

Dilemas da participação social nos Conselhos de Saúde: o papel político dos conselheiros no âmbito estadual do Rio de Janeiro

Paulo Renato Flores Durán*

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar alguns dos principais dilemas da participação social no âmbito dos Conselhos de Saúde. Entende-se que a ampliação da participação em espaços públicos institucionalizados, ao longo dos anos 1990, expressou inovações da democracia brasileira; porém, a democracia participativa enfrenta inúmeros desafios no que se refere à legitimação dos sujeitos políticos. Emblematicamente, o setor saúde espelha, por um lado, a intenção de estreitamento dos laços entre Estado/Sociedade; e por outro, enfrenta os percalços do conflito social e político entre atores que pautam diferentes interesses (Estado, sociedade e mercado). Este trabalho procura demonstrar como essas dinâmicas da participação social são expressas, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, através das correlações de força entre as diferentes representatividades que compõem o colegiado de participação estadual: usuários/sociedade; profissionais de saúde; e gestores e prestadores de serviço. Argumenta que a configuração dos conflitos internos ao Conselho Estadual de Saúde do RJ espelharia os desafios próprios ao exercício do papel político hoje atribuído aos Conselhos de Saúde.

Palavras-chave: Participação social; democratização; Conselhos de Saúde; controle social.

* Professor agregado do Departamento de Ciências Sociais da PUC-Rio. Mestre em Ciências Sociais pela PUC-Rio e doutor em Ciências (Saúde Pública) pela ENSP/FIOCRUZ. Email: paulofdurán@gmail.com

Abstract

Dilemmas of social participation in the Health Councils: the political role of the counselors at the state of Rio de Janeiro

The aim of this article is to analyze some of the main dilemmas of social participation in the Health Councils. It is understood that greater participation in institutionalized public spaces throughout the 1990s, expressed innovations of Brazilian democracy, but participatory democracy faces numerous challenges regarding the legitimacy of political subjects. Emblematically, the health sector reflects, on the one hand, the intention of bringing together State/Society relations, and on the other, facing the struggles of social and political conflict between different interests that guide actors (State, society and market). This work aims to show how these dynamics of social participation are expressed within the state of Rio de Janeiro, through the strength of correlations between different representativeness of the Health Council of Rio de Janeiro participation: users/society, health professionals, and managers and service providers. Argues that the internal configuration of the Health Council of RJ conflicts would mirror their own challenges to exercise political role now assigned to the Health Councils.

Keywords: Social participation; democratization; Health Councils; social control.

Introdução

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

A intenção era, na verdade, além da implementação de um *sistema único*, a extensão e veiculação do conceito *ampliado de saúde*, ou seja, a situação de saúde de uma população não se verificaria somente pelo acesso ao correlato atendimento biomédico; a saúde de um povo dependeria de outros fatores, tais como: acesso à escola, ao mercado de trabalho, a condições de usufruir práticas de lazer, a condições de participação nos processos democráticos, entre outras condições fundamentais do *direito à saúde*.¹ Dentre essas condições essenciais, a da participação social nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde possibilitou a edição das *leis orgânicas da saúde*, correspondendo àquelas que se referiram à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 1990. Assim, a edição da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, consagra o que consta no inciso III do artigo 198 da Constituição de 1988: a *participação da comunidade* nas ações e serviços de saúde. Na Lei, essa diretriz constitucional implicou a criação e institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde – nos três níveis da federação (União, estados e municípios) – como espaços públicos institucionalizados de deliberação, em que o princípio da paridade emprestaria maior aderência às mobilizações e demandas societárias nas arenas decisórias das políticas de saúde. Compõe a chamada *representação paritária* nos Conselhos de Saúde o conjunto dos seguintes atores: representantes dos usuários (doravante chamada de representação da sociedade); dos profissionais de saúde; e dos gestores e prestadores de serviços. A ênfase na participação social seria uma das vias principais para a construção de um espaço da sociedade *no* Estado e criação de práticas concernentes ao *controle social*.

Na sociedade política contemporânea, a ideia de controle social ganha força por meio da inserção das ações e mobilizações societárias na propositura de *accountability*, ou seja,

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

As inovações institucionais que viabilizaram a institucionalização dos Conselhos de Saúde, e que possibilitaram a imbricação entre *controle social*, participação e representação política, foram costuradas através das leis orgânicas do SUS, Leis 8.142/90 e 8.080/90. Além desta, as Resoluções editadas pelo Conselho Nacional de Saúde (por exemplo, a 333/03 e 453/12²), normatizaram a forma através da qual os Conselhos de Saúde – nas três esferas da federação – deveriam funcionar e se estruturar.

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

Permanecem como questões implícitas às arenas deliberativas dos Conselhos de Saúde os dilemas correlatos à indefinição da atividade fundamental dos conselheiros (o *controle social*), além da percepção de que a representatividade de diversos atores societários não cumpriria seu *papel político*. As duas questões referem-se ao tipo de papel que os Conselhos de Saúde efetivam na democracia brasileira. Ou, ainda, qual o tipo de *demos*

(ou parcela dele) participa das arenas deliberativas dos Conselhos de Saúde (Bispo Júnior e Gerschman, 2013).

