

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CHRISTIANE LUIZA SANTOS

DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DESENHO INSTITUCIONAL E VOZ NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DE CURITIBA – PR EM 2011 E 2013

Orientador: Prof. Dr. Húascar Fialho Pessali

CURITIBA

2015

CHRISTIANE LUIZA SANTOS

DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DESENHO INSTITUCIONAL E VOZ NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DE CURITIBA – PR EM 2011 E 2013

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas, no Curso de Pós-Graduação de Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Húascar Fialho Pessali

CURITIBA

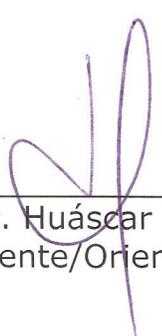
2015

ATA

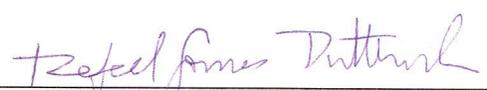
Os membros da Comissão Examinadora designados pelo Colegiado do PPPP – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná aprovaram a dissertação de Mestrado com o título "**Democracia e Participação no Sistema Único de Saúde: Desenho Institucional e Voz nas Conferências Municipais de Saúde de Curitiba-PR em 2011 e 2013**", apresentada pela mestranda **CHRISTIANE LUIZA SANTOS**, no dia 09 de março de 2015.

Seguem, em anexo, os pareceres dos integrantes da Comissão.

Curitiba, 09 de março de 2015



Prof. Dr. Huáscar Fialho Pessali
Presidente/Orientador/UFPR



Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Examinador/UFPR



Profª Dra Luciana Ferreira Tatagiba
Examinadora/Unicamp

PARECER

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

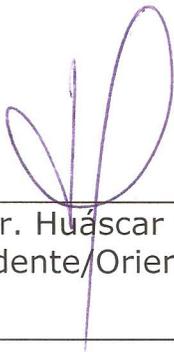
MESTRANDA: Christiane Luiza Santos

TÍTULO: "Democracia e Participação no Sistema Único de Saúde: Desenho Institucional e Voz nas Conferências Municipais de Saúde de Curitiba-PR em 2011 e 2013"

PARECER

APROVADO

Curitiba, 09 de março de 2015



Prof. Dr. Huáscar Fialho Pessali
Presidente/Orientador/UFPR

PARECER

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

MESTRANDA: Christiane Luiza Santos

TÍTULO: "Democracia e Participação no Sistema Único de Saúde: Desenho Institucional e Voz nas Conferências Municipais de Saúde de Curitiba-PR em 2011 e 2013"

PARECER

Aprovado.

Curitiba, 09 de março de 2015

Rafael Gomes Ditterich

Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich
Examinador/UFPR

PARECER

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

MESTRANDA: Christiane Luiza Santos

TÍTULO: "Democracia e Participação no Sistema Único de Saúde: Desenho Institucional e Voz nas Conferências Municipais de Saúde de Curitiba-PR em 2011 e 2013"

PARECER

tendo sido considerado plenamente satisfatório o trabalho escrito e as respostas apresentadas pela candidata é arguição encaminha enfaticamente pela aprovação.

Curitiba, 09 de março de 2015



Profª Dra Luciana Ferreira Tatagiba
Examinadora/Unicamp

Dedicar este trabalho a estas duas pessoas parece muito pouco. Posso afirmar que eu devo este trabalho a estas duas pessoas: meu esposo Marcos e meu amado filho Vítor. Devo ao Marcos todo o suporte ao longo desta trajetória, sem o qual eu não teria conseguido. Sua presença foi fundamental – obrigada por ter sido meu porto seguro. Devo ao meu filho horas de brincadeiras, abraços, risadas e beijos. Dedico a vocês cada palavra, vírgula, erro e acerto deste trabalho, não como forma de me eximir da culpa nas minhas ausências necessárias, mas por reconhecimento do valor que vocês têm na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, que sempre imprimiram, não só em mim, mas em minhas irmãs, a necessidade e o poder do conhecimento. E não só isso, mas a importância de usá-lo bem e para o bem.

Agradeço particularmente às minhas irmãs Paloma e Thalita. À Paloma, por toda imensurável colaboração e discussões sobre teoria democrática e democracia participativa. À Thalita, por todo o companheirismo e toda a disponibilidade ao longo desses dois anos, nas nossas sessões de estudo e nas intermináveis madrugadas.

Agradeço aos meus irmãos-cunhados, por auxiliarem naquilo que lhes era possível, seja brincando com Vítor para a mamãe conseguir estudar, seja compreendendo minhas constantes ausências.

Agradeço ainda à família Turra, que entendeu todas minhas constantes ausências nesses dois anos.

Agradeço em especial ao meu orientador Húascar, que não só teve como transmitiu toda a paciência necessária em tantos momentos. Obrigada por toda colaboração, compreensão, humanidade e ética demonstrada, não só comigo, mas para com meus colegas. Foi antes de tudo um privilégio trabalhar ao lado do professor. Exprimo meu profundo respeito e admiração pelo seu trabalho e postura.

Agradeço ainda a todos os professores do Programa, pela paciência que tiveram com “um peixe fora d’água”, mas que aprendeu e pretende continuar a nadar.

Agradeço aos queridos colegas do curso, que o fizeram ser tão rico por meio de tantos núcleos de saber, em especial às “filhas” Ana Carolina e Andréa, que sempre foram especiais ao longo do curso.

Agradeço à Prefeitura Municipal de Curitiba, à Secretaria de Saúde e, em especial, ao Conselho de Saúde, que me acolheu prontamente em todas as necessidades. Um agradecimento especial a todas as meninas da Secretaria Executiva, exemplos de competência e dedicação, com carinho especial à Marina e à Evelyny — o mais sincero e afetuoso obrigado!

Agradeço, por fim e não menos importante, a Deus, por ter me concedido caminhos que me fizeram chegar até aqui.

“I'm gonna make a change.
On once in my life
It's gonna feel real good.
Gonna make a difference
Gonna make it right
[...]
I'm starting with the man in the mirror.”

(Glen Ballard e Siedah Garrett)

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo avaliar o potencial inclusivo das demandas geradas a partir das Conferências Locais de Saúde em Curitiba entre 2011 e 2013, para a construção dos Relatórios Finais das Conferências Municipais. Para isso, serão analisados os relatórios das Conferências Locais, distritais e municipais dos anos de 2011 a 2013. Uma amostra representativa de 25% a 50% do total de unidades de saúde de cada distrito foi sorteada, perfazendo um total de 33 unidades de saúde. As demandas locais foram categorizadas e divididas por núcleos temáticos e acompanhadas durante as etapas precedentes até a etapa municipal. A inclusão será considerada a partir do atributo da voz, de acordo com o quadro analítico elaborado por Smith (2009). Os resultados demonstraram que o desenho permite a inclusão das demandas locais nos Relatórios Finais, mas que este potencial inclusivo ainda é pequeno perfazendo 8% do total das propostas no ano de 2011 e 14% em 2013. Constatou-se também que, na trajetória ascendente das demandas locais, as perdas parciais ou totais dos seus conteúdos estavam relacionadas ao teor temático expresso, à aceitação de todos os segmentos envolvidos no momento deliberativo e ao impacto que a proposta representaria para as demais unidades de saúde e política municipal de saúde. Considerando que as políticas nacionais de saúde vigentes têm grande visibilidade no âmbito das Conferências de Saúde, constatou-se também que não só elas servem de âncora ou referência cognitiva para a maioria das demandas apresentadas, mas também a situação política municipal. Além disso, observou-se que as perdas ocorridas no processo tendem a ser majoritariamente referentes a demandas e propostas não alinhadas com as políticas nacionais vigentes e a situação política municipal.

Palavras-chave: Participação popular. Democracia participativa. Desenho institucional. Conferências de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation scrutinizes the reports of local, district and municipal conferences in Curitiba 2011 and 2013 in order to evaluate the degree in which demands started in local health conferences make it through to the final reports of the Municipal Conference. In other word, it assesses how the voice of citizens reaches through the design of this part of the local democratic system, based on the attribute framework developed by Smith (2009). Our sample includes 25% to 50% of all health care units in each district, totaling 33 health facilities. Local demands were categorized and divided into thematic groups, and then accompanied through the following stages up to the municipal conference. The results show that the design allows for the inclusion of local demands in the final reports, but with significant barriers and amounting to 8% of the total proposals in 2011 and 14% in 2013. In the upward path of local demands, the partial or total loss of content were related to specific themes, to the acceptance of all segments involved in the decision moment, and to the impact that the demand would cause on other health units and in the municipal health policy. Considering that national health policies have high visibility in the context of health conferences, they both serve as anchor or cognitive reference for most of the local demands presented. Voice losses in the process tend to be mostly related to demands and proposals unaligned with them.

Keywords: Popular Participation. Participatory democracy. Institutional design. Health Conferences. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - SEPARAÇÃO DA PROPOSTA POR NÚCLEOS TEMÁTICOS.....	24
FIGURA 2 - SEGUIMENTO DOS NÚCLEOS DAS PROPOSTAS	24
FIGURA 3 - AGLUTINAÇÃO DOS NÚCLEOS NAS PROPOSTAS E O SEU SEGUIMENTO NAS INSTÂNCIAS SEGUINTEs.....	25
FIGURA 4 - INTEGRAÇÃO ENTRE AS ETAPAS DE UMA CONFERÊNCIA NACIONAL	72
FIGURA 5 - A VOZ E AS SUAS DIFERENTES TRAJETÓRIAS NA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE	83
FIGURA 6 - SEGUIMENTO DOS NÚCLEOS TEMÁTICOS LOCAIS ATÉ O RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA NO ANO DE 2011	91
FIGURA 7 - SEGUIMENTO DOS NÚCLEOS TEMÁTICOS LOCAIS ATÉ O RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA NO ANO DE 2013	92
FIGURA 8 - NÚMERO DE NÚCLEOS TEMÁTICOS LOCAIS INSERIDOS NOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS.....	94

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - UNIDADES DE SAÚDE SORTEADAS POR DISTRITO	22
QUADRO 2 - CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, TEMÁTICAS E PRESIDENTES DA REPÚBLICA, 1941/2011	65
QUADRO 3 - NÚMERO DE RESOLUÇÕES POR CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.....	68
QUADRO 4 - AS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUAS TEMÁTICAS 1991-2013.....	80
QUADRO 5 - SUBTEMAS TRABALHADOS NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE POR ANO/CONFERÊNCIA.....	88

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - NÚMERO DE PROPOSTAS E NÚCLEOS TEMÁTICOS POR ANO E INSTÂNCIA.....	86
TABELA 2 - NÚMERO DE PROPOSTAS E NÚCLEOS TEMÁTICOS POR ANO E INSTÂNCIA.....	94
TABELA 3 - NÚMERO DEMANDAS LOCAIS IDENTIFICADAS NO RELATÓRIO FINAL DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS.....	95

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - O NÚMERO DE PROPOSTAS E SUA ORIGEM APRESENTADAS PARA A DISCUSSÃO E CONSTRUÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DE 2011	103
GRÁFICO 2 - O NÚMERO DE PROPOSTAS E SUA ORIGEM APRESENTADAS PARA A DISCUSSÃO E CONSTRUÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DE 2013.....	103
GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO DE APROVAÇÃO DAS PROPOSTAS POR ORIGEM NO RELATÓRIO FINAL DE 2011	105
GRÁFICO 4 - PROPORÇÃO DE APROVAÇÃO DAS PROPOSTAS POR ORIGEM NO RELATÓRIO FINAL DE 2013	105
GRÁFICO 5 - NÚCLEOS TEMÁTICOS PRESENTES NAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS LOCAIS DE SAÚDE EM 2011	108
GRÁFICO 6 - NÚCLEOS TEMÁTICOS TRABALHADOS PELAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE EM 2011	108
GRÁFICO 7 - NÚCLEOS TEMÁTICOS PRESENTES NAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS LOCAIS DE SAÚDE EM 2013	109
GRÁFICO 8 - NÚCLEOS TEMÁTICOS PRESENTES NAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE EM 2013	110
GRÁFICO 9 - SOMATÓRIA DO NÚMERO DE PROPOSTAS E OS NÚCLEOS TEMÁTICOS TRABALHADOS NAS CONFERÊNCIAS LOCAIS E DISTRITAIS DE 2011	111
GRÁFICO 10 - SOMATÓRIA DO NÚMERO DE PROPOSTAS E OS NÚCLEOS TEMÁTICOS TRABALHADOS NAS CONFERÊNCIAS LOCAIS E DISTRITAIS DE 2013.....	111
GRÁFICO 11 - DECISÕES SOBRE AS PROPOSTAS APRESENTADAS NAS CONFERÊNCIAS LOCAIS E DISTRITAIS – 2011 E 2013 (NÚMEROS ABSOLUTOS)	119
GRÁFICO 12 - TEMAS DAS PROPOSTAS APRESENTADAS NAS CONFERÊNCIAS LOCAIS E DISTRITAIS – 2011 E 2013 (NÚMEROS ABSOLUTOS).....	119

LISTA DE SIGLAS

ANC	Assembleia Nacional Constituinte
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP Previdenciária	Conselho Consultivo da Administração de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
NAAPS	Núcleo de Apoio à atenção Primária em Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PECs	Projetos de Emenda Constitucionais
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PPA	Plano Plurianual
PT	Partido dos Trabalhadores
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS.....	19
1.1.1 Objetivo Geral	20
1.1.2 Objetivos Específicos.....	20
1.2 METODOLOGIA	21
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	26
2. A PARTICIPAÇÃO NA TEORIA DEMOCRÁTICA	28
2.1 A PARTICIPAÇÃO NA DEMOCRACIA REPRESENTATIVA.....	30
2.2 A PARTICIPAÇÃO NA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA.....	33
2.3 A PARTICIPAÇÃO NAS INOVAÇÕES DEMOCRÁTICAS	37
3. A DEMOCRACIA BRASILEIRA E OS ARRANJOS PARTICIPATIVOS	41
3.1 A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA REDEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO.....	41
3.2 A CONSTITUINTE E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL INSTITUÍDA.....	48
3.3 AS CONFERÊNCIAS E O SEU ARRANJO DEMOCRÁTICO.....	54
4. AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E O CASO DE CURITIBA	63
4.1 HISTÓRICOS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	64
4.2 O DESENHO INSTITUCIONAL DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE	69
4.3 AS CONFERÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA (PR)	77
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	84
6. CONCLUSÕES	122
REFERÊNCIAS	129

1. INTRODUÇÃO

As Conferências de Políticas Públicas são definidas oficialmente como espaços institucionais de participação e deliberação acerca das diretrizes gerais de determinada política pública, assumindo caráter consultivo ou deliberativo (República Federativa do Brasil, SG-PR/SNAS, 2014). Sua realização pode ser periódica, instituída por lei, como no caso da Saúde e da Assistência Social, ou ainda convocada por decreto do Executivo, portaria ministerial ou interministerial ou, ainda, por resolução do respectivo Conselho, sempre que houver necessidade de discussão da política pública — seja para a definição de diretrizes, para compor agenda ou para avaliação das políticas instituídas (FARIA; SILVA; LINS, 2012).

A partir de 2003, com o Partido dos Trabalhadores (PT) assumindo o governo federal, houve um direcionamento em prol do fortalecimento e da reorganização das instâncias participativas instituídas na Constituição de 1988, em especial os Conselhos Gestores e Conferências de Políticas Públicas¹. Houve aumento significativo no número de Conferências Nacionais nas mais diversas áreas temáticas, o que tem demonstrado não só a importância desse espaço de participação popular para o processo de elaboração de políticas públicas, mas a intencionalidade do Estado em ampliar os espaços de participação popular e a interlocução com a sociedade sobre as políticas que os afetam (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011; AVRITZER, 2012; GOULART, 2013).

Dentro do processo de realização de uma Conferência, os relatórios finais são de fundamental importância. Eles são redigidos após a Conferência, a partir do conjunto de deliberações aprovadas em plenária, e congregam o documento-chave, a fim de difundir as deliberações da Conferência tanto para o conjunto da sociedade quanto para aqueles que, no cotidiano da formulação

¹ A partir de 2003, o discurso da participação social foi incorporado como um dos principais eixos do governo Lula. Havia uma estratégia explícita de ampliar o diálogo com as organizações da sociedade civil e os cidadãos, especialmente pela criação, reformulação e ampliação dos mecanismos de participação social, como as conferências e os Conselhos Nacionais de Políticas Públicas.

Além das conferências, foram reformulados e criados vários Conselhos Nacionais de Políticas Públicas, ampliando os espaços possíveis de diálogo com a sociedade no âmbito da formulação e monitoramento das políticas públicas (BRASIL, 2010).

de política, evocam as decisões e os debates nela ocorridos (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Ao avaliar a influência das deliberações propostas e aprovadas nos relatórios finais das Conferências no planejamento da administração federal, Pogrebinski e Santos (2011) mensuram que, entre 2003 e 2008, 2.233 projetos tiveram tramitação iniciada nas duas Casas do Legislativo, 163 Projetos de Emenda Constitucionais (PECs) foram apresentados e, além disso, 216 leis foram aprovadas e 6 emendas constitucionais promulgadas, todas estas com pertinência temática às resoluções estabelecidas nas Conferências Nacionais. Esse fato demonstra a importância que as Conferências têm no delineamento de algumas políticas públicas, servindo como âncora para seu desenho.

Cabe ressaltar que é de responsabilidade do órgão convocatório da Conferência o detalhamento dos temas e dos objetivos, o estabelecimento das comissões organizadoras, os cronogramas e os regulamentos para implantação das reuniões municipais, estaduais e/ou regionais e nacionais, bem como para as eleições de delegados (FARIA *et al.*, 2012). Assim, para Faria *et al.* (2012, p. 9), as Conferências se “constituem [em] espaços de participação e de deliberação que requerem esforços diferenciados, tanto de mobilização social, quanto de construção da representação social e do diálogo em torno da definição de uma determinada política pública”.

Em relação às Conferências Nacionais de Saúde, mais especificamente, elas ocorrem desde 1941, quando foram convocadas pela primeira vez, no governo de Getúlio Vargas, mas somente na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, houve a inclusão da participação popular. O processo de redemocratização do Estado brasileiro no fim da década de 1980 trouxe a institucionalização de espaços para a participação popular e na área da saúde, representados, mais especificamente, pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde (SOUZA *et al.*, 2013a).

Desse modo, as Conferências de Saúde constituem importante espaço para a discussão da política de saúde, especialmente as Conferências Municipais, pois as propostas aprovadas na instância municipal, notavelmente quando realizadas no primeiro ano de exercício da administração, “visa[m] à formulação de diretrizes para a construção de políticas públicas de saúde que

deverão compor o plano municipal de saúde e o plano plurianual (PPA)” (CONASEMS, 2013a, p. 1). Dessa forma, este arranjo permite a participação da sociedade na construção do sistema local de saúde, o que impactará diretamente em seu acesso e na provisão de serviços e bens públicos em saúde e, portanto, influirá na qualidade de vida dos munícipes.

O município de Curitiba é referência nacional e internacional no desenvolvimento de programas pioneiros em saúde (o Mãe Curitibana, por exemplo), constituindo-se em uma referência na organização da atenção materno infantil em saúde (MENDES, 2011). Além disso, possui densa malha de serviços para atender não só seus munícipes como todo o estado do Paraná, pois é o principal centro da atenção de alta complexidade. Isso resulta em maior complexidade na construção de sua política municipal de saúde, pela necessidade do gerenciamento de várias demandas. Outro fato que chama a atenção em relação ao município é o desenho de suas Conferências Municipais de Saúde, que possui etapas locais (em todas as 110 unidades de saúde), etapas distritais (9 distritos sanitários) e, por fim, a etapa municipal. Esse desenho permite uma maior capilaridade das Conferências, aproximando-as do cidadão comum e permitindo, assim, não só maior participação societal, como maior vocalização de demandas e, por conseguinte, um potencial de maior capacidade redistributiva da política de saúde (AVRITZER, 2009b).

Diante dessas características, a complexidade das demandas envolvidas e o desenho institucional, este trabalho buscará responder à seguinte pergunta de pesquisa: *qual o potencial inclusivo das Conferências Municipais de Saúde para as demandas locais vocalizadas na construção dos seus Relatórios Finais?*

1.1 OBJETIVOS

Para responder tal pergunta de pesquisa, foram delineados os objetivos geral e específicos de pesquisa.

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a potencial inclusivo do desenho das Conferências Municipais de Saúde para as demandas vocalizadas a partir das Conferências Locais de Saúde em Curitiba nos anos 2011 e 2013, para a construção de seus Relatórios Finais.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar a trajetória das demandas vocalizadas ao longo do processo escalonado e investigar se o desenho institucional facilita ou impede essa trajetória ascendente nas escalas mais proximais da população.
- Avaliar a capacidade do desenho institucional da Conferência em transmitir a voz das demandas locais em suas diversas instâncias.
- Elencar e categorizar por áreas temáticas as principais reivindicações oriundas das Conferências Locais de Saúde nas diferentes localidades do município, observar em que medida elas são semelhantes ou díspares, e detectar se algum tipo específico de demanda é sistematicamente considerado ou ignorado em sua discussão e o trâmite até a possível apresentação nos relatórios das Conferências.

Um dos argumentos teóricos em defesa de institucionalidades participativas nas democracias modernas está baseado na capacidade delas de transmitir a voz dos participantes ao poder público instituído. Num desenho institucional escalonado, como é o caso do objeto em questão, uma instância basilar remete representantes e propostas votadas em plenária para uma instância mediana, e esta remete representantes e propostas para a instância mais elevada. Nesse processo, a voz (aqui considerada em relação às propostas votadas) pode ser diminuída ou diluída, ao passar pelas diversas instâncias.

A questão que se quer examinar é se, durante a trajetória ascendente das demandas das conferências locais, ocorrem transformações no conteúdo das demandas e propostas locais que refletem necessidades sentidas de

determinadas regiões, e se essas transformações são influenciadas pelo desenho institucional.

Considerando ainda que as políticas nacionais de saúde vigentes têm grande visibilidade no âmbito das Conferências de Saúde, acredita-se que elas servem de âncora ou referência cognitiva para a maioria das demandas apresentadas e que as transformações ocorridas no processo tendem a ser majoritariamente referentes a demandas e propostas não alinhadas com elas.

1.2 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná e pelo Comitê de Ética em Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 30742414.4.0000.0102 e Parecer n. 667.168.

Esta pesquisa é uma análise qualitativa e quantitativa, que terá como base documental os relatórios das Conferências Locais, Distritais e Municipais de Saúde de Curitiba no período compreendido entre 2011 e 2013.

O município de Curitiba conta com 110 unidades de saúde que realizam conferências locais, distribuídas em 9 distritos sanitários: Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, CIC, Matriz, Pinheirinho, Portão e Santa Felicidade, que também realizam as Conferências Distritais. Dado o período pretendido de estudo (2011–2013) e a quantidade de unidades de saúde instaladas no município, foi realizado um sorteio por amostragem aleatória simples. No sorteio, foi respeitada a divisão distrital e foi sorteado um número de unidades de saúde de modo a conter entre 25% e 50% da amostra total das unidades por distrito. O critério de inclusão para participar do sorteio e do processo de amostragem foi a existência da unidade de saúde dentro do distrito, de 2011 até 2013, e a realização das Conferências Locais nestes anos.

Foram sorteadas as seguintes unidades, em seus respectivos distritos (QUADRO 1):

QUADRO 1 - UNIDADES DE SAÚDE SORTEADAS POR DISTRITO

DISTRITO	UNIDADE DE SAÚDE SORTEADA
BAIRRO NOVO	Osternack
	Salvador Alende
BOA VISTA	Vista Alegre
	Tingui
	Vila Leonice
	Abaeté
	Atuba
BOQUEIRÃO	Xaxim
	Irmã Tereza Araújo
	Vila Hauer
	Esmeralda
CAJURU	Lotiguaçu
	Camargo
	São Paulo
CIC	Barigui
	Vila Verde
	Tancredo Neves
	Taiz Araújo Machado
	Cândido Portinari
MATRIZ	Capanema
	Ouvidor Pardinho
PINHEIRINHO	Concórdia
	Pompeia
	Parque Industrial
	Sagrado Coração
PORTÃO	Estrela
	Fanny Lindoia
	Aurora
	Vila Guáira
SANTA FELICIDADE	São Braz
	Campina da Siqueira
	União das Vilas
	Santa Felicidade

FONTE: Elaborado pela autora.

O conteúdo dos documentos foi categorizado por temáticas (BARDIN, 2011) para permitir elencar que temas foram vocalizados no processo, bem como para analisar a frequência dos temas e a ascendência deles nas instâncias, até sua inserção ou não nos Relatórios Finais.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações (procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens) de indicadores quantitativos ou não, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens. Assim, foram definidas cinco grandes categorias: *Acesso, Qualificação da Atenção, Gestão Profissional, Controle Social e Questões Locais*.

Dentro da categoria *Acesso*, foram categorizados mais quatro subtemas: Infraestrutura, Informação, Atenção Secundária e Terciária e Equipe. As demandas que se inseriram nesta categoria e em suas subcategorias tinham como principal solicitação a ampliação do acesso, seja pelo aumento ou reforma da infraestrutura (construção de uma nova unidade de saúde, p. ex.), acesso à informação, acesso à atenção secundária ou terciária (consultas ou exames especializados) e, ainda, a ampliação do quadro profissional (equipe).

Na categoria *Qualidade da Atenção* também foram categorizados mais quatro subtemas: Promoção e Prevenção em Saúde, Ações Multi e Interdisciplinares, Capacitação Profissional e Características do Programa. Para a inclusão na categoria Qualidade da Atenção foram selecionadas as demandas que solicitavam ações que, se concretizadas, implicariam uma qualificação da atenção prestada. Essas demandas podem ser solicitações por ações de promoção e prevenção (criação de um grupo de gestantes, p. ex.), ações multi/interdisciplinares (com envolvimento de equipe de saúde multidisciplinar e outros equipamentos sociais como a escola, associação de moradores etc.), além da capacitação dos profissionais em saúde e características do programa (a solicitação de um insumo específico, p. ex.).

Na categoria *Gestão Profissional* foram selecionadas as demandas referentes aos processos de trabalho interno da Secretaria Municipal de Saúde e ainda referentes a solicitações específicas do segmento dos trabalhadores de saúde (redução da carga horária, p. ex.).

Na categoria *Controle Social* foram selecionadas as demandas que se relacionavam ao tema Controle Social e Participação Popular.

E, por fim, na categoria *Questões Locais* foram selecionadas as demandas referentes a demandas particulares de uma unidade, como a solicitação de um ponto de ônibus na frente da unidade de saúde, por exemplo.

Ao se analisar as propostas oriundas das conferências locais e distritais de saúde, inferiu-se que uma proposta poderia conter várias demandas e que estas se enquadravam em distintas categorias ou subtemas. Portanto, cada proposta foi dividida em núcleos, conforme a demanda requerida e sua categorização (FIGURA 1).

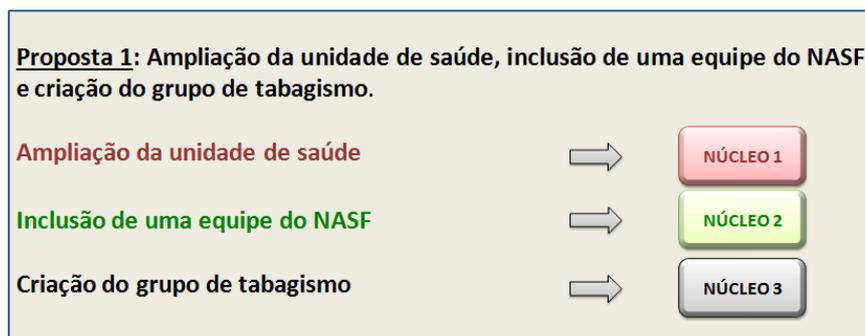


FIGURA 1 - SEPARAÇÃO DA PROPOSTA POR NÚCLEOS TEMÁTICOS

FONTE: Elaboração da autora.

O seguimento das propostas se deu por meio do acompanhamento dos seus núcleos para as instâncias seguintes, e esses núcleos podiam ou não ser necessariamente aprovados (FIGURA 2):



FIGURA 2 - SEGUIMENTO DOS NÚCLEOS DAS PROPOSTAS

Fonte: Elaboração da autora.

Cabe aqui ressaltar que, na etapa das Conferências Distritais, muitas das demandas (núcleos) oriundas das Conferências Locais se aglutinavam em uma só proposta, que seguiria para a etapa municipal. Assim, a proposta 9 da Conferência Distrital no exemplo anterior, além do núcleo 2 da proposta da Conferência Local XX, continha mais três núcleos — dois da Conferência Local XY e uma da Conferência Local WW, conforme ilustrado na Figura 3:

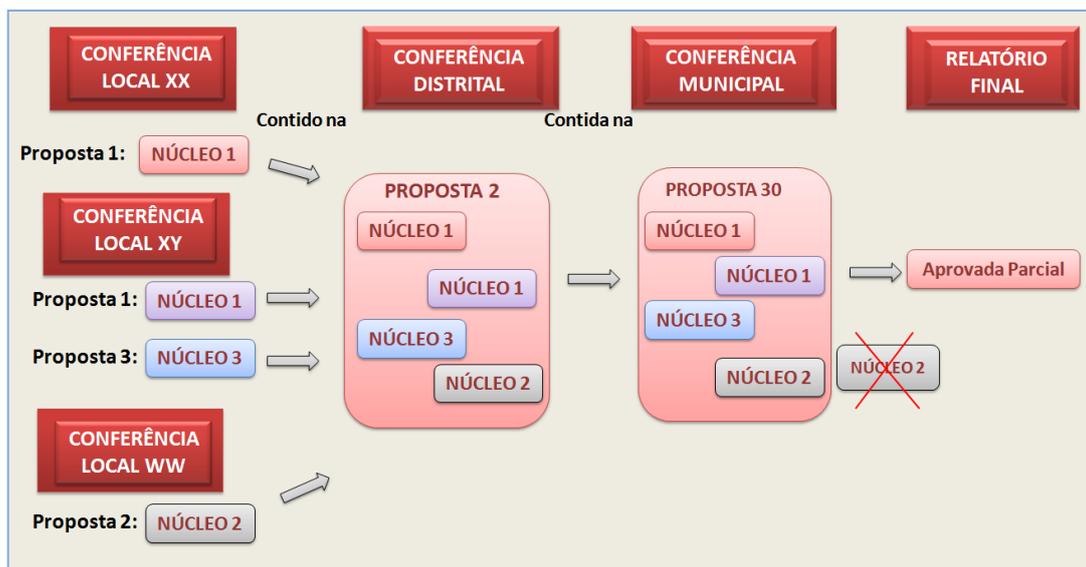


FIGURA 3 - AGLUTINAÇÃO DOS NÚCLEOS NAS PROPOSTAS E O SEU SEGUIMENTO NAS INSTÂNCIAS SEGUINTE

Fonte: Elaboração da autora.

Assim, na análise final do seguimento das propostas que contêm os núcleos oriundos das demandas locais se delinearam quatro resultados, presentes no relatório final: a) a proposta final apresentou uma aprovação de 100% de todos os núcleos contidos na proposta distrital (Aprovação total); b) a proposta final apresentou em sua redação o conteúdo total e íntegro (sem adições ou exclusões de núcleos) da proposta oriunda da conferência local (Aprovação integral); c) a proposta final apresentou a exclusão de um ou mais núcleos ou foi modificada no processo deliberativo (aprovação com alterações); e d) a proposta final com os núcleos oriundos das Conferências Distritais/Locais foi negada.

Já a análise do desenho institucional será baseada no quadro analítico desenvolvido por Graham Smith (2009). Este autor, no estudo das inovações participativas, buscou elaborar um quadro analítico que permitisse comparar as diversas inovações democráticas baseadas em de que maneira e até que ponto elas realizam qualidades desejáveis ou bens esperados das instituições democráticas (SMITH, 2009). Para Smith (2009), existem quatro bens democráticos esperados de uma instituição democrática: (a) inclusão, (b) julgamento ponderado, (c) controle social e (d) transparência.

Para este estudo, que busca analisar a trajetória das demandas da população, será considerado o bem democrático da inclusão. A inclusão,

segundo Smith (2009), pode ser expressa por duas variáveis: presença e voz. A presença pode ser representada pelo processo por meio do qual se dá a seleção dos participantes e em que medida esse processo permite a inclusão de todos os segmentos da sociedade, especialmente dos potencialmente afetados ou minorias. Entretanto, não se configura objetivo deste trabalho analisar o atributo da presença no bem democrático da inclusão. Já a voz (objetivo deste estudo), refere-se ao fato de que a simples presença não representa participação efetiva em si, mas que há necessidade do desenho institucional dar oportunidade de momentos de expressão de demandas e estas serem ouvidas, bem como de se perceber as chances de essas demandas afetarem o *output* da instância participativa.

A representação da voz será analisada por meio da trajetória da expressão das demandas (propostas locais) até o relatório final da conferência municipal de saúde.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está estruturado em quatro seções. A primeira, esta introdução, contém o problema de pesquisa, seus objetivos gerais e específicos, a justificativa, o escopo da pesquisa, a metodologia e a estrutura de trabalho. A segunda contém uma descrição do conceito de participação dentro da teoria democrática e apresenta como se expressa a participação popular nas suas distintas variantes — na democracia representativa, participativa, e nas inovações democráticas.

