito privado, ou convênio. Afirmou, ainda, não ver impedimento em encaminhar os questionamentos formalmente para a PGE, para que a mesma respondesse ao Conselho Pleno sobre a obrigatoriedade ou não de passar por este Conselho a aprovação dos referidos contratos.

Na continuidade do debate, na mesma reunião extraordinária, o Conselheiro representante do SINTEP disse que levando em consideração o regimento interno do Conselho, existe de fato cláusula que menciona a importância das Comissões.

Portanto, elas tem um trabalho muito importante para o Pleno. E a questão é que o Conselho do Estado, não é um Conselho privado, e sim formado para trabalhar para o usuário, sendo imprescindível passar pelo Conselho a aprovação da questão em debate.

É notável a existência de problemas no funcionamento da mencionada gestão. Entretanto, não se pode omitir que por mais variados que sejam, alguns deles, apesar de discutidos, parecem ficar apenas nos debates.

De modo geral, pode-se dizer que no SUS existem muitas falhas, dúvidas, e algumas sem respostas, outras que demonstram que há iniciativas por parte dos Conselheiros, mas existe uma distancia entre a realidade e as propostas encaminhadas, nas várias discussões presentes nas Atas de 2011.

Mediante a identificação do conteúdo das Atas, o que parece mais evidente é que a participação social na gestão da saúde, através da existência e atuação do CES/MT, não trouxe satisfatoriamente a contribuição preconizada pelos teóricos que têm discutido a participação da sociedade civil nos Conselhos deste tipo.

Cabe aqui levar em conta as observações de Chartier (2002) sobre o caráter das representações sociais e a sua capacidade de produzir uma realidade. Elas parecem ser adequadas para explicar - além do que já foi dito sobre a falta de conhecimento de representantes de determinadas Comissões, e em parte do Conselho Pleno, a permanência ou o agravamento dos problemas como os que foram aqui retratados, e a hegemonia do poder público neste Conselho, De acordo com o referido autor, cada grupo social é capaz de produzir e interpretar uma realidade. Acrescenta, ainda, que uma determinada realidade é construída e

interpretada, sendo sempre determinada pelos interesses de grupo dos que as forjam. (CHARTIER, Roger, 2002).

Estes interesses de grupo podem estar presentes nas decisões e omissões do CES/MT. Quer seja direcionando as decisões a serem tomadas pelo Conselho Pleno, quer na aceitação da imposição dos que têm, como afirma Bourdieu (1987) , “ o poder de dizer e de fazer crer” o que acham mais conveniente sobre a realidade das políticas de saúde no Estado, e as decisões a serem tomadas a este respeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E QUESTÕES PARA NOVAS PESQUISAS

A título de considerações finais, podemos reiterar - sintetizando o que foi dito de modo especial nos dois últimos capítulos - que o CES/MT deixou muito a desejar tanto em relação a sua composição e atribuições, quanto à dinâmica da sua atuação ao longo do período empiricamente investigado, isto é, durante o ano de 2011.

Mediante a identificação da legislação sobre a composição e as atribuições dos Conselhos Gestores, bem como o conteúdo das Atas do CES/MT, o que parece mais evidente é que a participação social na gestão da saúde, através da existência e atuação deste Conselho específico, não trouxe satisfatoriamente a contribuição preconizada pelos teóricos que têm discutido a participação da sociedade civil nos Conselhos deste tipo.

De um modo geral é possível afirmar que o CES/MT não teve uma atuação e desempenho satisfatórios, por diferentes razões. Especialmente levando-se em conta que os conselhos de saúde foram criados com a intenção de ampliar o processo democrático, constituindo-se como destacam os diferentes autores citados, entre os quais Gohn (2001, 2003); Acioli (2005); Gonçalves (2005); Kleba e Comerlatto (2011) como a possibilidade de participação popular, com vistas a atingir a ampliação, a eficácia e a efetividade das políticas públicas de saúde na esfera pública. Não atingiu, assim, a plena participação popular ou cidadã, nos termos apontados por Valla (1998) e por Jaccobi (1999), ou participação qualitativa, apontada por Faudes (*apud* Gohn, 2003), aproximando-se, apenas, do que Pateman (1992) denominou de participação parcial.