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

Dinâmicas da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios

Através da Carta de 1988 e em consonância com as lutas sociais pelos direitos de cidadania, os *conselhos de políticas públicas* (Tatagiba, 2002, p. 49) integraram uma nova engenharia institucional, em que a aproximação entre Estado/sociedade se coloca como eixo central para a prática do controle social. No campo das políticas de saúde, os Conselhos de Saúde inauguram um novo modo de inserção da participação social nos canais decisórios do Estado. Através da Lei 8.142, de 1990, os Conselhos de Saúde se organizaram como esferas deliberativas da política de saúde, em âmbitos nacional, estadual e municipal. A ideia motora foi a de organizar uma arena de debate público entre diferentes atores sociais (sociedade, profissionais de saúde, gestores e prestadores). O objetivo da nova engenharia institucional foi a de institucionalizar a participação societária nos canais de definição das políticas de saúde, sendo a sua estrutura de representação paritária: 50% de representantes da sociedade,³ 25% de representantes do governo e de prestadores de serviços de saúde e 25% de representantes dos profissionais.

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

Gráfico 1 – Estrutura dos Colegiados Participativos (níveis federal, estadual e municipal)

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

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

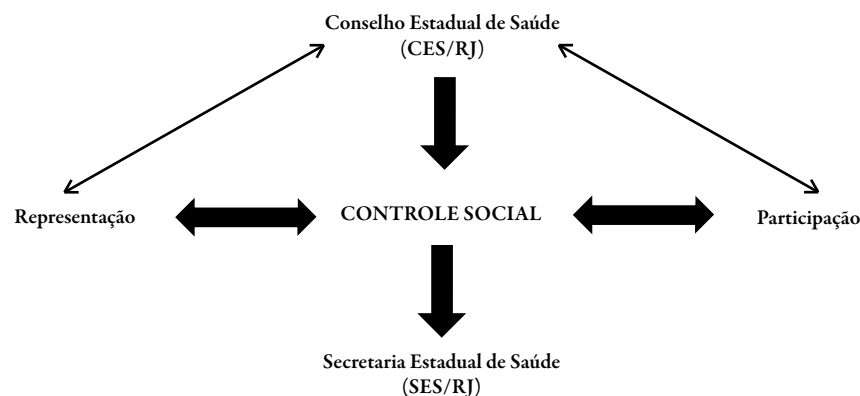
Segundo alguns pesquisadores, criadas juntamente com os colegiados de participação social (Conselhos de Saúde), nos anos 1990, as Comissões Intergestores acabaram tornando-se espaços privilegiados de tomada de decisão no âmbito do Estado, e com isso o papel político e deliberativo dos Conselhos de Saúde secundarizou-se (Côrtes, 2009a, 2009b; Ribeiro, 1997; Silva, 2000; Silva e Labra, 2001). Esse dado acerca do enfraquecimento do papel político dos Conselhos de Saúde é ressaltado tanto pelas pesquisas mencionadas como por alguns dos atores sociais (representantes da sociedade e dos profissionais de saúde) que refletem criticamente sobre os impasses dos conselheiros

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

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

O controle social nas políticas de saúde, portanto, seria o núcleo de legitimação de novas dinâmicas de representação e de participação da sociedade na formulação e avaliação de políticas públicas (Côrtes e Lima, 2012; Souza, 2007). Assim, como unidade de análise no âmbito do CES/RJ, o objeto da pesquisa procurou compreender o sentido dado ao controle social através do exercício da representação e das dinâmicas de participação levadas a cabo pelos conselheiros de saúde, representantes da sociedade e dos profissionais de saúde. Salienta-se que a institucionalização do controle social como forma de exercício da *accountability horizontal, pública* ou *societal* (Bohman, 1996; Lavallo e Castello, 2008; O'Donnell, 1998) permitiu a institucionalização de mecanismos de participação direta, nos quais a sociedade demand, do poder público, prestação de contas e dos projetos de governo, através da fiscalização de suas ações. A aposta protagonizada pela criação dos Conselhos de Saúde foi a de inverter a tradicional verticalização e centralização burocrática na produção das políticas de saúde, em que o Estado determinaria, em última instância, o formato dessas políticas (*top down*) e selecionaria previamente os atores que delas poderiam participar.

Gráfico 2 – Controle Social como Eixo da Representação e da Participação



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

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

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

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

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

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

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

Tendo sido constituído em 1991, o CES/RJ foi efetivado legalmente em 1993.⁴ Segundo alguns estudos (Labra, 2010; Parada, 2001), há um processo tardio de instalação das atividades do Conselho que se configura devido às resistências iniciais da própria Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) à implantação tanto do CES/RJ quanto da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RJ). Ao contrário, portanto, do que se esperava – e a reboque da Lei 8.142, de 1990 –, o CES/RJ foi instituído tardiamente devido, principalmente, às complicações oriundas de falta de apoio e de comunicação do governo do estado e da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) na implantação desse colegiado participativo.

A gestão governamental do Sérgio Cabral, a partir de 2007, foi formada com amplo apoio dos governos estaduais anteriores (Anthony Garotinho e Rosinha Garotinho).

Com amplo espectro partidário, o governo Sérgio Cabral procurou estruturar suas bases políticas a partir de alianças entre PMDB – expressão do governo estadual – e PT – expressão da base governativa nacional. Isso garantiria a gestão do secretariado de Sergio Côrtes uma afinada base de proximidade com as principais mobilizações societárias.