Já a terceira seção discorre sobre a participação popular na história da democracia brasileira e sobre o modo como o conceito de participação popular se transformou de um discurso emancipatório para um discurso de exercício de cidadania. Nessa seção, também são descritos a participação da população na formação da Constituinte e os arranjos participativos instituídos legalmente, e são caracterizadas as Conferências ante sua expectativa de aprofundamento da democracia.

A quarta seção trabalha o histórico das Conferências de Saúde e seu potencial propositivo em relação às políticas públicas, e descreve, ainda, como

seu desenho institucional está estruturado. Além disso, contém breve histórico das Conferências do município de Curitiba, objeto desta pesquisa, bem como seu desenho institucional.

A quinta seção traz a análise dos resultados e os resultados referentes ao seguimento da trajetória das demandas locais nos relatórios finais. Descreve também a análise dos momentos de expressão de voz e a sua trajetória ao longo do processo (SMITH, 2009), a categorização temática das demandas nas diferentes localidades, além de apresentar em que medida elas são díspares ou não.

Finalmente, a sexta seção apresenta as conclusões sobre a influência do desenho institucional na trajetória das demandas das conferências locais, bem como se as políticas nacionais servem de âncora ou referência cognitiva para a maioria das demandas apresentadas e se as perdas ocorridas no processo tendem a ser majoritariamente referentes a demandas e propostas não alinhadas com tais demandas.

2. A PARTICIPAÇÃO NA TEORIA DEMOCRÁTICA

Definir, na atualidade, o que é democracia tornou-se algo complexo, diante das várias visões desenvolvidas e que, muitas vezes, contrastam a teoria normativa com a prática política (CINI, 2011). No sentido etimológico, a palavra grega *democracia* designa o poder (*kratos*) do povo (*demos*). Democracia é, assim, em seu sentido literal, a forma por meio da qual o poder político é exercido pelo povo (BOBBIO, 2007). Passado o embate em torno da desejabilidade da democracia ocorrida no século XX (SANTOS; AVRITZER, 2005) e sua posterior escolha pela maioria dos países como forma de organização política — ao longo desse século e ocorrendo em momentos distintos —, emerge o questionamento sobre como a democracia tem permitido a participação do povo (*demos*) no Estado Democrático.

Neste trabalho, os vários sentidos e dimensões possíveis para a expressão *poder político* (WEBER, 1994; POULANTZAS, 1977; FOUCAULT, 2003) não serão explorados. Considerar-se-á apenas o princípio de que a legitimidade democrática se baseia exclusivamente em uma participação ativa e permanente de cidadãos comuns (CINI, 2011), na medida em que eles participam direta ou indiretamente dos processos decisórios e contribuem para uma decisão política (BOBBIO; MATTEUCI; PASQUINO, 2000).

A ideia da participação² dos indivíduos na esfera pública³, debatendo e deliberando acerca de questões coletivas que dizem respeito às suas vidas, sempre foi um dos elementos essenciais da democracia e da política. Além dos princípios de igualdade e liberdade, a democracia pressupõe ação, participação, corresponsabilidade e interação entre diferentes (BRASIL, 2010).

² Para Lavalle (2011), o valor da participação para a democracia está na superposição de certos valores a ela atribuídos e dois princípios fundamentais da democracia: a autodeterminação e a igualdade política. Essa superposição se dá pelo reconhecimento do direito do *demos* de decidir sobre a organização e destino da *polity*, garantindo igual tratamento à expressão dos interesses de seus membros (igualdade) e de se submeter às consequências dessas decisões (autodeterminação).

³ A definição de esfera pública não é um consenso (LOSEKANN, 2009). O próprio Habermas inicialmente só considerava as esferas públicas formais e instituídas, mas diante da necessidade de adaptar o conceito aos dias atuais, as esferas públicas informais passaram a ser consideradas. Habermas considera que esfera pública política teria a função fundamental de, por meio da opinião pública, intermediar as relações entre o Estado e as necessidades da sociedade.

Diante da multidimensionalidade ou polissemia dos sentidos práticos, teóricos e institucionais⁴ (GURZA LAVALLE, 2011) que pode assumir, a participação será considerada de acordo com o conceito de Rousseau, que é, para Pateman (1992, p. 35), o “teórico por excelência da participação”⁵. Para Rousseau, a participação, como forma de garantir a democracia do Estado, acontece na tomada de decisão. Além disso, ela possui efeitos de socialização e psicológicos (GURZA LAVALLE, 2011), servindo como escola de cidadania com potencial de transformação sobre as pessoas que participam do processo, garantindo uma “inter-relação contínua entre o funcionamento das instituições e as qualidades e atitudes psicológicas dos indivíduos que interagem dentro delas” (PATEMAN, 1992, p. 35). Portanto, a participação é uma prática fundamental para o estabelecimento e a manutenção do Estado democrático.

É de ressaltar, contudo, que a presença da participação popular na política, nos processos decisórios e em seus arranjos participativos, por si só, não garante uma participação efetiva, que expresse “a capacidade das instituições [e sociedade] influenciarem, controlarem ou decidirem sobre determinada política” (CUNHA, 2010, p. 98). Isso se aplica tanto aos momentos de discussão/deliberação quanto ao produto final dos processos decisórios e políticos sob o ponto de vista de resultados (AVRITZER, 2011). Para Cremonese (2012, p. 82), “participar significa tornar-se parte, sentir-se incluído, é exercer o direito à cidadania (ter vez e voz)”. Esta associação — ter vez e voz — é muito importante na análise do potencial inclusivo das demandas da sociedade nos espaços decisórios (SMITH, 2009).

Diante dessa percepção de que participar é exercer seu direito à cidadania, a democracia brasileira instituída em 1988 permite ao cidadão o exercício da participação por diversos mecanismos, seja pelas eleições diretas e livres ou pelos arranjos participativos instituídos para o controle social, bem como para estabelecer uma esfera de diálogo com o Estado. Compreender quais as potencialidades e limitações da participação do cidadão nestes espaços se faz necessário para o entendimento de como esses espaços

⁴ Lavallo (2011) coloca a participação, a um só tempo, como categoria nativa da prática política de atores sociais, categoria teórica da teoria democrática com pesos variáveis segundo as vertentes teóricas e os autores, e procedimento institucionalizado com funções delimitadas por leis e disposições regimentais.

⁵ Distinção colocada como controversa por Gurza Lavallo (2011) e Garsten (2009).

possibilitam a participação da sociedade em decisões acerca de políticas públicas (CUNHA, 2012).

2.1 A PARTICIPAÇÃO NA DEMOCRACIA REPRESENTATIVA

Para Santos e Avritzer (2005), foi por meio de Schumpeter (1943) que se estabeleceu o que se pode chamar de concepção hegemônica da democracia — a democracia representativa elitista. Em seu livro *Capitalismo, socialismo e democracia* (1943), o autor austríaco questiona a democracia clássica forjada no século XVIII, que tem como um dos principais expoentes Jean Jacques Rousseau, e que “se articula em torno do protagonismo central do povo, concebido como soberano e capaz de produzir uma vontade coletiva e, assim, ancorada na noção de soberania popular do governo do povo, para o povo e pelo povo” (COSTA, 2007a, p. 217). Para ele, a democracia direta se torna irrealista na medida em que as nações tornaram-se extensas, populosas e complexas, o que traz à tona a necessidade de um sistema de representação.

Schumpeter (1943), desse modo, fornece uma nova e pragmática definição de democracia. Ela descarta a noção de uma teoria de meios e fins da teoria clássica para estabelecer a democracia como “um *método* político, ou seja, trata-se de um determinado tipo de arranjo institucional para se chegar a decisões políticas — legislativas e administrativas” (p. 242), “no qual os indivíduos adquirem o poder de decidir utilizando para isso uma luta competitiva pelo voto do povo” (p. 269). Essa competição pela liderança na democracia é, para Schumpeter, sua característica distintiva dos demais métodos políticos, competição essa que se assemelha à operação dos mercados na economia⁶. A participação do povo no modelo de democracia representativa é produzir um governo por meio do voto, que possa tomar decisões políticas em seu nome.

⁶ “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. 12).

Esta exclusão da participação popular direta das decisões políticas no método democrático de Schumpeter (1943), para Santos e Avritzer (2005, p. 45), está relacionada a uma teoria de sociedade de massas que o autor “contrabandeia para o interior da discussão procedimental”. O autor adota o pensamento de que os indivíduos na política agem impulsivamente e quase de modo infantil ao tomar decisões, sendo assim passíveis de serem manipulados: “a massa eleitoral é incapaz de outra coisa que não seja um estouro de boiada”, diz Schumpeter (1943, p. 283). Isso dá uma característica elitista à teoria, que advoga a necessidade de um número reduzido de líderes apropriados de racionalidade política, iniciativa e decisão (elite) (PATEMAN, 1992), que competem pela adesão e condução das massas (COSTA, 2007).

Na teoria da democracia elitista de Schumpeter, os únicos meios de participação abertos aos cidadãos são o voto para o líder e a discussão. Ela não considera o sufrágio universal como prerrogativa para o método: “a participação não tem um papel especial ou central. Tudo que se pode dizer é que um número suficiente de cidadãos participa para manter a máquina eleitoral — os arranjos institucionais — funcionando de modo satisfatório” (PATEMAN, 1992, p. 14).

Outro autor da democracia representativa, Robert Dahl (2001), concorda com Schumpeter quando este descreve que a democracia é um arranjo institucional para a seleção de lideranças, “mas rejeita a ideia da liderança exclusiva das elites, insistindo em que a democracia se ancora num complexo processo de consensos sobre valores que estipulam os parâmetros da vida política” (CREMONESE, 2012, p. 90). Desse modo, os recursos que contribuem para o poder estão distribuídos entre diferentes grupos e centros de poder, o que caracteriza uma poliarquia. Além disso, Dahl (2001) defende o sufrágio eleitoral por acreditar que soberania popular somente existe pela igualdade política⁷. Para o autor, o governo democrático é um governo de

⁷ “Para Dahl a poliarquia é o mais eficaz regime político, dado que: 1) garante as liberdades individuais; 2) permite a canalização das preferências políticas de todos os estratos sociais; 3) facilita a participação e acesso às decisões governamentais; 4) multiplica as opções da vida política; e 5) demonstra a menor violência entre todos os arranjos do poder. Dahl enumera as oito condições das poliarquias: 1) a liberdade para formar e se filiar a organizações; 2) liberdade de expressão; 3) o direito ao voto; 4) a elegibilidade; 5) a competição política pela preferência dos eleitores; 6) o acesso à informação; 7) as eleições livres e justas; e 8) as instituições governamentais que elaboram políticas de acordo com as preferências dos eleitores” (ABU-EL-JAD, 2014 p. 14).

grande escala, constituído de sociedades plurais, o que pressupõe o reconhecimento da dispersão do poder entre distintos centros de poder, bem como “a presença de cidadãos com distintos interesses, com possibilidade de agruparem-se livremente” (COSTA, 2007, p. 220) e de fazer escolhas políticas por meio do voto.

Resumidamente, esse modelo incorpora sistemas políticos em que os cidadãos são portadores de direitos políticos, dentre eles os de expressão, associação e sufrágio, e manifestam seus interesses e preferências por meio do voto em seus representantes nas eleições regulares. As eleições constituem-se em espaços competitivos organizados por partidos políticos rivais e a vitória eleitoral significa o controle do governo, o que dá aos candidatos vencedores a autoridade para moldar as políticas públicas por meio da legislação e do controle que exercem sobre a administração.

Assim, a participação na democracia representativa está ancorada em uma concepção de participação e de política que transfere a decisão da política e dos processos decisórios para os representantes eleitos por meio do sufrágio eleitoral (LUCHMANN, 2006). Desse modo, a expressão das preferências dos cidadãos é medida pelo assentimento a pessoas ou a programas, e quantificada pelo número de votos recebidos (HABERMAS, 1995).

De outro modo, a participação na democracia representativa também é exercida por meio das eleições, que permitem a inclusão de qualquer cidadão à condição de elegibilidade, assegurada pela ampla liberdade de associação, na qual qualquer cidadão integrado a um grupo de interesse tem possibilidade de fazer representar os respectivos interesses no processo político, configurando a realização plena dos princípios democráticos (COSTA, 2007 p. 222).

A teoria democrática representativa e o seu caráter instrumental, individualista e competitivo, tem sido alvo de inúmeras críticas. O cerne deste debate, ainda que abrigue divergências e ênfases analíticas variadas, é que “a legitimidade democrática nas sociedades contemporâneas, nas quais vigoram amplos dissensos e/ou fortes desigualdades, não pode ser satisfeita restritamente pela técnica de decisão aritmética das urnas” (ALMEIDA; TATABIBA, 2012, p.70). Ainda para Santos e Avritzer (2005), a democracia representativa não garante, deste modo, pelo método de decisão por maioria, a expressão das minorias, além de apresentar dificuldade em conciliar agendas e

identidades específicas, especialmente quando essa expressão se choca com o particularismo de elites econômicas (FARIAS, 2011). Diante dessas críticas e da crise da representatividade (SANTOS; AVRITZER, 2005), emergem experiências democráticas com a promessa de produzir uma institucionalidade capaz de amparar debates públicos que resultem em decisões pactuadas (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012) e uma maior participação dos cidadãos nos assuntos de interesse da coletividade (LUCHMANN, 2006).

2.2. A PARTICIPAÇÃO NA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Santos e Avritzer (2005) descrevem que em paralelo à formação e à consolidação do etilismo democrático, surge especialmente no pós-guerra e no hemisfério sul o que eles denominam de concepções contra-hegemônicas de democracia. Estas propostas não se opuseram ao procedimentalismo democrático, mas trazem na sua concepção o reconhecimento da pluralidade humana e a dimensão sócio-histórica da democracia.

É no interior das concepções contra-hegemônicas (SANTOS; AVRITZER, 2005) que o procedimentalismo passa a ser pensado como prática social e não só como método, pois passa a configurar uma forma de exercício coletivo de poder político (COHEN, 1997) com “uma participação ampliada de atores sociais de diversos tipos em um processo de tomada de decisão” (SANTOS; AVRITZER, 2005, p. 59). Sendo assim, incorpora-se nessas concepções o papel dos movimentos sociais que buscam um aumento da cidadania e a inserção de atores socialmente excluídos e, ainda, a tensão entre representação e a diversidade cultural e social, que se reflete em alguma medida na crise da representatividade.

As concepções contra-hegemônicas (SANTOS; AVRITZER, 2005) ou as radical-democráticas (COHEN; FUNG, 2007) estão vinculadas a duas linhas do pensamento democrático: a democracia participativa direta e a democracia deliberativa. Primeiramente, a democracia direta, com Rousseau, propõe que os cidadãos devem ter uma atuação direta mais importante nas escolhas públicas ou, ao menos, engajar-se mais profundamente nas questões políticas substantivas, tendo a garantia de que suas preocupações e opiniões serão

efetivamente ouvidas e atendidas por parte dos administradores públicos (COHEN; FUNG, 2007). Em segundo lugar, a democracia deliberativa enfatiza a deliberação, que diz respeito “ao ideal de justificação do exercício do poder político de caráter coletivo a partir da discussão pública entre indivíduos livres e iguais” (LUCHMANN, 2007, p. 22).

Desse modo, ambas enfatizam

o caráter de autodeterminação da cidadania, por um lado, e o caráter pedagógico e transformador da participação política, por outro. [...] pressupon[do] não apenas o aumento do senso de eficácia política como o desenvolvimento humano através dos processos participativos (LUCHMANN, 2007, p. 21).

Para os teóricos participacionistas, a democracia direta ocorre quando os cidadãos com direito a voto decidem diretamente sobre os assuntos políticos e/ou administrativos, nos âmbitos local, estadual ou nacional, de modo que “os cidadãos participem na tomada de decisão coletiva sobre questões que afetam suas vidas” (CINI, 2011, p. 29) e que “cada membro individual de um órgão de decisão tem igual poder de determinar a resultado das decisões” (PATEMAN 1992, p. 71). Isso significa que esse ideal participativo pode ser interpretado como um projeto de *inclusão social*. Com base em Rousseau, a formação da vontade geral é formada pela aferição da vontade da maioria, colocando a decisão como elemento central do processo participativo (AVRITZER, 2000).

Resumidamente, a abordagem participativa direta aborda a dimensão *quantitativa* da democracia de massa, enfatizando o papel político da sociedade civil, abraçando e promovendo a inclusão política de todos os indivíduos, visando à ampliação e radicalização da cidadania democrática (CINI, 2011). Para tanto, é necessário que existam diferentes espaços que propiciem a efetiva participação política, associando a qualidade da democracia com a formação de identidades coletivas e a possibilidade efetiva de partilha de poder e de recursos socialmente produzidos (PATEMAN, 1992; MACPHERSON, 1978; SANTOS; AVRITZER, 2005).

Já democracia *deliberativa* refere-se inicialmente às tradições filosóficas anglo-americanos e europeias, com base nas obras de Rawls (1980, 1996) e Habermas (1984, 1992). Tanto Rawls quanto Habermas expressam

que a escolha política, para ser legítima, resulta de deliberação sobre entre agentes livres, iguais e racionais (ELSTER, 1998, p. 5). Isto implica que a democracia deliberativa "assenta na argumentação, não só no sentido de que ela passa por argumento, mas também no sentido de que deve ser justificada pelo argumento" (ELSTER, 1998, p. 9).

Dentro da democracia deliberativa observam-se vertentes com características normativas distintas, bem como objetivos políticos — a clássica, que enfatiza a qualidade do discurso, e a radical, que privilegia a inclusão por meio da ampliação dos espaços públicos de debate (CINI, 2011). Em suma, a democracia deliberativa constitui-se a partir de espaços e mecanismos de discussão coletiva e pública, que têm em vista

decidir o interesse da coletividade, cabendo aos cidadãos reunidos em espaços públicos a legitimidade para decidir, a partir de um processo cooperativo e dialógico, as prioridades e as resoluções levadas a cabo pelas arenas institucionais do sistema estatal (LUCHMANN, 2007, p. 22).

Desse modo, a deliberação não é apenas uma etapa anterior à tomada de decisão. Mais do que isso,

ela tem o objetivo de justificar as decisões a partir de razões que todos poderiam aceitar. Esse é o procedimento deliberativo da razão pública: fornecer um espectro de razões que poderiam ser aceitas por todos os possíveis atingidos, ainda que nem todos compartilhem com o tema ou assunto em questão, ou com a mesma filosofia de vida (LUBENOW, 2010, p. 245).

Portanto, existe uma mudança na concepção de maioria e de forma de decisão, não envolvendo mais aferição de vontades, e sim uma discussão entre iguais fazendo uso de suas razões (AVRITZER, 2000).

Cohen e Fung (2004) destacam que, mesmo diante do apelo ao uso das razões, eles não esperam que os interesses pessoais e de grupos, enquanto forças políticas, desapareçam. "Em vez disso, procuram certificar-se de que os argumentos políticos e os apelos aos interesses sejam modelados por considerações como justiça, igualdade e bem comum" (p. 224). Desse modo, "todos os membros podem — apesar dos desacordos — considerar que sua conduta é guiada, em termos gerais, por sua própria razão" (p. 224). E contrariamente a Habermas (1984, 1992), Cohen (1997) discorre que em uma

situação de pluralismo o consenso pode parecer hipotético, e mesmo que a tomada de decisão seja pela maioria e não pelo consenso, essa decisão se torna legítima pelo procedimento deliberativo que a antecede.

Assim, “a política deliberativa obtém sua força legitimadora da estrutura discursiva de um processo público de formação da opinião e da vontade política, a qual preenche sua função social integradora graças à expectativa da qualidade racional de seus resultados” (LUBENOW, 2010, p. 241).

Todavia, a participação popular dentro da democracia deliberativa carece de três características centrais que permitem que a argumentação deliberativa ocorra. Primeiro, necessita da cessão de um espaço decisório (esfera pública) para que ocorra este debate, podendo ser um espaço institucional do Estado (vertente clássica) ou informal (vertente radical), de modo a permitir a expressão das razões de todos os potencialmente afetados. Segundo, no processo deliberativo, o acesso às informações é importante para que o debate se paute em razões fundamentadas e justificadas, seja por parte do Estado para a sociedade (publicização), seja da sociedade para o Estado (que se assume aqui não possuir informações completas para a tomada de decisões). E terceiro, a possibilidade de testar experiências, buscando a demodiversidade (SANTOS; AVRITZER, 2005), de modo que o elemento central passe a ser a possibilidade de variação e não da repetição institucional (AVRITZER, 2000).

A concretização dessas três características promove o estabelecimento de uma deliberação política realizada num ideal de autogoverno sob condições de pluralismo (COHEN; FUNG, 2004).

Assim, ao se comparar as três concepções de democracia — representativa, direta e deliberativa —, é possível inferir que o modelo dito hegemônico (SANTOS; AVRITZER, 2005) da democracia representativa restringe a participação popular ao voto e às eleições regulares. E observou-se que, especialmente após a Segunda Guerra Mundial e nos países que estabeleceram suas democracias tardiamente, por meio de movimentos sociais, inovações democráticas começaram a surgir para corrigir as lacunas na democracia representativa, buscando o ideal da participação ampliada e da deliberação.

2.3 A PARTICIPAÇÃO NAS INOVAÇÕES DEMOCRÁTICAS

A chamada crise da representatividade (SANTOS; AVRITZER, 2005; CINI, 2011) trouxe à tona a necessidade de se buscar um “aprofundamento da democracia” (FUNG; WRIGHT, 2003) ou ainda a necessidade de “democratizar a democracia” (SANTOS; AVRITZER, 2005). Esses processos visam à volta dos cidadãos comuns para o centro da atenção da teoria democrática e, sobretudo, para o centro do processo de tomada de decisão, de modo que noções como a participação pública, a deliberação racional e o empoderamento dos cidadãos (ROSENBERG, 2007; DRYZEK, 2009) têm sido enfatizados nos desenhos das inovações democráticas.

Assim, as novas interpretações e alternativas democráticas adquiriram legitimidade política e popularidade global. Muitas dessas inovações democráticas se estabeleceram ao agregar os conceitos de democracia direta e deliberativa, que anteriormente pareciam inconciliáveis. Cohen e Fung (2004) identificam três potenciais tensões entre a democracia direta e a deliberativa: i) o aumento da qualidade deliberativa pode acarretar prejuízo da participação; ii) o aumento da participação pode ocasionar diminuição da qualidade deliberativa, e iii) a complexidade e as escalas sociais limitam a extensão em que as sociedades modernas politicamente organizadas podem ser tanto deliberativas quanto participativas. Assim, a deliberação depende de

participantes com conhecimento e interesse suficiente sobre os temas substantivos a serem considerados. Mas, para qualquer tópico, o número de indivíduos com tais conhecimento e interesse está destinado a ser pequeno (em relação ao tamanho geral da sociedade política) e, assim, decai a qualidade da deliberação, bem como a abrangência da participação (COHEN; FUNG, 2004, p. 228).

Apesar dessas tensões conceituais e práticas, as teorias participativas e deliberativas parecem ser mais complementares do que competitivas em que “a deliberação é uma espécie de participação ou de alguma forma essencial para ela” (HAUPTMANN, 2001, p. 408). Como resultado dessa acepção de complementaridade entre essas teorias, surgem as inovações democráticas que, em alguma medida, unem as três referidas teorias democráticas, ou

aprofunda uma delas com vistas a aumentar o *accountability* e o controle social democrático sobre atores políticos e políticas públicas (GURZA LAVALLE; VERA, 2011).

Smith (2009), ao estudar as inovações democráticas, destaca alguns elementos que as caracterizam: muitas dessas inovações referem-se a experiências locais para além das experiências formais de participação, como as eleições e os exercícios de consulta. Ainda se destacam a participação dos cidadãos comuns, não necessariamente como sociedade civil organizada, e a institucionalização dessas experiências nos processos decisórios, de modo que se estabeleça um papel formal para a participação do cidadão. Mas, essencialmente, Smith (2009) coloca que as inovações democráticas em princípio redesenham a divisão tradicional do trabalho político nos sistemas representativos, principalmente por fornecer aos cidadãos maior influência no processo de decisão política.

Ao analisar a participação da população dentro das inovações democráticas, Smith (2009) traz a tensão entre maior participação e menor deliberação. Para ele, muito deste debate ocorre num alto grau de abstração, formando um hiato entre as teorias normativas e explicativas. Isso muitas vezes impossibilita avaliar o potencial dos diferentes tipos de inovações democráticas.

Diante disso, teóricos da democracia voltaram a sua atenção para discussões mais detalhadas sobre o desenho institucional, pois este está diretamente relacionado com os objetivos destas inovações democráticas. Se a intenção da inovação é aprofundar a democratização dos processos de tomada de decisão ou receber reações, sugestões e propostas sobre a prestação dos serviços público, isso vai gerar diferentes tipos de participação e mecanismos (EVANS, 2012). Se o objetivo é informar e consultar o cidadão sobre alguma questão pública relevante ou desenvolver um processo colaborativo de decisão ou de cogestão de uma política, certos mecanismos são mais apropriados do que outros.

No entanto, as discussões do desenho institucional têm se mantido dentro de uma perspectiva dedutiva e ainda tendem a se situar nos debates entre concorrentes teorias democráticas ou “modelos”, sejam eles deliberativo, direto, cosmopolita, liberal etc. Assim, Smith (2009), ao tentar equacionar tanto

a perspectiva dedutiva como o comprometimento com uma teoria democrática na análise do desenho institucional das inovações democráticas, apresenta um quadro analítico que permite avaliar qual a extensão em que essas inovações percebem quatro bens explicitamente democráticos, ou seja, a inclusão, o controle popular, o julgamento considerado e a transparência.

Resumidamente, podem-se descrever os bens democráticos da seguinte maneira: o bem democrático da inclusão refere-se como a igualdade política é realizada em pelo menos dois aspectos de participação: presença e voz. O controle popular avalia o grau de influência dos participantes nos diferentes aspectos do processo de tomada de decisão. O juízo ponderado implica buscar saber qual a compreensão dos cidadãos tanto dos detalhes técnicos do problema em questão como das perspectivas dos outros cidadãos. E, finalmente, a transparência avalia a franqueza do processo tanto para os participantes como para o público em geral. Esses quatro bens são particularmente pertinentes para avaliar as qualidades democráticas das inovações, porque, sem dúvida, “eles são fundamentais para qualquer referencial teórico da legitimidade democrática das instituições” (SMITH, 2009, p. 12).

Desse modo, a participação dos cidadãos nas inovações democráticas pode ser descrita dentro das teorias democráticas que mesclam suas abordagens e muitas vezes parecem não se equalizar, ou pode ser analisada a partir da percepção da influência que o desenho institucional exerce na maneira como a participação popular produz bens e qualidades democráticas esperadas nestas instituições (SMITH, 2009).

Assim, é oportuno “repensar o papel que a democracia cumpre na organização política da sociedade e sua perspectiva de ampliação na direção de abranger questões [...] extra-eleitorais” (GUGLIANO, 2004, p. 259). No Brasil, a ampliação da participação da sociedade, nesse sentido, deu-se por meio de arranjos democráticos que foram instituídos na Constituição de 1988. Dentre esses arranjos (inovações) democráticos, destacam-se os Conselhos Gestores, as Conferências de Políticas Públicas e o Orçamento Participativo.

Mas além da importância do desenho institucional para o processo de participação, é necessário também o entendimento do processo de criação e formulação dessas inovações democráticas, para compreender a que questões

extraeleitorais elas se referem (GUGLIANO, 2004) e qual a trajetória dependente que elas carregam. E é essa perspectiva social-histórica e de ampliação de cidadania que tem caracterizado muitos desses arranjos (inovações) democráticos. No caso brasileiro, os movimentos sociais foram fundamentais na criação e consolidação da arquitetura participativa em várias áreas de políticas públicas (TATAGIBA; BLINKSTAD, 2011) e, em especial, no setor da saúde (MOREIRA; ESCOREL, 2009), como será descrito a seguir.

3. A DEMOCRACIA BRASILEIRA E OS ARRANJOS PARTICIPATIVOS

A incorporação da participação social no ciclo de políticas tem sido um fenômeno de grande relevo Brasil pós-Constituinte, tanto pelos seus impactos na configuração das instituições políticas do país quanto pelos seus impactos na configuração do tecido social brasileiro. Ao permitir esta participação societal nos instrumentos de gestão participativa, amplia-se a base de conhecimento, planejamento e sustentação das políticas públicas, que, cada vez mais, deixam de ser um assunto reservado a especialistas e tornam-se patrimônio de toda a sociedade (AVRITZER, 2013).

A emergência e a consolidação de instituições participativas no Brasil têm suscitado ampla produção acadêmica sobre suas origens e implicações teóricas, bem como sobre seu potencial de aprofundar a democracia brasileira (AVRITZER, 2002, 2009; AVRITZER; NAVARRO, 2003; DAGNINO, 2002; GURZA LAVALLE; VERA, 2011).

Mas antes da provisão constitucional das formas híbridas de gestão (AVRITZER, 2002, 2009), a participação popular surgiu primeiramente como um movimento emancipatório, para então se tornar um movimento em nome e em prol da cidadania⁸. Desse modo, esta seção pretende descrever a influência da participação e mobilização popular ao longo da história brasileira, especialmente a partir do período de redemocratização, e como isso incidiu na arquitetura participativa (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012) instituída.

3.1 A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA REDEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO

O processo de redemocratização do Estado Brasileiro e o estabelecimento de arranjos institucionais participativos, para além da democracia representativa, devem ser entendidos também como uma construção histórica nacional desenhada em grande medida pelos movimentos

⁸ Cidadania implica o exercício simultâneo de três categorias de direitos: os direitos civis (liberdade pessoal, de ir e vir, de expressão, de pensamento, de religião), os direitos políticos (de associação, eleitorais) e os direitos sociais (condições de vida, trabalho, educação, saúde, assistência em situações de risco social) (BRASIL, 2009).

sociais. Apesar de não se ter a intenção de mapear todos os atores sociais que participaram desse período histórico, é fundamental elucidar a importância desses movimentos sociais no processo, bem como sua influência sobre os desenhos dos arranjos participativos instituídos na Constituição brasileira.

Esses arranjos institucionais participativos, entendidos aqui como locais de participação da sociedade em espaços públicos de interlocução com o Estado, refletem a configuração de um tecido social que foi se tornando mais denso e diversificado desde meados da década de 1970, período de surgimento dos novos movimentos sociais (ROCHA, 2008). Eder Sader (1988), em seu estudo sobre os novos sujeitos sociais, descreve que a origem dos movimentos sociais dos anos 70/80 se deve, em sua maioria, a três campos de elaboração de matrizes discursivas: a Igreja Católica, o “novo sindicalismo” e os grupos de esquerda.

A Igreja Católica teve sua participação nesse processo por meio das Comunidades Eclesiais de Base (CEB)⁹, que, a partir do movimento da Teologia da Libertação, trouxe a necessidade de apostar na agência das camadas populares, tornando-as porta-vozes dos seus interesses (GURZA LAVELLE, 2011). Tal entendimento teve como desdobramento um pensamento organizativo de base¹⁰ (próximo da base social) que estimulou a “reflexão sobre as condições de vida, evidenciou noções de direitos básicos, reelaborou identidades coletivas, criou laços de solidariedade entre pessoas e movimentos sociais e estimulou o conhecimento e práticas democratizantes” (SOUZA, 2011, p. 11). E, desse modo, “avanç[ou] na pauta de demandas distributivas, de acesso a serviços públicos e de efetivação de direitos das camadas populares” (GURZA LAVELLE, 2011, p. 35).

Paralelamente, surge no estado de São Paulo o chamado “novo sindicalismo”, a partir das experiências em São Bernardo do Campo, Osasco e São Paulo com o intuito de definir uma nova identidade ao movimento sindical

⁹ Movimento que chegou a contar com a participação de 2 milhões de pessoas distribuídas em mais de 80 mil comunidades (SOUZA, 2011).

¹⁰ “Seu caráter comunitário estimulou a organização na base para uma participação direta, ativa e consciente para conquista de melhores condições de vida, cunhando uma cultura política ‘basista’. A ideia desta atuação ‘basista’ entra na semântica como uma opção pela organização de base e uma resistência às estruturas do Estado e direções políticas distantes da realidade das pessoas, com o cultivo de fluxos de poder de baixo para cima, o chamado *poder popular*, ao mesmo tempo em que estabelecem conexões importantes com o ‘novo sindicalismo’ e grupos de esquerda, influenciando-se mutuamente” (SOUZA, 2011, p. 11).

e que marcou a entrada dos trabalhadores na arena política. Nesse período, funda-se também a Central Única dos Trabalhadores (CUT) (1983), que repercutiu em outros atores sociais na época. A contribuição do movimento sindical para o processo de redemocratização foi, sinteticamente e no que tange à democracia participativa, trazer para o movimento de redemocratização dois aspectos: i) o conceito de uma organização de base com um sistema democrático participativo direto; ii) a opção das lideranças sindicais pela luta institucional, por dentro do aparato estatal e não como um poder paralelo, que influenciou o campo movimentalista que apresentava fortes resistências com relação ao aparelho estatal. “Apesar desses aspectos, observa-se que não havia, por parte do movimento sindical, proposições relativas ao desenho da democracia participativa” (SOUZA, 2011, p. 12).