Em primeiro lugar, como foi apontado no capítulo 2, não ocorreu esta participação qualitativa, como apontam Guizardi e Pinheiro (2006); Martins (2008); e Zhouri (2008), dentre outros, devido a uma série de inconsistências relacionadas à composição do CES/MT, à frequência das reuniões, à autonomia deliberativa e decisória, a problemas relacionados com a representação, composição e representatividade neste Conselho.

Concretamente, não ocorreu a referida participação qualitativa, levando-se em conta que foi registrada a sobrerrepresentação de algumas Instituições e movimentos sociais, e a ausência de outros na composição das Comissões internas

do Conselho Pleno; a vacância de representação de duas Instituições; o número considerável de faltas às reuniões por parte praticamente da metade de seus membros; a desinformação sobre o conteúdo das demandas e da organização das respectivas Instituições que representam os membros representantes da sociedade civil, algumas sequer explicitadas a partir de sua própria designação; a discutível legitimidade da representação de um movimento social específico como englobando as demandas de um movimento social mais amplo e genérico como o de “ambientalistas e ecologistas”.

Em segundo lugar, a capacidade deliberativa e decisória, nos termos discutidos por Rossetto; Filippin; e Johnson (2011) também não se efetivou satisfatoriamente, como foi possível constatar no que foi registrado nas Atas da atuação do CES/MT ao longo de 2011.

De fato, deveria ocorrer, no dizer de Gohn (2001, 2003), a efetiva participação da população, não somente em caráter consultivo, mas acima de tudo deliberativo e decisório, “qualificando a demanda e apontando as soluções adaptadas à realidade vivenciada”. Entretanto, no caso em análise constatou-se a hegemonia dos representantes do poder público estadual na tomada de decisões, como foi discutido no item 3.4; a passividade, a omissão e o descompromisso de parte dos Conselheiros, através da aprovação das decisões tomadas nas Comissões internas, sem discussão e problematização, agravadas, como foi apresentado no item 3.5, pela aceitação do *ad Referendum* em relação ao PTA de 2012; o descompromisso em relação às demandas colocadas pela população, encaminhadas através da Ouvidoria; a falta da devida fiscalização sobre a contratação e execução de serviços privados para as tarefas relativas ao SUS, discutidas de modo especial no item 3.6; o descaso com que foi tratado o mau uso e o desperdício de recursos dos SUS, no caso do desempenho das OSS, tanto em relação à incineração de medicamentos, como na gestão de determinados hospitais, em contraste com a constante afirmação de “falta de recursos” para atender as necessidades apontadas por alguns Conselheiros e evidenciadas, também, nos dados sobre as necessidades relativas à infra-estrutura da saúde em MT, apresentadas no cap. 1. Elas dizem respeito, ao maior número de hospitais privados e a falta de hospitais públicos; à falta de leitos, de equipamentos e tecnologias avançadas na área hospitalar, à insuficiência de serviços de auto- custo, e mesmo de medicamentos, haja visto o crescimento

preocupante da judicialização relativa ao acesso à medicamentos, registrada pelo Conselho.

Em terceiro lugar, pode-se a partir do material empírico analisado, referendar uma vez mais o despreparo de parte dos conselheiros do CES/MT para exercerem a participação qualitativa, nos termos propostos por Gohn (2003), assinalando a falta de responsabilidade social e o preparo técnico para dar conta, de modo satisfatório, de suas funções e atribuições como conselheiros.

Assim é que, como destacam Martins (2008), Guizard e Pineiro (2006) e Zhouiri (2008), ao mesmo tempo em que a institucionalização dos conselhos gestores têm como proposta original a capilaridade desta nova institucionalidade que consolida os conselhos como espaço para deliberação e execução das políticas de saúde, verifica-se também a heterogeneidade e as dificuldades que sua práxis denota. Dificuldades, levando-se em consideração as observações de Wendausen e Cardoso (2007), apontadas anteriormente, diante da complexidade e diversidade de temas e problemas relativos a suas atribuições como membros de um conselho gestor desta natureza.

É indispensável reiterar, por outro lado, que a simples presença nas reuniões não representou a plena participação nas sessões do CES/MT. O silêncio ou a ausência de intervenções de parte dos conselheiros pode, talvez, representar, como já foi dito, além de descompromisso com as questões em pauta, a falta de conhecimento técnico adequado e suficiente para participar do debate com os demais colegas de seu segmento, ou para se contrapor aos representantes do segmento Governamental, faltando a apropriação de instrumentos para os julgamentos e posicionamentos necessários.