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

De fato, os Conselhos de Saúde fazem parte da estrutura orgânica de formação das instâncias de gestão (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais) e formam parte da estrutura do Estado. As Secretarias são órgãos do Poder Executivo, e não haveria motivos para, em princípio, levantar a questão da independência dos trabalhos dos conselheiros em relação às Secretarias de Saúde. De outra parte, seria possível levantar a questão da autonomia política desses sujeitos políticos (os conselheiros) no que se refere às atividades e trabalhos em torno do controle social.

As relações entre atores nas arenas de deliberação dos Conselhos de Saúde: um estudo de caso sobre o CES/RJ

A organização da pesquisa com os conselheiros do Rio de Janeiro, sua participação e pontos de vista sobre o controle social no CES/RJ, foi realizada a partir da possibilidade de *triangulação de métodos* (Denzin, 2009; Yin, 2010), de modo que fosse analisado um *caso* a partir de diferentes perspectivas metodológicas. Assim, foram realizadas entrevistas com conselheiros e ex-conselheiros, através de questionários de entrevistas semiestruturadas.⁵

Dessa forma, ao lado das fontes documentais (Atas de Reuniões Plenárias do CES/RJ), trabalhou-se com os resultados das entrevistas feitas com os conselheiros estaduais de saúde e com os gestores da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), que formam um segundo tipo de registro sobre os caminhos do processo deliberativo. Trabalhamos com algumas das perguntas do questionário de entrevista semiestruturado tanto no nível qualitativo (resultando na *análise de conteúdo*⁶ subjacente ao ponto de vista do ator) como no quantitativo (identificando, de modo genérico, a frequência com que os conselheiros e gestores fazem alusão aos temas sobre o processo de tomada de decisão). Muito embora nossa amostra de entrevistados no CES/RJ seja pequena (N = 22), acredita-se que o conteúdo exposto em cada entrevista possibilitou uma análise dos dilemas enfrentados no controle social. Assim, nossa amostra de entrevistados correspondeu – ainda

que aquém do desejado – ao critério de paridade, como demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 1 – Número Total de Conselheiros Entrevistados/Paridade

| Segmentos | Número Total de Entrevistas | Paridade (considerado o número total de conselheiros titulares) |
|------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Gestores e prestadores | 3 | 7 |
| Profissionais | 7 | 7 |
| Sociedade | 12 | 14 |
| Total | 22 | 28* |

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

Além das entrevistas com os conselheiros estaduais de saúde, a pesquisa valeu-se de uma parte das entrevistas realizadas com gestores da SES/RJ. Compondo um leque de 26 entrevistados, procurou-se apreender as visões que os gestores governamentais atribuem ao trabalho dos conselheiros estaduais de saúde. Nesse sentido, identificar a importância do modo como os gestores inserem o trabalho do CES/RJ no processo decisório da Secretaria e que tipo de reconhecimento é atribuído ao papel do controle social torna-se fundamental, na medida em que é possível matizar a inscrição dos atores na arena política.

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

Tabela 2 – Participação em outros Conselhos de Políticas Públicas

| Tipo de Conselho | Porcentagem |
|-----------------------------------------|-------------|
| Conselhos Municipais de Saúde | 50% |
| Conselhos estaduais de outras políticas | 30% |
| Conselho Nacional de Saúde | 10% |
| Conselhos Distritais de Saúde | 10% |

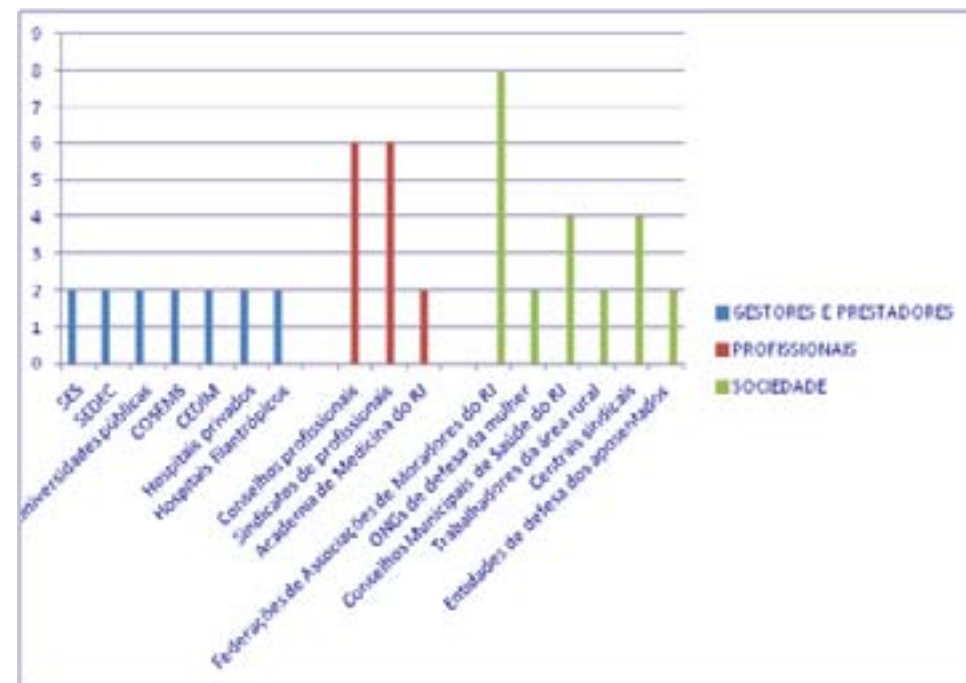
No âmbito da SES/RJ, durante a primeira gestão do governador Sérgio Cabral, houve uma predominância do gênero feminino – 69,2% de mulheres e 30,8% de homens⁷⁽⁸⁾. Em termos de idade, durante a gestão governamental de 2007-2012, observa-se a média de idade de 47 anos. No primeiro período da gestão Cabral, a pesquisa identificou a diminuição de médicos que ocuparam cargos de gestão (57,5% contra 61,6% na gestão da ex-governadora Rosinha Garotinho). Nessa medida, a formação da gestão contou com os seguintes quadros de profissionais: 11,5% de administradores; 15,4% de psicólogos; 3,8% de contadores; 3,8% de náuticos; e 7,7% formados em direito. A maioria absoluta dos gestores realizou graduação em universidades públicas (61,5%), enquanto 33,3% cursaram cursos em universidades privadas. A grande maioria dos gestores realizou pós-graduação (89,7%) e desses, 65,7% fizeram *stricto sensu*. A pesquisa entrevistou os gestores do primeiro e do segundo escalões da SES/RJ.

