

# Ação coletiva, mobilização de atores e controle social:

desafios políticos no âmbito do conselho estadual de saúde do Rio de Janeiro (2003 -2011) (\*\*)

Collective action, mobilization of actors, and social control: political challenges in the health council of Rio de Janeiro (2003-2011)

Paulo Renato Flores Durán \*

**RESUMO:** Reflete sobre alguns dos dilemas concernentes ao controle social e lógica da ação coletiva no âmbito do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ). A pesquisa concentrou-se na atuação de representantes da sociedade e dos profissionais de saúde perante os gestores da Secretaria Estadual de Saúde, durante duas gestões governamentais. Desde os anos de 1990, diversos impasses foram apontados no que se refere à formação e ao aprofundamento da cultura política das instituições participativas brasileiras. Nos conselhos de saúde, a falta de definição sobre o papel das diversas representações conselheiras e a burocratização do controle social são desafios enfrentados na legitimidade desses fóruns participativos. No caso do CES/RJ, os conselheiros representantes da sociedade e dos profissionais de saúde enfrentam os dilemas próprios da autonomização do sujeito político, que atua em uma arena política deliberativa fortemente institucionalizada e dirigida politicamente pelos gestores. Como estudo de caso, foram empregados a observação direta, a análise de conteúdo e a entrevista semiestruturada. Os conselheiros estaduais mobilizam o espaço político do CES/RJ em favor (ou na intenção) de debater os impasses do SUS estadual, mas os avanços nas políticas de saúde são desvirtuados pela hegemonia claramente impressa pela atuação dos gestores.

**Palavras-chave:**  
Ação Coletiva;  
Participação Social;  
Controle Social;  
Conselhos de Saúde;  
Democratização.

## I ntrodução

No Sistema Único de Saúde (SUS), a edição da Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, consagrou o que consta no inciso III do artigo 198 da Constituição

(\*\*) Este artigo é resultado de tese de doutoramento defendida pelo autor na ENSP/FIOCRUZ, em julho

de 1988: a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde. Na Lei, essa diretriz implicou a criação e institucionalização dos conselhos e conferências de saúde, nas três esferas da federação, como espaços públicos de deliberação, onde o princípio da paridade emprestaria maior aderência às mobilizações e demandas societárias nas arenas decisórias das políticas de saúde. Compõe a chamada representação paritária nos conselhos de saúde, o conjunto dos seguintes atores: representantes dos usuários (doravante chamada de representação da sociedade); dos profissionais de saúde; e dos gestores e prestadores de serviços.

Algumas das características procedimentais dos conselhos de saúde são expressões de um processo de democratização fundamental. O primeiro passo foi dado com a decisão de que os conselhos de saúde cobririam as três esferas da Federação; assim, em cada município, em cada estado, e no âmbito da União, as secretarias e o Ministério da Saúde deveriam organizar e institucionalizar colegiados participativos ou conselhos de saúde. O segundo ponto importante no aprimoramento da democracia participativa nos processos de deliberação das políticas de saúde referiu-se à ideia de distribuir as cadeiras/assentos nos conselhos de saúde paritariamente; ou seja, os atores que efetivamente representam as demandas da sociedade seriam eleitos segundo a divisão entre usuários/sociedade (50% das cadeiras/assentos), profissionais de saúde (25%) e gestores e prestadores de serviços (25%), e segundo o princípio da representação política, ou seja, o ator eleito “age em nome de” (acting for) (PITKIN, 1972). O terceiro ponto refere-se à inovação institucional contida na afirmação dos conselhos de saúde como efeito da democratização: a representação política de atores da sociedade civil capacitados para o exercício do controle social das ações do Estado.

Muito embora a institucionalização dos conselhos de saúde represente um avanço significativo da democracia brasileira, depois de duas décadas de enraizamento na realidade sociopolítica de estados e municípios, ainda persistem intensos dilemas quanto à legitimidade dos atores que efetivam alguns dos modos de representação nessas arenas políticas de deliberação. Além de uma indefinição quanto ao próprio papel do conselheiro de saúde, os desafios de afirmação do controle social sobre as ações do Estado são dilemas vivenciados pelos representantes da sociedade e profissionais de saúde. Diversas pesquisas apontam que os conselhos de saúde podem efetivar um papel político na agenda da saúde pública brasileira, mas suas ações são amalgamadas pelas escolhas dos gestores de governo.

## Atores, instituições e ação coletiva: abordagens teóricas e metodológicas

### Aspectos teóricos da pesquisa: mobilização de atores e os dilemas da ação coletiva

As questões teóricas deste artigo partem das premissas do “dilema da ação coletiva”, das teorias sobre corporativismos e das pluralistas. O objetivo central é compreender alguns dos aspectos da racionalidade e das estratégias de ação coletiva dos atores no âmbito decisório<sup>1</sup>.