Concomitantemente aos dois primeiros movimentos, os grupos de esquerda se reorientam sob a influência do pensamento de Antonio Gramsci e Paulo Freire (SADER, 1988; SOUZA, 2011). A influência de Gramsci ampliou a reflexão sobre as atuações da esquerda, contribuiu para o fortalecimento da ideia de esfera pública, sociedade civil, Estado ampliado e hegemonia, e ainda contribuiu para a inserção da discussão sobre os direitos sociais e de cidadania. Já Paulo Freire, por meio da Educação Popular e da Pedagogia do Oprimido, abre espaço para elaboração crítica e coletiva das experiências da vida individual e social dos educandos (SADER, 1988), para a “valorização e sistematização do conhecimento produzido pelos movimentos e organizações sociais”, estimulando o protagonismo e o conhecimento popular (SOUZA, 2011, p. 14).

Dentro desses três movimentos, que foram a base para os movimentos sociais posteriores, existem muitas disputas, debates e posicionamentos distintos quanto ao modo de se relacionar com o Estado e promover a democracia. Mas havia um consenso em favor da luta contra a ditadura e uma ideia de igualdade e justiça redistributiva. Assim, como resultado da interação ideológica desses três movimentos, “as práticas sociais cotidianas passam a ser compreendidas como momentos importantes para atuação e formulação de estratégias políticas, terreno fértil para a disputa de projetos políticos” (SOUZA, 2011, p. 13). Há, com isso, uma retomada e ressignificação da teoria e da prática democrática, especialmente no que tange à participação, que passou

de um viés popular e emancipatório para um viés cidadão (GURZA LAVELLE, 2011).

Com a progressiva liberalização política e mobilizações pela democracia observou-se que a participação popular que exprimia um compromisso com os segmentos populares mais pobres ou ainda aludindo implicitamente uma posição de classe, era inadequado para as exigências do discurso público a ser inserido na nova Constituinte. Os atores engajados com a participação popular passaram a reelaborar seu discurso em termos de participação cidadã, e o campo dos atores sociais diversificou-se, tendo entre seus desdobramentos o surgimento de várias organizações não governamentais em defesa da cidadania e direitos sociais e a criação de associações de moradores (GURZA LAVELLE, 2011).

Além disso, também foi importante nesse processo a formação do Partido dos Trabalhadores (PT)¹¹, em 1980, e de outros partidos, assim como a retomada de partidos extintos pela ditadura (PAOLI, 1995; SOUZA, 2011). Todos esses movimentos tinham em comum a busca pela restituição da democracia, dos direitos sociais e da participação popular na política e nos processos decisórios, e começaram a exercer pressão no Estado para isso.

Nesse momento, surgiram muitos movimentos setoriais em prol da saúde, da assistência social e da reforma agrária, e muitos outros referentes às políticas sociais e aos direitos fundamentais. Dentre eles, o movimento pela saúde — o movimento sanitarista — teve uma participação incidente, não só no processo de redemocratização do Estado, mas também como fomentador dos arranjos participativos que seriam instituídos posteriormente na Constituição de 1988. Foi um movimento plural e suprapartidário, podendo ser considerado a primeira e mais forte “comunidade de política” que o Brasil já teve (TEIXEIRA, 2013). Ele conseguiu agregar vários atores orgânicos da área de saúde (academia, movimentos estudantis, associações de representação de profissionais de saúde, centrais sindicais, CEBs, movimentos populares pela

¹¹ “O PT simboliza a articulação de diversos grupos políticos e movimentos sociais, após o fim do bipartidarismo. Fundado em 1980 e reconhecido oficialmente em 1982, foi formado por dirigentes sindicais ligados ao “novo sindicalismo”, religiosos da Teologia da Libertação, estudantes universitários, intelectuais de esquerda, e lideranças de associações de bairro e de outras formas de organização (formais e informais)” (SOUZA, 2011, p. 14).

saúde, além de membros do Legislativo e Executivo e tecnocratas do governo vigente). Desse modo, essa comunidade se caracterizava pela atuação de

peças com militância múltipla, que transitavam nos diferentes ambientes (partidários, de movimentos de base, da academia) e que iam transformando os lugares por onde passavam, e misturavam de forma “ecclética” elementos dos ideários participativos da época (TEIXEIRA, 2013, p. 60).

Essa agregação de distintos atores dialogando e discutindo sobre como deveria se organizar o novo Sistema Nacional de Saúde teve implicações no relacionamento Estado–sociedade (BRASIL, 2006) e serviu de inspiração para outras áreas políticas. Para Souza (2011, p. 16), o movimento sanitário teve duas influências “decisivas para os desdobramentos seguintes: a criação de espaços participativos (como as plenárias e conselhos comunitários) e a paulatina entrada da sociedade civil na arena institucional”.

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) — uma importante associação ao qual estavam vinculados os mais importantes representantes da academia do movimento sanitário, dentre outros atores do movimento — publica um documento no qual ele sistematiza as propostas para a Reforma Sanitária¹² brasileira: *A questão democrática na área da Saúde* (CEBES, 1980). Esse documento, além das questões próprias da área da saúde, traz à tona a necessidade de uma participação autêntica da população organizada, “em todos os níveis e etapas na política de saúde”, transformando “os beneficiários em voz e voto em todas as instâncias” (LABRA, 2009), ou seja, dentro do aparato estatal e de forma descentralizada¹³.

¹² “O termo Reforma Sanitária não é unívoco. Designa as mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde dos cidadãos, em países do primeiro e do terceiro mundo, como a Itália, a Espanha e o Brasil. Dentre essas experiências foi a italiana que mais fortemente marcou e inspirou o movimento da Reforma Sanitária no Brasil. No Brasil, a noção de Reforma Sanitária vem sendo associada à de *movimento*” (COHN, 1989, p. 123), “usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população” (Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>).

¹³ “A origem da interação e do Estado na gestão de políticas públicas pode ser identificada já em 1981, quando se realizou a primeira experiência de gestão compartilhada, por meio do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), composto por participantes da sociedade civil e Estado” (VILELA, 2005, p. 4).

Mas, para além do discurso participativo, o ideário do movimento sanitaria traz ainda no seu cerne um posicionamento que rompe a concepção maniqueísta da relação Estado — sociedade. O movimento sanitário reconhece o Estado como lócus de conflito de interesses contraditórios (BRASIL, 2006) e propõem o diálogo sociedade — Estado, de modo que o “Estado teria [um] forte papel, mas incluiria a voz e o voto da população” (TEIXEIRA, 2013, p. 59) nas suas decisões. Assim, “o órgão [o SUS] deve ter poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população por meio de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados” (CEBES, 1980).

De tal modo, o movimento sanitário propôs a instituição do controle social na saúde por meio dos Conselhos, que atuariam como espaços de diálogo e negociação. A experiência da saúde com os Conselhos remonta ao ano de 1976, quando o Conselho Saúde da Zona Leste de São Paulo foi criado por um grupo de mulheres que descobriu uma lei estadual que permitia a fiscalização dos serviços de saúde. Com base nessa lei, passaram a interferir no Centro de Saúde local e criaram um Conselho de Saúde (COSTA, 2007b). O Conselho ganhou visibilidade a partir do trabalho conjunto com sanitaristas que trabalhavam nos serviços de saúde daquela região. Esses profissionais eram articulados ao Partido Comunista, mas, ao mesmo tempo, vivenciavam o clima de participação gerado pelas Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica (GOHN, 2002).

Além da proposta de uma gestão descentralizada e com controle social, o movimento sanitaria promove o estímulo à participação popular na elaboração das políticas públicas por meio das já existentes Conferências Nacionais. As Conferências de Saúde eram realizadas desde o governo Vargas (1941), com finalidade de aumentar a racionalidade administrativa, mas até então eram marcadas pelo excessivo tecnicismo e baixa participação social. A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), realizada às vésperas da Assembleia Constituinte, foi a primeira Conferência Nacional aberta à ampla participação da população para a definição das diretrizes da nova política

nacional de saúde, com a participação de mais de 5 mil pessoas¹⁴. Na VIII Conferência foram formulados dois documentos para contribuir com a nova Constituinte, que determinaram em grande medida o desenho institucional de participação nos Conselhos e no futuro Sistema Nacional de Saúde — o Sistema Único de Saúde (SUS). O Relatório Final da VIII Conferência da Saúde instituiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, com gestão descentralizada e participação popular. Esse texto foi contemplado na Constituinte de 1988, bem como nas leis orgânicas da Saúde, as Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90. Esta última foi a lei que instituiu os Conselhos e as Conferências como instâncias participativas e de controle social na saúde.

Essas duas leis (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90) só foram aprovadas em decorrência de uma grande mobilização social e do movimento sanitário, pois quando Fernando Collor de Mello assumiu o governo brasileiro em 1990, adotou uma proposta liberal-privatizante e que se opunha ao crescimento dos investimentos na área social (LOBATO, 2000). Diante disso, o governo “adiou a convocação da IX Conferência Nacional da Saúde, bem como a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080)” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 393). Quando a Lei n. 8.080 foi aprovada, ela apresentou em seu texto importantes vetos presidenciais, especialmente no que tangia ao controle social e à instituição dos Conselhos e Conferências como instâncias colegiadas e representativas para formular, propor estratégias e controle social, a transferência da verba direta para Estados e Municípios (fundo a fundo). Em decorrência desses vetos, a Lei n. 8.142/90 foi sancionada no sentido de se recuperar alguns dos vetos na lei anterior e instituir o controle social na saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Desse modo, a trajetória traçada pelo movimento sanitarista marcou a influência dos movimentos sociais no processo de redemocratização do Estado brasileiro. Ainda foi tida como exemplo e seguida por outros movimentos sociais e de direitos fundamentais, que buscaram, a partir da articulação de

¹⁴ Foi durante a VIII Conferência de Saúde que se sugeriu o estabelecimento do Conselho Nacional de Saúde em detrimento do CONASP, que deveria ter como função orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas e ações. O formato de composição de participantes da sociedade civil e Estado foi mantido (VILELA, 2005).

vários atores e setores, a emergência e a aprovação das suas reivindicações na nova constituinte que se inaugurava.

3.2 A CONSTITUINTE E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL INSTITUÍDA

O novo ordenamento constitucional brasileiro de 1988 ficou conhecido como a Constituição Cidadã, na medida em que restabeleceu a democracia como forma de organização política, bem como incorporou e ampliou os direitos sociais. Além disso, promoveu a institucionalização de várias formas de participação da sociedade nas decisões do Estado, da mesma maneira que permitiu a participação da sociedade em seu processo de elaboração.

A abertura à participação da sociedade na elaboração do texto constitucional (uma reivindicação popular com mais de 400 mil assinaturas) permitiu que as demandas de todos os movimentos sociais, organizados ou não, convergissem para o cenário do Congresso Nacional e da Assembleia Nacional Constituinte (ANC). A aprovação do manifesto no regimento interno da Assembleia Nacional Constituinte permitiu a entrada de propostas vindas de fora do Congresso, o que habilitou os legisladores estaduais e municipais, o judiciário e os cidadãos a proporem emendas constitucionais (SOUZA, 2001).

A participação dos cidadãos estava vinculada a propostas de emendas constitucionais que deveriam ser assinadas por, no mínimo, 30 mil eleitores, sob a responsabilidade de três entidades da sociedade civil. Dessa forma,

[...] foram elaboradas “emendas populares” à Constituinte, articulando forças sociais que coletaram centenas de milhares de assinaturas em torno de propostas de políticas públicas como a liberdade sindical, a reforma agrária, a reforma urbana, a criação de um sistema único de saúde, a criação de políticas públicas de Assistência Social e de atenção à criança e ao adolescente. A natureza participativa deste processo de elaboração de políticas públicas, bem como a necessidade de enfrentar a tradicional impermeabilidade, autoritarismo e centralismo do Estado brasileiro, marcaram as propostas elaboradas com exigências de descentralização e de criação de instrumentos de participação e controle social sobre estas políticas, nos âmbitos federal, estadual e municipal (ALBUQUERQUE, 2006, p.11).

Outro mecanismo de participação permitiu aos cidadãos mandar sugestões diretamente para os constituintes via correios, gerando uma participação extraordinária, com 72.719 sugestões enviadas ao Congresso Nacional (MONCLAIRE, 1991). Este incentivo à participação popular fez com que 122 movimentos populares enviassem emendas à Assembleia Nacional Constituinte, assinadas por mais de 12 milhões de eleitores. Dentre elas, 83 foram defendidas na ANC, ressaltando a importância desta abertura à participação popular e abrindo espaços para a ampliação da mobilização popular (SOUZA, 2001).

A Assembleia Constituinte durou dois anos e o seu texto final trouxe alguns êxitos para os movimentos populares, de modo que as aspirações de extensão de direitos e das políticas sociais são concretizadas mediante o estabelecimento de garantias constitucionais nas áreas da Educação, da Saúde, da Previdência e da Assistência Social (BRASIL, 1988). Além disso, todo esse processo histórico permitiu a construção de um projeto democratizante e participativo que culmina com dois marcos importantes: o restabelecimento da democracia formal, ou seja, a reorganização partidária e as eleições livres, e a aposta na possibilidade de uma ação conjunta entre Estado e sociedade civil para o aprofundamento da democracia (DAGNINO, 2004).

Desse modo, a Constituição estabelece, em seu artigo primeiro, como cláusula pétrea, que “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente” (BRASIL, 1988), consagrando uma nova ordem jurídica e política no país com base em dois pilares: a *democracia representativa* e a *democracia participativa* — naquilo que Jorge Falcão (2006) cunhou como uma “democracia concomitante”¹⁵. Instituem-se, assim, a democracia representativa, por meio de eleições, partidos políticos e o voto nos representantes, e a democracia participativa direta, a partir do plebiscito e do referendo, e indireta, por meio da criação de espaços públicos de diálogo entre

¹⁵ “Quando a Constituição prevê plebiscitos e referendos, adota a democracia direta. Quando prevê partidos e eleições, adota a democracia representativa. Quando estimula a criação de conselhos, e leis como o Estatuto das Cidades, adota a democracia participativa [...] os modelos não são sequenciais e excedentes, mas complementares e concomitantes. O ideal da política moderna aponta para a democracia concomitante” (FALCÃO, 2006, p. 87).

Estado–sociedade e controle social, espaços estes representados pelos Conselhos Gestores e Conferências.

Além disso, a Constituição brasileira permitiu a gestão democrática em vários campos de atuação da Administração Pública, tais como o planejamento participativo, as audiências e as consultas públicas, bem como no ensino público, na área da educação (BRASIL, 1988). Essa inscrição de espaços de participação da sociedade no arranjo constitucional, especialmente nas políticas sociais brasileiras (PERISINOTTO; FUCKS; SOUZA, 2003), introduziu novos valores democráticos, como a transparência e o controle social na atuação do Estado, no tocante às políticas públicas.

Mas além da institucionalização dos espaços de participação, que serão destacados a seguir, cabe mencionar que a Constituição Brasileira de 1988 previu a descentralização político-administrativa, que fora reivindicação de alguns movimentos setoriais, especialmente da saúde, assistência social e educação. Essa descentralização do poder político e administrativo dialoga com o ideário presente nos movimentos de base, que, além de trabalharem o conceito de poder popular, tinham a percepção da distância que existia entre direções políticas do governo e a realidade das pessoas. Assim, promulgou-se a municipalização com a descentralização das ações políticas e administrativas que, somada aos espaços de participação popular e controle social, intencionou aproximar a política da realidade das pessoas, a partir de suas identidades culturais e históricas distinguíveis e de suas dinâmicas sociais e econômicas.

A inclusão dos espaços participativos na Constituição Federal se inscreveu ao longo do seu texto, de modo a permitir a participação popular na definição de políticas públicas e o controle público sobre as ações do Estado nos diferentes níveis de governo e, em especial, nas políticas sociais (PERISINOTTO; FUCKS; SOUZA, 2003). Desse modo, a Constituição Federal de 1988 assegura, em seu capítulo II, dedicado à seguridade social, uma gestão democrática e descentralizada “mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados” (item VII do art. 194). Em relação à saúde, prevê em seu art. 198, item III, a participação da comunidade como uma diretriz do futuro Sistema Nacional Saúde. Já na assistência social, prescreve a

participação popular na formulação das políticas e controle em todos os níveis (art. 204, inciso II) e ainda avança a participação de entidades não governamentais nos programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente (art. 227, parágrafo 1). Desse modo, permitiu-se a criação de instituições que deveriam participar da gestão pública das políticas sociais no Brasil.

A partir dessa previsão constitucional para a criação de instrumentos para o exercício da cidadania via democracia participativa, leis orgânicas específicas foram sancionadas e

passaram a regulamentar o direito constitucional à participação por meio de conselhos deliberativos, de composição paritária entre representantes do poder Executivo e de instituições da sociedade civil. Desde então, um número crescente de estruturas colegiadas passou a ser exigência constitucional em diversos níveis das administrações (federal, estadual e municipal) (GOHN, 2002, p. 12).

A opção pelos Conselhos como arranjo participativo se deu especialmente pela trajetória histórica e pela experiência em muitos Conselhos: os Comunitários, criados para atuar com a administração municipal ao fim dos anos 1970, e os Populares, ao fim dos anos 1970 e parte dos anos 1980 (GOHN, 2002). Mas foi especialmente no setor de políticas sociais que as regulamentações posteriores condicionaram algumas áreas, como na saúde e na assistência social, o repasse de recursos financeiros à criação dos Conselhos Gestores e a realização de Conferências, fato que desencadeou a disseminação desses arranjos por todo o Brasil.

Os Conselhos Gestores possuem

atribuições legalmente estabelecidas no plano da formulação e implementação das políticas na respectiva esfera governamental, compondo as práticas de planejamento e fiscalização das ações. São também concebidos como fóruns públicos de captação de demandas e negociação de interesses específicos dos diversos grupos sociais como uma forma de ampliar a participação dos segmentos com menos acesso ao aparelho do Estado. Neste grupo situam-se os Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Educação, de Direito da Criança e do Adolescente (COMUNIDADE SOLIDÁRIA/IBAM/IPEA, s/d, p. 211).

Cabe ressaltar que os Conselhos foram instituídos para além das políticas sociais, abrangendo setores como de política de tecnologia e inovação, por exemplo.

A forma de funcionamento desses espaços varia de acordo com o contexto institucional em que ele está inserido, de sua organização social, com seus objetivos, com a delimitação das suas competências e suas atribuições. (GOHN, 1990). Os Conselhos podem assumir várias funções — de fiscalização, de mobilização, de deliberação ou de consulta (CGU, 2008) — ainda que em todos os casos se trate da tarefa de incorporar atores sociais nas decisões sobre políticas públicas. Os Conselhos de caráter deliberativo, em geral, diferenciam-se em relação à sua capacidade de produzir decisões vinculantes sobre políticas e programas.

Em pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), já existiam em 2009 mais de 70 mil Conselhos Municipais, com destaque para Conselhos de Saúde (5.565), de Assistência Social (5.527) e de Direitos da Criança e do Adolescente (5.084). Para Cunha (2013), a proliferação e capilarização de Conselhos nos três níveis de governo, nos últimos 20 anos, gerou algum tipo de Conselho em 100% dos municípios brasileiros. Se considerada uma média de dez conselheiros para cada Conselho e o fato de que a saúde e a assistência social são áreas de políticas que alcançam a totalidade dos municípios do país, tem-se mais de 110 mil pessoas envolvidas nesses espaços, somente nessas áreas, o que ultrapassa significativamente o total de cargos disponíveis no Poder Legislativo brasileiro, nos três níveis de governo.

Apesar da extensão nacional que alguns conselhos conseguiram e toda a premissa constitucional de democracia participativa e controle social através deles, críticas a sua efetividade tem sido feitas, na medida em que estes arranjos são atravessados “por conflitos, por diferenças de interesses, de correlação de forças políticas e de recursos — simbólicos e materiais” (LUCHMANN, 2007, p.24). Num levantamento da literatura sobre os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, Tatagiba (2003) evidencia a resistência do Estado para com esses espaços, e a despeito de algumas conquistas mais pontuais, de maneira geral “os conselhos apresentam, no cenário atual, uma

baixa capacidade propositiva, executando um reduzido poder de influência sobre o processo de definição das políticas públicas” (TATAGIBA, 2003, p. 98).

Mas para além dos Conselhos, com sua premissa de controle social, outro arranjo participativo foi redesenhado e instituído com a abertura constitucional à participação popular: as Conferências setoriais ou temáticas. As Conferências Nacionais existem no Brasil desde a década de 1930, quando Getúlio Vargas aprovou as primeiras Conferências de Saúde e de Educação. Contudo, foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que essas Conferências, antes tidas como “instrumentos para articulação federativa e aumento da racionalidade administrativa”, passaram a ser utilizadas para “ampliar a escala da participação em diferentes áreas de política” (SOUZA *et al.*, 2013, p. 25) e incluir a participação popular no ciclo de políticas públicas, especialmente no que se refere à elaboração de propostas, de agenda e avaliação destas.

Assim, a participação da sociedade nas conferências permitiu uma ampliação e uma inflexão nos objetivos das Conferências, passando de “objetivo político de ampliação da articulação federativa para melhoria da gestão de ações nos diferentes níveis da Federação”, com um [...] “caráter eminentemente técnico-administrativo e [...] participação limitada da sociedade, em geral representada por pesquisadores e membros de entidades científicas vinculadas à área” (SOUZA *et al.*, 2013, p. 45), para uma “lógica de descentralização e ampliação da participação social”, especialmente a partir da VIII Conferência de Saúde, “em que o caráter técnico-administrativo deu lugar a uma perspectiva mobilizatória-política” (SOUZA *et al.*, 2013, p. 46).

Algumas Conferências são obrigatórias e previstas nas leis orgânicas da saúde e assistência social. A Lei n. 8.142/90 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece como instância colegiada nas três esferas do governo, além dos Conselhos, as Conferências. Sendo que

a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b).

A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei n. 8.742/93) e, posteriormente, a Lei n. 9.720/98 estabelecem que as Conferências Nacionais de Assistência Social sejam convocadas ordinariamente a cada quatro anos e que tenham a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema.

Para além das áreas da Saúde e Assistência Social, até 2013, ocorreram no Brasil 144 Conferências Nacionais com variadas temáticas (mulher, direitos humanos, inovação etc.), das quais 87 foram realizadas entre 2003 e 2012 — ou seja, 67% das Conferências ocorreram nos últimos dez anos. Nesse período, participaram aproximadamente 7 milhões de pessoas, segundo estimativas que consideram apenas a população adulta do país (AVRITZER; SOUZA, 2013).

A relevância das Conferências está no fato de permitir o diálogo entre Estado e sociedade, de modo a possibilitar a incidência da sociedade no ciclo de políticas públicas. Isso porque, além de formular propostas, as Conferências permitem que questões entrem na agenda do governo, analisam e avaliam a situação da política pública a que se referem, e ainda fortalecem a participação (AVRITZER; SOUZA, 2013).

Assim, o novo ordenamento constitucional estabeleceu a democracia representativa e a participativa como ordem jurídica e política do país. Essa abertura no texto constitucional permitiu que arranjos participativos fossem instituídos e legalizados, garantindo, assim, a participação da sociedade na política e em seus processos decisórios.

3.3 AS CONFERÊNCIAS E O SEU ARRANJO DEMOCRÁTICO

Dentre os arranjos participativos instituídos para a participação popular nas políticas públicas após a Constituição de 1988 estão as Conferências. As Conferências Nacionais fazem parte da tradição política brasileira, sendo que as primeiras Conferências Nacionais a serem convocadas foram as da Saúde e da Educação, em 1941, pelo governo Vargas. Mas foi a partir da experiência da VIII Conferência Nacional de Saúde, que as conferências se transformaram em

espaços de interlocução entre Estado e sociedade. No entanto, só na última década houve uma ampliação na mobilização, no envolvimento de órgãos públicos e na quantidade de temas pautados (SOUZA *et al.*, 2013) nas Conferências Nacionais. Elas, então, passaram a configurar espaços possíveis de aprofundamento da democracia.

Atualmente, as Conferências se configuram como “instâncias que objetivam debater temas relevantes da política pública e social e, a partir das discussões, extrair deliberações e proposições normativas que informem as instâncias decisórias — sobre preferências consensualizadas entre os diversos setores integrantes da instância participativa” (IPEA, 2010, p. 567).

Desse modo, as Conferências tornaram-se instrumentos de ampliação da participação social no ciclo de políticas públicas no Brasil, pois permitem que,

dialogicamente, setores expressivos e organizados da sociedade brasileira apresentem a diversidade de interesses que espelham a multiplicidade de posições e preferências em temas e questões específicas, de forma a se tomarem decisões que contribuam para aprimorar e desenvolver políticas específicas na área em questão (IPEA, 2010, p. 567).

Cabe ressaltar que, além do aumento do número de Conferências no último decênio (AVRITZER; SOUZA, 2013; PETINELLI, 2013), as temáticas das Conferências superou as tradicionais e obrigatórias Conferências da Saúde e Assistência Social, passando a discutir temas como Comunicação, Segurança Pública, Igualdade Racial, Juventude etc. Esse aumento significativo de número e temáticas de Conferências expressa o direcionamento que o Partido dos Trabalhadores, que assumiu a presidência em 2003, estava traçando no sentido de ampliar o diálogo com as organizações da sociedade civil e os cidadãos, especialmente pela criação, reformulação e ampliação dos mecanismos de participação social, como as Conferências e os Conselhos Nacionais de Políticas Públicas (POGREBINSCHI, 2012; AVRITZER, 2013).

Nessas Conferências, entre 2003 e 2010, foram aprovadas mais de 15 mil propostas e 2 mil moções¹⁶ em 74 Conferências Nacionais, que se referiam a temas de competência do Governo Federal (TEIXEIRA; SOUZA; LIMA, 2012). Muitas deliberações foram integradas no planejamento da administração federal, assim como foram identificados pelo menos 566 projetos de lei e 46 projetos de emenda à Constituição, que tinham ligação direta com as diretrizes das conferências (CUNILL, 2010). Ainda em relação à influência das deliberações no planejamento da administração federal, Pogrebinschi e Santos (2011), ao avaliarem o impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso nacional, mensuram que, entre 2003 e 2008, tiveram tramitação iniciada 2.233 projetos nas duas Casas do Legislativo, além de 163 PECs apresentadas, 216 leis aprovadas e 6 emendas constitucionais promulgadas com pertinência temática às resoluções estabelecidas nas Conferências Nacionais. Tais dados demonstram a importância das Conferências para o delineamento de algumas políticas setoriais.

A importância das Conferências está não só na sua capacidade propositiva e avaliativa, mas também em sua capacidade de veto nas propostas apresentadas pelo governo (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012; SOUZA *et al.*, 2013).

Para Pogrebinschi e Santos (2011), a partir de 2003, quando o PT assume a Presidência Nacional¹⁷, as Conferências Nacionais tornam-se mais amplas, abrangentes, inclusivas e frequentes. Amplas por envolverem um maior número de participantes, seja nas etapas precedentes ou nas nacionais,

¹⁶ “Derivado do latim *motio*, de *movere*, quer, literalmente, significar agitação ou ação de se mover. No sentido jurídico, porém, significa a deliberação aprovada, a proposta ou indicação feita em uma assembleia a respeito de uma questão ali em debate. A moção é pertinente a um fato de ordem administrativa que se queira aplaudir ou reprovar; por isso, pode ser de aprovação ou de reprovação” (PORTO *et al.*, 2006).

¹⁷ “O governo Lula foi responsável pela introdução de 22 novas áreas de políticas públicas objeto de conferências nacionais, o que corresponde a 66,7% do total de 33 contempladas por tal mecanismo participativo até o final de 2009. Para além da clara multiplicação e diversificação de áreas de políticas estendidas à deliberação pública a partir do primeiro mandato de Lula, fica também patente a centralidade conferida aos grupos minoritários, que passam a ocupar com destaque os novos espaços participativos nacionais. Não apenas as conferências de minorias se ampliam em número durante o governo Lula, assumindo um papel proeminente no universo de conferências nacionais realizadas ao longo de seus dois mandatos como, também, a própria compreensão de minorias se alarga, passando a envolver um conjunto maior e mais heterogêneo de grupos sociais e culturais, os quais passam a encontrar nas conferências nacionais um espaço próprio para vocalizar suas demandas por políticas específicas destinadas à sua inclusão política, social, cultural e jurídica” (POGREBINSCHI, 2012, p. 13).

abrangentes pela emergência de novas temáticas, inclusivas por reunirem um conjunto cada vez mais diverso e heterogêneo de grupos sociais, e frequentes na medida em que a muitas delas foram asseguradas sua periodicidade.

Mas não foi só o número e temática das Conferências Nacionais que se ampliaram, o estudo desse arranjo participativo também. Tal aumento de interesse se dá pela complexidade de suas relações, na medida em que as Conferências apresentam feições participativas, deliberativas, normativas e representativas (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011) e a interação entre essas feições resulta em um sistema integrado de participação, deliberação e representação (FARIA, 2012; SOUZA *et al.*, 2013), com a premissa de um aprofundamento da democracia.

As Conferências podem ser consideradas como um sistema integrado, uma vez que sistema é entendido como partes interdependentes distintas, com funções distribuídas em uma divisão do trabalho que, somadas, formam um todo complexo, exigindo tanto a diferenciação como a integração entre as partes, de modo que a mudança em uma etapa pode provocar mudanças nas demais (MANSBRIDGE *et al.*, 2012). A integração desse sistema composto de partes interdependentes se dá pela comunicação entre elas, de modo a permitir a formação de opinião e vontade num movimento de baixo para cima, interligado (FARIA *et al.*, 2012).

A feição participativa desse sistema integrado pressupõe o envolvimento direto dos cidadãos nas questões públicas (PAPADOPOULOS; WARIN, 2007) e está garantida pelo desenho das Conferências que confere paridade¹⁸ de participação entre governo e sociedade. E se o desenho da Conferência incluir Pré-Conferências, em especial as Conferências Municipais, estas, via de regra, são amplamente abertas à participação popular, assim como as Conferências livres e virtuais (SOUZA, 2012). Um problema identificado na ampla abertura à participação é se esta não irá simplesmente replicar as diferenças de poder e influência na sociedade (SMITH, 2009) ou, ainda, estar sujeita ao problema da autosseleção (SMITH, 2009; CUNHA, 2012), o que em ambos os casos pode diminuir a inclusão das demandas dos

¹⁸ “Esta composição está centrada numa tentativa de reverter prioridades de modo a dar representatividade e maiores chances de efetivação de demandas e direitos dos setores mais carentes da população” (AVRITZER, 2009).

potencialmente afetados. Desse modo, as Conferências que trabalham com temáticas que envolvem políticas públicas para minorias têm trabalhado com um sistema de cotas e com a realização de Conferências Setoriais, no intuito de aumentar a participação dos potencialmente afetados. (POGREBINSCHI, 2012; SOUZA, 2012; TEIXEIRA; SOUZA; LIMA, 2012).

Ainda discorrendo sobre a feição participativa, a temática a ser trabalhada nas Conferências também influi no grau de participação e na mobilização das pessoas. As áreas que apresentam maior participação quantitativa e qualitativa são as que tratam de temáticas historicamente mais atuantes e envolvendo políticas sociais como saúde, assistência social, meio ambiente e política urbana. Mas se observa uma expansão significativa para as outras áreas, especialmente com a emergência de novas temáticas dentro dos direitos humanos (AVRITZER, 2012) e ainda dentro da área da saúde temáticas específicas como saúde bucal, saúde mental passaram a ser discutidas.

A feição deliberativa está ligada a uma reflexão qualificada sobre as preferências e escolhas políticas dos atores envolvidos no processo (COHEN; FUNG, 2004; SMITH, 2009), sendo que as decisões dentro das Conferências nos seus grupos de trabalho ou nas plenárias finais são orientadas

à formação de consensos derivados de processos intercomunicativos de formação da opinião e da vontade ocorridos na esfera pública, envolvendo representantes da sociedade civil e do governo em um processo de justificação pública de argumentos que se espera racionalmente motivados. Além disso, as conferências passam a prever um determinado procedimento deliberativo (que segue não apenas um fluxo de deliberações que começam no plano local e passam pelo estadual antes de atingir o nacional, mas também internamente envolvendo etapas deliberativas que envolvem grupos de trabalho, painéis, plenárias e outras instâncias) que converge na aprovação do documento final contendo as diretrizes para as políticas públicas (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011, p. 263).

E mesmo que a decisão por consenso não seja alcançada, e esta de dê pela maioria simples, esta se tornará legítima em face da deliberação ocorrida (COHEN, 1997).

Num levantamento feito por Avritzer (2012), que questionou aos participantes das Conferências sobre os processos deliberativos, 79% dos participantes mencionaram que as elas são marcadas por fortes confrontos.

Nesse mesmo estudo, Avritzer (2012) ainda menciona que a presença do governo nos debates pode levar a uma diminuição na qualidade da deliberação, na medida em que se assume muitas vezes uma assimetria de informações, e para Smith (2009), um julgamento ponderado só pode ser feito mediante o acesso às informações. Assim, a feição deliberativa torna-se importante na elaboração de uma proposta, pois esta nem sempre é regida por uma lógica harmônica, coesa e equilibrada, na qual os atores têm papéis diferentes e complementares. O fluxo das deliberações do qual resultam as propostas é constituído por dispositivos e modalidades que se superpõem e muitas vezes estão em conflito (ALMEIDA; TATAGIBA, 2012).