A composição atual do CES/RJ (CES/RJ, 2013, p. 2-3; Labra, 2010, p. 104) está dividida em quatro segmentos de atores: gestores e prestadores de serviço, profissionais de saúde e sociedade. Tomando-se por base a divisão paritária dos Conselhos de Saúde – e tendo como referência a Lei 8.142/90 e a Resolução 333/03 do CNS –, pode-se dizer que a atual composição do CES/RJ vem trabalhando com a ideia de reconhecimento do trabalho integrado de uma pluralidade de atores – muito embora, isso seja apenas uma ilação descritiva. Coube ao trabalho de observação das plenárias do CES/RJ e à análise das entrevistas registrar como os representantes da sociedade e dos profissionais de saúde percebem o vínculo real de suas atividades com o exercício do controle social.

Quanto à distribuição desses assentos por segmento representado, pode-se observar uma distribuição equânime dos atores, assim como uma diversidade de instituições e organizações que compõem o CES/RJ. Essa pluralidade de atores evidencia que, em termos de distribuição e partilha do processo deliberativo, há porosidade nessa estrutura estatal (a SES/RJ) no que se refere à aderência de grupos representativos de diferentes demandas societárias. De fato, há um processo de democratização da participação no âmbito do CES/RJ, ainda que não seja possível afirmar que há processo de construção democrática no nível do processo deliberativo, compartilhado pelos diversos segmentos representativos de atores sociais, de mercado e de governo (Côrtes, 2009b). Ou seja, objetivamente a arena do Conselho é democrática; o que não nos permite, ainda, afirmar que há democracia deliberativa nessa instância colegiada de participação. Como demonstra o gráfico abaixo, é possível observar que o CES/RJ cumpre com a obrigatoriedade de manutenção da paridade contida na Lei 8.142/90 e nas Resoluções do CNS. Isso ajuda a identificar o nível de institucionalização da democracia participativa.

Gráfico 3 – Distribuição de Atores por Entidades no CES/RJ

Fonte: Elaboração própria (do autor)



A composição do CES/RJ indica que há uma pluralidade de atores que compõem a arena deliberativa da política estadual de saúde. De fato, pode ser evidenciado que o Conselho cumpre com um dos principais requisitos da sua estruturação: a igualdade formal entre os segmentos que compõem a Plenária.

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

Apesar disso, os conselheiros entrevistados afirmam existirem documentos de regu-

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

A distribuição dos atores por segmento representativo, por outro lado, nas Reuniões do CES/RJ é espaçada, principalmente no que se refere à presença dos gestores da SES/RJ. Esse fato é atribuído, na visão dos conselheiros de saúde, a uma atitude dos gestores de fazer tramitar no espaço deliberativo as matérias que interessam diretamente aos projetos políticos da gestão governamental (caso, por exemplo, das Organizações Sociais – OSs). Alguns conselheiros referem-se ao espaço deliberativo do CES/RJ como “uma [arena] de guerra; estratégias são utilizadas para tomar a palavras de conselheiros/opiniões indesejáveis; [a gestão faz] uso disso para desgastar as discussões” (Entrevistado representante dos profissionais/SINDPSI⁸).

Em outra chave de leitura, como ressaltado no trecho da entrevista abaixo, o que faltaria em termos de *expressividade* no trabalho dos conselheiros refere-se à efetividade da representatividade política. As relações de poder no âmbito do SUS espelhariam não somente a maior proporcionalidade das representações divididas entre Estado e sociedade, mas também relações mais *ascendentes*, porque são expressão de uma construção que parte do compartilhamento do processo deliberativo. Para o conselheiro representante da sociedade, as relações políticas com o gestor se dão de forma invertida. E, refletindo sobre a posição ocupada pelas representações políticas da sociedade e de profissionais, o entrevistado aponta que “falta relação ascendente na representação para usuários e trabalhadores” (Entrevistado representante da sociedade/CMS⁹ de São Gonçalo). Nesse sentido, os conselheiros entrevistados atribuem três tipos de sentido ao papel que o CES/RJ deveria cumprir perante a gestão: 77,8% afirmaram ser de fiscalização, 42,1% de deliberação das políticas da SES/RJ e 36,8% afirmaram que o Conselho deveria cumprir um papel crítico em relação à atuação política dos gestores.