Do mesmo modo, como assinalam Martins (2008); Guizardi e Pinheiro (2006); e Zhouiri, (2008), de certo modo fica também evidente o desconhecimento que a população não diretamente envolvida com a política possui em relação aos seus direitos de participação, debilitando sua legitimidade.

Em síntese, o CES/MT não cumpriu as devidas funções de modo satisfatório, contribuindo inclusive, em parte, para legitimar as representações sociais que veiculam *verdades* sobre o Sistema de Saúde. Assim é que embora, de fato, seja necessário maiores investimentos neste setor público, é improcedente afirmar, como ocorreu de um modo ou de outro por parte do Presidente do CES/MT, que o bem

comum, em termos de saúde pública não é atingido apenas por falta de recursos públicos. Ao insistir neste argumento deixou-se de levar devidamente em consideração os problemas devidos à gestão nas três esferas do poder público, inclusive a da “Própria Secretaria de Saúde Estadual”. Secretaria que tem por obrigação levar em conta a participação e fiscalização do CES, para a garantia dos direitos de saúde da população usuária do SUS, abrindo-se para o diálogo e para a gestão compartilhada com seus representantes, e com outras esferas governamentais. Foram também desconsideradas as próprias limitações em termos de capacitação de seus membros, de sua passividade, omissões e falta de transparência pela ausência de divulgação de suas próprias decisões, aspecto destacado, como dissemos, entre outros autores, por Avritzer (2000).

Para finalizar, atendendo ao último dos objetivos específicos anunciados na Introdução desta dissertação serão encaminhadas, a seguir, sugestões quanto a questões originadas a partir das informações coletadas, visando ampliar a compreensão da dinâmica do CES/MT, e questões que possam eventualmente servir como inspiração para outras formulações em futuras pesquisas sobre conselhos gestores de saúde, de um modo geral.

Para tanto serão apresentadas, por um lado, questões que derivam diretamente de determinadas condições específicas evidenciadas na composição e na dinâmica da atuação do próprio CES/MT. Por outro, questões mais gerais, algumas como hipóteses formuladas igualmente a partir do que foi aqui constatado.

Vale ainda acrescentar que algumas das questões iniciais a serem elencadas já foram de certo modo anunciadas no capítulo 2 e 3 da dissertação. Permaneceram, no entanto, como questões, porque para serem respondidas seriam necessários outros procedimentos de pesquisa, impossíveis de serem efetivados, diante do pouco tempo disponível para a sua aplicação.

Quanto aos referidos procedimentos metodológicos, tanto para as referidas questões como para as mais gerais a serem colocadas, ficou evidenciada a necessidade de ampliação da pesquisa documental, e em outros, a utilização de procedimentos para interpelar diretamente os principais sujeitos da pesquisa,

especialmente os componentes do CES/MT, com os quais nos parece mais adequada a realização de entrevistas semi-estruturadas²⁴.

Para dar conta do encaminhamento das referidas questões, partimos inicialmente da definição de um primeiro bloco, voltado para a identificação mais detalhada da composição do CES/MT, em termos das Instituições/Associações nele representadas. Ou seja, embora legalmente estabelecido que seus respectivos representantes sejam escolhidos pelos próprios participantes dessas instituições, ficou a dúvida sobre quem as escolheu, e quais as razões para comporem este Conselho. Ao mesmo tempo, cabe indagar porque algumas dessas representações - como é o caso da que congrega os “Conselhos Municipais” - contem com apenas um representante, diante da quantidade de municípios do Estado, e de seus respectivos Conselhos. Cabe, também, indagar a este respeito, as razões para a vacância da representação de outras duas Instituições: a do “Conselho Indigenista Missionário” e a da “Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes de Trânsito”. De modo similar, torna-se necessário saber quando, como e porque foram constituídas as atuais Comissões do CES/MT, e como foram definidas as instituições/associações que delas faziam parte no período em que foi realizada esta pesquisa.

Em um segundo bloco, caberia identificar a formação específica dos Conselheiros, e as funções exercidas em suas respectivas instituições/Associações. Estas informações nos parecem pertinentes, para respaldar ou problematizar a colocação que fizemos – embasada, inclusive, em observações constantes em Atas - sobre a falta de qualificação de parte dos conselheiros, diante da quantidade e complexidade de aspectos a serem discutidos e encaminhados pelo CES/MT. Caberia também indagar se o entrevistado já participou de algum tipo de curso/palestra voltados para a formação específica de conselheiros da área da saúde, e se encaminhou ao Conselho alguma sugestão a este respeito. Por fim, até que ponto este conhecimento, ou desconhecimento teria relevância, a seu ver, nas práticas do Conselho voltadas para o gerenciamento das políticas públicas de saúde.