Desse modo, mesmo que o desenho institucional permita a inclusão e a expressão de várias vozes, e em especial dos potencialmente afetados, ao longo de todos os trâmites e processos de uma Conferência de Saúde há de se considerar que o embate permitido nessas etapas — nos momentos de deliberação/decisão — pode influir significativamente na construção das propostas (aceitação e negação) e, por conseguinte, na elaboração do relatório final. Lembrando que o processo de tomada de decisão é “um sistema de relações entre elementos de natureza objetiva e elementos de natureza subjetiva” (PEREIRA; LOBLER; SIMONETTO, 2010 p. 268) e pode ser analisado sob vários modelos: modelo neoclássico, racionalidade limitada (SIMON, 1979) e o modelo do incrementalismo de Lindblom (1959), dentre outros, mas essa análise não constitui objeto deste trabalho.

A feição representativa nas Conferências ocorre em decorrência do desenho institucional que prevê composição paritária entre os segmentos usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e membros da administração pública, de modo que há a necessidade de o segmento usuários e trabalhadores de saúde eleger seus representantes. Ainda, o desenho pode influir quando a Conferência apresentar Pré-Conferências antes da Conferência Final, tornando, assim, necessária a representação de segmentos para as instâncias subsequentes. Mas a feição representativa não é só avaliada em relação ao desenho institucional e à necessidade de eleição de representantes, mas, para Pogrebinschi e Santos (2011), as Conferências Nacionais engrossam o conjunto de práticas de pluralização da representação em espaços de representação extraparlamentar que reproduzem a lógica

representativa. Para os autores, tal dinâmica está além de uma modalidade de representação informal, para

compor uma mais complexa estrutura de representação política no âmbito dos Poderes do Estado, que conta com a participação e a deliberação da sociedade civil de forma mais direta e menos mediada pelos tradicionais mecanismos de controle, como o voto, e de vocalização das preferências por ele expressas, como os partidos (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011, p. 266).

Lüchmann (2007) corrobora com essa visão quando descreve que as características do processo de representação dentro da democracia participativa visam a superar os limites da representatividade eleitoral, pois a legitimidade da representação “está ancorada na ideia de que as decisões políticas devem ser tomadas por aqueles que estarão submetidas a elas por meio de debate político” (p. 144).

Mas essa busca por representação com representatividade pode ficar diminuída quando o desenho e o regimento interno das Conferências permite existência de dois tipos de delegados além dos delegados eleitos por segmento: os delegados que são natos — condição dada aos membros dos Conselhos setoriais ligados diretamente à temática envolvida ou ainda da comissão organizadora — e os delegados indicados de organizações consideradas relevantes para o debate (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011).

Desse modo, a feição representativa torna-se importante no processo de vocalização de demandas da população, pois fenômenos de “despolitização” e até mesmo de “cooptação” foram observados em outros espaços participativos (COHN, 2010; WERNECK VIANNA, 2007, 2009), e nas Conferências

diante da pluralidade de grupos — com interesses, perspectivas e opiniões diversas sobre a temática — e da expectativa de mudança no padrão decisório de políticas públicas a partir da interação entre Estado e sociedade, a representação passa a ser avaliada não pelo número de interesses que são considerados matematicamente no ato de constituição, mas pelo processo de debate e formulação das políticas, a saber, por meio do processo deliberativo. Assim, a ênfase se desloca dos interesses e preferências que entram no processo de debate para a forma como o representado é construído (ALMEIDA, 2013, p. 198).

E por último, a feição normativa se expressa no resultado das deliberações por meio de um documento final votado e aprovado que gera expectativas normativas não só nos envolvidos no processo, mas dos afetados direta ou indiretamente das suas eventuais consequências (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011). Como relatado anteriormente, as Conferências Nacionais têm incidido sobre a produção tanto do Legislativo como do Executivo, não só porque têm fornecido diretrizes para as políticas públicas, mas por vocalizarem de alguma maneira as demandas e necessidades referidas dos potencialmente afetados pelas políticas públicas trabalhadas nessas instâncias.

Assim, percebe-se que, dentro deste sistema integrado de participação, deliberação e representação, a coexistência de participação (inclusão de diferentes vozes), representação (agir em nome do outro) e deliberação (decisões tomadas com base em justificativas publicamente aceitáveis) dentro de uma mesma instituição não se opera de modo que uma ação seja excludente ou anulatória da outra (WARREN, 2007; COHEN; FUNG, 2004), mas que se pode esperar que essa combinação, muitas vezes tensa, pode ser compatibilizada para que se possa alcançar resultados mais inclusivos e justos (FARIA; SILVA; LINS, 2012).

Pogrebinschi (2012), ao trabalhar a ideia de que a democracia participativa e representativa é antagônica, discorre que as instâncias participativas com características participativas diretas e deliberativas não vêm para contrapor ou substituir a democracia representativa. Ao contrário, pelo fato de muitos de esses arranjos participativos

terem se institucionalizado como parte do processo de formulação e monitoramento de políticas públicas do Poder Executivo — e, portanto, como parte de sua estrutura —, [...] [estes espaços] geram consequências que impactam na formação da agenda do Poder Legislativo, que pode usá-l[o]s seja como bases informacionais, seja como mecanismos de legitimação via participação, seja como insumos deliberativos próprios de sua atividade representativa (POGREBINSCHI, 2012, p. 265).

Assim, a autora “assume que a estabilidade das instituições representativas aumenta na medida em que a vontade dos representados, medida pela expressão de suas preferências, vê-se refletida nas decisões do governo sobre políticas públicas” (POGREBINSCHI, 2012, p. 267). Desse

modo, a absorção pelo sistema político representativo, sob a forma de atividade legislativa e/ou do Poder Executivo, de decisões emanadas de *outputs* da sociedade civil contribui para a estabilização do processo democrático representativo no Brasil.

Portanto, os arranjos participativos, e para este trabalho as Conferências Nacionais de políticas públicas, operam como uma “forma de mediação política que corre paralelamente às eleições e aos partidos, mas que, como eles, convergem na realização da democracia através das instituições representativas” (POGREBINSCHI, 2012, p. 44). A participação da sociedade civil e as deliberações por ela realizadas em conjunto com o governo nas plenárias e expressas em seus relatórios finais resultam em instituições mais representativas (pelo aumento do grau de abrangência e inclusividade dos interesses) e em uma representação política fortalecida pelos novos discursos apresentados aos representantes para formular políticas públicas ou apontar o processo legislativo em determinadas direções (POGREBINSCHI, 2012).

Desse modo, pode-se concluir que a participação popular nesse arranjo participativo, na medida em que ela (a Conferência) se delineia como um sistema integrado de participação, deliberação e representação, cria uma expectativa não só de aprofundamento da democracia, pela complexidade das suas relações, como também uma expectativa fundamental sobre o papel educativo da participação (PATEMAN, 1992), pois a participação tende a aumentar na medida em que participantes reconhecem que influenciaram ou contribuíram para certos desfechos (BOHMAN, 1996).

4. AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E O CASO DE CURITIBA

A Política Nacional de Saúde Brasileira, denominada Sistema Único de Saúde (SUS), tem como princípios doutrinários a universalidade de acesso, a integralidade das ações e a equidade. Já como princípios organizativos destacam-se a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde e a participação da população que são garantidas pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) e as suas leis orgânicas expressas nas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b). Esta participação societal se expressa pelos Conselhos Gestores e Conferências nas políticas de saúde no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

Enquanto os Conselhos de Saúde trabalham mais sob a luz do controle social¹⁹ e se constituem em órgãos permanentes de fiscalização, para os quais o acesso à participação se dá por eleição, as Conferências de Saúde evocam a participação da sociedade no processo de elaboração e avaliação das políticas de saúde, sendo estas com durabilidade determinada no tempo e aberta à participação direta em suas escalas mais próximas à população.

A Constituição brasileira, ao promulgar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assume em seu texto o conceito ampliado de saúde²⁰ e a determinação social do processo de adoecer da população, além de garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção. Esses princípios constitucionais da saúde incorporaram à gestão administrativa da política de saúde uma vasta complexidade de determinantes de saúde, bem como necessidades gerenciais e estruturais para as quais o Sistema não estava pronto naquele momento — e ainda não está, na medida em que o SUS é um

¹⁹ A expressão “controle social” designa o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania, referindo-se às diferentes esferas que podem interferir sobre eles: estado, organizações da sociedade civil, instituições da esfera privada, relações interpessoais. Não obstante, no Brasil tem sido mais utilizada em sentido mais estrito, referindo-se fundamentalmente à participação no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (BRASIL, 2009).

²⁰ O conceito ampliado de saúde pressupõe que esta tem como “determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2013).

processo em construção, especialmente em relação à democratização das políticas de saúde.

A importância da participação da sociedade nas políticas de saúde se justifica quando todo o processo de definição, planejamento, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde deve estar alinhado às necessidades em saúde da população (GOULART, 2013). E diante das complexidades inerentes do processo de saúde–doença, ao direcionar essas ações para as necessidades levantadas epidemiologicamente, mas especialmente as necessidades sentidas e referidas pela população, espera-se uma política mais inclusiva, equânime e resolutiva que impacte diretamente na qualidade de vida da sua população.

Desse modo, esta seção pretende descrever o histórico das Conferências de Saúde e como elas impactam na elaboração de políticas de saúde. Descreve ainda o desenho institucionalizado das Conferências até o máximo da sua capilaridade, que se expressa na Conferência Local de Saúde, bem como o histórico e o desenho institucional das Conferências de Saúde no município objeto deste estudo.

4.1 HISTÓRICOS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

A Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, cria as Conferências Nacionais de Saúde e Educação, mas a primeira Conferência Nacional de Saúde só foi convocada à realização pelo presidente Vargas em 1941. Eram espaços estritamente intergovernamentais, dos quais participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre, e estavam destinadas a “facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e a saúde [...] e a orientá-lo na execução nos serviços locais de educação e de saúde, bem como concessão de auxílio e da subvenção federal” (BRASIL, 1937).

Estavam previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas apenas em janeiro de 1941 foram convocadas (BRASIL, 2009). Desde então, foram realizadas 14 Conferências Nacionais de Saúde, como mostra o Quadro 2:

QUADRO 2 - CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, TEMÁTICAS E PRESIDENTES DA REPÚBLICA, 1941/2011

CONFERÊNCIA	ANO	TEMÁTICA	PRESIDENTE
1 ^o	1941	Situação sanitária e assistencial dos estados	Getúlio Vargas
2 ^a	1950	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho	Eurico Gaspar Dutra
3 ^a	1963	Descentralização na área de Saúde	João Belchior Goulart
4 ^a	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde	Arthur da Costa e Silva
5 ^a	1975	I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais	Ernesto Geisel
6 ^a	1977	I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde.	Ernesto Geisel
7 ^a	1980	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.	João Batista Figueiredo
8 ^a	1986	Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial	José Sarney
9 ^a	1992	Municipalização é o caminho.	Fernando Collor de Mello
10 ^a	1996	I. - Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; e VI. Atenção integral à saúde.	Fernando Henrique Cardoso
11 ^a	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social	Fernando Henrique Cardoso
12 ^a	2003	Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos	Luís Inácio Lula da Silva
13 ^a	2007	Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento	Luís Inácio Lula da Silva
14 ^a	2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro	Dilma Rousseff

FONTE: Adaptado de BRASIL, 2009.

O Quadro 2 reflete que as temáticas inicialmente eram voltadas para problemáticas sanitárias mais relevantes e com um caráter fortemente tecnicista. As duas primeiras Conferências, 1941 e 1950, foram mais um encontro técnico de administradores do Ministério da Saúde no qual o projeto de Estado para a saúde estava voltado para os pontos de vista médicos (ESCOREL; MOREIRA, 2012). Na terceira Conferência, realizada em 1963 sob o governo de João Goulart, percebe-se um início de diálogo em torno da reorientação da Política Nacional de Saúde direcionando o discurso para a “análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde” (BRASIL, 2009, p. 13).

Com o golpe militar em 1964, a partir da 4ª Conferência observa-se a ênfase no planejamento normativo, a volta do caráter tecnicista voltado à avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais. Este modelo permeou o temário das Conferências até a redemocratização do Estado, especialmente na área de endemias e saúde materno-infantil. A construção de um Sistema Nacional de Saúde é proposta na 5ª Conferência, mas de modo a manter a lógica da organização vigente: o Ministério da Saúde, voltado para ações coletivas de saúde pública, e o sistema de assistência médica previdenciário, responsável pelas ações de assistência à saúde individual (BRASIL, 2009).

A partir da 6ª e 7ª Conferências, percebe-se um movimento de se rever as práticas em saúde realizadas (fortemente curativa e hospitalocêntrica) e sua reorganização como sistema nacional. Em face disso,

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, última das realizadas durante o regime militar, ainda que nos mesmos moldes das anteriores, já anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país. O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizava em torno do setor (BRASIL, 2009, p. 17).

Mas foi a partir da 8ª Conferência que o desenho técnico-administrativo ganhou contornos mobilizatório-políticos, não só pela ampla participação popular²¹, mas também pelo conteúdo de seu relatório, que buscou trabalhar a democratização da saúde, a saúde como direito, a reformulação da política de saúde e, ainda, o financiamento setorial. A importância da 8ª Conferência também se traduz no seu relatório final, que influenciou tanto a garantia constitucional do direito a saúde como a conformação do Sistema Nacional de Saúde (SUS), e ainda estimulou a criação do Conselho Nacional de Saúde como órgão de controle social da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2009).

Com a promulgação da Constituição e a instituição da participação popular na gestão da saúde, a Lei Orgânica da Saúde n. 8.142/90 definiu a seguir paridade entre os setores governamentais e sociedade, assim como a periodicidade das Conferências de Saúde. Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, as Conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão (BRASIL, 1990b). Isso significa dizer que as deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional.

As temáticas das Conferências da Saúde da era SUS expressam muitas vezes a complexidade do sistema instituído; por exemplo, a 9ª Conferência, que tinha como tema “Municipalização é o caminho” e marca as dificuldades encontradas em se estruturar o Sistema Único de Saúde descentralizado sob gerência e gestão municipal. A partir disso, as Conferências vêm refletindo, de modo geral, as dificuldades enfrentadas em relação ao financiamento do sistema, a necessidade de implantação de políticas de saúde que considerem o momento de transição epidemiológica e demográfica brasileira.

Em decorrência desse histórico participativo e de o tema saúde enquanto política social evocar uma série de demandas e anseios na

²¹ Participação que iniciou nas etapas precedentes municipais e estaduais e culminou com a participação de 4 mil pessoas na Conferência Nacional sendo destes, 1000 delegados. Foram 135 grupos de trabalho, onde foram discutidos os temas: a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>.

sociedade, a participação nas Conferências de Saúde tende a ser ampla e intensa (AVRITZER, 2009a, 2012; PETINELLI, 2011), não só no número absoluto de participantes e na qualidade deliberativa, mas na quantidade de resoluções produzidas (BRASIL, 2009). O Quadro 3 demonstra a evolução no número de propostas a partir da 8ª Conferência de Saúde.

QUADRO 3 - NÚMERO DE RESOLUÇÕES POR CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CONFERÊNCIA DE SAÚDE	N. DE RESOLUÇÕES
8ª	49
9ª	253
10ª	362
11ª	296
12ª	713
13ª	857
14ª	343

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2009.

Esses números refletem a complexidade crescente da política pública de saúde, bem como os interesses presentes nela, mas pode, por outro lado, revelar “as possíveis perdas de substância das propostas aprovadas e a inexecutabilidade de tantas resoluções” (BRASIL, 2009, p. 23). Ao se comparar o número de resoluções da 8ª Conferência (49), cujas resoluções desenharam a nova política de saúde, com as demais, percebe-se uma crescente pulverização das deliberações que abrangem praticamente todo o espectro de ações implementadas pelo sistema, tornando difícil a identificação das diretrizes que devem orientar a política de saúde, não permitindo, assim, identificar as prioridades (BRASIL, 2009).

Todavia, a pulverização das resoluções não é exclusividade das Conferências de Saúde. Pogrebinschi (2012), ao analisar a quantidade de resoluções produzidas pelas Conferências realizadas de 2003 a 2010, voltadas para as políticas públicas para as minorias, observou maior quantidade de diretrizes de natureza administrativa em comparação com as de natureza legislativa. A autora coloca que isso não pode ser considerado uma preferência por políticas pontuais e específicas em detrimento de propostas que promovam a elaboração de leis gerais, e isso ainda não aponta para um potencial de resposta mais rápido do Executivo. Na verdade, esse dado pode direcionar para o sentido de que muitas das demandas de natureza administrativa requerem justamente a implementação de políticas já estabelecidas em lei.

Cabe ainda ressaltar que, além dessa sua capacidade propositiva, as Conferências de Saúde destacaram-se em relação a sua capacidade de veto. Mencione-se o bloqueio da proposta do Ministério da Saúde, que pretendia introduzir as chamadas “fundações estatais de direito privado” na prestação de serviços de saúde, objeto de deliberações contrárias tanto na 13ª como na 14ª Conferência Nacional de Saúde, de modo que esta proposta foi desconsiderada pelo governo federal naquele momento (AVRITZER, 2013).

Assim, a despeito desse forte reconhecimento e institucionalização da participação popular nas Conferências Nacionais de Saúde alguns elementos devem ser considerados. Esses fortes reconhecimento e institucionalização podem ser meramente formais, uma estratégia para esvaziar as instâncias participativas e conferir legitimidade à autoridade constituída e ao *status quo* (MOREIRA; ESCOREL, 2009; SMITH, 2009), especialmente quando se observam as Conferências Estaduais e Municipais, nem sempre foco de tanta atenção como as Nacionais. Além disso, fenômenos de “despolitização” e até mesmo de “cooptação” foram observados em outros espaços participativos (COHN, 2010; WERNECK VIANNA, 2007, 2009).

Desse modo, mesmo que as Conferências Nacionais de Saúde registrem uma participação popular, tanto historicamente quanto numericamente, esse fenômeno em si não representa a influência das demandas vocalizadas pela população na construção dos seus relatórios finais, instrumentos orientadores dos planos de saúde em seus respectivos âmbitos federativos. Talvez essa influência das demandas dos potencialmente afetados seja maior na esfera nacional, que possui em si a competência legal de formulação de políticas públicas (BRASIL, 1990), mas isso pode não ser observado nas suas outras instâncias — estaduais e municipais —, que de algum modo incidem mais diretamente no acesso a bens e serviços. As diferenças na dinâmica dos debates, as especificidades de cada instância e localidade devem ser consideradas ao se pensar na permeabilidade à participação da sociedade na elaboração de políticas públicas.

4.2 O DESENHO INSTITUCIONAL DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

As regras para a realização das Conferências são definidas pelos respectivos Conselhos de Saúde, respeitadas aquelas já definidas nas legislações nacionais relativas à periodicidade e à composição paritária entre os segmentos.

Em relação às Conferências de Saúde, os Conselhos têm liberdade para a escolha do temário (a não ser nos casos em que o tema central da Conferência Nacional oriente o tema das escalas precedentes), o número de delegados, a data de realização, a duração do encontro, a dinâmica dos debates etc. Assim, dentro desse processo de análise da participação e vocalização de demandas da sociedade nessas instâncias participativas, o desenho institucional assume uma importância fundamental (FARIA *et al.*, 2012; AVRITZER, 2013; GOULART *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013a).

O desenho institucional das atuais Conferências de Saúde surgiu com a 8ª Conferência, em 1986, que incorporou a participação de representantes dos trabalhadores de saúde e organizações da sociedade civil, assim como lançou mão de etapas preparatórias — estaduais e municipais. A partir dessa experiência, as Conferências, nas esferas estadual e municipal, foram instituídas pela Lei n. 8142/90 e começaram a se disseminar a partir das conferências preparatórias à 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992 (BRASIL, 2009).

Nessa ocasião, cerca de metade dos municípios brasileiros então existentes e todos os estados e o Distrito Federal realizaram suas conferências. Na preparação da 10ª Conferência, em 1996, além das 27 realizadas na instância estadual, já ocorreram em mais de 3 mil municípios, e na recente preparação da 14ª Conferência, em 2011, aproximadamente 78% dos municípios (3.447) realizaram suas etapas, além de todas as estaduais.

Pelo texto legal, a Conferência Nacional de Saúde

reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b, art.1º, § 1º).
[...] as conferências de saúde e os conselhos de saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho (BRASIL, 1990b).

Nas instâncias subnacionais, a periodicidade de realização das Conferências pode ser definida em leis próprias, respeitado o intervalo máximo de quatro anos previsto na lei nacional. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) recomenda que as Conferências Municipais ocorram bianualmente, uma a ser realizada no primeiro ano da administração eleita e recém-empossada visando à formulação de diretrizes para a construção de políticas públicas de saúde, que deverão compor o plano municipal de saúde e o Plano Plurianual (PPA), e outra no terceiro ano do governo, com vistas à Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de discussão dos eixos de interesse nacional e eleição de delegados para as etapas estadual e nacional (CONASEMS, 2013a).

São os Conselhos que definem a escolha do temário, o número de delegados, a data de realização, a duração do encontro, a dinâmica dos debates etc., desde que mantidas as normas quanto à periodicidade e à composição paritária entre os segmentos²². Ainda, é desejável que os temários das Conferências Nacionais sejam contemplados nos debates das conferências estaduais ou municipais.

Assim as Conferências de Saúde são constituídas por etapas concatenadas que se sucedem até a etapa nacional e que, mesmo conectadas e direcionadas à temática nacional, podem trazer em si objetivos particulares dentro de cada âmbito, podendo ser espaço de discussão e formulação de propostas para a esfera na qual são realizadas (TEIXEIRA; SOUZA; LIMA, 2012). Esse desenho descentralizado, integrado e hierarquizado não se traduz em uma dificuldade articulativa na área da saúde, haja vista que o próprio Sistema Único de Saúde tem como princípios a descentralização, integração e hierarquização dos serviços prestados. Municípios, estados e federação desempenham atribuições diferentes, segundo competências específicas, mas, ao mesmo tempo, de forma integrada com vistas à universalização do acesso, integralidade da atenção e da assistência, bem como a justiça social (ARRECTHE, 2000). A Figura 4 demonstra essa integração ascendente das Conferências.

²² A composição dos segmentos nas conferências de saúde se expressa por 50% dos participantes são os representantes do segmento usuários, 25% dos participantes do segmento trabalhadores de saúde, 12,5% dos participantes do segmento prestador de serviço e 12,5% de participantes da administração pública (BRASIL, 1990b).



FIGURA 4 - INTEGRAÇÃO ENTRE AS ETAPAS DE UMA CONFERÊNCIA NACIONAL

FONTE: Elaboração da autora.

Este desenho integrado em escalada ascendente entre as esferas administrativas coloca as conferências nacionais como

ponto de culminância de um processo que se inicia nos municípios (com as conferências municipais), passa pelos estados (com as conferências estaduais). [...] O caráter aberto e eletivo das conferências municipais permite não apenas que qualquer questão local possa ser levada à etapa nacional, como também que qualquer cidadão possa lá ser o seu representante. As conferências nacionais têm, assim, a potencialidade de fazer de problemas locais soluções nacionais (POGREBINSCHI, 2012, p. 8).

O desenho escalonar ainda permite crer que, “apesar da diferenciação morfológica e funcional, os diferentes níveis se comunicam entre si e funcionam como catalisadores para outros níveis, podendo conformar, assim, um processo de “formação da opinião e da vontade de baixo para cima” (FARIA *et al.*, 2012, p. 10) que sirva como *input* para a ação em outras

unidades, com funções e responsabilidades diferenciadas (GOODIN; DRYZEK, 2006).

As Conferências Municipais de Saúde permitem, ainda, maior capilaridade desta instância participativa através da realização das pré-conferências distritais e/ou das conferências locais, que seguem a dinâmica escalonar presente na Figura 4. O CONASEMS recomenda a realização de Pré-Conferências nos bairros, regiões ou distritos, especialmente para “levantar os problemas de saúde nos espaços mais próximos à população proporcionando a participação de comunidades isoladas e ainda levantar dados primários para a elaboração de diretrizes” (CONASEMS, 2013b).

Assim, retomando a ideia de que as Conferências se constituem em um sistema integrado de participação, deliberação e representação, as Conferências Locais se configuram como o primeiro momento de organização deste sistema. “É neste espaço que a presença de diversas vozes se transforma na representação das mesmas em espaços diferenciados por meio de formas de ação que envolve tanto a deliberação pública como a negociação” (FARIA *et al.*, 2012, p. 27).

As Conferências Locais de Saúde são abertas à população, realizadas próxima de sua residência, e muitas vezes apresentam uma característica mais informal (FARIA *et al.*, 2012), o que, para Cunha (2012), não só reduz o custo na participação, como pode significar uma efetiva partilha de poder. A importância das Conferências Locais de Saúde está na sua característica mais proximal da realidade do cidadão e permite a captação das demandas dos potencialmente afetados pelas políticas municipais de saúde, tanto no acesso como na provisão de serviços (AVRITZER, 2009).

Em relação à importância do cidadão comum no controle societal na provisão de bens e serviços de saúde, o estudo de Amancio, Serafim e Drowbor (2011) aponta que este controle societal na saúde não está atrelado aos atores detectados pelas interpretações setoriais. Na verdade, a pesquisa revelou que 94% dos entrevistados realizaram algum tipo de controle societal sobre questões relativas a sua unidade de saúde e, desses, apenas 11% estão ligados ao movimento popular de saúde. Visto por esse ângulo, torna-se claro que o controle societal da provisão de serviços no microterritório não é de exclusividade dos atores indicados como protagonistas setoriais.

Entretanto, o processo de captação ascendente de demandas, opiniões e propostas ao longo das Conferências e nas três esferas administrativas depende da conformação do regimento interno da Conferência. Assim, no momento que a Conferência é convocada pelo Poder Executivo ou Conselho (no caso da saúde), uma comissão organizadora é formada. Normalmente, essa Comissão contém os diversos segmentos a serem representados na Conferência. Em geral,

a comissão é um órgão colegiado temporário que discute as estratégias e o cronograma de ação a ser levado à frente por uma coordenação executiva, dedicada exclusivamente a tal tarefa. A comissão organizadora também discute o regulamento que estabelece as etapas do processo, a forma de escolha dos representantes e os temas em pauta. Em geral, ainda formula um regimento a ser apreciado na plenária do evento final que estabelecerá o funcionamento do mesmo (SOUZA, 2012, p. 12).

Assim é o regimento interno que delinea o desenho das Conferências por meio da definição de seus objetivos,

dos eixos temáticos a serem debatidos, das etapas e das datas de realização dos debates, do número e da composição de atores estatais e não-estatais (delegados) por unidade da Federação; da dinâmica de deliberação das propostas, e das orientações gerais para o encaminhamento das propostas aprovadas em cada encontro para a comissão organizadora da conferência seguinte. Em todos os níveis da federação, este documento deve passar pelo crivo da plenária da conferência, que pode aprová-lo na íntegra, aprová-lo com mudanças ou rejeitá-lo (PETINELLI, 2011, p. 231).

Para as Conferências de Saúde são previstas etapas preparatórias tanto nas conferências nacionais (estaduais e municipais) como nas conferências municipais (distritais e locais). Nessas etapas preparatórias há eleições de representantes — delegados — ou propostas para as etapas seguintes e discussão prévia da temática central. Para orientar a discussão, nos grupos de trabalho são produzidos documentos de referência, chamados de texto-base, que podem ser provocadores de debate ou apresentar as propostas do governo ou de outra entidade para aquele setor e/ou temática (SOUZA, 2012).

O mais comum é que nos eventos preparatórios aconteçam plenárias e grupos temáticos que coincidam com o tema central e subtemas elencados

pela comissão organizadora, de modo que gerem propostas e representantes a serem levados para o nível seguinte. Nessas plenárias e grupos temáticos, o diálogo é orientado por práticas de assembleia:

o texto-base é lido e discutem-se os pontos em que há destaques; a ordem de fala é feita por inscrição; há falas favoráveis e contrárias aos destaques que podem suprimir, modificar ou adicionar algo no texto; por fim, vota-se cada um dos destaques, fazendo-se emendas ao texto inicial (SOUZA, 2012, p. 12).

É nesses espaços que a feição deliberativa das conferências se expressa, buscando a formação de consensos. Também são muito utilizadas as moções, forma de dar espaço a manifestações de apoio ou repúdio a questões que não estão no centro da pauta do debate ou ainda inserir demandas específicas que não constam no tema central ou subtemas. Normalmente, há um prazo (dia e intervalo de horário) para apresentação de moções, que necessitam de um percentual de assinaturas de participantes para serem lidas e votadas pela plenária. Quando os eventos são etapas intermediárias, há também um momento de escolha de representantes para a próxima fase de discussão (SOUZA, 2012).

Muitas Conferências de Saúde utilizam a concentração de participantes dos vários segmentos representados para realizar a composição de seus Conselhos nas respectivas instâncias. Ainda nesses eventos, durante as discussões nos grupos temáticos e nas plenárias, têm direito a voz e voto os delegados vindos de etapas preparatórias e delegados natos — integrantes do conselho temático e, em alguns casos, membros da comissão organizadora (FARIA, *et al.*, 2012). É comum a presença, com direito a voz, de convidados indicados pela comissão organizadora e observadores.

Assim, a Conferência Final é precedida por etapas anteriores que elegem delegados e propostas em torno da temática e dos subtemas. A Conferência Final segue as mesmas recomendações do regimento, com a formação de grupos de trabalho determinados pela comissão e, ao fim, uma plenária final. É na plenária final que as chamadas deliberações ou resoluções são votadas e resultam num relatório final, cabendo ao órgão responsável pela Conferência dar encaminhamento a elas (SOUZA, 2012).

Nesse sentido, Faria *et al.* (2012), ao estudar as dinâmicas participativas, representativas e deliberativas nesse processo escalonar, nas Conferências Municipais de Saúde de Belo Horizonte, observou que a medida que há ascendência para a etapa seguinte, o discurso, que era informal na Conferência Local, assume novas características nas Conferências Distritais e Municipal: a conversação cotidiana vai cedendo lugar a discursos mais estruturados, baseados em argumentos mais técnicos e politizados. Esse aumento do teor técnico nas instâncias seguintes pode revelar uma tendência à especialização da participação nesses espaços, fomentando monopólios de representação (TEIXEIRA; SOUZA; LIMA, 2012), e, de certo modo, desestimular a participação e vocalização de demandas em outros níveis que não os locais.

Assim, sendo o âmbito local uma instância receptora de demandas que talvez não sejam expressas em outras instâncias, é necessário entender qual é o caminho a ser percorrido por essas demandas nesses arranjos participativos e como a voz desses cidadãos é transmitida às demais instâncias e pode influenciar o *output* do arranjo participativo. A voz pode então ser transmitida para a etapa seguinte, por meio de seus representantes eleitos (delegados) e pode ainda se somar a esta representação (quando o regimento permite), a votação de propostas, moções e a elaboração das teses guias. Para este trabalho, a análise da voz será feita somente considerando as propostas aprovadas nas Conferências Locais de Saúde, no intuito de inferir como o desenho da Conferência pode influir neste processo de “formação da opinião e da vontade de baixo para cima” (FARIA *et al.*, 2012. p. 10), que sirva como *input* para a ação em outras unidades com funções e responsabilidades diferenciadas (GOODIN; DRYZEK, 2006).

Desse modo, pode-se dizer que o desenho institucional das Conferências se expressa pelo seu regimento interno que fornece como será o acesso à instância participativa, quais são momentos de vocalização, como se procede à eleição de representantes e como se realizam os debates/consensos, influenciando, portanto, não só na participação popular no interior dessas instâncias e em seu *output* (relatório final), mas, por conseguinte, no processo de elaboração de políticas públicas de saúde.

4.3 AS CONFERÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA (PR)

Conforme descrito anteriormente, com a descentralização política administrativa ocorrida com a nova Constituinte, e pelas leis orgânicas da saúde, o município passou a ser

considerado no SUS como o ente federado que tem a possibilidade de estabelecer relação direta dos serviços de saúde com a população. A ele foi conferido o Comando Único da gestão do sistema no âmbito do seu território. Cabe, desta forma, ao poder local do sistema de saúde estabelecer nova relação entre Estado e a Sociedade para identificar e satisfazer as necessidades de saúde da população (HEIMANN; KAYANO, 2006, p. 91).

A análise da participação popular no município de Curitiba (PR) se dá pela complexidade do seu sistema de saúde e pelo desenho das suas Conferências, desenho este que, dentre as capitais brasileiras, só ocorre de modo semelhante em Belo Horizonte (MG).

Curitiba é referência não só no seu histórico na busca pela construção de uma política de saúde universal, integral e equânime, mas especialmente pela vanguarda de suas políticas de saúde (MASSUDA; POLI NETO; DREHMER, 2014).

Essa vanguarda se expressa quando, ainda na década de 1980, Curitiba iniciou seu processo de territorialização, a partir da delimitação e definição da área de abrangência de seus serviços de saúde. Esse movimento de territorialização só vai ser instituído no restante do Brasil com a promulgação da nova Constituição (1988) e a instituição do SUS (1990). Na década de 90, o município foi um dos primeiros aderir à política de reorientação da atenção primária brasileira, o Programa de Saúde da Família. A Saúde Bucal foi incluída como membro da equipe da saúde da família em 1995, antes mesmo de ser regulamentada no âmbito nacional, em 2000, firmando o compromisso de uma atenção integral e indissociável (MASSUDA; POLI NETO; DREHMER, 2014). A rede de atenção Mãe Curitibana serviu de base para programas nacionais, como o Rede Cegonha, e até internacionais (MENDES, 2011).