O controle social e o papel político dos conselheiros

O controle social é um dos grandes conceitos que mobilizou atores em torno de transformações nas relações entre Estado e sociedade. O sentido da participação política nas *instituições participativas* (Avritzer, 2007) sempre foi polissêmico, dada a discussão sobre que parcelas ou frações do *demos* participam de arenas deliberativas de tomada de decisão, representando a sociedade (Bispo Júnior e Gerschman, 2013; Ugarte, 2004, p. 93). A temática não é nova, remontando à discussão sobre democracia representativa e participativa. Segundo Sousa Santos e Avritzer (2009), perante o já esgotado paradigma de representação política liberal (associado à ascensão das democracias representativas),

foram colocadas formas de *democracia participativa* (conselhos populares, orçamento participativo etc.).

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

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

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

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

Esses movimentos de *self-regulation*, segundo Giddens, referem-se a aspectos da *reflexividade*, em que indivíduos e grupos sociais elaboram o automonitoramento sobre suas próprias ações e sobre o universo das relações com os outros. Esses quadros referem-se à constituição de uma *consciência discursiva*, ou seja, aquela capacidade que os atores têm de discernir e expressar, verbalmente, aquilo que pensam sobre as condições sociais, especialmente a sua (Giddens, 2002). Essa consciência, segundo o autor, está ancorada no que chama de *monitoração reflexiva da ação*, ou seja, no caráter deliberado do próprio agente de “autointerrogar-se em termos do que está acontecendo” à sua volta e dentro de si mesmo (*ibidem*, p. 75). Em outro registro, esses aspectos que levam os indivíduos a formas de *reflexividade* cada vez mais complexas referem-se ao surgimento de *políticas da vida* que projetam as sociedades nas práticas de empoderamento (*empowerment*). Segundo Giddens, as *políticas-vida* somente surgem quando se supõe a *emancipação* dos indivíduos, tanto do peso das tradições como das condições de dominação hierárquica. Assim, as *políticas da vida* implicam os indivíduos nos processos de escolha e decisão, o que, enfim, garantiria aos indivíduos o poder de decidir e deliberar sobre as próprias transformações

da vida social (solucionar, por exemplo, dilemas comuns) que impactam diretamente tanto na vida pública como na vida privada (*ibidem*, p. 197). O quadro abaixo auxilia na compreensão dada por Giddens das relações intrínsecas entre *política emancipatória* e *política-vida*:

Quadro 1 – Política Emancipatória e Política-vida

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

Fonte: Giddens (2002, p. 198).

Nas teorias contemporâneas sobre a importância da participação social nos canais decisórios de produção de políticas, vários autores frisam a ideia de controle social como aquela em que a sociedade e seus movimentos organizativos (associações de bairro, ONGs, movimentos sociais, entre outros) imprimem nos seus governos a necessidade da *accountability* e assumem uma posição de sujeitos políticos comprometidos com o processo democrático. Dessa forma, entre diversos autores, há uma evidente associação entre as práticas de controle social e o aumento da participação nas arenas políticas de tomada de decisão ou deliberativas. Com isso, atores oriundos de diversas mobilizações societárias imprimiriam formas de controle na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas (incluindo nesse ciclo, a prestação de contas dos representantes do Estado). A ênfase na participação social – de novos movimentos sociais, ONGs, associativismos, sindicatos, entre outros segmentos – possibilitaria a democratização dos processos decisórios como sinônimo de aprimoramento da *cidadania ativa* (Benevides, 2003). Dessa forma, os próprios modelos de políticas públicas viriam enfatizar mais o tipo *bottom up* (“de baixo para cima”) e menos aquela típica construção *top down* (“de cima para baixo”), levando a que a sociedade civil tomasse parte constituinte no processo de formulação de políticas (Avritzer, 2007; Carvalho, 1995; Dagnino, 2002; Ferejohn, 1999; Lavallo *et al.*, 2006; O’Donnell, 1998; Putnam, 2005).

Na pesquisa sobre o CES/RJ, esses aspectos podem ser problematizados (e relativizado) a partir do ponto de vista dos atores. Sobre se consideram as condições de diálogo nas Reuniões Plenárias satisfatórias, 30,4% dos conselheiros estaduais de saúde do RJ responderam que sim e 69,6% responderam que não consideram as condições satisfatórias. No geral, os conselheiros atribuem essa percepção às relações conflituosas entre alguns segmentos, principalmente aqueles dos quais os gestores da SES/RJ fazem parte. Acerca das relações entre segmentos, os conselheiros são enfáticos ao identificar que “há muita dificuldade de diálogo, tendo em vista os interesses particulares” (Entrevistado representante da sociedade/FAMERJ¹⁰). Em outro registro, um conselheiro coloca que as relações “são antagônicas, defendem causas próprias” (Entrevistado representante da sociedade/FAMERJ). De outra parte, aqueles conselheiros que responderam estar satisfeitos com os diálogos estabelecidos nas plenárias relatam que o espaço é *aberto*, que há *diálogo* e seria sempre possível chegar-se a um consenso democrático.