²⁴Sobre este procedimento de pesquisa, veja-se, entre outros autores, Minayo (1993), e Poupart *et al* (2008).

Como parte de um terceiro bloco agrupamos questões que de certo modo estão voltadas para o compromisso e a responsabilidade social dos Conselheiros, em relação aos direitos do cidadão comum sobre a saúde. São elas destinadas de modo especial aos que compõem a representação dos usuários - embora não restritas exclusivamente a eles.. Trata-se, em primeiro lugar, de questioná-los sobre as razões para o número considerável de ausências em diferentes sessões do CES/MT, registradas em diferentes Atas. Em segundo lugar, caberia questioná-los sobre as razões da omissão frente a determinadas questões, entre as quais os problemas com a gestão sobre os medicamentos, e sobretudo quanto à aprovação de aspectos problemáticos como a dos convênios com as OSS, e a falta da devida fiscalização do CES/MT a este respeito.

Em um quarto bloco, agrupamos questões ainda relativas à responsabilidade social dos membros do Conselho Pleno do CES/MT, mas voltados agora para as questões de divulgação e de disponibilização de informações à população de um modo geral, dos Programas de Saúde mantidos pelo SUS, e de suas decisões em relação a estes Programas. Estas questões se justificam diante das constatações da falta de divulgação de ações e omissões do CES/MT, bem como de constatações mais gerais de desconhecimento dos cidadãos comuns sobre seus direitos, mais ainda sobre os relativos ao funcionamento do SUS. Teriam, por exemplo, os usuários do SUS conhecimento da possibilidade de se manifestar criticamente sobre falhas no acesso a esses direitos, através de instrumentos de controle social como o “Disque SUS”²⁵? Ou sobre a disponibilidade de recursos em diferentes programas de saúde, para combater a desnutrição infantil? Ou ainda conhecimento da existência de programas deste tipo em seu município?

Dentre estas questões, cabe averiguar, em primeiro lugar, se existem os meios e veículos de divulgação para a população de um modo geral, garantidos pelo CES/MT, sobre os Programas do SUS existentes no Estado, e sobre as decisões e deliberações deste Conselho. Em segundo lugar, se ocorre e de que modo se

²⁵ Pelos dados da revista criada pelo “Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicada em 2011, chegaram a este Conselho mais de 200 denúncias e reclamações. Esse tipo de ação do CNS está previsto pela Resolução nº 447, que estabelece, entre outros aspectos, os procedimentos que serão usados no exame e apuração de denúncias e indícios de irregularidade.

efetua o diálogo entre cada um dos representantes dos usuários e a categoria social por eles representada. Seriam os representados consultados sobre suas demandas coletivas a serem encaminhadas para discussão e deliberação no Conselho? Estariam sendo repassadas a eles informações a este respeito, obtidas nas reuniões do Conselho?

Como um quinto e último bloco, sugerimos algumas questões voltadas para averiguar a possibilidade da existência de articulações políticas e jogo de interesses entre os representantes do CES/MT, que permitiriam problematizar, entre outros aspectos, a hegemonia por razões não exclusivamente numéricas, da representação do poder público estadual. Permitiriam, também, em um maior nível de abrangência, refletir sobre os usos políticos partidários de discursos sobre saúde pública, e a manipulação política através de ações clientelísticas em relação aos direitos atendidos através de políticas públicas de saúde. Manipulações como a garantia de acesso a consultas médicas, cirurgias, medicamentos, na verdade parte dos direitos de saúde, assegurados constitucionalmente, mas nem sempre de conhecimento público.

Dentre as questões específicas sobre o CES/MT, caberia averiguar, em primeiro lugar, se ocorrem discussões entre os membros das Comissões específicas do CES/MT, além das que ocorrem nas reuniões do CES/MT, sobre encaminhamentos em relação a suas respectivas atribuições. Em segundo lugar, se ocorrem além das reuniões do CES/MT, discussões entre diferentes Comissões, e delas entre as diferentes categorias de representantes (a do segmento dos representantes do Governo/prestadores de serviço/ trabalhadores do Setor de Saúde, e a do segmento dos usuários), Por último, se há implicações e identificações político-partidárias que garantam determinadas articulações entre os membros do Conselho Pleno.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 41, n.spe, p. 67-86. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122007000700005>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaço público**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 293-301.