O município conta com uma população de 1.764.541 habitantes, uma rede de serviços com aproximadamente 5.450 estabelecimentos públicos e privados, 110 Unidades Básicas de Saúde e 214 equipes de saúde da família. A população coberta pelos serviços públicos expresso pelas UBS representa 62% da população em torno de 1.089.650 habitantes (ALVES *et al.*, 2014). É o município de referência estadual para a atenção de alta complexidade, de modo que sua capacidade absorviva de leitos nos hospitais de referência precisa ser pactuada com os outros municípios e, em alguns casos, com todo o estado.

Em relação ao controle social e às instâncias participativas previstas em lei, o Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e as Conferências Municipais foram criadas pela Lei Municipal n. 7631, de 25 de abril de 1991 (CURITIBA, 1991) — alterada pelas Leis n. 10.179/01 e n. 11.464/05 (CURITIBA, 2001, 2005). Atualmente, o Conselho Municipal é formado por 36 membros titulares e 45 suplentes, considerando a paridade de 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores, 12,5% de gestores e 12,5% de prestadores de serviços na área da saúde. Seu presidente é um representante do segmento dos usuários e o vice-presidente o secretário de Saúde.

O município conta ainda com 9 Conselhos Distritais e 106 Conselhos Locais de Saúde. Perissinotto, Fucks e Souza (2003), ao avaliarem o perfil do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e seu processo decisório, destaca o segmento usuário quanto ao número de membros, taxa de filiação política e ativismo cívico, quando comparado a outros Conselhos Gestores. Os autores ainda referem que o Conselho, numa visão superficial, aparenta ser uma “arena permeável à participação” (p. 85), mas há uma intensa participação dos atores externos (apoios técnicos) “apresentando programas governamentais, oferecendo esclarecimentos, transmitindo informações do governo e emitindo parecer a respeito de assuntos de sua competência” (p. 85). Assim, o debate se inicia, geralmente, pelo segmento gestor e só então entram os usuários no debate. Essa caracterização do Conselho é importante na medida em que o ele é responsável pelo regimento interno das Conferências e, muitas vezes, elabora as teses guias a serem debatidas por meio de suas comissões

temáticas. E se sua capacidade propositiva é em alguma medida menor que o esperado, isso pode influir na dinâmica das Conferências.

O Conselho Municipal conta ainda com 18 comissões temáticas: Comissão de Assistência à Saúde, Comissão de Comunicação e Educação Permanente, Comissão de Vigilância em Saúde DST/Aids, Comissão de Vigilância em Saúde Ambiental, Comissão de Saúde da Pessoa Idosa, Comissão de Saúde da Mulher, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, Comissão de Saúde Mental, Comissão de orçamento e finanças, comissão Intersetorial de Recursos Humanos, Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência, Comissão de Saúde Bucal, Comissão de Saúde da Criança e do Adolescente, Comissão de Saúde do Homem e Comissão de Urgência, Emergência e Assistência Hospitalar. A importância dessas comissões temáticas se dá pelo fato que, por meio delas, pode-se ter uma dimensão das políticas públicas de saúde municipais trabalhadas nas Conferências (CURITIBA, 2014), e muitas delas atuam nas Conferências, seja na elaboração das teses ou na representação dos interesses da sua temática.

Em relação as suas Conferências Municipais, Curitiba destaca-se pelos desenhos que elas apresentam. Já em sua primeira edição, buscou-se a realização de Pré-Conferências, fato que ainda não ocorre em muitos municípios brasileiros. A primeira Conferência Municipal de Saúde foi realizada em setembro de 1991. No art. 2 da Lei Municipal n. 7.631, de 25 de abril de 1991, consta que a Conferência Municipal de Saúde se reunirá a cada dois anos, com as seguintes atribuições: 1) avaliar a situação de saúde do município e 2) fixar as diretrizes gerais da Política Municipal de Saúde (CURITIBA, 1991). Assim, entre 1991 e 2013, 12 Conferências Municipais foram realizadas. O Quadro 4 resume a temática das Conferências Municipais ao longo dos anos.

O Quadro 4 descreve que o município de Curitiba segue as recomendações do CONASEMS e realiza suas Conferências Municipais bianualmente: uma para a elaboração do plano municipal da saúde e dotação orçamentária, e outra para o debate proposto pela Conferência Nacional e a eleição de seus delegados. Porém, a partir de 2015 as Conferências Municipais passarão a ser realizadas de quatro em quatro anos.

QUADRO 4 - AS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUAS TEMÁTICAS 1991-2013

CONFERÊNCIA	TEMA	ANO
1ª	Diretrizes da Política Municipal da Saúde de Curitiba	1991
2ª	Em defesa do Sistema Único de Saúde	1993
3ª	Qualidade de Vida e Saúde.	1995
4ª	Sistema Único de Saúde (SUS) – Saúde Pública com Qualidade.	1997
5ª	SUS no III Milênio – Em Defesa da Vida	1999
6ª	Implantação do Sistema Integrado de Saúde em Curitiba	2001
7ª	15 anos do SUS Curitiba: Conquistas, Avanços e Desafios	2003
8ª	A participação popular na construção de um Viver Saudável	2005
9ª	Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento	2007
10ª	Rede de Cuidados: 20 anos do SUS Curitiba	2009
11ª	SUS - Patrimônio do povo brasileiro. Controle Social em Curitiba - 20 anos de construção.	2011
12ª	A construção da gestão compartilhada no SUS de Curitiba	2013

FONTE: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/cms/historico>

Em comparação com as Conferências Nacionais, as temáticas das Municipais também refletem os momentos políticos e ideológicos, tanto na política nacional como na municipal. O tema da 2ª Conferência, que promovia a defesa do SUS, emergiu no momento da sua implantação, e muitos questionamentos sobre suas possibilidades de concretização eram levantados. Em 2013, sua temática, “A construção da gestão compartilhada no SUS de Curitiba”, refletia a mudança da gestão municipal e, conseqüentemente, sua política de gestão.

Em relação ao seu desenho institucional, as Conferências Municipais de Saúde do município seguem o modelo descentralizado e escalonar, realizando Conferências Locais de Saúde, Distritais e, por fim, a Municipal. As Conferências Locais de Saúde são realizadas em 110 unidades de saúde básicas ou de estratégia de saúde da família, e as Distritais são realizadas nos nove distritos sanitários (CURITIBA, 2013). Esse desenho pretende, principalmente, aproximar o cidadão dos espaços decisórios, de modo a ampliar a participação permitindo a vocalização de suas demandas nestes espaços de diálogo com a gestão. Além disso, a paridade e representação dos segmentos instituídos legalmente são mantidas em todas as instâncias.

O regimento interno atual (CURITIBA, 2013) das Conferências segue a estrutura descrita anteriormente, em que, após sua convocação, uma comissão organizadora é nomeada para sua elaboração. Assim, são elencados os temas e subtemas e dá-se início às Pré-Conferências. O regimento interno atual prevê também o processo de votação dos delegados dos usuários e dos trabalhadores de saúde para as instâncias distritais e municipais. Podem ser delegados com direito a voto: “I. representantes de entidades dos usuários; II. representantes de entidades dos trabalhadores de saúde; III. representantes de entidades dos prestadores de serviço de saúde vinculados ao SUS; IV. representantes de gestores em saúde” (CURITIBA, 2013, p. 65). A paridade é mantida ao longo de todas as etapas das Conferências, na seguinte proporção: 50% dos participantes pertencentes ao segmento dos usuários, 25% ao segmento dos trabalhadores em saúde, 12,5% aos prestadores de serviço e 12,5% aos gestores.

Os delegados dos usuários e dos trabalhadores são eleitos em plenárias específicas, enquanto os delegados dos prestadores de serviço e gestão são indicados. Além desses delegados eleitos ou indicados, há ainda os delegados natos, que são os conselheiros municipais, distritais e locais com representantes em todos os segmentos.

Pelo regulamento e regimento interno, são realizadas plenárias iniciais durante as quais os temas e as diretrizes das Conferências são esclarecidos por meio de palestras e debates. As expressões das demandas dos segmentos participantes podem ser feitas por meio de propostas encaminhadas das Pré-Conferências, moções e ainda teses-guias contendo propostas para serem discutidas nos grupos de trabalho da conferência municipal de saúde. As propostas encaminhadas pelas Pré-Conferências podem ou não estar alinhadas aos temas e subtemas propostos. Na medida em que uma proposta tem relevância e aceitação, vai ascendendo nos espaços até ser incorporada no relatório final.

O atual regimento interno da Conferência Municipal de Saúde descreve que a instância local deve elencar cinco propostas, dentre as que foram aprovadas em sua plenária final, para entrar nos grupos de trabalho da instância distrital, e a instância distrital deve elencar dez propostas dentre as suas aprovadas para a Conferência Municipal (CURITIBA, 2013). Mas

anteriormente ao ano de 2011, a representação da voz das instâncias mais proximais da população estava atrelada somente à votação dos delegados, sem votação de propostas. Esse desenho podia dificultar a formação de opinião e expressão de demandas num movimento de baixo para cima interligado (FARIA *et al.*, 2012), pois se podia assumir que não havia garantias de que suas preocupações e opiniões seriam efetivamente representadas ou ouvidas (COHEN; FUNG, 2007) nas instâncias posteriores.

Quando há demandas que não se alinham às temáticas desenvolvidas, moções são feitas; essas necessitam de um número mínimo de assinaturas (varia de acordo com a instância) para entrar em votação na plenária final, sendo que qualquer uma das instâncias pode ter moções aprovadas.

Já relação às teses guias (textos base nos grupos de trabalho da conferência municipal), conforme descrito anteriormente, elas são os textos-guia que direcionam as discussões nos grupos de trabalho dentro das Conferências, mas só são apresentadas para os debates na Conferência Municipal. O atual regimento permite que só ocorra a inscrição de teses para o debate nos grupos de trabalho nos subtemas previamente definidos. Para isso, as teses devem ser apresentadas na comissão organizadora até um limite de data, contendo no máximo três laudas e assinada por três representantes de entidades. Ainda,

serão aceitas as inscrições das três primeiras teses de cada subtema, abordando as diretrizes para a Política Municipal de Saúde.

I. entidade deverá indicar em qual subtema a sua tese será inscrita;
II. a subcomissão de relatoria e orientação de trabalhos de grupos da 12ª Conferência Municipal de Saúde validará a pertinência da tese com o subtema ao qual se inscreveu” (CURITIBA, 2013).

A Figura 5 resume os trajetos e os momentos em que os elementos que podem traduzir a voz dos cidadãos aparecem na Conferência Municipal de Saúde de Curitiba.



FIGURA 5 - A VOZ E AS SUAS DIFERENTES TRAJETÓRIAS NA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FONTE: Elaboração da autora.

Assim, pode-se perceber que as Conferências Municipais de Saúde de Curitiba também são constituídas por etapas concatenadas que se sucedem até a etapa municipal, e que, mesmo conectadas e direcionadas à temática municipal, podem trazer em si objetivos particulares dentro de cada âmbito, podendo ser espaço de discussão e formulação de propostas para a esfera em que são realizadas (TEIXEIRA; SOUZA; LIMA, 2012). Nota-se, ainda, que a forma como essas demandas são apresentadas e o momento em que isso ocorre também podem influir no resultado final.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como relatado anteriormente, a análise dos documentos permitiu constatar que só a partir da 11ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2011, o regimento interno permitiu que, além de avaliar a situação de saúde de sua localidade e eleger delegados de usuários para as instâncias seguintes, as Conferências Distritais e locais passassem a oferecer subsídios às Conferências Municipais de Saúde, encaminhando propostas prioritárias aprovadas nas suas respectivas plenárias finais. A modificação do desenho anterior e a inclusão de propostas a serem encaminhadas para debate na instância seguinte foi uma demanda aprovada na 10ª Conferência Municipal de Saúde de 2009. (CURITIBA, 2009).

Essa mudança no desenho institucional gerou uma expectativa em relação ao aumento da permeabilidade à participação popular, na medida em que permitiu que mais um elemento de expressão de voz tivesse origem na instância mais proximal aos cidadãos e, ainda, que as demandas e necessidades ali vocalizadas tivessem a chance de ascender nas instâncias e fazer parte do Relatório Final da Conferência. Essa alteração no desenho não só ampliou a possibilidade de que propostas locais possam ser soluções municipais (POGREBINSCHI, 2012), como também gerou uma expectativa de maior capacidade redistributiva da política de saúde (AVRITZER, 2009b), visto ter permitido as comunidades expressarem suas necessidades quanto à saúde.

A análise dos documentos ainda revelou que também ocorreram modificações no desenho, comparando-se os dois anos analisados (2011 e 2013), e isso trouxe resultados distintos nas demandas vocalizadas e na expressão da voz ao longo do processo. Detectou-se concomitantemente uma mudança sensível nas demandas vocalizadas e na expressão da voz ao longo do processo. A análise dos documentos não permitiu a identificação de uma causa inequívoca para estas mudanças, mas a correlação existente entre as mesmas e a mudança no desenho instiga a possibilidade de uma relação de causalidade. A própria mudança no desenho, por sua vez, pode ter motivações ligadas à intenção de se produzir resultados diferentes - o que nos levaria a uma causalidade circular - mas isso não foi objeto de investigação.

5.1 ANÁLISES DAS DIFERENÇAS ENTRE OS DESENHOS INSTITUCIONAIS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM 2011 E 2013

Como a descrição do desenho geral das Conferências Municipais de Saúde de Curitiba foi realizada anteriormente, esta seção se concentrará nas diferenças contidas no desenho institucional das duas conferências analisadas.

5.1.1 Em relação ao número de propostas

No regulamento interno da 11ª Conferência de Saúde (2011), cada Conferência Local poderia oferecer subsídios às Conferências Distritais de Saúde, encaminhando três propostas prioritárias aprovadas na plenária final. E ainda cada Conferência Distrital poderia oferecer subsídios à Conferência Municipal de Saúde, encaminhando seis propostas prioritárias aprovadas na plenária final.

Já no regulamento da 12ª Conferência de Saúde (2013), cada Conferência Local poderia oferecer subsídios às Conferências Distritais de Saúde, encaminhando cinco propostas prioritárias aprovadas na plenária final. E ainda, cada Conferência Distrital poderia oferecer subsídios à Conferência Municipal de Saúde, encaminhando dez propostas prioritárias aprovadas na plenária final.

O resultado disso é que, em 2011, durante as Conferências Locais sorteadas, 101 propostas foram aprovadas e enviadas para a etapa distrital, e na etapa distrital esse número totalizou 54 propostas aprovadas e enviadas para a Conferência Municipal. Em 2013, esse número aumentou e somou, nas Conferências Locais sorteadas, 164 propostas aprovadas e enviadas para a etapa distrital. Nesta, 85 propostas foram aprovadas e encaminhadas para a Conferência Municipal.

O aumento do número de propostas aprovadas também permitiu o aumento do número de núcleos temáticos vocalizados. Na Tabela 1, pode-se observar o aumento no número de propostas encaminhadas, bem como a

quantidade de núcleos temáticos identificados por ano e nas instâncias estudadas.

TABELA 1 - NÚMERO DE PROPOSTAS E NÚCLEOS TEMÁTICOS POR ANO E INSTÂNCIA

CONFERÊNCIA	N. DE PROPOSTAS APROVADAS LOCAIS	NÚCLEOS TEMÁTICOS	N. DE PROPOSTAS APROVADAS DISTRITAIS	NÚCLEOS TEMÁTICOS
11ª Conferência (2011)	101	188	54	136
12ª Conferência (2013)	164	254	85	188

FONTE: Elaborado pela autora.

Pode-se observar que no ano de 2013, mesmo sendo possível que as Conferências Distritais encaminhasssem 10 propostas para a Conferência Municipal, a Conferência Regional do Cajuru enviou somente 4 e a Regional da Cidade Industrial (CIC) enviou 11, o que resultou em 85 propostas regionais, e não 90, como esperado.

E ainda é possível notar que o aumento permitido no número propostas votadas e encaminhadas ocasionou pequena diminuição do número de núcleos temáticos por proposta, pois no ano de 2011 obteve-se 1,86 núcleos por proposta e em 2013, 1,6. Essa diminuição na concentração de núcleos temáticos por proposta pode ser decorrente deste maior espaço para reivindicações, o que permitiu que as demandas fossem diluídas ao longo das outras propostas aprovadas.

5.1.2 Em relação às temáticas

O tema central e os subtemas a serem trabalhados nas Conferências Municipais de Saúde são determinados pela sua comissão organizadora e de acordo com a realidade local, mas no ano em que a Conferência Municipal de Saúde é realizada para oferecer subsídios para a Conferência Nacional, recomenda-se que as temáticas centrais de todas as etapas (municipais,

estaduais e nacional) sejam as mesmas. No ano de 2011 a temática central foi alinhada com a temática central trabalhada na 14ª Conferência Nacional de Saúde “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”, já em 2013 o tema foi escolhido pela comissão organizadora. Tanto os temas centrais como os subtemas propostos para a Conferência Municipal são referenciais orientadores para os debates a serem realizados sobre a política de saúde nas suas instâncias. A relevância da temática definida a ser deliberada “pode definir o envolvimento social e a aceitação da conferência” (BRASIL, 2012, p. 11) e acaba influenciando no teor das propostas apresentadas como será descrito a seguir.

Em relação aos temas e subtemas trabalhados nos dois anos avaliados, a orientação dos regimentos e regulamentos é que as etapas precedentes discutissem temas relevantes para a localidade em que ocorre a Conferência. Ambos os regulamentos das Conferências Distritais realizadas em 2011 e 2013 orientam que o tema central da Conferência Municipal seja trabalhado nessas instâncias e, ainda, que sejam eleitos temas de relevância para a situação de saúde distrital. No entanto, em relação às Conferências locais a única orientação é que sejam discutidos temas relacionados à realidade local. Desse modo, as instâncias preparatórias para a etapa final (municipal) possuem uma liberdade na escolha dos temas a serem debatidos de modo que estes podem ou não coincidir com o tema e subtemas propostos pela comissão organizadora para a Conferência Municipal.

Em relação às temáticas escolhidas para serem debatidas nos anos estudados, observou-se que a 12ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2013, trouxe uma mudança na categorização dos subtemas discutidos. Nota-se que houve um processo de remodelação na forma como os subtemas eram divididos, não só em relação à 11ª Conferência, realizada em 2011, mas também em relação aos anos anteriores (10º e 9ª Conferências p. ex.), conforme descreve a Quadro 5.

Apesar de os anos das Conferências de 2007 e 2009 não constituírem objeto de análise deste estudo, a menção dos subtemas por elas abordados pode ser relevante, na medida em que se observa similaridade e regularidade em certas temáticas nas Conferências Municipais até então. Assim, nos anos anteriores à Conferência de 2013, os subtemas elencados, para serem

discutidos, ficavam em parte associados às linhas de cuidado²³ desenvolvidas na política municipal de saúde. Desse modo, se somarmos todos os subtemas dos três anos (2007, 2009 e 2011, p. ex.), obteremos 31 subtemas tratados ao longo dessas três Conferências; dentre esses 31 subtemas, 14 (45%) se referiam a temas referentes às linhas de cuidado.

QUADRO 5 - SUBTEMAS TRABALHADOS NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE POR ANO/CONFERÊNCIA

CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUBTEMAS DISCUTIDOS POR ANO			
9ª CONFERÊNCIA 2007	10ª CONFERÊNCIA 2009	11ª CONFERÊNCIA 2011	12ª CONFERÊNCIA 2013
I Gestão de riscos populacionais com ênfase em saúde do trabalhador II Melhoria da gestão e gestão do trabalho III Acesso e qualidade das ações e serviços de saúde IV Gestão dos problemas de saúde – controle de patologias crônicas / saúde do idoso V Gestão dos problemas de saúde - controle de patologias agudas VI Saúde da mulher VII Saúde da criança e adolescente VIII Saúde mental IX Controle social	I Rede de Atenção a Saúde: Atenção Primária Especializada e Urgência e Emergência II Rede de Atenção à Saúde Mental, Álcool, Tabagismo e outras drogas III Rede de Atenção à Saúde das Mulheres, Materno-Infantil, Crianças e Adolescentes IV Rede de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, com ênfase em hipertensão arterial, diabetes Melitus cânceres e DST/AIDS V Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador VI Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência VII Promoção da Saúde e ambientes saudáveis, mobilidade urbana, prevenção de violências e cultura da paz VIII Vigilância em Saúde e Saúde Ambiental IX Recursos	I Atenção à Saúde: Atenção Primária, Especializada e Urgência e Emergência II Atenção à Saúde Mental, Álcool, Tabagismo e outras Drogas III Atenção à Saúde da Mulher, Materno-Infantil, Criança e Adolescente. IV Atenção à Saúde do Adulto, do Homem e do Idoso, com ênfase em Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus Cânceres e DST/Aids V Atenção à Saúde do Trabalhador VI Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência VII Promoção da Saúde e Ambientes Saudáveis, Mobilidade Urbana, Prevenção de Violências e Cultura da Paz VIII Vigilância em Saúde e Saúde Ambiental IX Recursos Humanos em Saúde X Financiamento para o SUS	I Atenção Primária à Saúde – porta de entrada e ordenadora do sistema II Redes assistenciais – linhas de cuidado III Redes assistenciais– Atenção especializada, urgência e emergência IV Vigilância em saúde – vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador V Promoção da saúde – sustentabilidade e qualidade de vida VI Novas tecnologias em saúde – assistência farmacêutica, laboratorial e práticas integrativas VII Gestão participativa, controle social e descentralização da gestão VIII Política de desenvolvimento de pessoas e educação permanente IX Políticas de comunicação, informação e

²³ Linha de cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde (FRANCO; FRANCO, 2011).

	Humanos em Saúde X Financiamento para o SUS XI Controle Social	XI Controle Social	informática / carta de saúde do SUS. X Financiamento para o SUS – infraestrutura, logística, gestão orçamentária e financeira.
--	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FONTE: Adaptado dos Regimentos Internos das Conferências Municipais (CURITIBA, 2007, 2009, 2011, 2013).

Já na análise dos subtemas discutidos em 2013 na organização e eleição dos subtemas as linhas de cuidado se aglutinaram em um só item e, desse modo, outros temas, como “Novas tecnologias em saúde”, entraram na pauta das discussões e ampliaram o leque de temas a serem deliberados, não só na etapa municipal, mas também nas suas etapas precedentes.

Isto pode ter sido um efeito não só pela maior liberdade em relação aos temas a serem debatidos, já que não era um ano em que ocorria Conferência Nacional, mas também em decorrência da reestruturação da Política Nacional de Atenção Básica. Em 21 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria 2488 que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e reforçou as Redes de Atenção como diretrizes organizacionais para o Sistema de Saúde Nacional.²⁴

5.1.3 Em relação à eleição dos delegados dos usuários

É importante perceber que um dos “elemento[s] central[ais] na caracterização das conferências é a natureza processual. [...] nesse sentido, é determinante o *escalonamento das etapas*” (BRASIL, 2012, p. 8). O escalonamento de etapas exige a eleição de delegados para as etapas ascendentes, e apesar de a questão da representatividade nesses espaços participativos não constituir o foco deste trabalho, cabe mencionar a

²⁴ As Redes de Atenção à Saúde surgiram como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, de modo que diferentes ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas sejam integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010). A operacionalização das redes de atenção exige que os processos de trabalho sejam rediscutidos nos municípios, Estados e União para o restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira.

importância dos delegados na transmissão da voz dos seus representados especialmente do segmento dos usuários, na medida em que o “processo participativo torna-se cada vez mais indireto, assumindo uma dinâmica representativa formalmente estruturada por regras previamente definidas” (FARIA *et al.*, 2012, p. 32).

Ainda cabe mencionar que é na Conferência Local que a feição representativa começa a ser “gestada”, sendo o

primeiro momento da organização do sistema integrado de participação e deliberação na porta de entrada do sistema de saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS). É neste espaço que a presença de diversas vozes se transforma na representação das mesmas em espaços diferenciados por meio de formas de ação que envolvem tanto a deliberação pública como a negociação (FARIA *et al.*, 2012, p. 27).

Diante disso, a 12^o Conferência Municipal de Saúde (2013) trouxe uma modificação importante nos critérios que definiam as regras para a eleição de delegados representantes dos usuários no âmbito local. Até a referida data, os regimentos e regulamentos internos permitiam que um cidadão se candidatasse para delegado do segmento dos usuários se ele fosse vinculado a uma entidade formal de organização civil, e por ela eleito ou indicado. Mas a partir de 2013, além desses, também os cidadãos chamados “informais” (CURITIBA, 2013) poderiam participar de um processo eletivo para delegados locais, desde que participassem de um dos grupos de assistência da Unidade de Saúde Local (grupo de idosos, p. ex.).

Essa modificação permitiu que cidadãos desvinculados de entidades tivessem, além de voz, direito a voto nas Conferências Locais, possibilitando ainda sua ascensão nas etapas subsequentes. Assim, pode-se entender esse critério como um estímulo ao caráter pedagógico da participação, pois, para Patermann (1992), a participação é educativa e promove a cidadania, formando um ciclo virtuoso ancorado nas relações de participação cidadã, mudança da consciência política e redução das desigualdades sociais (MacPHERSON, 1978).

5.2 ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DA VOZ NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM 2011 E 2013

5.2.1 A trajetória das demandas

Em 2011, no seguimento dos 188 núcleos temáticos gerados pelas 101 propostas encaminhadas das Conferências Locais sorteadas, observou-se que 104 núcleos foram aprovados nas propostas distritais, de modo que, das 54 propostas aprovadas nas Conferências Distritais, 36 continham núcleos temáticos referentes às Conferências Locais amostrais. Já no seguimento dessas propostas distritais para a Conferência Municipal e o Relatório Final, essas 36 propostas encaminhadas entraram em distintos grupos de trabalho e, após processo deliberativo, elas integraram o Relatório Final. O resultado final foi que 23 dessas propostas foram totalmente aprovadas (aprovação total) e 10 foram aprovadas com alterações ocasionadas no processo deliberativo. Essa trajetória está representada na Figura 6.



FIGURA 6 - SEGUIMENTO DOS NÚCLEOS TEMÁTICOS LOCAIS ATÉ O RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA NO ANO DE 2011

* Alguns núcleos temáticos locais se repetiram nas propostas o que fez que na distribuição dos 104 núcleos locais aprovados na etapa distrital contabilizassem, ao fim, 115 núcleos distribuídos em 36 propostas.

FONTE: Elaboração da autora.

No ano de 2013, no seguimento dos 254 núcleos temáticos gerados pelas 164 propostas encaminhadas das Conferências Locais sorteadas, observou-se que 103 núcleos foram aprovados na etapa distrital, de modo que, das 85 propostas aprovadas na Conferência Distrital, 54 continham núcleos

temáticos referentes às Conferências Locais amostrais. Já no seguimento dessas propostas distritais para a Conferência Municipal e Relatório Final, essas 54 propostas distritais entraram em distintos grupos de trabalho e, após processo deliberativo, elas integraram o final no Relatório Final, de modo que 27 delas foram totalmente aprovadas, 2 foram aprovadas integralmente, 19 foram aprovadas com alterações e 5 foram negadas, conforme demonstra a Figura 7.



FIGURA 7 - SEGUIMENTO DOS NÚCLEOS TEMÁTICOS LOCAIS ATÉ O RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA NO ANO DE 2013

* Alguns núcleos temáticos locais se repetiram nas propostas o que fez que na distribuição dos 103 núcleos locais aprovados na etapa distrital contabilizassem, ao fim, 114 núcleos distribuídos em 54 propostas.

FONTE: Elaboração da autora.

Ao se analisar os trâmites das propostas distritais para os grupos de trabalho da Conferência Municipal e, a seguir, para o Relatório Final, observa-se que houve perdas de propostas. No ano de 2011, no trâmite Conferência Distrital – Relatório Final houve uma perda de cinco propostas, 3 delas com 12 núcleos temáticos pertencentes às etapas locais da amostra. No ano de 2013 houve a perda de uma proposta no mesmo trâmite, com a perda de um núcleo temático. A análise dos documentos disponíveis não permitiu saber se essas propostas foram rejeitadas nos grupos de trabalho e por isso não apareceram no Relatório Final, e ainda não havia registro delas na documentação disponível referente aos processos deliberativos dos grupos de trabalho.

Diante disso, e sabendo que quando o resultado final do trajeto de uma proposta distrital para o Relatório Final for aprovação total ou aprovação integral, considera-se que não há perda dos núcleos temáticos, é necessário

analisar as aprovações com alterações e negadas para se chegar ao número final de núcleos temáticos oriundos das instâncias locais nos relatórios finais.

Em relação às propostas negadas, conforme descrito anteriormente, no ano de 2011 não houve nenhuma proposta distrital negada em relação ao Relatório Final da Conferência. Já no ano de 2013, houve o registro de 5 propostas distritais negadas no trâmite, sendo que essas continham 10 núcleos temáticos locais.

Em relação às propostas aprovadas com alterações, estas se referem a propostas distritais que, no processo deliberativo nos grupos de trabalho ou na plenária final, sofreram algum tipo de alteração. Essas propostas foram categorizadas em quatro tipos:

- a) Alteração de texto – quando não há perda ou acréscimo de núcleos, mas uma modificação na redação do texto. Esta alteração normalmente ocorre para dar mais conformidade para a proposta, de acordo com a realidade da política de saúde do município. Por exemplo, uma solicitação para implantar uma academia ao ar livre é uma ação de competência da Secretaria Municipal do Esporte e Lazer (SMEL) e não da Secretaria de Saúde; então a demanda é mantida, mas o texto é redigido encaminhando a solicitação à SMEL.
- b) Alteração por remoção de núcleos – quando um ou mais núcleos são rejeitados no processo deliberativo e removidos da proposta distrital original.
- c) Alteração por adição – quando a partir da proposta original novos núcleos são adicionados ao processo deliberativo.
- d) Alteração por incorporação – quando nas teses guias que também são debatidas nos grupos de trabalho, se encontram propostas com as mesmas demandas (núcleos temáticos) das propostas oriundas das propostas distritais e ela é dada como já contemplada e deliberada.

A Tabela 2 descreve nos anos analisados a distribuição das propostas aprovadas com alteração dentro desta categorização.

TABELA 2 - NÚMERO DE PROPOSTAS E NÚCLEOS TEMÁTICOS POR ANO E INSTÂNCIA

NÚMERO DE PROPOSTAS COM ALTERAÇÕES		
CATEGORIA	2011	2013
TEXTO	2	7
REMOÇÃO DE NÚCLEOS	2	2
ADIÇÃO DE NÚCLEOS	5	2
INCORPORADA	1	8
TOTAL	10	19

FONTE: Adaptado dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde (CURITIBA, 2011, 2013).

Assim, a análise final da trajetória dos núcleos temáticos gerados pelas propostas locais até o Relatório Final das Conferências revelou que, no ano de 2011, dos 188 núcleos temáticos gerados pelas Conferências Locais, 101 núcleos estavam presentes no Relatório Final. Já no ano de 2013, observou-se que, dos 254 núcleos locais, estavam presentes no Relatório Final 101 núcleos temáticos. A Figura 8 descreve esses resultados obtidos:

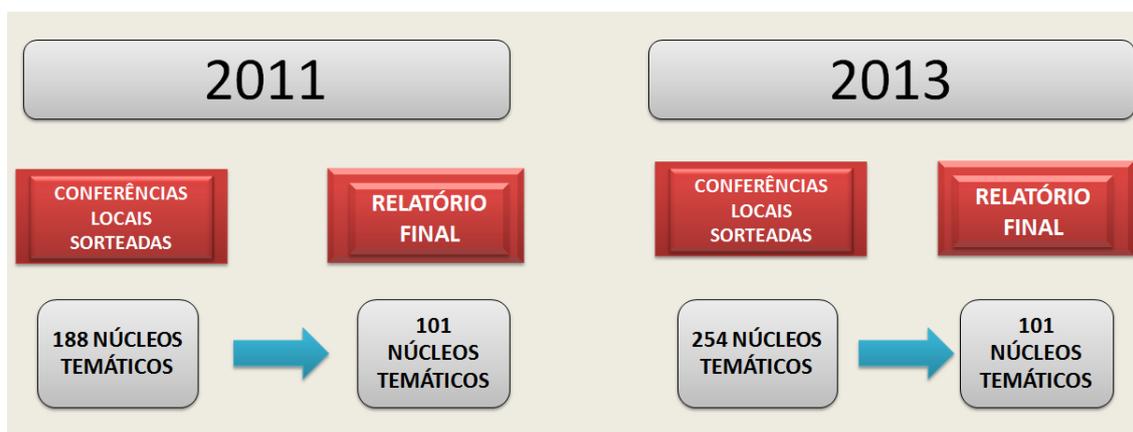


FIGURA 8 - NÚMERO DE NÚCLEOS TEMÁTICOS LOCAIS INSERIDOS NOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS

FONTE: Elaborado pela autora.

Considerando que muitas propostas locais formuladas possuíam somente um núcleo, e que foi possível acompanhar os núcleos independentemente pode-se inferir também quantas propostas/demandas locais chegaram ao Relatório Final. Cabe ressaltar que não se trata da proposta na íntegra, que só ocorreu com duas propostas no ano de 2013, mas o teor temático expresso pela solicitação ou proposta local. O resultado está demonstrado na Tabela 3 a seguir:

TABELA 3 - NÚMERO DEMANDAS LOCAIS IDENTIFICADAS NO RELATÓRIO FINAL DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS

NÚMERO DE DEMANDAS LOCAIS IDENTIFICADAS NO RELATÓRIO FINAL		
SITUAÇÃO	2011	2013
DEMANDA LOCAL EXPRESSA TOTALMENTE	33	40
DEMANDA LOCAL EXPRESSA PARCIALMENTE	30	29
DEMANDA LOCAL NEGADA	31	94
DEMANDA PERDIDA NO TRÂMITE LOCAL - RF	5	1

* Quando na proposta original só houve o segmento de alguns núcleos para a etapa subsequente (Distrital)

FONTE: Elaborado pela autora.