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

Tabela 3 – Diálogo Estabelecido com outros Segmentos do CES/RJ

| Forma de Diálogo | Frequência |
|------------------------|------------|
| Fortemente cooperativo | 5,3% |
| Cooperativo | 42,1% |
| Fortemente conflitioso | 21,1% |
| Conflituoso | 15,8% |

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

É importante salientar que a cooperação a que se referem diversos entrevistados teve diferentes níveis de percepção. Para alguns dos representantes da sociedade, por exemplo, refere-se a um nível cada vez mais intenso de trocas com os gestores da SES/RJ (envolvimentos destes no âmbito do CES/RJ, agilidade na troca de informações, parceria no processo de tomada de decisão etc.). De outra parte, outros conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais de saúde referem-se à cooperação de bases aliadas, ou seja, à formação de uma contra-hegemonia que pudesse enfrentar o decisionismo do governo

estadual. Mas o fato, para vários autores, é que a formação de alianças políticas entre atores sociais e da gestão levam grupos de conselheiros (como, por exemplo, representantes de associações comunitárias ou de patologias) a tornarem-se presas do clientelismo da máquina estatal (Bispo Júnior e Gerschman, 2013, p. 11; Farias, 2000, p. 50; Labra, 2010, p. 102). Isto é, nesse segundo tipo de visão, o clientelismo da máquina estatal torna um conjunto de conselheiros, típicos competidores, tanto pelos assentos/cadeiras de representação no CES/RJ como pelos grupos de interesse, que veem o espaço público de deliberação como arena de trocas de *favores* – típico modo clientelístico de ação das máquinas políticas (Pereira Neto, 2012).

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

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

[...] expõe que o Conselho *está subordinado ao Secretário Estadual de Saúde, e que há uma burocracia na secretaria* e que está gerando um empecilho para a criação da agenda do conselho [...] (Ata de Reunião..., 24/04/2009, Conselheiro representante da sociedade, p. 3, grifo nosso).

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

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

forma crítica quanto aos bloqueios que a gestão da SES/RJ impõe à autonomia do papel social do conselheiro:

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

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

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

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

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

Tabela 4 – Exercício do Controle Social, segundo os Gestores

| O CES/RJ Exerce o Controle Social | Gestores (Percentual) |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Sim | 34,6% |
| Não | 53,8% |

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

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

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

arenas de poder geram relações de aliança e conflito.

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

Tabela 5 – Funcionamento do CES/RJ na Ótica do Gestor da SES/RJ

| Funcionamento do CES/RJ | Gestores (Percentual) |
|---------------------------|-----------------------|
| Satisfatório | 30,8% |
| Medianamente satisfatório | 46,2% |
| Insatisfatório | 15,4% |
| Não sabe/não respondeu | 7,7% |

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

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

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

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

Ressalta-se que o corporativismo a que se referem os gestores classificaria os atores constituintes do CES/RJ dentro da chave pluralista, onde por último, grupos de interesse buscam alcançar de forma competitiva resultados isolados para seus segmentos (Labra, 1999, p. 154). Dessa maneira, os grupos de conselheiros (como os profissionais de saúde

e os representantes da sociedade) ocupariam, por meio de pressões, lugares de determinação de preferências políticas, descon siderando que a estrutura da arena deliberativa leva a decisões conjuntas relacionadas às demandas da sociedade. Ou seja, para alguns dos gestores, longe de agir através do modelo *associativo*, os conselheiros utilizariam o espaço de deliberação na via da *concertação organizacional* (Streeck e Schmitter, 1985). O poder de barganha definiria, em último caso, as preferências em jogo ao conceber a arena deliberativa como *mercado político*. Por fim, seria o *contexto estratégico* oferecido pela própria estrutura institucional (SES/RJ) aquele que oferece as *janelas de oportunidade* para a maximização dos interesses. Essa visão acerca dos conselheiros estaduais assemelha-se não só ao viés pluralista de análise da interação entre os atores, mas também lançaria mão da pressuposição da escolha racional dos indivíduos. Ao contrário de escolhas baseadas em critérios de princípios de justiça (*fairness*), os atores agiriam conforme critérios baseados na escolha individualista:

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

Essa análise espelharia o modelo olsoniano, em que os indivíduos não se inseririam em ações coletivas de tipo cooperativas; este engajamento pressuporia que os grupos de interesse alcancem ou maximizem seus benefícios a reboque dos resultados coletivos. Na ótica dos gestores da SES/RJ, esse modo de agir leva à impressão de que “a participação social não tem acompanhado as necessidades da sociedade em razão da pouca politização do CES” (Entrevistado representante dos gestores da SES/RJ).

Dessa forma, entre os conselheiros entrevistados, há uma visão de que o controle social não se efetiva porque, por um lado, há um jogo de interesses políticos efetivado pelos gestores em relação a algumas representações conselheiras (em nível municipal e/ou estadual); de outra parte, como ressalta um representante dos profissionais, “há cerceamento do direito de voz; [o CES/RJ] encaminha matérias de interesse da gestão, polêmicas e sem discussão prévia” (Entrevistado representante dos profissionais/Conselho Regional de Psicologia). Esse “cerceamento da voz” é representativo de um bloqueio efetivado pelo gestor no encaminhamento de questões polêmicas que dizem respeito às demandas da sociedade. Em última instância, entre os conselheiros estaduais de saúde, a forma como a gestão conduz (ou induz) os trabalhos dentro do CES/RJ impede que se cumpram com as competências próprias do conselheiro de saúde.