Na perspectiva dos teóricos da ação coletiva, grupos de pressão se formam no intuito de agir dentro da esfera estatal, defendendo seus interesses (OFFE, 1995). Assim, o indivíduo é caracterizado como um calculador dos próprios interesses e sua motivação para qualquer modalidade de ação coletiva estaria baseada no cálculo racional de custos-benefícios. Nessa linha, segundo Olson,

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

De outra parte, o corporativismo é uma das maneiras pelas quais grupos de interesse se capilarizam no interior do Estado. Segundo Offe, “os sistemas políticos podem ser mais ou menos corporativistas, estar mais ou menos adiantados no processo de corporativização”; sendo assim, não indicam uma situação, mas um eixo estratégico de ação dos atores estatais (OFFE, 1995, p. 242-243; DURÁN e GERSCHMAN, 2014; SCHMITTER, 1993). Essa ênfase indica que o conflito social e/ou político entre os atores em arenas políticas de deliberação podem ser corporativizadas por aqueles grupos que acumulam mais poder do que outros ou que representam interesses hegemônicos. É elucidativa a diferença traçada por Schmitter (1998) entre dois estilos de corporativismos<sup>2</sup>. Esses tipos moldam os modos de relacionamento entre Estado e Sociedade<sup>3</sup>; são eles os tipos estatais e societário. Enquanto, no

1 O paradigma dos novos movimentos sociais se estabelece na oposição ao corte teórico de análise da lógica da ação coletiva (cuja extração adveio das teorias de escolha racional). Ao contrário, no paradigma dos novos movimentos sociais, tem-se o reconhecimento de uma esfera antagonica dos interesses puramente individualistas. Além de seu foco de atuação se centrar fora da esfera estatal, a sustentação do confronto político se estabelece na delimitação de objetivos comuns e na formação de identidades coletivas e dos atores (TARROW, 2009, p. 23; TOURAINE, 1984). Nesse sentido, a presença do ator nas mobilizações societárias requer que haja uma identificação daquele com determinados valores culturais do seu grupo de pertença (mulheres, negros, homossexuais, índios, entre outros). Segundo Melucci (1985) as demandas sociais que mobilizam atores em torno de movimentos sociais sempre estão “latentes” no tecido das democracias. Para Landi, as linguagens políticas dos atores permitem identificar formas diferentes de lutas por cidadanias políticas (LANDI, 1982; LACLAU, 1986).

2 Schmitter define o conceito de corporativismo da seguinte

primeiro tipo, há a cooptação dos interesses – ou a intermediação destes – pelo Estado, sem a incorporação da participação e reconhecimento do papel da sociedade civil nas arenas político-decisórias e deliberativas, o segundo tipo aponta para o modo pelo qual o Estado institucionaliza e reconhece legalmente, em suas esferas de deliberação, a participação da sociedade civil organizada. Segundo Cawson,

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

De qualquer jeito, dada a complexidade do conceito, corporativismo se refere, em última instância, a um constructo estatal que implica arranjos setoriais de representação dos interesses. À diferença das abordagens pluralistas, a ideia de corporativismo implica a profissionalização dos atores que participam de uma arena decisória.

Os autores pluralistas ressaltam que, nas relações de poder, grupos de interesse – que não necessariamente ocupam espaços na estrutura estatal – podem criar “barreiras” de oportunidade para que outros grupos/organizações incluam suas agendas. Com isso, aqueles grupos que acumulam mais poder, em consequência dessa lógica, também possuem mais poder no que tange ao processo de tomada de decisão (LUKES, 2007; BACHRACH e BARATZ, 1962). É nesse sentido que Schattschneider enfatiza a ideia de que “organizar é mobilizar inclinações”: “Certos temas se organizam dentro da política, enquanto que outros o são fora dela”. (SCHATTSCHEIDER, 1960, p. 71). O ponto importante para os pluralistas não é como as instituições ou organizações estabelecem previamente e controlam a formação das agendas políticas; para esses autores, as lógicas da ação coletiva implicam arranjos de intermediação de interesses onde os grupos de pressão têm peso na definição de políticas. Segundo Collins, um “conjunto de paradoxos do comportamento racional não se refere a como os indivíduos pensam, mas à sua capacidade de coordenar suas ações em um grupo”. (2009, p. 138).

Os paradoxos da ação coletiva, no modelo olsoniano, são interessantes nesse momento, no sentido de que ilustram como os arranjos políticos criados pelo Estado – sejam eles mais corporativos ou pluralistas – incentivariam os atores a se comportarem como *free riders* (“caronas”). Assim, indivíduos racionais não teriam incentivos para cooperar com os “outros”, porque não estão dispostos a arcar com os custos de uma ação coletiva que enseja “bens públicos”. Por isso, esperam que os “outros” efetivem a produção desses

maneira: “O corporativismo pode definir-se como um sistema de representação de interesses no qual as unidades constitutivas estão organizadas em um número limitado de categorias singulares, obrigatórias, não competitivas, hierarquicamente ordenadas e funcionalmente diferenciadas, reconhecidas ou autorizadas (se não criadas) pelo Estado, o qual concede a elas, um deliberado monopólio representativo dentro de suas categorias, como troca de observar certos controles sobre a seleção de seus dirigentes e a articulação de suas demandas e apoios.” (SCHMITTER, 1998, p. 75, tradução nossa). Ver também Cawson (1986).