ARNSTEIN, S. R. Uma escada da participação cidadã. **Revista da Associação Brasileira para o Fortalecimento da Participação – PARTICIPE**, Porto Alegre / Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, p. 4-13, jan. 2002. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/8464/mod_resource/content/1/escada_de_participacao.pdf>. Acesso em : 20 fev. 2013. acesso em: 20 fev.2013.

HOUAISS A.; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Editora Objetiva, 2009.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**. 2000, n.50, p. 25-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n50/a03n50.pdf>> acesso em 03 de mar. de 2012.

BOBBIO, Norberto. **Qual socialismo?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, H. & PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: Editora UNB, 1988.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento "Recomendações para a Constituição e Estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde", anexado à Resolução. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jan. 1993. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm>. Acesso em: 18 fev.2012

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 18055. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm > Acesso em: 18 fev.2012

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Cadernos Mare da reforma do estado, v.2, 1997. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Seges_Mare_caderno02.PDF>. Acesso em 18 fev. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 dez. 2003, n. 236. Seção 1, p. 57. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. > Acesso em: 18 fev.2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. p. 25694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. > Acesso em: 18 fev.2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial [da] da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. > Acesso em: 18 fev.2012

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 maio 2013.

BRESSER PEREIRA , L. C. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In:_____; Peter K. S. (Orgs.). **Reforma do estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV,2006.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CASTRILLON, M. L. F.. **O governo local na fronteira oeste do Brasil: a câmara municipal de Vila Maria do Paraguai 1859-1889**. 2006. 105 p. Dissertação (Mestrado. Mestrado em História) – Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Cuiabá, 2006.

COUTO, B. R.. **Questão social, políticas públicas e direitos sociais: elementos sociais no debate da assistência social**. Disponível em : <<http://www.constitucional.mp.pr.gov.br/docs/assistencia/publ05.pdf>. > Acesso em: 10 mar.2012.

DE PAULA, A. P. P.. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração Empresa**, São Paulo, v. 45, n.1, jan./mar.2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>. > Acesso em: 18 Dez.2011

DI GIOVANNI, G. As estruturas elementares das políticas públicas. **Cadernos de Pesquisa NEPP**, n. 82, texto 4. UNICAMP: Campinas, 2009 .

_____. **Políticas públicas e políticas sociais**. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com/2008/08/politicas-pblicas-e-politica-social.html>. > Acesso em: 16 Mar.2012

DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua Nova**, São Paulo, n.78, 2009. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S0102-64452009000300010&script=sci_arttext.> Acesso em: 20 fev.2012

DRAIBE. S. M. O sistema brasileiro de proteção social: o legado desenvolvimentista e agenda de reformas. **Cadernos de Pesquisa NEPP**, n. 32. Texto 3. UNICAMP, São Paulo; 2009.

ELIAS, P. E.. “Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo”. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n° 3, jul./set. 2004, pp. 41-46, SSN 0102-8839.

FLEURY, S. et al. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n 5, set./dez. 1997.

GOHN, M. G.. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.20-31, maio/ago. 2004.

GONÇALVES, E. A Reforma do estado e a política de saúde: repensando o Estado. Santa Catarina, 2004, p.1-40. Disponível em <http://saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Reforma%20do%20Estado%20e%20Pol%EDtica%20de%20Sa%FAd e%20Repensando%20o%20Estado.pdf> acesso em 20 fev. 2012.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 1, fev. 1999, p.31-48.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge e Zahar, 1996.

KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

_____; WENDHAUSEN, Á. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p. 733-743, 2009.

_____; COMERLATTO, D. Vivências de empoderamento no exercício da participação social em conselhos gestores de políticas públicas. IN: V ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES SOCIAIS. **Anais...** Florianópolis, SC: 2011. <<http://www.anaisenapegs2011.cariri.ufc.br/dmdocuments/p160.pdf>. > Acesso em: 13 fev.2012

KRUGER, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas-IPEA**, n. 22, p. 119–144, 2000. Disponível em: <<https://desafios.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/82/162>. > Acesso em: 13 fev.2012

LIMA, M. C.. **Por uma democracia incluyente**: análise da representatividade dos conselheiros municipais de saúde Cajati - Vale do Ribeira (SP). 2010. 168 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências Jurídicas, Políticas e Sociais. Itajaí. 2010.