Tabela 6 – O CES/RJ Cumpre com seu Regimento Interno (R.I.) e Exerce o Controle Social?

| O CES/RJ Cumpre com seu R. I. e Exerce o Controle Social? | Conselheiros | Gestores |
|-----------------------------------------------------------|--------------|----------|
| Sim | 31,6% | 26,1% |
| Não | 68,4% | 73,9% |

Assim, o CES/RJ, como instância de controle social, não funcionaria a contento, em razão de que a cultura política e a aproximação dos conselheiros com a definição de seu papel são questões ainda em aberto. Se, por um lado, após duas décadas de institucionalização do formato participativo no âmbito das estruturas do Poder Executivo, permanece a questão acerca da legitimidade e reconhecimento dos sujeitos políticos representantes de demandas da sociedade pelos decisores de políticas (*policy makers*); por outro lado, a dinâmica das variadas instâncias em que o controle social poderia efetivar-se (Reuniões Plenárias e Conferências de Saúde) traduzem atualmente o caráter altamente burocratizado das formas de *accountability* (Bohman, 1996; Lavallo e Castello, 2008; O’Donnell, 1998). É justamente nesse sentido que, para os conselheiros entrevistados, os representantes da sociedade não estão suficientemente capacitados para tomar decisões; são 68,4% que responderam afirmativamente a essa questão.

Considerações finais

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

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

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

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

A pesquisa sobre o CES/RJ mostrou, de certa maneira, como na arena política de deliberação no estado do RJ os conflitos sociais e/ou políticos estão organizados segundo uma *seletividade* que lhes é impressa/plasmada pelo próprio Estado, portanto pelos representantes da SES/RJ. Assim, os decisores de políticas (*policy makers*), tal como na lógica da ação coletiva, procuram maximizar seus interesses – que correspondem aos projetos políticos do governo estadual – imprimindo às atividades dos conselheiros estaduais de saúde barreiras institucionais à sua efetiva ação política.

Recebido em 05/12/2013
Aprovado em 07/12/2013

Notas

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

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

³. Optamos por utilizar *representação da sociedade* em vez de *representação dos usuários*, como consta na Lei 8.142/90. A ideia contida no texto constitucional – de representação da sociedade – deturpa-se com a definição fracionada de *usuários*.

⁴. Constituído através da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelas Leis Complementares 71, de 15 de janeiro de 1991, e 76, de 28 de janeiro de 1993, foi modificado pelas Leis Complementares 82, de 22 de janeiro de 2010 e 125, de 15 de janeiro de 2009. Cf. Regimento Interno do CES/RJ (2013). Segundo Dias (2011), o Estado do RJ já experimentara a configuração de uma arena política própria à saúde. Em 1984, durante o governo Leonel Brizola, foi instalado um Conselho Estadual de Saúde, com o intuito de aproximar o governo estadual das mobilizações comunitárias. Funcionou somente até 1985, tendo sido restaurado durante os anos 1990.

Como estrutura física, o CES/RJ ocupa duas salas próprias em um dos prédios da SES/RJ, no centro da cidade do RJ. Possui orçamento próprio – estipulado nos planos de orçamentação da SES/RJ –, o que viabiliza suas atividades cotidianas. Conta com o apoio técnico de oito funcionários públicos (sendo um deles secretário executivo do Conselho). Segundo a 4ª diretriz da Resolução 333/03 do CNS, “os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do conselho de saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.”

⁵. As entrevistas foram realizadas através da inserção desse estudo de caso no Projeto de Pesquisa “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro”, coordenado por Silvia Gerschman. O objetivo geral do projeto foi “Explorar a definição da política estadual de saúde e sua aplicação nos âmbitos relativos à estrutura político organizativa de gestão e participação das instituições e

organizações que compõem o sistema estadual de saúde, com especial ênfase na Secretaria Estadual e no Conselho Estadual de Saúde”.

⁶. Optou-se pela análise dos documentos impressos (Atas de Reuniões) a partir da técnica de *análise de conteúdo* (Bardin, 2009), em que as fontes selecionadas são lidas e classificadas segundo *núcleos de sentido* comuns e a frequência (ou ocorrência) com que os temas são tratados. Essas fontes documentais formam o que Bardin chama de *corpus* de uma pesquisa, ou seja, *o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos* (Bardin, 2009, p. 122).

⁷. Esse dado se diferencia da gestão governamental de Rosinha Garotinho (2003-2006), em que havia um balanceamento entre homens e mulheres trabalhando na gestão (respectivamente, 46,2% e 53,8%). Mesmo assim, há uma expressiva predominância de mulheres no cargo de gestoras, o que configura um dado interessante acerca do papel do trabalho feminino em cargos de gestão governamental.

⁸. Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro.

⁹. Conselho Municipal de Saúde de São Gonçalo.

¹⁰. Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro.