Desse modo, pode-se constatar que, mesmo que parcialmente, no ano de 2011, 63 propostas/demandas locais chegaram ao Relatório Final, por meio de 101 núcleos temáticos contidos em 33 propostas distritais, e no ano de 2013 foram 69 propostas/demandas locais, por meio de 101 núcleos temáticos distribuídos em 53 propostas distritais.

5.2.2 A análise da expressão da voz

Para analisarmos a expressão da voz ao longo das Conferências Municipais de Saúde, utilizaremos o quadro analítico desenvolvido por Smith (2009) para estudar as inovações democráticas. Para Smith (2009), a simples presença dos cidadãos nesses espaços não garante igualdade em expressar seus pontos de vista, ser ouvido sobre o assunto em consideração e ainda afetar o *output* da instituição participativa.

Para o autor a capacidade inclusiva do desenho é medida por dois atributos: presença e voz. Sendo assim, a voz dentro do design institucional pode ser medida pelos momentos que oportunizam a expressão de demandas de modo que cada participante tenha chances iguais de afetar a decisão final. Mas a igualdade de voz passa necessariamente pelo atributo da presença, que deve garantir que todos os segmentos envolvidos na política em questão estejam presentes e exponham seus pontos de vista.

Sendo assim, e não nos aprofundando na análise da presença — já que não constitui o objetivo deste trabalho — este atributo trabalha como os participantes são selecionados para a instância participativa. As leis orgânicas que regem as Conferências de Saúde procuraram trabalhar a garantia de que todos os envolvidos na política de saúde discutam e deliberem acerca dela. A Lei n. 8.142/90 estabelece a paridade entre Estado e sociedade, de modo que 50% dos participantes sejam representantes da sociedade e os outros 50% sejam distribuídos entre 25% de representantes dos trabalhadores de saúde, 12,5% da gestão e 12,5% de prestadores de serviço. Essa distribuição dentro desses quatro segmentos engloba grande parcela dos potencialmente envolvidos na política de saúde, fato este que traz para a discussão e deliberação diversos pontos de vista e interesses, além de ampliar os atributos da presença e da voz no desenho.

Além disso, sendo as Conferências analisadas um processo descentralizado com etapas concateadas, o atributo presença pode se manifestar de modo distinto em cada uma delas. Na etapa local, a participação é ampla e aberta à participação de todos, desde que residentes na área da unidade de saúde em que se realiza, de modo que “o número de participantes nos encontros locais é ilimitado e reflete a capacidade de mobilização das comissões locais de saúde” (FARIA *et al.*, 2012). Mas para as etapas seguintes, há um número mais estrito de participantes e, portanto, há a necessidade de eleição de delegados. Como explicado anteriormente, o processo de escolha dos delegados da gestão e prestadores de serviço se dá por indicação e dos segmentos dos usuários e trabalhadores por eleição.

Cabe ressaltar que ainda há a possibilidade da participação de observadores e convidados. Todos os participantes têm direito a voz, mas só têm direito a voto os delegados eleitos ou natos, conforme relatado anteriormente. Em relação aos observadores, cabe ressaltar que nas etapas locais e distritais não há regras ou restrições estabelecidas nos regimentos, de modo que podem participar todas “as pessoas interessadas, de acordo com a capacidade física do local” (CURITIBA, 2013b); no entanto, para a etapa municipal há restrições quando ao número e a definição de que também entre os observadores a paridade e a proporcionalidade entre os segmentos sejam mantidas. No ano de 2011, o número de observadores permitidos na etapa

municipal foi de 100 participantes, e em 2013, de 120 participantes distribuídos nos segmentos representados.

Na análise do atributo da voz, os desenhos das duas Conferências de Saúde analisadas permite inferir que a expressão da voz dos participantes se dá principalmente nos momentos deliberativos que ocorrem em todas as etapas do processo escalonado, e quando da realização da etapa municipal se manifesta também pela elaboração e encaminhamento das teses-guia. As teses-guia serão discutidas mais adiante, e a discussão se concentrará por ora nos momentos deliberativos. Esses momentos se dão por meio dos grupos de trabalhos e das plenárias finais, quando todos opinam e discutem os temas selecionados e de relevância para a situação de saúde local.

Os grupos de trabalho são divididos por tema e têm como objetivos elaborar, debater e/ou modificar propostas, mediante trocas de argumentos, para a política em questão. De acordo com os regulamentos analisados, cada grupo de trabalho deve possuir um coordenador e um relator dos debates para mediar a discussão. Para Smith (2009), a divisão em grupos de trabalhos e mediados por facilitadores amplia a expressão da voz, especialmente das minorias, pois além da assimetria de informação que se pode assumir entre os representantes da sociedade e do Estado (AVRITZER, 2012), grupos menores constroem menos os cidadãos que não se sentem capazes de falar em público (SMITH, 2009). A presença do facilitador pode ainda permitir que o debate não fique polarizado nos indivíduos mais articulados e “carismáticos”, e que o processo deliberativo seja conduzido pela retórica e não pelo argumento (ELSTER, 1998).

Mas de acordo com a observação do estudo de Faria *et al.* (2012, p. 48), a presença dos mediadores pode surtir um efeito contrário, pois

estes coordenadores também participa[m] do processo deliberativo e [fazem] sugestões de modificação, de supressão ou de encaminhamento de propostas para as discussões de outros eixos temáticos. Estes atores desempenharam [m] considerável capacidade de influência sobre os demais participantes. Por vezes, foram arbitrários e unilaterais nas definições dos critérios para o debate e na escolha de algumas propostas a serem submetidas a regime de votação.

Assim, a presença do mediador pode tanto permitir um equilíbrio de vozes ou interferir negativamente no processo deliberativo, mas somente estudos mais detidos podem avaliar a influência do mediador no momento deliberativo.

Após o debate e discussão nos grupos de trabalho, as propostas são votadas pelos delegados e, de acordo com os regimentos e regulamentos internos dos dois anos analisados, há a definição de que uma proposta está aprovada quando receber uma aprovação superior a 70% no grupo de trabalho; desse modo, será somente lida na plenária final. Se a aprovação da proposta ficar entre 30% e 70%, a proposta é encaminhada para votação na plenária final, e se a aprovação for menor que 30%, a proposta é rejeitada.

As plenárias finais correspondem “à última etapa da conferência e se constitui também em mais um momento deliberativo do processo de “formação da opinião e da vontade pública” acerca da política em debate” (FARIA *et al.*, 2012, p. 40). Nessa etapa são lidas as propostas já aprovadas nos grupos de trabalho, são votadas as propostas encaminhadas pelos grupos de trabalho e ainda os pedidos de moções, sendo que ambas são aprovadas por maioria simples (CURITIBA, 2011, 2013).

Para Faria *et al.* (2012, p. 40), esta etapa final

é fundamental no processo deliberativo das conferências, uma vez que reúne as propostas anteriormente discutidas e pactuadas nos grupos para mais uma rodada de reflexão e debate em torno das diretrizes. Por meio de pedidos de *destaques* é possível apresentar ainda novos argumentos acerca da plausibilidade (ou não) desta ou daquela proposta, justificar publicamente posições e definir, por meio de aclamação ou votação, qual será a melhor.

Analisando os momentos deliberativos pode-se perceber que todos têm direito a expressar a sua voz, mas só pode decidir quem tem direito a voto. Diante disso, surge o questionamento se a característica de somente os delegados terem direito a voto, não significaria uma diminuição da expressão da voz.

Nesse caso, presume-se que nestes momentos deliberativos o processo de tomada de decisão seja orientado pelo princípio do bem comum (COHEN, 1999) e pautado na ideia do consenso à luz do melhor argumento, de modo que a legitimidade do processo deliberativo está ligada, dentre outras coisas,

às justificativas apresentadas em público pelos atores em debate. (FARIAS *et al.*, 2012). Ademais, a função desses momentos também

é permitir que os atores compreendam melhor o que querem e necessitam, tanto individual quanto coletivamente. O objetivo da deliberação passa a ser, portanto, clarear o conflito e tentar conformá-lo. Assim como o objetivo da deliberação [...] [extrapola a] busca do consenso em torno do bem-comum, o conceito de deliberação também passa por mudanças, abrigando o autointeresse, o conflito decorrente dos interesses materiais e das diferenças de opiniões (FARIA; SILVA; LINS, 2012, p. 253).

E assim as decisões devem ocorrer a partir da construção de um interesse comum, democraticamente acordado (BOHMAN, 1996) pela formação de um compromisso mutuamente aceitável entre as partes (MANSBRIDGE, 2007). Portanto, mesmo que nem todos tenham direito ao voto, se a demanda requerida estiver orientada para o bem comum e os argumentos oferecidos ajudarem a subsidiar, de forma não coercitiva, a reflexão dos atores em questão (FARIA *et al.*, 2012), existirá sempre espaço para a concessão recíproca (FARIA; SILVA; LINS, 2012), e ela será ouvida e democraticamente acordada.

Desse modo, ao se analisar os momentos oportunizados para a expressão da voz nessas instituições, pode-se inferir que esses espaços permitem um processo de formação de opinião, vontade política e expressão de demandas e, ainda, pela natureza do “seu desenho de baixo para cima (bottom-up) se caracteriza[r] pela livre entrada e participação de qualquer cidadão no processo de discussão” (PETINELLI, 2014, p. 71), o desenho institucional permite a possibilidade de todos os participantes influenciarem o processo de tomada de decisão.

Entretanto, não se ignora que existem elementos como a assimetria de habilidades comunicativas, de conhecimento técnico (MANSBRIDGE, 2003), de poderes, de riqueza ou outro tipo de desigualdade social (BOHMAN, 1996), que podem interferir e incidir sobre a qualidade do processo deliberativo e igualdade de participação, mas esta análise não constitui o escopo deste trabalho.

Até o ano de 2011, a transmissão da voz de uma instância basilar para as seguintes dentro deste processo escalonado era realizada pelas eleições

dos seus delegados com direito a voto e ainda pela livre entrada de qualquer participante como observador com direito a voz nos momentos deliberativos. Desse modo, o desenho possibilitava a transmissão da voz por meio da feição representativa e ainda dependia da autosseleção dos participantes para atuarem como observadores nas outras instâncias. Essas características poderiam se constituir em um desestímulo à participação, pois, conforme o estudo de Faria *et al.* (2012, p. 18), constatou-se que em

decorrência deste processo [...] a mudança de escala afeta também o comportamento dos participantes na medida em que a cada etapa que se sucede mudam os repertórios de ação que passam a ser cada vez mais representativos e deliberativos, [...] [passando] da conversa informal para uma forma de interação mais estruturada, permeada pelo conflito e pelas formas deliberativas de resolvê-lo.

E para além do aumento dos aspectos técnicos, esse desenho poderia ter implicações na transmissão da voz das instâncias basilares até o *output* final, considerando a necessidade da prática da representação “que, nas conferências, pode assumir diversas modalidades” (FARIA *et al.*, 2012, p. 26) e ainda todos os limites que essa representatividade nesses espaços participativos podem apresentar (LUCHMANN, 2007).

Foi a partir da 11ª Conferência Municipal de Saúde (2011), e por solicitação da conferência anterior (2009), que as decisões deliberadas nas etapas precedentes passaram a ser consideradas como subsídio para a etapa municipal. Assim, somam-se agora aos elementos anteriores de expressão de voz as propostas votadas nas instâncias anteriores, na busca da ampliação da voz e de maior aprofundamento democrático.

5.2.3 A análise da trajetória da voz

Para analisarmos a trajetória da voz, temos que considerar os momentos em que o desenho institucional permite a expressão e a passagem dela para os níveis ascendentes.

Conforme descrito na Figura 5, o atual desenho da Conferência permite que as demandas dos participantes sejam manifestadas pelas propostas e

pelas moções aprovadas em suas plenárias finais, pela representação dos seus delegados e, ainda, na etapa municipal, por meio das suas teses-guia. Deve-se considerar também a importância dos momentos deliberativos, sobretudo no processo de tomada de decisão, como descrito anteriormente.

Para este trabalho, consideraremos a voz contida nas propostas locais e como ela foi transmitida ao longo das etapas até o Relatório Final, pois se assume que essas propostas expressem não só a necessidade em saúde sentida em cada localidade, mas também a formalização do processo de aferição da “vontade e da opinião política” do público presente na porção mais distal do desenho e, ao mesmo tempo, mais proximal da população.

A análise da trajetória se dará com base em dois critérios que foram identificados como modificações importantes nos desenhos das Conferências analisadas (2011 e 2013): o número de propostas e a temática desenvolvida.

Como descrito anteriormente, houve um aumento de 40% no número de propostas a serem votadas e encaminhadas para as etapas subsequentes. Na etapa local, o aumento foi de três para cinco propostas, e na etapa distrital, de seis para dez propostas. Esse aumento de propostas gerou maior expectativa de incorporação de demandas das etapas precedentes até o Relatório Final.

Na análise da trajetória das demandas, pode-se observar que o aumento do número de propostas não resultou em um aumento quantitativo do número de núcleos temáticos que chegaram ao Relatório Final. Mas, ao se analisar a trajetória e a presença que as propostas distritais tiveram no Relatório Final e no total de propostas aprovadas, observar-se-á que houve uma ampliação da voz pelo aumento do número de propostas encaminhadas.

Para entender esse processo, é necessário aprofundar um pouco a explicação sobre a importância das teses guias como momento de expressão de voz dos participantes na construção do Relatório Final. De acordo com o descrito anteriormente na etapa municipal da Conferência para cada subtema trabalhado é permitida a confecção de teses-guias para orientar e apresentar propostas para o debate do tema em questão. Essas teses precisam ser elaboradas e assinadas por três representantes dos segmentos participantes, e ainda há um período prévio à Conferência para que elas sejam apresentadas à comissão organizadora. Assim, as teses orientam as discussões dentro dos grupos de trabalhos na etapa municipal, e antes de 2011 se constituíam como

a única fonte de subsídio para tais debates. Atualmente, as etapas precedentes encaminham propostas para serem discutidas e a comissão organizadora as distribui nos grupos de trabalho, de acordo com o tema a que elas se referem.

Diante disso, o Relatório Final da Conferência de 2011 apresentou 403 propostas aprovadas, sendo que 33 (8%) delas são “oriundas do processo bottom-up” e se referiam ao teor temático de 63 (62%) propostas locais das unidades sorteadas. Já no Relatório Final de 2013, o número total de propostas aprovadas no Relatório Final foi de 331, sendo que 48 (14%) foram oriundas do processo *bottom-up* e se referiam ao teor temático de 69 (41%) propostas locais das unidades sorteadas. Esses resultados inferem que o desenho não só permitiu a expressão da voz considerando-se as propostas oriundas do processo *bottom-up*, como constatou um aumento de 6%, comparando-se os dois anos. Além disso, cabe ressaltar que no ano de 2013, duas propostas locais tiveram relevância significativa para os participantes, pois, ao passar pelas instâncias e pelos momentos deliberativos, não sofreram nenhuma alteração em seu conteúdo.

Mas esses resultados também exprimem que, mesmo que o desenho permita essa trajetória da voz da instância local para o Relatório Final, a incidência das demandas ainda é baixa (8% e 14%, respectivamente). Podemos ainda inferir que o aumento do número de propostas permitidas não representou diferenças quantitativas entre número de núcleos temáticos locais que chegaram ao Relatório Final (101 núcleos em 2011 e 101 núcleos em 2013), porém, é possível perceber melhor distribuição desses núcleos temáticos no ano de 2013. Assim, a concentração de núcleos por proposta distrital aprovada no Relatório Final foi de 3,25 em 2011 e de 2,19 em 2013.

Essa alteração da concentração pode ser atribuída ao aumento do número de propostas, que, conforme descrito anteriormente, pode ter permitido a diluição das demandas nas propostas, mas há de se considerar também o aumento da qualidade deliberativa e a mudança da distribuição temática que serão discutidos a seguir.

Os documentos analisados demonstraram que as demais propostas aprovadas que compuseram o Relatório Final tiveram sua origem nas propostas das teses-guia ou, ainda, na formulação de novas propostas ocorridas no processo deliberativo dentro dos grupos de trabalho e/ou plenária

final. Os Gráficos 1 e 2 descrevem quantas propostas há e a origem de cada proposta que foram debatidas antes da construção do Relatório Final nos respectivos anos.

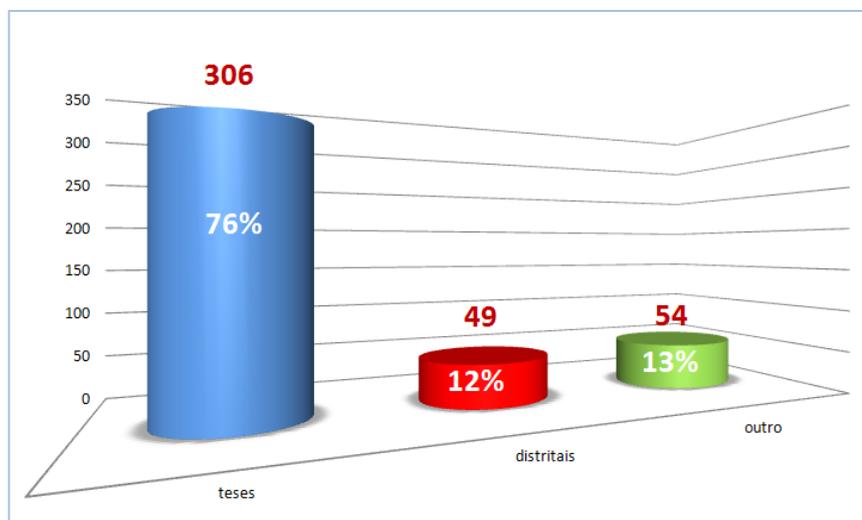


GRÁFICO 1 - O NÚMERO DE PROPOSTAS E SUA ORIGEM APRESENTADAS PARA A DISCUSSÃO E CONSTRUÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DE 2011

FONTE: Elaborado pela autora.

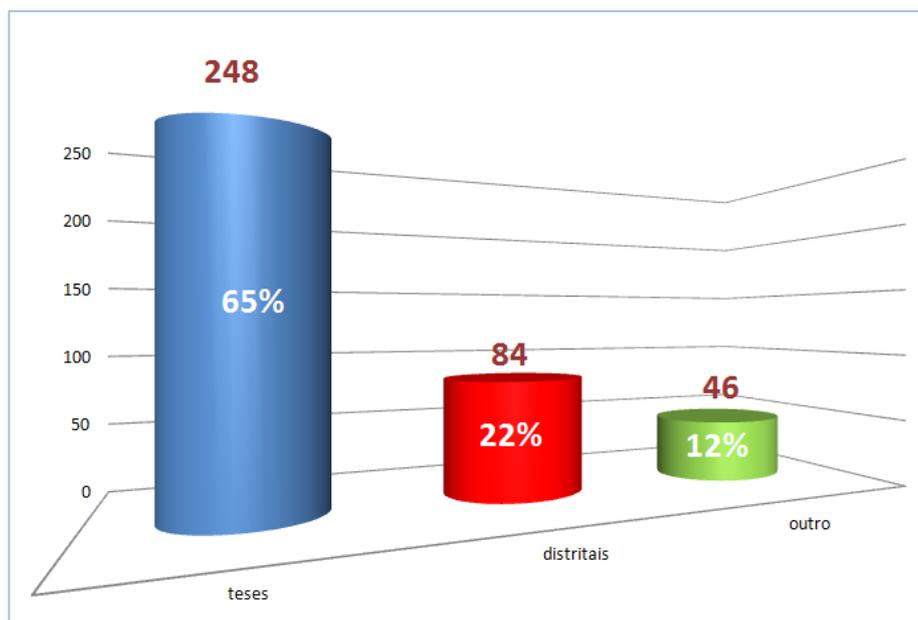


GRÁFICO 2 - O NÚMERO DE PROPOSTAS E SUA ORIGEM APRESENTADAS PARA A DISCUSSÃO E CONSTRUÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DE 2013

FONTE: Elaborada pela autora.

Desse modo, podemos observar a influência que as teses-guia exercem na elaboração dos Relatórios Finais das Conferências, a despeito das propostas encaminhadas.

Ao analisar as teses-guia nos anos pesquisados, pode-se perceber que muitas das teses-guia são assinadas pelas comissões temáticas existentes dentro do Conselho Municipal de Saúde. As comissões temáticas agrupam um rol de pessoas em torno de uma linha de cuidado (a saúde da mulher, p. ex.) ou linha de assistência (rede de urgência e emergência, p. ex.), para discutir com o Conselho e a Secretaria de Saúde as ações que estão sendo desenvolvidas dentro do tema. Esse grupo é formado por diferentes participantes, entre cidadãos comuns, membros da academia, servidores de saúde, conselheiros, gestão e entidades da sociedade civil, todos eles ligados ao tema da comissão. Essa heterogeneidade de pessoas dentro da comissão temática permite que participantes dos distintos segmentos assinem as teses-guia a serem enviadas; além disso, a proximidade com o Conselho e o comprometimento com o tema podem incidir no interesse destas comissões em apresentar suas propostas para a Conferência de Saúde.

Cabe ressaltar que no ano de 2011 se observou que por meio de suas comissões temáticas o segmento da gestão (secretaria municipal de saúde) teve a participação na assinatura em 17 das 20 teses apresentadas para a discussão nos grupos temáticos de discussão formados. Já em 2013, observou-se uma melhor separação em relação a quem estava assinando aquelas propostas, pois se constatou que, das 14 teses apresentadas, 6 foram assinadas pelo segmento gestão, e ainda que diferentemente de 2011, quando a maioria das teses tinha uma composição mista nas assinaturas, em 2013 a composição das assinaturas foi mais bem distribuída por segmento.

Essa melhor identificação na origem das teses pode ter impactado no processo deliberativo nos grupos de trabalho. Comparando-se os dois anos analisados, constatou-se uma menor aprovação total das teses, conforme os Gráficos 3 e 4 descrevem. Mas os gráficos também evidenciam uma redução na aprovação nas propostas oriundas do processo *bottom-up*, o que denota uma necessidade de maiores estudos em relação aos momentos deliberativos,

para se buscar compreender como ocorrem os processos de formação de consenso nestes espaços.

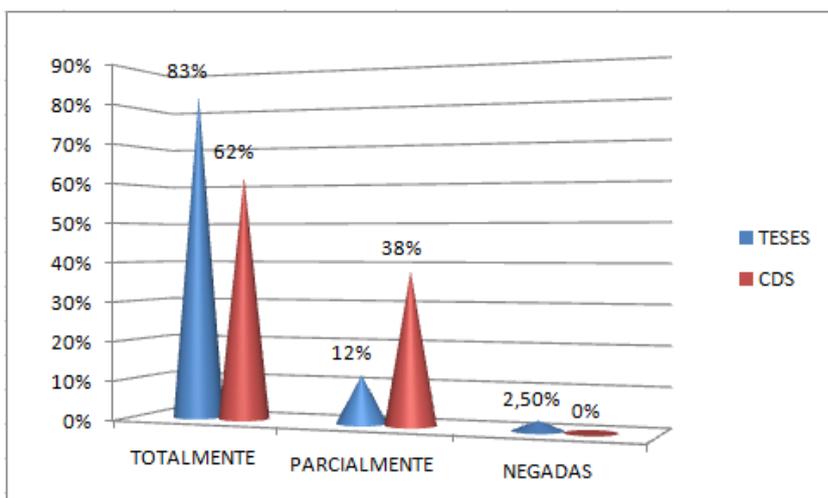


GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO DE APROVAÇÃO DAS PROPOSTAS POR ORIGEM NO RELATÓRIO FINAL DE 2011

FONTE: Elaboração da autora.

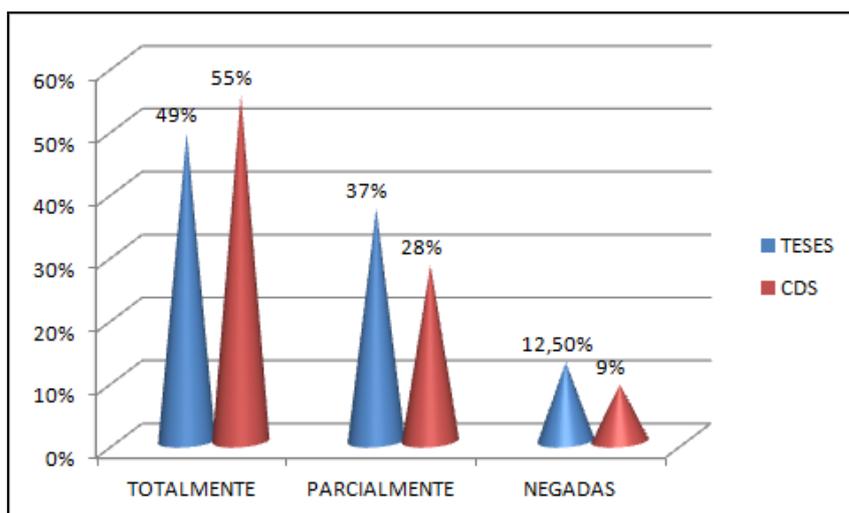


GRÁFICO 4 - PROPORÇÃO DE APROVAÇÃO DAS PROPOSTAS POR ORIGEM NO RELATÓRIO FINAL DE 2013

FONTE: Elaboração da autora.

Assim, podemos inferir que, além da redução de 11% no total de propostas apresentadas pelas teses-guia para as discussões entre 2011 e 2013, houve também, em relação às propostas oriundas das teses, uma redução de 34% no percentual nas aprovações totais e um aumento de 25% e 10% nas propostas aprovadas parcialmente ou negadas, respectivamente.

Isso, somado à análise das propostas oriundas das Conferências Locais, que apresentou pequena redução na aprovação total de suas propostas, de 7%, e um aumento de 10% nas aprovadas parcialmente, pode representar um aumento na qualidade deliberativa, de modo que não só as propostas de origem das teses foram menos aprovadas sem alterações, como também as do processo *bottom-up*, que tiveram um aumento de 9% no número de propostas negadas.

Embora plausível, não podemos afirmar com precisão este aumento da qualidade deliberativa, já que, para isso, outras análises seriam necessárias, dadas as extensões em que se pode analisar a questão e que não constituem objeto deste trabalho. De qualquer forma, é lícito afirmar que, ao se analisarem os documentos das duas Conferências pode-se observar que no ano de 2013 o número de propostas que apresentavam alterações no seu conteúdo original era maior. Comparando-se o trâmite das propostas oriundas do processo *bottom-up* no ano de 2011, o Relatório Final apresentou 10 propostas aprovadas com alterações, e em 2013, este número subiu para 19. Isso também pode ser verificado na análise das aprovações das propostas das teses-guia, que no ano de 2011 apresentou uma aprovação parcial de 12% das propostas, e no ano de 2013 este número subiu para 37%.

Para Faria *et al.* (2012, p. 50), essa percepção

se mostra altamente relevante, uma vez que a criação e modificação das propostas revelam o nível de discricionariedade dos participantes das conferências. Se, por um lado, as diretrizes chegam formatadas por outras instâncias envolvidas na política de saúde como conselhos, secretarias e/ou ministérios, os participantes ao formularem propostas concretas e ao alterarem o conteúdo ou a forma daquelas já existentes tornam-se coparticipes da elaboração de diretrizes da política de saúde em cada nível da federação.

Desse modo, podemos observar que no ano de 2013 houve um aumento nos debates dentro da Conferência, que foi facilitado pelo aumento no número de propostas, mas, conforme descreveremos a seguir, também pelo aumento das temáticas trabalhadas.

Conforme descrito anteriormente, no ano de 2011 as temáticas trabalhadas na Conferência, a exemplo de anos anteriores, concentravam-se em torno das linhas de cuidado. Essa concentração pode ser explicada pela

repetição de propostas para linhas de cuidados distintas, como demonstrou o estudo de Chaves e Egry (2012), que avaliou os discursos das propostas aprovadas nas Conferências Municipais de Curitiba de 1997 a 2007. As autoras identificaram que

a repetição de propostas de intervenções aprovadas foi significativa nos relatórios. Isso porque a proposta era aprovada para atender a um determinado grupo pelas suas características no ciclo de vida e, posteriormente, era aprovada proposta muito semelhante, às vezes exatamente igual, para atender portadores de um determinado agravo. A repetição ocorreu também para intervenção que deveria ser desenvolvida em algum serviço segundo o nível de complexidade tecnológica (CHAVES; EGRY, 2012, p. 1425).

Essa repetição também foi constatada nas demandas oriundas das propostas locais no ano de 2011, promovendo uma concentração significativa de demandas por ações de promoção e prevenção e ações multi/interdisciplinares que, em sua maioria, relacionavam-se às linhas de cuidados específicas. Nas propostas locais 44% dos núcleos temáticos presentes se referiam a demandas de ações de promoção e prevenção e 27% de ações multi/interdisciplinares. Já nas propostas distritais este número foi 35% dos núcleos temáticos para demandas de ações de promoção e prevenção e 20% para ações multi/interdisciplinares. E ainda, ao analisarmos as propostas discutidas nas Conferências Distritais iremos perceber que há uma correspondência entre os núcleos temáticos mais solicitados pelas unidades de saúde sorteadas e os núcleos temáticos expressos pelas etapas distritais, reforçando o padrão de repetição e concentração dos temas, conforme descrevem os Gráficos 5 e 6.

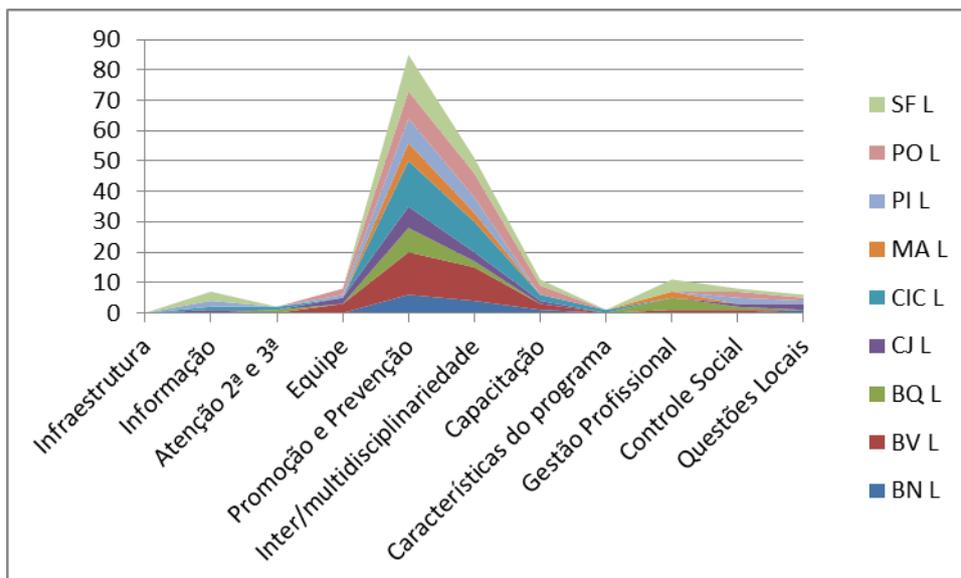


GRÁFICO 5 - NÚCLEOS TEMÁTICOS PRESENTES NAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS LOCAIS DE SAÚDE EM 2011

FONTE: Elaborado pela autora.

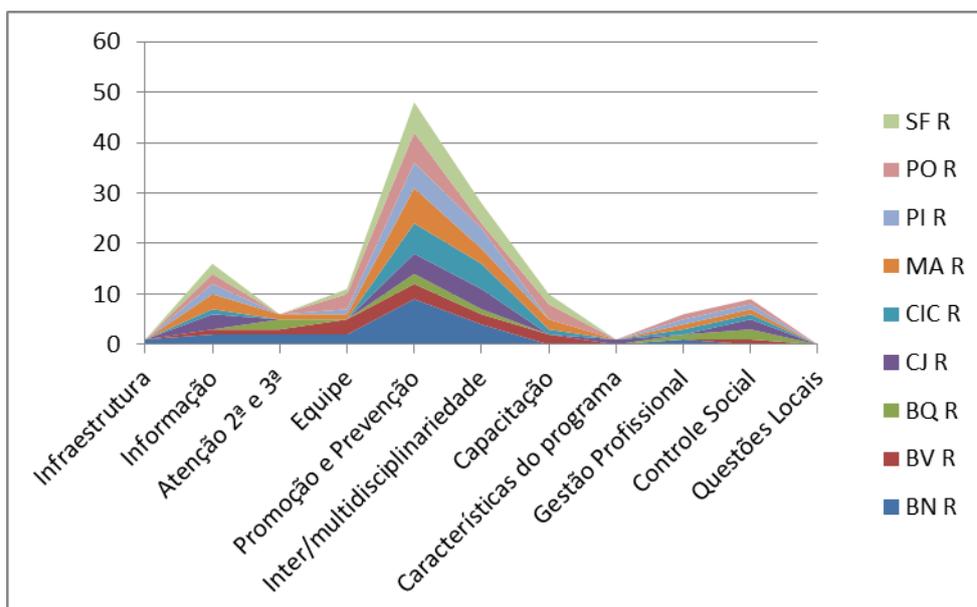


GRÁFICO 6 - NÚCLEOS TEMÁTICOS TRABALHADOS PELAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE EM 2011

FONTE: Elaborado pela autora.