LYRA, R. Democracia representativa e democracia participativa: a representação do estado e da sociedade civil nos conselhos de políticas públicas. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2., 2007, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis. Disponível em: <http://www.sociologia.ufsc.br/npm/rubens_pinto_lyra.pdf. > Acesso em: 21 fev.2012.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde: introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25 n.7. Rio de Janeiro; 2009.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. p. 105-121, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n1/v18n01a07.pdf>> Acesso em: 19 Mai.2012.

_____. Controle social no Sistema Único de Saúde: análise da participação social e do empoderamento da população no município de Teixeira, MG. 2007, 106 p. Dissertação (Mestrado).- Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2007. Disponível em: <http://www.tede.ufv.br/tedesimplificado/tde_arquivos/34/TDE-2007-1206T074601Z-941/Publico/texto%20completo.pdf> Acesso em: 19 Mai.2012.

MATO GROSSO. Lei Complementar Nº 22, de 09 de novembro de 1992. Institui o Código Estadual de Saúde, dispõe a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracteriza o Sistema Único de Saúde nos níveis estadual e municipal e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Mato Grosso, MT, 09 de nov.1992, Disponível em <www.saude.mt.gov/arquivo/1205> acesso em 21 de fev.2011 .

MATO GROSSO. Assembléia Legislativa. **Constituição do Estado de Mato Grosso**. 1989. Disponível em <<http://www.al.mt.gov.br/TNX/storage/constituicao-de-mato-grosso.pdf>> acesso em 17 de fev. 2013.

MATO GROSSO. Secretaria de Planejamento. **Mato Grosso em números**: edição 2010. Central de Texto: Cuiabá, 2011.

MERCADANTE, O. (coord). et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In Finkelman, J. (org) **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

NOGUEIRA, M. A.. **Um estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2011.

PATEMAN. Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1992. Disponível em <<http://pt.scribd.com/doc/55473352/Carole-Pateman-Participacao-e-Teoria-Democratica>> acesso em 05 de jan. de 2013

PECHMAN, R. **Cidades estreitamente vigiadas**: o detetive e o urbanista. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

POLIGNANO, M.V.. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina da UFMG**, 2001 .

PONTUAL, P. Desafios à construção da democracia participativa no Brasil: a prática dos conselhos de gestão das políticas públicas. **Revista de Debates do Centro de Assessoria e Estudos Urbanos – Cidade**, (s.i), ano 1, n. 1, dez. 2008. Disponível em: <http://tve.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/casa_conselhos/Materiais_bibliograficos/A%20Pr%C3%A1tica%20dos%20Conselhos%20de%20Gest%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20-%20Pedro%20Pontual.pdf> Acesso em: 05 Dez.2011

POUPART, J. (Org). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

SANO, H.; ABRÚCIO, F.L. promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: O caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresa**, São Paulo, v. 48, n. 3, jul./set 2008, p.64-80Disponível em:< <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590S0034-75902008000300007.pdf>> . Acesso em 25 Jun. 2013

SANTOS, B.S.Orçamento participativo em Porto Alegre: para uma democracia redistributiva. In:_____(org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SELL, C.E.. Democracia participativa ou democracia social? In: BOEIRA, S.L.(org). **Democracia e políticas públicas**: diversidade temática dos estudos contemporâneos. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005.

SHUMPETER, J. A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SILVA, F.B.; JACCOUD, L.; BEGHIN, N. Políticas sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In: “**Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**”. JACCOUD, J. et al (orgs.) Brasília: Ipea, 2005. p. 373-405.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano8, n.16, jul/dez 2006, p.20-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>> Acesso em: 10 Out.2011.

TOCQUEVILLE, A.. **Democracia na América**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

VALLA, Victor Vicent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):7-18, 1998

VILELA, Marlene. Quando Deus apontou o dedo para a província de Mato Grosso. Dissertação de Mestrado em História. Cuiabá: UFMT, 2000.

WENDHAUSEN, Águeda.; CARDOSO, Sandra de Mello. Processo decisório e Conselhos de Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.5, p.579-584, set-out, 2007.

YIN, Robert K. **Estudo de caso planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.