Referências Bibliográficas

- ANGHER, Anne Joyce (org. e ed.). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Vade Mecum. (10ª ed.). São Paulo: Rideel, 2013, p. 71-81.
- AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização a legitimidade da ação. *Dados*, v. 50, n. 3, 2007, p. 443-464.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BENEVIDES, Maria Victoria. *A cidadania ativa*. (3ª ed., 5ª reimpr.). São Paulo: Ática, 2003.
- BISPO JÚNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Silvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, dez. 2013, pp. 7-16.
- BOHMAN, James. *Public deliberation: pluralism, complexity, and democracy*. Cambridge: MIT, 1996.
- BOSCHI, Renato. *A arte da associação: política de base e democracia no Brasil*. São Paulo/Rio de Janeiro: Vértice/IUPERJ, 1987.
- BRASIL. *As cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Resolução 333, de 4 de novembro de 2003 – Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Imprensa Nacional, 2003.
- BRASIL. Resolução 453, de 10 de maio de 2012 – Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2012.
- CARVALHO, Antonio Ivo. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- CÔRTEZ, Soraya Vargas. *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009a.
- _____. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 25, nº 7, jul. 2009b, pp. 1626-1633.
- _____; LIMA, Luciana Leite. *A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas*. *Lua Nova*, nº 87, 2012, pp. 33-62.
- DAGNINO, Evelina. (org.). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- _____. (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

- DAHL, Robert A. *Poliarquia*: participação e oposição. São Paulo: USP, 2005.
- DENZIN, Norman K. *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. Nova Jersey: Transaction Books, 2009.
- DIAS, N. X. Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro: atuação e percepção dos representantes dos usuários do SUS. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.
- DINIZ, Eli. *Voto e máquina política*: patronagem clientelismo no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- FALEIROS, Vicente de Paula et al. *A construção do SUS*: história da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FARIAS, Cláudia Feres. *Democracia deliberativa*: Habermas, Cohen e Bohman. Lua Nova, n° 49, 2000, pp. 47-68.
- FEREJOHN, John. Accountability and authority. In: PRZEWORSKI, Adam; STOKES, Susan; MANIN, Bernard (orgs.). *Democracy, accountability, and representation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, pp. 131-153.
- GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa*. (1ª reimpr.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004a.
- _____. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 6, nov./dez. 2004b, pp. 1670-1681.
- _____. Formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, Maria Alícia et al. (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual*: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, pp. 67-88.
- _____. Democracia, políticas sociais e globalização: relações em revisão. In: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lúcia W. (orgs.). *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, pp. 53-64.
- _____; VIANNA, Maria Lúcia W. (orgs.). *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- GIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- GOULART, Flávio. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. Saúde em Debate, v. 34, n. 84, 2010, p. 18-32.
- JANOWITZ, Morris. Social theory and social control. American Journal of Sociology, v. 81, n. 1, 1975, pp. 82-108.
- LABRA, Maria Eliana. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses: uma revisão. Physis – Revista de Saúde Coletiva, vol. 9, n° 2, 1999, p. 131-166.
- _____. Conselhos de Saúde do estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social. In: UGÁ, M. A. de et al. (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual*: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 89-118.
- LAVALLE, Adrian G.; CASTELLO, Graziela. Sociedade, representação e a dupla face da accountability. Cadernos CRH, v. 21, n. 52, jan./abr. 2008, p. 67-86.
- LAVALLE, Adrian G. et al. Representação política e organizações civis: novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 21, n. 60, 2006, p. 43-66.
- LESSA, Carlos. *O Rio de todos os brasis*. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- MOUFFE, Chantal. *O regresso do político*. Lisboa: Gradiva, 1996.
- O'DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliárquias. Lua Nova, n. 44, 1998, p. 27-54.
- PARADA, Roberto. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. Physis – Revista de Saúde Coletiva, v. 11, n. 1, 2001, pp. 19-104.
- PEREIRA NETO, André de Faria. *Conselhos de favores*: controle social na saúde – a voz dos seus atores. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.
- PITKIN, Hannah F. *The concept of representation*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- PUTNAM, Robert D. *Comunidade e democracia*: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- RAKOVE, Milton. *Don't make no waves... don't back no losers*: an insider's analysis of the Daley machine. Bloomington: Indiana University Press, 1975.
- RAWLS, John. *O liberalismo político*. (2ª ed.). São Paulo: Ática, 2000.
- RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, v. 13, n. 1, jan./mar. 1997, pp. 81-92.
- RIO DE JANEIRO (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO). Regimento interno do Conselho Estadual de Saúde/RJ. Rio de Janeiro: CES/RJ, 2013.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. *O contrato social*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Ática, 1978 [1762].
- SANTOS, Maria Angélica B.; GERSCHMAN, Silvia. O Sistema Único de Saúde como

desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 61, jun., 2006, pp. 177-190.

SCHMITTER, Philippe. Perspectiva da democracia no mundo contemporâneo: mais liberal, pré-liberal ou pós-liberal? In: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lúcia W. (orgs.). *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 31-42.

SILVA, Ionara Ferreira da. O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2000.

_____; LABRA, Maria Eliana. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 1, jan./fev., 2001, p. 161-170.

SOUSA SANTOS, Boaventura de; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SOUSA SANTOS, Boaventura de (org.). *Democratizar a democracia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, p. 39-82.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto *et al.* (org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, pp. 65-86.

STREECK, Wolfgang; SCHMITTER, Philippe. Community, market, state – and associations? The prospective contribution of interest governance to social order. In: STREECK, Wolfgang; SCHMITTER, Philippe (orgs.). *Private interest government: beyond market and state*. Londres: Sage, 1985.

TATAGIBA, Luciana F. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas. In: DAGNINO, Evelina. (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 47-103.

UGARTE, Pedro S. Que participação para qual democracia? In: COELHO, Vera Shattan; NOBRE, Marcos (orgs.). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004, p. 91-106.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (4ª ed.). Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZEDNER, Lúcia. Controle social. In: OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom (eds.). *Dicionários do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, p. 138-139.