No ano de 2013, em que houve a modificação na classificação dos temas trabalhados, foi possível observar, pelos gráficos, o aumento na diversidade e distribuição dos núcleos temáticos contidos nas propostas,

fossem elas locais ou distritais. Nas propostas locais, ainda houve um predomínio dos núcleos temáticos referentes às ações de promoção e prevenção (36%) e ações multi/interdisciplinares (14%), mas a análise do gráfico permite inferir que as demandas foram melhor distribuídas nos demais temas, significando maior variedade nas solicitações locais. Isso também pode ter sido facilitado pelo aumento do número de propostas, pois permitiu que novas demandas sentidas fossem vocalizadas. Já ao se analisar a Conferência Distrital deste ano, pode-se observar que o núcleo mais presente foi o referente à solicitação de ampliação da equipe (17%), seguido por demandas referentes à gestão profissional (14%). Desse modo, é possível inferir que não houve correspondência entre os núcleos temáticos locais sorteados e os distritais. Isso demonstra que o não alinhamento do tema expresso pela demanda local com os temas considerados relevantes na etapa distrital pode ter estimulado seu descarte no processo deliberativo da Conferência Distrital. Os Gráficos 7 e 8 a seguir descrevem a melhor distribuição dos temas nas etapas e, ainda, a não correspondência entre as etapas locais e distritais.

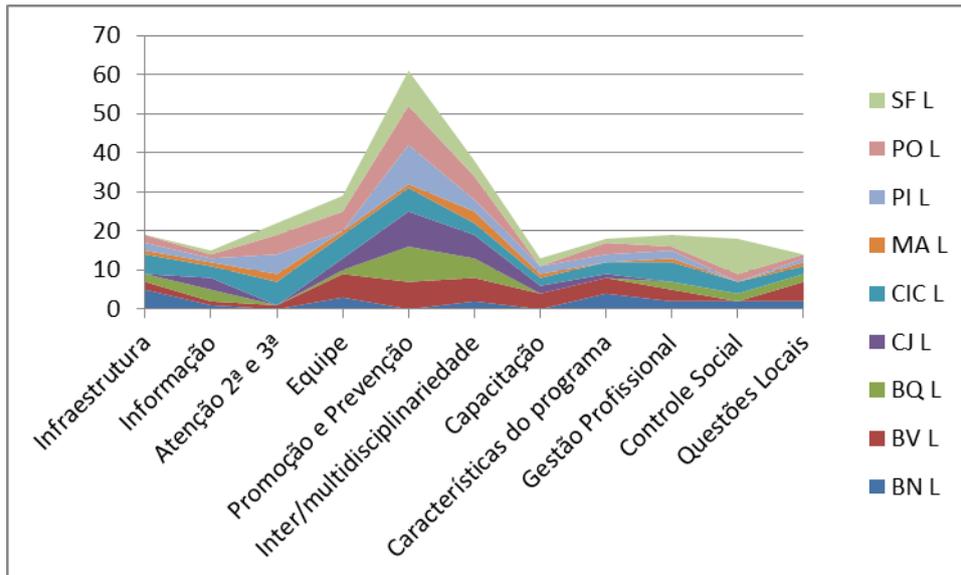


GRÁFICO 7 - NÚCLEOS TEMÁTICOS PRESENTES NAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS LOCAIS DE SAÚDE EM 2013

FONTE: Elaboração da autora.

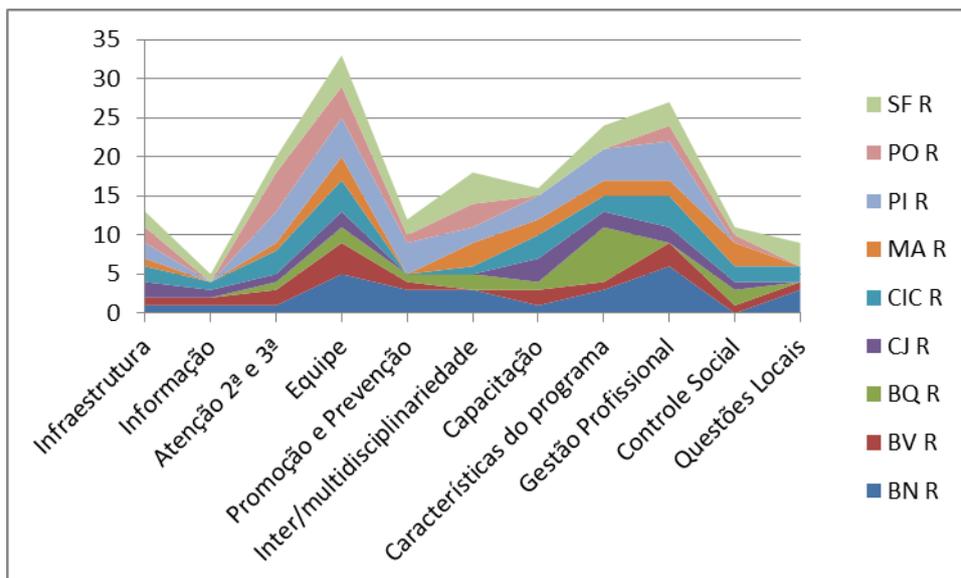


GRÁFICO 8 - NÚCLEOS TEMÁTICOS PRESENTES NAS PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE EM 2013

FONTE: Elaboração da autora.

Desse modo, podemos inferir que a mudança na classificação dos temas, especialmente a concentração das linhas de cuidado em um só item, foi significativa para o aumento do teor temático das solicitações permitindo assim que outras necessidades sentidas (como necessidade de ampliação da equipe, modificação dos processos de trabalho) tivessem mais relevância que as ações desenvolvidas dentro dos programas de saúde. Pode-se constatar, ainda, que o aumento do número de propostas, aliado à modificação da classificação temática, incidiu positivamente na ampliação da expressão da voz, não só no número de propostas que chegaram ao Relatório Final, conforme descrito anteriormente, mas também na diversificação e ampliação dos debates, conforme demonstram os Gráficos 9 e 10.

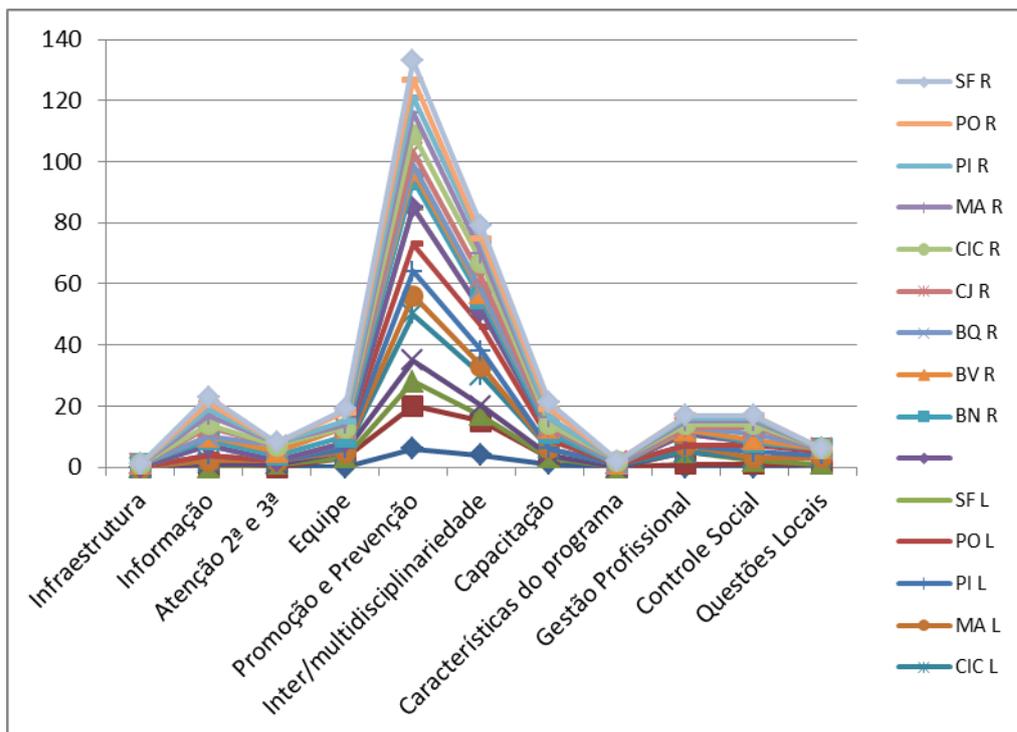


GRÁFICO 9 - SOMATÓRIO DO NÚMERO DE PROPOSTAS E OS NÚCLEOS TEMÁTICOS TRABALHADOS NAS CONFERÊNCIAS LOCAIS E DISTRITAIS DE 2011

FONTE: Elaboração da autora.

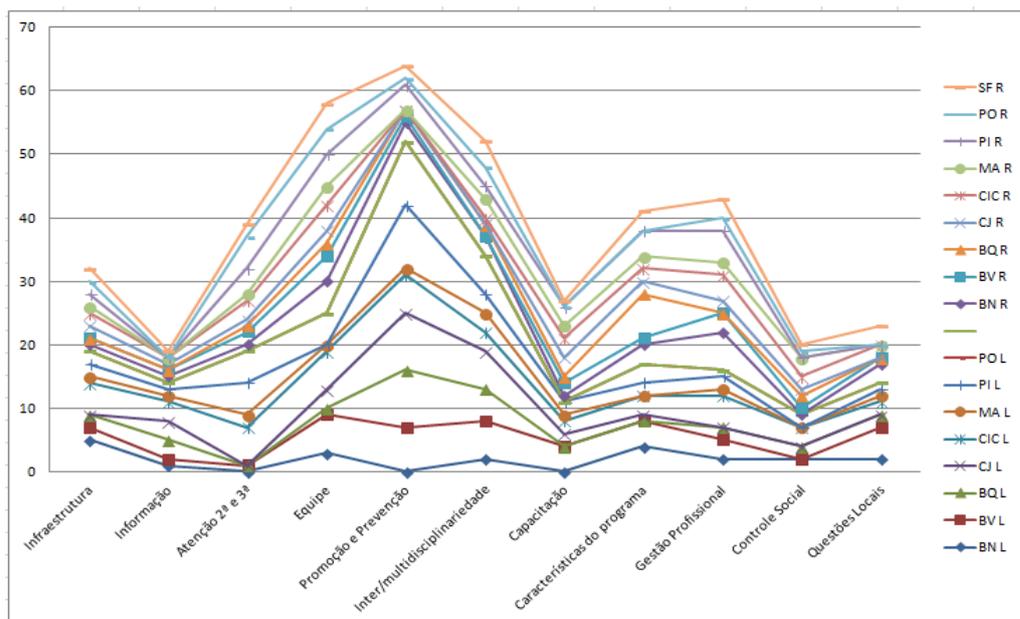


GRÁFICO 10 - SOMATÓRIO DO NÚMERO DE PROPOSTAS E OS NÚCLEOS TEMÁTICOS TRABALHADOS NAS CONFERÊNCIAS LOCAIS E DISTRITAIS DE 2013

FONTE: Elaboração da autora

Além da mudança do desenho institucional, um ponto importante a ser mencionado e que não deve ser descartado é que a Conferência Municipal de Saúde de 2013 foi realizada após a publicação da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 que reafirmou as Redes de Atenção como estratégia para as ações e serviços em saúde, e isto, forçou os entes federativos a repensarem seus processos de trabalho. Somado a isso, 2013 foi o primeiro ano de uma nova gestão municipal que significou o rompimento de 16 anos de gestão de outro partido, e isso pode ser considerado mais um fator na ampliação do debate e da qualidade deliberativa, pois a Conferência pode ter sido vista como uma oportunidade na expressão da necessidade de mudança na política de saúde do município, tanto pela gestão como pelos outros segmentos.

Desse modo, podemos compreender que a modificação do desenho institucional entre os anos de 2011 e 2013 que aumentou do número de propostas encaminhadas e do número de temas discutidos permitiu um aumento na expressão da voz dos participantes e das demandas locais. Mas que além do desenho institucional, existia uma conjuntura externa (política nacional e municipal) que também poderiam afetar os resultados de ambos os anos. Mas como relatado anteriormente, a análise dos documentos não permitiu a identificação de uma causa inequívoca para estes resultados. A própria mudança no desenho, por sua vez, pode ter motivações ligadas à intenção de se produzir resultados diferentes - o que nos levaria a uma causalidade circular - mas isso não foi objeto de investigação e para o qual se sugere estudos mais acurados.

Para a análise da trajetória da voz é preciso apreender que as Conferências Distritais e a Conferências Municipais se constituem em “filtros” que podem diminuir a voz, na medida em que vetam propostas ou excluem núcleos das demandas da etapa anterior ou, ainda, ampliam esta voz quando somam e agregam os núcleos das demandas sem modificá-las. Conforme explicado anteriormente, os grupos de trabalho e a plenária final se constituem no lócus da expressão de voz e dos momentos deliberativos.

Ao analisarmos a trajetória da voz das demandas locais até o Relatório Final de 2011, podemos observar que no primeiro filtro (Conferências Distritais) a proporção de propostas locais (101) aprovadas totalmente (47%), aprovadas parcialmente (21%) e negadas (30%) demonstra uma predominância na

aceitação dessas demandas. No segundo filtro (a Conferência Municipal) manteve este padrão de aceitação, pois, das 33 propostas presentes no Relatório Final, 23 (70%) foram aprovadas totalmente e 10 (30%) aprovadas com alterações — sendo que destas, somente 2 apresentaram remoção de núcleos.

Na análise dos documentos pode-se perceber que o primeiro filtro procurou agregar as propostas de acordo com o tema, de modo que as demandas semelhantes de determinadas unidades de saúde constituíssem a demanda da regional, o que podemos entender como uma ampliação da voz, pois a demandas de algumas passam a ser a de todas do distrito. Por exemplo, muitas unidades solicitaram ações de promoção e prevenção em relação à saúde mental e a proposta redigida incorporou as solicitações locais, mas de modo que pudesse se referir a qualquer unidade da regional de saúde. Pode-se ainda perceber que houve um alinhamento entre os núcleos temáticos das propostas locais e distritais demonstrando a aprovação das primeiras nesta etapa (primeiro filtro). A análise do primeiro filtro também demonstrou que os núcleos que se referiram a questões locais (6) não tiveram aceitação na etapa distrital e não seguiram adiante para o segundo filtro (a Conferência Municipal).

No segundo filtro também se observou uma ampliação da voz, pois também se procurou agregar as demandas distritais iguais ou referentes à mesma questão para redigir um texto de forma que a proposta se tornasse representativa para todo o município. Esse efeito também foi percebido no estudo de Faria *et al.* (2012, p. 58), no qual se constatou que na Conferência Municipal

os argumentos mobilizados para a defesa ou o repúdio de uma proposta não era mais de cunho local ou distrital, mas tratava-se de argumentos referentes ao município como um todo. Exemplo “disto encontra-se nas expressões, recorrentemente utilizadas, “no nosso município não acontece assim” ou “em vários centros de saúde não encontramos este ou aquele equipamento”.

Isso se constitui em um dos efeitos do processo ascendente na escala das Conferências, pois nas Conferências Locais predomina o discurso informal, pautado em argumentos e relatos pessoais

acerca da vivência diária com os serviços e programas oferecidos pelo SUS no município, nas conferências distritais e na conferência municipal essa dinâmica assume novas características: a conversação cotidiana vai cedendo lugar a discursos mais estruturados, baseados em argumentos mais técnicos e politizados (FARIA *et al.*, 2012, p. 68).

Assim, nesse processo de transmissão da voz (proposta) de uma instância para a outra, a figura do delegado pode ser importante para sua aprovação. Dependendo do tema da demanda local, se ela não se alinhar às temáticas trabalhadas discutidas na etapa seguinte ou, ainda, se ela se referir a questões locais que não teriam impacto em outras unidades de saúde do distrito/município, há uma grande chance de ela ser negada nas etapas seguintes. No mesmo estudo de Faria *et al.* (2012, p. 58), os autores perceberam a importância dos delegados na defesa das propostas locais nas etapas seguintes, pois foi possível perceber “durante a fala dos atores [...] a defesa da mesma proposta elaborada na base local, mas os argumentos utilizados se sofisticam em termos técnicos e políticos”. Sendo assim, mesmo que o desenho tenha permitido uma nova modalidade na expressão da voz – a eleição de questões prioritárias - a capacidade de transmissão da voz pela feição representativa ainda é muito importante dentro do processo.

O segundo filtro ainda contou com a influência das teses-guia na confecção do Relatório Final, conforme demonstrado anteriormente. Mas quanto à influência das teses guias em relação à transmissão da voz oriunda das propostas do processo *bottom-up*, se observou que a influência foi menos, pois somente uma dessas propostas foi considerada já contemplada nas teses-guias e não foi discutida ou aprovada. Nessa segunda etapa também não houve negativa nas propostas distritais, somente a remoção de dois núcleos, que solicitavam a inclusão de uma equipe de apoio multidisciplinar por unidade de saúde — o que não era legalmente permitido em 2011, o que se soma a análise de que houve ampliação da voz na sua transmissão em 2011.

Desse modo, podemos inferir que o desenho permitiu a transmissão da voz a partir das propostas locais para o Relatório Final da Conferência de 2011 e esta ocorreu em todas as etapas, com um predomínio da aprovação (47% e 70%) nas instâncias distritais e municipal, respectivamente. E ainda, que dependendo da temática abordada e da sua representatividade nas distintas

instâncias o desenho permitiu que a voz se ampliasse e se tornasse representativa para toda a política municipal de saúde. Entretanto, o impacto final da transmissão dessas propostas no documento final foi de apenas 8% do conteúdo propositivo.

Ao se analisar a trajetória da voz no ano de 2013 observou-se que o aumento do número de propostas e a alteração da classificação dos temas proporcionaram uma ampliação da expressão da voz (propostas aprovadas) no Relatório, conforme demonstrado anteriormente. Mas, além disso, essa mudança no desenho institucional pode ter permitido maior discussão acerca da política de saúde e influenciado a transmissão da voz ao longo deste ano.

Ao analisarmos a trajetória das demandas locais até o Relatório Final de 2013, podemos observar que no primeiro filtro (conferências distritais) a proporção de propostas locais (165) aprovadas totalmente (32%), aprovadas integralmente (2%), aprovadas parcialmente (12%) e negadas (52%) demonstra uma predominância na negação de tais demandas, o que corrobora com a observação realizada na Conferência Municipal de 2011, que a Conferência Distrital se constitui na etapa decisiva na transmissão da voz. Em 2013, inferiu-se que houve uma redução na voz neste primeiro filtro diante destas negativas, mas que ao mesmo tempo permitiu a passagem de duas propostas integrais sem qualquer modificação para a etapa seguinte.

Já no segundo filtro (a Conferência Municipal), o padrão de aprovação foi o predominante, pois, das 53 propostas presentes no Relatório Final, 27 (50%) foram aprovadas totalmente, 2 aprovadas integralmente (2%), 19 (36%) aprovadas com alterações, e ainda houve 5 (9%) propostas negadas no trâmite final.

A análise da trajetória por tema das propostas locais evidenciou a importância do primeiro filtro (Conferência Distrital) para a ampliação ou redução da voz contidas nas propostas. Enquanto em 2011 foi observada uma ampliação da voz, em 2013 inferiu-se uma redução da voz, decorrente da grande negativa às propostas locais em razão do grande desalinhamento entre as temáticas contidas nas propostas locais sorteadas e as propostas distritais votadas. Enquanto as propostas locais mantiveram a tendência de se trabalhar mais os temas de promoção e prevenção e ações multi/interdisciplinares, mesmo que em menor grau, as propostas distritais aprovadas trataram de

temas distintos, de modo que os temas de promoção e prevenção e ações multi/interdisciplinares aparecem em 8º e 5º lugar na classificação dos temas distritais.

Assim, ao se analisar o primeiro filtro (Conferência Distrital), observa-se a importância desta etapa no processo de transmissão de voz, não só pela grande concentração de demandas que ali ocorre, mas também pela necessidade de que estas propostas estejam alinhadas com várias questões para serem transmitidas a etapa seguinte (Conferência Municipal) que discutiremos a seguir.

A análise do segundo filtro (Conferência Municipal) no ano de 2013 observou-se que a aprovação das propostas foi maior, tendo em vista que as propostas locais já haviam sido alinhadas nos momentos deliberativos da etapa distrital. No ano de 2013, houve duas propostas que seguiram da porção distal até o Relatório Final sem qualquer alteração da sua redação, uma se referindo a uma modificação do processo de trabalho nas guias de encaminhamento e outra solicitando o aumento das equipes NASF — portanto, alinhadas aos principais temas propostos nas distritais: equipe e gestão profissional. Além disso, cinco propostas foram negadas, mas essas propostas negadas do processo *bottom-up* se referiam justamente a demandas conflituosas em relação às modificações que a gestão realizou no processo de trabalho quando assumiu a Secretaria de Saúde. Um delas pedia pela manutenção da proporcionalidade de uma equipe de saúde bucal por equipe de saúde nas equipes de estratégias de saúde da família, modificação essa que a gestão havia feito ao introduzir as equipes “mistas” naquele ano, e, ainda, a “velha” solicitação de uma equipe NASF por unidade de saúde.

Em relação à influência das teses-guia no segundo filtro em 2013, observou-se que, apesar do número de propostas distritais terem encontrado maior inserção no Relatório Final (14%), a influência das teses-guia demonstrou ser maior nos grupos de trabalho, comparando-se com 2011. Se analisarmos o número de propostas que não foram apresentadas ao debate por terem sido consideradas já contempladas nas teses-guia, no ano de 2011 este número foi de uma proposta; já no ano de 2013, foram oito (15%) propostas. Além disso, pode-se observar também um maior ajustamento na redação das propostas neste ano (14%), já que no ano de 2011 somente duas

propostas (6%) tiveram sua redação ajustada. Estas duas situações podem diminuir a expressão da voz contida nas propostas, pois não só pode alterar o sentido da proposta como considerar esta já contemplada. Essas duas situações remetem à importância de delegados na “defesa” das propostas, como também a importância do mediador neutro no debate, pois se houver fragilidades neles, a transmissão da voz pode ser comprometida.

Conforme se relatou anteriormente, 2013 foi o primeiro ano de uma nova gestão, que promoveu muitas mudanças para o processo de trabalho na saúde. Já em âmbito nacional, o Ministério da Saúde lançou além da Portaria 2488 de 21 de outubro sobre Redes de Atenção, a Portaria nº 3.124, de 28 dezembro de 2012 autorizando que a equipe multiprofissional de apoio a atenção primária poderia ocorrer na proporção uma equipe NASF por equipe de Saúde. Essas duas situações promoveu que muitas demandas de 2013 se referissem a isto: aumento ou manutenção da equipe e questões ligadas aos processos trabalhos.

Além disso, pode-se observar no primeiro filtro que, comparando-se com 2011, houve um aumento na aprovação dos núcleos temáticos que se referiam às questões locais. Isso pode ter sido influenciado pelo fato de que, naquele ano, a gestão removeu a guarda municipal das unidades de saúde no período diurno, e isso influenciou significativamente nas demandas locais que solicitavam seu retorno para aumento da segurança nas unidades.

Dessa maneira, podemos inferir que o desenho institucional foi um fator importante para a inserção ou não de demandas locais no Relatório Final e ainda na transmissão da voz nas suas etapas, porém isto não pode ser dissociado do momento político nacional e municipal vivido.

Além disso, não podemos deixar de considerar que as políticas nacionais vigentes influenciam não só a escolha da temática das demandas, como também sua trajetória nas Conferências de Saúde. Estes aspectos devem ser considerados, pois se observou que as perdas ocorridas no trâmite escalonado tendiam a ser referentes a demandas e propostas que não se alinhavam nem com a política nacional de saúde vigente nem com a situação política local. Mas para além da influência da situação política, não se pode deixar de considerar a influência que os delegados podem ter tido no processo,

já que, mesmo em propostas não alinhadas, o processo argumentativo pode ser decisivo.

Esses resultados se aproximam da tese de Petinelli e Silva (2014, p. 18), que constata que o “desenho institucional [...] incide decisivamente nos seus resultados [das Conferências] em termos de conteúdo das recomendações aprovadas”. A autora ainda coloca que

as regras e procedimentos da conferência determinam, dentre outros, a extensão da participação e a composição da representação nas mesmas, o que gera menor ou maior pluralidade e inclusão política. Isto, por seu turno, traz implicações diretas sobre as propostas aprovadas: dependendo de quem e em que proporção participa, as recomendações aprovadas podem ser mais ou menos representativas dos interesses e demandas dos diversos grupos envolvidos com a política e, portanto, mais ou menos legítimas e sujeitas a disputas nos momentos seguintes às conferências. (PETINELLI E SILVA, 2014, p. 18).

Desse modo, pode-se inferir que no ano de 2013 o desenho permitiu a trajetória da voz da instância proximal até o Relatório Final, de modo que duas propostas locais chegaram integralmente no *output* do arranjo participativo. Mas a transmissão da voz esteve ligada a um maior ou menor alinhamento a determinados temas. Além disso, observaram-se maior influência das teses-guia e maior negativa de propostas consideradas conflituosas.

Os Gráficos 11 e 12 demonstram a trajetória das propostas e dos temas nas Conferências Locais e Distritais. Comparando os dois gráficos, observa-se que no ano de 2011 houve uma transmissão da voz facilitada pelo alinhamento dos temas entre as etapas locais e distritais, que pode ser observada no Gráfico 11, o qual demonstra o predomínio de aprovação das propostas e a correspondência dos temas (Gráfico 2). Já no ano de 2013, observa-se que a transmissão da voz ficou condicionada ao alinhamento dos temas. Observa-se no Gráfico 11 um aumento significativo de propostas locais negadas na etapa distrital, e esse aumento da negativa de propostas locais referia-se justamente ao fato de que os temas mais vocalizados pelas Conferências Locais se referiam às ações de promoção e prevenção e ações multi/interdisciplinares (Gráfico 12). Ao se analisar ainda o Gráfico 12, constatar-se-á a baixa representatividade desses dois temas na etapa distrital e, ainda, um aumento

expressivo de outros temas aprovados e deliberados, o que reforça a ideia de aumento da capacidade deliberativa.

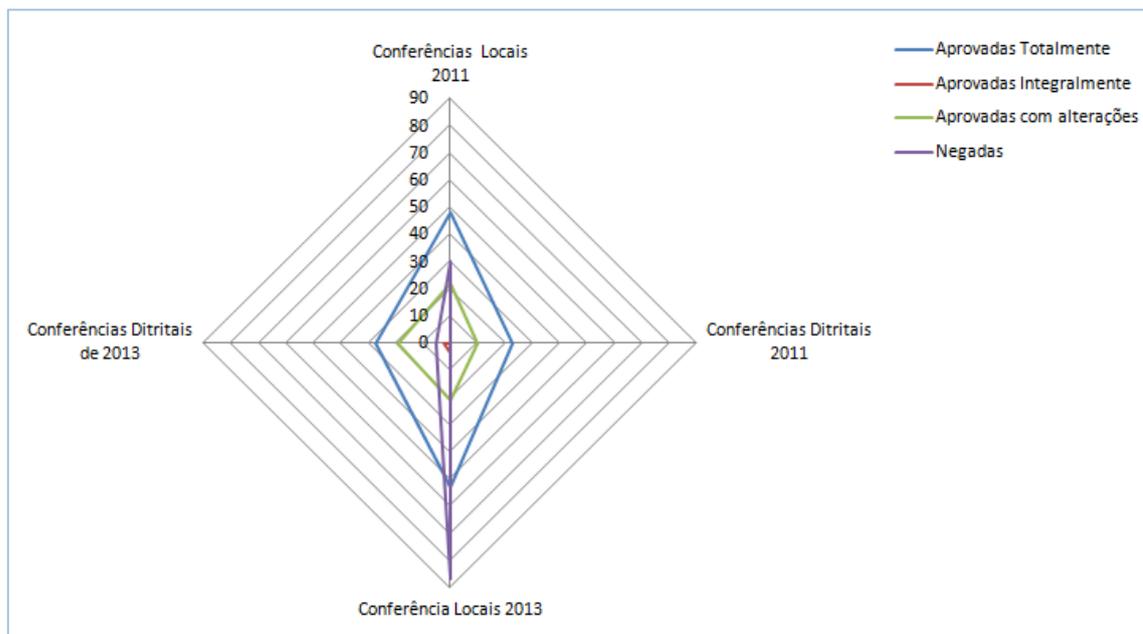


GRÁFICO 11 - DECISÕES SOBRE AS PROPOSTAS APRESENTADAS NAS CONFERÊNCIAS LOCAIS E DISTRITAIS – 2011 E 2013 (NÚMEROS ABSOLUTOS)

FONTE: Elaborado pela autora.

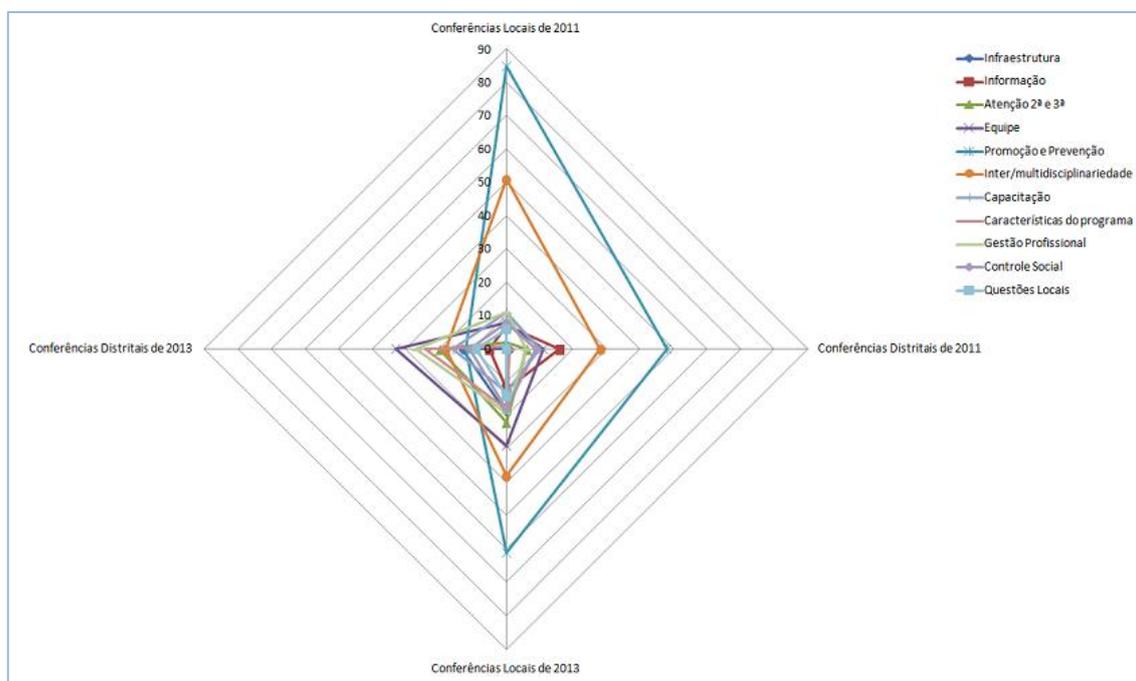


GRÁFICO 12 - TEMAS DAS PROPOSTAS APRESENTADAS NAS CONFERÊNCIAS LOCAIS E DISTRITAIS – 2011 E 2013 (NÚMEROS ABSOLUTOS)

FONTE: Elaborado pela autora.

Desse modo, pode se inferir que o principal filtro para a tramissão da voz de sua instância local até o *output* final é a Conferência Distrital de Saúde. Isso decorre especialmente pelo fato de que essa etapa congrega todas as unidades de saúde de uma regional e as demandas de todas elas devem ser expressas em seis (2011) ou dez (2013) propostas distritais a serem encaminhadas para a etapa municipal.

Para Smith (2009), um desenho intitucional é capaz de expressar e trasmitir a voz dos seus participantes se todos tiverem chances iguais de afetarem o *ouput* do arranjo participativo. Com base nos resultados até aqui apresentados e considerando a trajetória das demandas locais, podemos inferir que o desenho das Conferências Municipais de Saúde permite a trajetória ascendente destas demandas até o Relatório Final. Mas sendo as Conferências Municipais um processo escalonado que oportunize vários momentos deliberativos e de expressão de voz, para que uma demanda seja inserida integralmente no documento final há a necessidade do entendimento de que ela possa beneficiar todas as unidades de saúde. Além disso, ela precisa ser representativa do interesse de todos os segmentos representados envolvidos nos momentos deliberativos, pois se ela for representativa somente para um segmento há uma grande chance de ela ser negada ou alterada, como ocorreu com cinco propostas negadas na etapa da Conferência Municipal no ano de 2013.

Mas mesmo que o desenho proporcione essa ascenção nas etapas e os vários momentos para a vocalização de demandas e transmissão da voz deve-se considerar a influência que as teses-guia exercem na elaboração do Relatório Final. As teses-guia são documentos que primam por uma boa fundamentação teórica e, desse modo, exigem certo conhecimento técnico e político em sua elaboração. Além disso, regras institucionais como dia, quantidade de páginas, número de assinaturas e ser só permitido a assinatura para representantes dos segmentos parecem ser fatores complicadores para que um cidadão comum possa elaborá-las. Desse modo, as chances que as demandas (a voz) elencadas na primeira instância do processo — Conferência

Local — têm de afetar o Relatório Final são menores, conforme demonstrado pelos resultados.

6. CONCLUSÕES

As Conferências Públicas são espaços públicos de participação e deliberação sobre diretrizes gerais de determinadas políticas públicas, organizadas tematicamente e que promovem uma discussão dialógica entre governo e sociedade civil (SANTOS e POGREBINSCHI, 2010; PETINELLI, 2011) e a ideia da participação dos indivíduos na esfera pública, debatendo e deliberando acerca de questões coletivas que dizem respeito às suas vidas, sempre foi um dos elementos essenciais da democracia e da política (BRASIL, 2010).

A partir do ano de 2003, houve uma ampliação no número e nas temáticas das Conferências Nacionais, de tal modo que ao longo de dez anos aproximadamente 7 milhões de pessoas participaram desses arranjos participativos (AVRITZER, 2013; AVRITZER; SOUZA, 2013; PETINELLI, 2013; POGREBINSCHI, 2012). Além disso, as Conferências e seus documentos finais converteram-se em importantes referências para os poderes legislativo e executivo na elaboração de políticas públicas (PETINELLI E SILVA, 2014; TEIXEIRA; SOUZA; LIMA, 2012).

Assim, pode-se assumir que as Conferências tornaram-se instrumentos de ampliação da participação social no ciclo de políticas públicas no Brasil, pois permitem que os distintos setores envolvidos e organizados da sociedade brasileira exponham suas posições e preferências e, dialogicamente cheguem a uma decisão com o intuito de aprimorar e desenvolver políticas específicas na área em questão (IPEA, 2010).

As Conferências também se destacam pela complexidade das suas relações. Elas apresentam feições participativas, deliberativas, normativas e representativas (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011) e a interação entre essas feições resulta em um sistema integrado de participação, deliberação e representação (FARIA, 2012; SOUZA *et al.*, 2013) com a premissa de um aprofundamento da democracia.

Apesar dessa recente atenção que as Conferências passaram a ter como espaços de deliberação e construção coletiva de política, na área da saúde as Conferências possuem uma longa história. A primeira Conferência de Saúde ocorreu em 1941, e desde então têm sido realizadas com o intuito de avaliar e propor diretrizes para as políticas de saúde (BRASIL, 2009).

Inicialmente, as Conferências Nacionais de Saúde eram lócus de discussão entre tecnocratas do Estado, sem a participação da sociedade (SCOREL; MOREIRA, 2012). A inclusão da população nesse espaço foi produto dos movimentos sociais das décadas de 70 e 80, que teve no movimento sanitário uma referência na luta pela redemocratização do Estado e a instituição do direito à saúde (BRASIL, 2006).

Dentre as conquistas do movimento sanitário figura-se a participação popular como diretriz da Política Nacional de Saúde e que se expressa por meio do controle social exercido pelos seus conselhos e conferências. Esses arranjos participativos contam com uma composição paritária definida por lei entre Estado e sociedade (BRASIL, 1990b). As Conferências Nacionais de Saúde destacam-se ainda pelo seu formato escalonado, no qual a Conferência Nacional é precedida por etapas precedentes — estaduais e municipais.

As Conferências Municipais são importantes não só por ser a primeira etapa neste processo nacional, e, portanto mais próxima da população, mas especialmente pelo fato que coube ao município após a Constituição de 1988, o Comando Único da gestão da saúde no âmbito do seu território. Dessa forma, cabe ao poder local “estabelecer nova relação entre Estado e a Sociedade para identificar e satisfazer as necessidades de saúde da população” (HEIMANN; KAYANO, 2006, p. 91). Por conseguinte, as Conferências se constituem em um espaço importante na vocalização de demandas da sociedade em relação ao seu acesso e provisão de bens e serviços em saúde.

O Município de Curitiba é referência nacional na elaboração de Políticas de Saúde (MENDES, 2011). Além disso, tem destaque também o desenho de suas Conferências Municipais de Saúde. Elas começam em todas as suas 110 unidades de saúde com as chamadas Conferências Locais, ao que se seguem as Conferências Distritais e, por fim, a Conferência Municipal.

Esse desenho, em princípio, permite maior aproximação do cidadão, já que a primeira etapa da Conferência ocorre muito próxima à residência dos munícipes e, muitas vezes, apresenta uma característica mais informal (FARIA *et al.*, 2012). Para Cunha (2012), isso não só reduz o custo na participação como pode significar uma efetiva partilha de poder. Em outros termos, a importância das Conferências Locais de Saúde está em sua característica mais

proximal da realidade do cidadão que permite a captação das demandas dos potencialmente afetados pelas políticas municipais de saúde, tanto no acesso como na provisão de serviços (AVRITZER, 2009).

Para além de questões importantes dentro da teoria democrática de como ocorre os processos de deliberação e representatividade nesses espaços, e ainda outras questões referentes a aspectos fundamentais do exercício da democracia, é importante perceber que o desenho institucional desses arranjos participativos pode ter impacto nos resultados esperados dessas instituições (SMITH, 2009; PETINELLI E SILVA, 2014). Diante dessas constatações e das poucas análises a respeito da importância do desenho institucional nas Conferências Municipais de Saúde para que as demandas da sociedade tenham vez e voz nos seus relatórios finais, este trabalho buscou analisar essa instituição a partir do quadro analítico elaborado por Smith (2009) e avaliar o quanto esta institucionalidade é permeável às demandas oriundas de sua etapa mais distal e mais proximal ao cidadão.

O quadro elaborado por Smith (2009) permite que se analisem e se comparem diferentes arranjos participativos que, sob a luz da teoria democrática, são dissonantes, de tal modo que se possa avaliar qual a extensão em que estes distintos arranjos produzem quatro bens democráticos: a inclusão, o controle popular, o julgamento considerado e a transparência.

Nesta dissertação, a análise do desenho institucional das Conferências Municipais de Saúde se deu a partir do bem democrático da inclusão. Para Smith (2009), a capacidade inclusiva do desenho é medida por dois atributos: presença e voz. Presença e voz se complementam como atributos de inclusão. A presença ajuda a perceber o alcance da instituição democrática com relação aos cidadãos e grupos organizados ou não. Mas a presença apenas não garante igualdade em expressar seus pontos de vista, ser ouvido sobre o assunto em consideração e, ainda, afetar o *output* da instituição participativa. A voz ajuda a perceber a permeabilidade da instituição democrática às demandas dos presentes. A voz sozinha pode, porém, dar a impressão de que as questões problemáticas da presença foram superadas. Aqui tivemos que nos deter no atributo da voz pelas simples limitações práticas e temporais do trabalho de mestrado.

A voz dentro do *design* institucional pode ser medida pelos momentos em que se permite a expressão de demandas, de modo que cada participante tenha oportunidade expressa de afetar a decisão final. Para a análise do atributo da voz e para a verificação de como o desenho institucional permite a transmissão desta voz de sua instância mais basilar até o seu Relatório Final, foram consideradas as propostas eleitas e encaminhadas pelas Conferências Locais de Saúde às Conferências Distritais. E para acompanhar o trâmite das propostas (e, portanto, da voz) das Conferências Locais até o Relatório Final da Conferência Municipal, as propostas foram divididas e categorizadas por núcleos temáticos, e assim organizadas a partir de uma seleção amostral.

A análise dos dados revelou que o desenho institucional das Conferências Municipais de Saúde depende do seu regulamento e regimento interno, e estes apresentaram mudanças nos anos analisados (2011 e 2013). Na 12ª Conferência Municipal de Saúde (2013), houve um aumento de 40% no número de propostas que podiam ser encaminhadas de uma instância para a outra, em relação à Conferência passada (2011) — de três para cinco nas propostas locais e de seis para dez nas propostas distritais. Além disso, houve mudanças na classificação das temáticas trabalhadas e no processo de eleição dos delegados dos usuários, conforme descrito na seção 5, e essas mudanças no desenho institucional tiveram impacto positivo na transmissão da voz ao longo do processo.

Ao seguir a trajetória das demandas constatou-se que a modificação do desenho foi acompanhada do aumento no número de propostas encaminhadas e, assim, uma maior inclusão das proposições das etapas locais no Relatório Final. No ano de 2011, 33 propostas contidas no Relatório Final possuíam referência aos núcleos temáticos das propostas locais, e em 2013 esse número foi de 48 propostas. Contudo, esse aumento no número de propostas incluídas não representou necessariamente um aumento no número de núcleos temáticos que alcançaram a etapa final do processo. Em ambos os anos, o número de núcleos temáticos locais presentes no Relatório Final foi o mesmo — 101 —, porém, estes estavam mais distribuídos nestas propostas. Isso nos permite inferir que a mudança no desenho também permitiu não só um aumento no número de propostas que alcançaram o Relatório Final, como

também melhor distribuição dos núcleos temáticos, pois passou de uma proporção de 3,25 núcleos por proposta em 2011 para 2,18 em 2013.

Essa melhor distribuição dos núcleos temáticos também pode ser atribuída à mudança na categorização das temáticas discutidas, pois isto oportunizou uma ampliação dos temas a serem deliberados para além dos temas historicamente recorrentes referentes às linhas de cuidado, como demonstrou o Gráfico 8.

Ao se avaliar a influência que o desenho institucional exerce sobre a trajetória das demandas locais até o Relatório Final, pode-se inferir que o desenho permite que proposições locais sejam incorporadas ao documento final. Não só através da inclusão dos núcleos temáticos nas propostas finais, mas especialmente por observar que no ano de 2013 duas propostas foram incluídas integralmente (sem qualquer tipo de alteração no trâmite escalonado) no Relatório Final.

Mas, além disso, o estudo permitiu observar que dentro do desenho institucional apresentado a Conferência Distrital é o principal “filtro” para o seguimento das propostas. Isso pode ser explicado em parte pelo grande número de demandas que chegam pelas Conferências Locais e pelo reduzido número de propostas encaminhadas para a etapa seguinte. Deste modo, constatou-se que para a aquiescência de uma proposta ao longo do trajeto é necessário um alinhamento do seu teor temático à representatividade do interesse de todos os segmentos envolvidos e, ainda, ao fato desta possuir um impacto positivo na política de saúde que possa beneficiar a todas as suas unidades de saúde.

Ao se examinar a capacidade do desenho na transmissão da voz a partir dos critérios elencados por Smith (2009) — os momentos reservados para a expressão da voz e as chances de se afetar o *output* —, podemos inferir que o desenho oferta vários momentos de expressão de voz: as propostas votadas nas etapas precedentes, as moções, as teses-guia, seus delegados e interessados em participar como observadores. Mas ao se considerar as chances que as propostas eleitas nas instâncias mais distais do desenho têm de afetar o documento final, constatou-se que, mesmo que essas demandas consigam ser transmitidas em suas etapas e momentos deliberativos (FIGURA

5), elas possuem ainda um pequeno impacto no conjunto total de propostas contidas no Relatório Final.

No ano de 2011, as propostas oriundas das proposições locais representaram 8% do conteúdo propositivo do Relatório, e em 2013 esse número aumentou para 14%. O restante do conteúdo propositivo está diretamente atrelado ao conteúdo das teses-guia que são apresentadas nos grupos de trabalho no momento da Conferência Municipal.

Ao se elencar e categorizar por áreas temáticas as principais reivindicações oriundas das Conferências Locais de Saúde e como se deu a trajetória ascendente destas, observou-se a importância do seu teor temático e alinhamento dessas reivindicações com as políticas nacionais/municipais de saúde para a transmissão do seu conteúdo. Questões muito específicas de uma comunidade (construção de uma lombada, por exemplo) tendiam a serem negadas, bem como questões conflituosas entre os segmentos podiam ser negadas, sofrerem perdas de seus núcleos mais conflitantes, ou ainda alteração no seu texto.

Em síntese, apesar de o desenho institucional permitir a trajetória das demandas geradas a partir das Conferências Locais até o Relatório Final, o potencial inclusivo das Conferências Municipais para essas demandas locais vocalizadas para a construção dos seus Relatórios Finais tem limitações importantes.

Destaca-se, ainda, que as diferenças encontradas nos resultados das duas Conferências em relação ao teor temático discutido podem ter sido influenciadas pela mudança no desenho institucional que houve, mas podem ter sido influenciadas também pela conjuntura política externa vivenciada no ano de 2013. Seria útil, portanto, haver estudos com um recorte temporal mais amplo.

Há de se considerar, ainda, que as propostas locais encaminhadas são um dos elementos de expressão da voz, mas o desenho contempla outros elementos importantes que não foram analisados — como os delegados, os participantes observadores, as teses-guia e as moções. As moções, especialmente, pois muitas delas vocalizavam demandas que, em sua maioria, não se alinhavam com as temáticas propostas e que este trabalho constatou serem importantes para a transmissão ou não da voz. Então, para se avaliar

em maior profundidade a capacidade de o desenho expressar a voz dos cidadãos e a sua possibilidade de influenciar o *output* da instância participativa, esses elementos devem também ser considerados e estudados.

Além disso, o fato de que duas propostas que foram recorrentes nas etapas precedentes e que não estavam alinhadas com a nova política municipal (como, por exemplo, a inclusão das equipes mistas na ESF) terem sido negadas no Relatório Final incita a pesquisa sobre os mecanismos de influência da gestão nesses espaços.

Por fim, vale ressaltar que, apesar de o estudo contribuir para o entendimento da influência do desenho institucional para a inclusão das demandas vocalizadas pelas etapas locais nas Conferências Municipais de Saúde, as conclusões aqui apresentadas limitam-se ao estudo de caso proposto. Diante disso, outros estudos que utilizem o mesmo referencial teórico e metodologia descrita deverão levar em consideração a particularidade de cada município ou ente federado estudado.

REFERÊNCIAS

ABU-EL-HAJ, J. R. D. (1915-2014): poder político, liberalização e contestação nas democracias **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 13, p. 7-17, jan.-abril 2014.

ALBUQUERQUE, M. C. (Org.). **Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira**. São Paulo: Instituto Pólis, 2006. 124 p.

ALMEIDA, D. R. Representação Política e Conferências: estabelecendo uma agenda de pesquisa. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade**. Brasília: IPEA, 2013. p. 173-206.

ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade**, n. 109, p. 68-92, jan./mar. 2012.

ALVES, R. *et al.* M, Breve descrição da situação de saúde dos municípios: o que dizem os dados oficiais. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p. 81-126.

AMANCIO, J M; SERAFIM, L; DOWBOR, M. Microterritorialidade e controle societal. **Lua Nova [online]**, n. 84, p. 287-314, 2011.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. São Paulo: Revan; FAPESP, 2000.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. **Lua Nova**, São Paulo, n. 50, p. 25-46, 2000.

_____. **Democracy and the Public Space in Latin America**. Princeton: Princeton University Press, 2002.

_____. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: AVRITZER, L. (Org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009a. p. 27-54.

_____. (Coord.). **Democracia, desigualdade e políticas públicas no Brasil**. Volume II. Relatório de Pesquisa. Projeto Democracia Participativa. Belo Horizonte, 2009b. Disponível em: <portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download>. Acesso em: 8 out. 2013.

_____. O papel da participação nas políticas sociais do governo federal. In: _____. **Estado, Instituições e Democracia**. Brasília: IPEA, 2010. p. 161-184. Livro 9, v. 2.

_____. **Conferências Nacionais:** ampliando e redefinindo os padrões da participação social no Brasil. Brasília: IPEA. 2012.

_____. Conferências Nacionais: Ampliando e Redefinindo Os Padrões de Participação Social no Brasil. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. **Conferências Nacionais:** atores, dinâmicas e efetividade. Brasília: IPEA. 2013.

AVRITZER, L.; NAVARRO, Z. (Ed.). **A inovação democrática no Brasil:** o orçamento participativo. São Paulo: Cortez, 2003. 335 p.

AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. **Conferências nacionais:** atores, dinâmicas participativas e efetividades. Brasília: IPEA, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política.** Brasília: UnB, 2000. v. 1.

BOHMAN, J. **Public deliberation, pluralism, complexity and democracy.** London; MIT Press, 1996. 303 p.

BRASIL. Senado Federal. Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, p. 1.210, 15 jan. 1937.

_____. Presidência da República, Decreto n. 6.788, de 30 de janeiro de 1941. Convoca a 1ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 1 fev. 1941. Seção 1, p. 1946. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-6788-30-janeiro-1941-331348-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 14 set. 2014.

_____. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado 1988.

_____. Presidência da República. Lei n. 8080 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, v. 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990a.

_____. Presidência da República. Lei n. 8142 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, v. 128, n. 249, p. 25694-25695, 31 dez. 1990b.

_____. Presidência da República. Lei n. 8.742, de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, v. 131, n. 233, 8 dez. 1993. Seção 1, p. 18769-18772.

_____. Presidência da República. Lei n. 9720, de 20 de novembro de 1998. Dá nova redação a dispositivos da Lei n. 8742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 1998. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9720.htm>. Acesso: 9 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Secretaria Geral da Presidência da República. **Fatores críticos de sucesso na organização de conferências nacionais**. Nota Técnica. Brasília: IPEA, 2012. 26 p.

_____. Presidência da República. Lei n. 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o *caput* do art. 3º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 25 set. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm>. Acesso em: 18 out. 2014.

_____. Presidência da República. Decreto n. 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 26 maio 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm> Acesso em: 26 maio 2014.

_____. **Balço de Governo 2003-2010**. Livro 6. Capítulo 3: Democracia e Diálogo. Disponível em: <<http://www.secom.gov.br/sobre-a>>

secom/publicacoes/arquivos-privados/balanco-de-governo-2003-2010/livro-6/6.3-participacao-social/at_download/file 2010>. Acesso em: 10 jul. 2014.

CEBES. A questão democrática da área da saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 9, jan./fev./mar. 1980.

CHAVES, M. M. N.; EGRY, E. Y. Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 6, n. 46, p. 1423-1430, 2012.

CINI, L. Between participation and deliberation: toward a new standard for assessing democracy? In: PAVIA GRADUATE CONFERENCE IN POLITICAL PHILOSOPHY, 9., 2011, Pavia. **Annals...** Pavia: Faculty of Political Science of the University of Pavia, 4-6 Jul. 2011.

COHEN, J. Deliberation and democratic legitimacy. In: BOHMAN, J.; REHG, W. (Ed.). **Deliberative democracy: essays on reason and politics**. Cambridge: MIT Press, 1997.

COHEN, J.; FUNG, A. Radical democracy. **Swiss Journal of Political Science**, v. 10, n. 4, p. 26-46, 2004.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 19, p. 123-140, 1989.

COHN, A. Estado, sociedade civil e institucionalização da participação no Brasil: avanços e dilemas. In: **Perspectivas para o desenvolvimento brasileiro**. Estado, Instituições e Democracia: democracia. Brasília: IPEA, 2010. p. 475-494.

COMUNIDADE SOLIDÁRIA/IBAM/IPEA. **Conselhos municipais e políticas sociais**. São Paulo: IBAM; IPEA; COMUNIDADE SOLIDÁRIA, [s.d.].

CONASEMS, **Nota Técnica do Núcleo de Participação da Comunidade na Saúde do CONASEMS**. NT n. 01/2013a.

CONASEMS, **Nota Técnica do Núcleo de Participação da Comunidade na Saúde do CONASEMS**. NT n. 02/2013b.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO — CGU. **Controle social: orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social**. Brasília: CGU, 2008.

COSTA, H. O. Democracia e participação na teoria pluralista. **Cronos**, v. 8, n. 1, p. 215-228, jan./jun. 2007a.

COSTA, M. T. A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 13, n. 2, p. 85-107, jul./-dez. 2007b.

CREMONESE, D. A Participação Como Pressuposto da Democracia. **Desenvolvimento em Questão**, v. 10, n. 19, p. 78-102, jan./abr. 2012.

CUNHA, E. S. M. Inclusão social e política: o desafio deliberativo dos conselhos municipais de assistência social. In: AVRTIZER, L. (Org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 135-162.

_____. **Conferências de Políticas Públicas e Inclusão Participativa**. Texto para discussão 1733. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

_____. Conferências de Políticas Públicas e Inclusão Participativa. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades**. Brasília: IPEA, 2013. p. 141-172.

CUNILL, N. Modelos de controle e de participação sociais existentes na administração pública federal. In: ANTERO, S. A.; SALGADO, V. A. B. (Org.). **Participação social: textos para discussão**. Brasília: IABS, 2013. p. 143-391.

CURITIBA. Lei Municipal 7.631, de 17 de abril de 1991. Autoriza a Constituição da Conferência Municipal da Saúde e do Conselho Municipal da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Curitiba**, Curitiba, n. 32, 25 abril 1991.

_____. Lei Municipal 10.179, de 5 de junho de 2001. Altera dispositivos e revoga o art. 7º, da lei n. 7.631, de 17 de abril de 1991, que “Autoriza a constituição da Conferência Municipal da Saúde e do Conselho Municipal de Saúde”. **Diário Oficial do Município de Curitiba**, Curitiba, n. 17, 2001.

_____. Lei municipal 11.464, de 2 de julho de 2005. Altera o artigo 4º da Lei n. 7.631, de 17 de abril de 1991, que “Autoriza a Constituição da Conferência Municipal da Saúde e do Conselho Municipal de Saúde”. **Diário Oficial do Município de Curitiba**, Curitiba, n. 50, 5 jul. 2005.

_____. **Regimento da 7ª Conferência Municipal de Saúde**. Curitiba: Conselho Municipal de Saúde, 2003.

_____. **Regimento da 8ª Conferência Municipal de Saúde**. Curitiba: Conselho Municipal de Saúde, 2005.

_____. **Regimento da 9ª Conferência Municipal de Saúde**. Curitiba: Conselho Municipal de Saúde, 2007.

_____. **Regimento da 10ª Conferência Municipal de Saúde**. Curitiba: Conselho Municipal de Saúde, 2009.

_____. **Regimento da 11ª Conferência Municipal de Saúde**. Curitiba: Conselho Municipal de Saúde, 2011.

_____. **Regimento da 12ª Conferência Municipal de Saúde**. Curitiba: Conselho Municipal de Saúde, 2013.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: _____. **Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, v. 5, p. 137-161, 2004.

DAHL, R. **Sobre a democracia**. Brasília: UnB, 2001.

DRYZEK, J. S. Democratization as deliberative capacity building. **Comparative Political Studies**, v. 42, p. 1379-1402, 2009.

ELSTER, J. **Democracia Deliberativa**. Cambridge University Press: Cambridge, 1998.

ESCOREL MOREIRA, M. R. A participação Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. **Políticas e Sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012. p. 853-884.

EVANS, M. **Social participation in holistic perspective: Lessons from Europe**. Canberra: AnzsoG Institute for Governance, 2012.

FALCÃO, J. **Democracia, direito e terceiro setor**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

FARIA, C. F. Do ideal ao real: as consequências das mudanças conceituais na teoria deliberativa. ENCONTRO DA ABCP, 7., 2010, Recife. **Anais...** Recife: ABCP, 6-8 ago. 2010.

FARIA, C. F.; PETINELLI, V.; LINS, I. L. Conferências de políticas públicas: um sistema integrado de participação e deliberação? **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 77, p. 249-284, jan./abril 2012.

FARIA, C. F. *et al.* **Conferências locais, distritais e municipais de saúde: mudança de escala e formação de um sistema participativo, representativo e deliberativo de políticas públicas**. Texto para discussão n.1727. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

FARIAS, J. L. C. A dicotomia entre Democracia Representativa e Democracia Participativa e a Educação no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 1, p. 69-88, jan.-jun. 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. In: PESSOA, L. R.; SANTOS, E. H. A.;

TORRES, K. R. B. O. (Org.). **Manual do gerente**: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Ensp, 2011. p. 58-76.

FUNG, A; WRIGHT, E. O. Thinking about Empowered Participatory Governance. In: FUNG, A; WRIGHT, E. O. (Ed.). **Deepening democracy**: institutional innovation in empowered participatory governance. London: Verso, 2003.

GARSTEN, B. Representative government and popular sovereignty. In: SHAPIRO, I. *et al.* (Ed.). **Political Representation**. New York: Cambridge University Press, 2009. p. 90-111.

GOHN, M. G. Conselhos populares e participação popular. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 34, p. 65-89, 1990.

_____. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, n. 7, p. 9-31, 2002.

GOODIN, R.E.; DRYZEK, J. S. Deliberative Impacts: The Macro-Political Uptake of Mini-Publics. **Politics & Society**, v. 34, p. 219-244, 2006.

GOULART, F. (Org.). **Inovações na participação em saúde**: uma sociedade que constrói o SUS. Brasília: OPAS; Conselho Nacional de Saúde, 2013.

GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

GUGLIANO, A. A. Democracia, participação e deliberação: contribuições ao debate sobre possíveis transformações na esfera democrática. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, v. 4. n. 2, jul.-dez. 2004.

GURZA LAVALLE, A. Após a participação: Nota Introdutória. **Lua Nova**, São Paulo, n. 84, p. 13-23, 2011.

GURZA LAVALLE, A; VERA, E. I. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. **Lua Nova [online]**, n. 84, p. 95-139, 2011.

HABERMAS, J. **The theory of communicative action**. Beacon Press: Boston, 1984.

_____. Further reflections on the public sphere. In: CALHOUN, C. (Ed.). **Habermas and the Public Sphere**. Cambridge: MIT Press, 1992.

_____. Três modelos normativos de democracia. **Lua Nova**, São Paulo, n. 36, 1995.

_____. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HAUPTMANN, E. Can less be more? Leftist deliberative democrats' critique of participatory democracy. **Palgrave Macmillan Journals**, v. 33, n. 3, p. 397-421, 2001.

HEIMANN, L.; KAYANO, J. Políticas Públicas em Saúde e Participação Popular. In: ALBUQUERQUE, M. C. **Participação popular em políticas públicas**: espaço de construção da democracia brasileira. São Paulo: Instituto Pólis, 2006. 124 p.

IBGE. **Coordenação de População e Indicadores Sociais**: perfil dos municípios brasileiros 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA — IPEA. **Brasil em Desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2010.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S., LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LINDBLOM, C. E. The Science of "Muddling Through". **Public Administration Review**, v. 19, n. 2, p. 79-88, 1959.

LOSEKANN, C. A esfera habermasiana, seus princípios críticos e as possibilidades do uso deste conceito no contexto brasileiro. **Pensamento Plural**, Pelotas, v. 4, p. 37-57, jan./jun. 2009.

LOVATO, L. V. C. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. 2000. 237 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LUBENOW, J. A. Esfera pública e democracia deliberativa em Habermas. Modelo teórico e discursos críticos. **Kriterion**, Belo Horizonte, v. 51, n. 121, jun. 2010.

LÜCHMANN, L. H. Os sentidos e desafios da participação. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 42, v. 1, p. 19-26, jan./abr. 2006.

LÜCHMANN, L. H. A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, n. 70, p. 139-170, 2007.

MacPHERSON, C. B. **A democracia liberal**: origens e evolução. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MANSBRIDGE, J. Rethinking representation. **American Political Science Review**, v. 97, n. 4, p. 515-528, 2003.

MANSBRIDGE, J. Deliberative democracy or democratic deliberation? In: ROSENBERG, S. W. (Ed.). *Deliberation, participation and democracy: can the people govern?* New York: Palgrave Macmillan, 2007. p. 251- 271.

MANSBRIDGE, J. *et al.* A systemic approach to deliberative democracy. In: PARKINSON, J.; MANSBRIDGE, J. J. **Deliberative systems**: deliberative democracy at the large scale. Cambridge: CUP, 2012. p. 1-26.

MASSUDA, A.; NETO, P. P.; DREHMER, V. L. F. A atenção primária à Saúde (APS) no SUS Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS programática para uma mais acessível e abrangente. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MONCLAIRE, S. (Coord.). **A Constituição Desejada**. Brasília: Senado Federal, 1991.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos municipais de saúde no Brasil: sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

PAOLI, M. C. Movimentos sociais no Brasil: em busca de um estatuto político. In: HELLMANN, M. (Org.). **Movimentos sociais e democracia no Brasil**. São Paulo: Marco Zero; Ildes Fes, 1995. p. 25-55.

PAPADOPOULOS, Y.; WARIN, P. Are innovative, participatory, and deliberative procedures in policy making democratic and effective? **European Journal of Political Research**, n. 46, p. 445-472. 2007.

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

PEREIRA, B. A. D; LOBLER. M. L.; SIMONETTO, E. O. **Análise dos modelos de tomada de decisão sob o enfoque cognitivo**. Rev. Adm. UFSM, Santa Maria, v.3, n.2, p. 260-268, maio/ago. 2010.

PERISSINOTTO R. M.; FUCKS, M.; SOUZA, N. R. Participação e Processo Decisório em Alguns Conselhos Gestores de Curitiba. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 105, p. 75-100, jul./dez. 2003.

PETINELLI, V. As Conferências Públicas Nacionais e a formação da agenda de políticas públicas do Governo Federal (2003-2010). **Opinião Pública**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 228-250, jun. 2011.

_____. **Contexto político, natureza da política, organização da sociedade civil e desenho institucional:** alguns condicionantes da efetividade das conferências nacionais. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

PETINELLI E SILVA, V. **Uma análise dos condicionantes da capacidade de influência das conferências de políticas públicas sobre os programas das respectivas políticas setoriais:** o caso da 1ª CAP, 1ª Concidades, 1ª CMA, 1ª CE, 1ª CPM e 1ª CPIR. 2014. 225 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

POGREBINSCHI, T. **Conferências Nacionais e Políticas Públicas para Grupos Minoritários.** Texto para discussão n. 1741. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Participação como representação: o impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional. **DADOS: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 259-305, 2011.

PORTO, A. C. S. et. al. Manual UQBAR de Securitização: um glossário de termos. Rio de Janeiro: Uqbar Educação & Informação Financeira Avançada, 2006.

POULANTZAS, N. **Poder político e classes sociais.** São Paulo: Martins Fontes, 1977.

RAWLS, J. **A Theory of Justice.** Cambridge: Harvard University Press, 1980.

_____. **Political Liberalism.** New York: Columbia University Press, 1996.

ROCHA, E. A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. In: VAZ, F. T., MUSSE, J. S.; SANTOS, R. F. (Coord.). **20 anos da Constituição Cidadã:** avaliação e desafios da Seguridade Social. Brasília: ANFIP, 2008. p. 131-148.

ROSENBERG, S. W. **Deliberation, participation and democracy:** can the people decide? New York: Palgrave Macmillan, 2007.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia:** os caminhos da democracia participativa. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p. 39-84.

SCHUMPETER, J. A. **Capitalism, socialism and democracy.** New York: Harper & Brothers, 1943.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. 3. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1979.

SMITH, G. **Democratic innovations**: designing institutions for citizen participation. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

SOUZA, C. Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: Processo Decisório, Conflitos e Alianças. **DADOS: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 513-560, 2001.

SOUZA, R. G. Democracia Participativa: Resgate Histórico e uma Aproximação da Visão dos Atores da Sociedade Civil. In: SOUTO, A. L. S.; PAZ, R. D. O.; MORONI, J. A. (Coord.). **Governança Democrática no Brasil Contemporâneo**: Estado e Sociedade na Construção de Políticas Públicas. Arquitetura da Participação no Brasil: avanços e desafios. São Paulo; Brasília: Pólis; INESC, 2011. p. 9-41.

SOUZA, C. H. L. **A que vieram as conferências nacionais?** Uma análise dos objetivos dos processos realizados entre 2003 e 2010. Texto para discussão n. 1712. Brasília: IPEA, 2012.

SOUZA, C. H. L. *et al.* Conferências típicas e atípicas: um esforço de caracterização do fenômeno político. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. **Conferências nacionais**: atores, dinâmicas participativas e efetividade. Brasília: IPEA, 2013. p. 25-51.

SOUZA, C. H. L. *et al.* **Ampliação da Participação na Gestão Pública**: um estudo sobre conferências nacionais realizadas entre 2003 e 2011 — Relatório de Pesquisa. Brasília: IPEA, 2013a.

TATAGIBA, L. **Participação, cultura política e modelos de gestão**: a democracia gerencial e suas ambivalências. 2003. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) — Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2003.

TATAGIBA, L.; BLINKSTAD, K. Como se fosse uma eleição para vereador: dinâmicas participativas e disputas partidárias na cidade de São Paulo. **Lua Nova**, São Paulo, v. 84, p. 353-364, 2011.

TEIXEIRA, A. C. C. **Para além do voto**: uma narrativa da democracia participativa no Brasil (1975-2010). 2013. 235 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) — Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2013.

TEIXEIRA, A. C.; SOUZA, C. H. L.; LIMA, P. P. F. Conselhos e conferências nacionais: entre a participação e a representação. **Argumentum**, Vitória, v. 4, p. 152-172, 2012.

VILELA, M. D. A. **Legislação que disciplina os conselhos de políticas públicas**. Estudo da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. 2005. Disponível em: <www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/.../tema6/2005_740.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2014.

WARREN, M. Institutionalizing deliberative democracy. In: ROSENBERG, Shawn W. (Org.) **Deliberation, participation and democracy**: can the people govern? New York: Palgrave MacMillan, 2007. p. 272-288.

WEBER, M. **Economia e sociedade**. 3. ed. Brasília: UnB, 1994. v. 1.

WERNECK VIANNA, L. **A viagem quase-redonda do PT**. Boletim Carta Maior. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/tEmplates/materiaMostrar.cfm?materia_id=16078>. Acesso em: 7 jul. 2007.

_____. **O Estado Novo do PT**. Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=755>>. Acesso em: 11 jan. 2009.