3 Ver para esse efeito os trabalhos de autores alinhados ao neo-institucionalismo (HAL e TAYLOR, 2003; SKOCPOL, 1985; STEINMO e THELEN, 1992).

bens. O problema é quando esse modelo de racionalidade enseja ou leva a “jogos de soma zero”, como no Dilema do Prisioneiro, onde nenhuma das partes usufrui dos benefícios de uma ação cooperativa (OLSON, 1999; OFFE e SCHMITTER, 1995, p. 21-2; COLLINS, 2009; LUCE e RAIFFA, 1957).

É justamente nesse sentido que funcionariam, no interior do Estado, os anéis burocráticos, cujo objetivo seria reunir em torno de uma *policy* os grupos de atores interessados (CARDOSO, 1975, p. 206). Nos termos em que trabalha Côrtes, a formação de núcleos duros dentro da burocracia estatal (nas Comissões Intergestores e nos conselhos de saúde) secundarizaria o papel político dos atores societários (CÔRTEZ, 2009a, 2009b; RIBEIRO, 1997; CÔRTEZ e GUGLIANO, 2010). Assim, o processo decisório passa a ser conduzido ou por comunidades políticas de especialistas (no caso das comissões intergestores) ou pelo nucleamento de certas representações conselheiras interessadas na aprovação de projetos políticos da gestão governamental.

## Hipóteses de pesquisa

As hipóteses de pesquisa são demonstradas e confrontadas com duas premissas básicas, encontradas na legislação que institucionaliza os conselhos de saúde<sup>4</sup>. A intenção é perceber em que medida os dilemas da ação coletiva enfrentados no cotidiano dos conselhos de saúde se distanciam das prerrogativas de suas competências.

*PREMISSA (1): os conselhos de saúde são instâncias deliberativas da política de saúde e atuam no controle das ações das Secretarias de Saúde.*

*PREMISSA (2): os conselhos de saúde são espaços públicos institucionalizados de exercício do controle social, condicionados às representações específicas de atores.*

*HIPÓTESE (a): os conselhos de saúde são estruturas orgânicas do Estado e os conselheiros interagem de modo a pactuar os interesses dos projetos políticos de governo.*

*HIPÓTESE (b): existem entraves institucionais referentes às dinâmicas de participação, tanto no que se refere ao caráter representativo das cadeiras/ assentos, quanto ao papel do controle social nos conselhos de saúde.*

Considerando-se que (1) as premissas estão alicerçadas no texto das leis e resoluções que institucionalizam e estruturam os conselhos de saúde, e que (2) as hipóteses referem aos dilemas da ação coletiva dos atores que participam desses espaços públicos de deliberação, elaboram-se quais as possíveis respostas a seguinte conformação:

4 Cf. Lei 8.142/1990; Resoluções 453/2012 e 333/2003 (BRASIL, 1990, 2003 e 2012).

$$P(1) + P(2) < H(b) = H(a).$$

Na formulação clássica, proposta por Olson (1999), quanto maiores os custos da ação coletiva, menores os incentivos – em grandes organizações – para que os atores cooperem. No modelo proposto pela pesquisa no Conselho Estadual de Saúde do RJ, as hipóteses sugerem que há incentivos para que os conselheiros de saúde efetivem tipos de ações coletivas não cooperativas; ou seja, não haveria incentivos (internos ou externos ao Estado) para que os conselheiros de saúde nem efetivassem seu papel social e político (P1) nem reconhecessem a arena do Conselho como espaço público da sociedade. Os entraves institucionais conformam bloqueios ao livre exercício autônomo da prática conselheira de controle social, efetivada – como teremos a oportunidade de demonstrar – nas relações de força e poder, conflituosas de *per se*, na base de organização do processo deliberativo do CES/RJ.

Com efeito, os atores que participam de arenas de decisão política – como é o caso dos conselhos de saúde – enfrentam desafios na cooperação para encontrar a melhor solução referente à definição das políticas de saúde para os interesses das representações conselheiras (sociedade/usuários; profissionais de saúde; gestores e prestadores de serviços). Ao longo da análise de dados sobre a pesquisa, procuramos demonstrar como, por exemplo, informações incompletas – produzidas no trabalho dos gestores – prejudicam a configuração de estratégias de ação coletiva cooperativas entre os participantes da arena de decisão das políticas de saúde. Assim, por vezes, se configuram “jogos de soma zero”, pelo fato mesmo de que os interesses egoísticos de cada representação são tomados à parte daquilo que poderia levar à cooperação e construção de solidariedade social entre as representações conselheiras. Configura, portanto, uma lógica da ação coletiva de competição pura entre os atores, o que nos leva à pergunta-guia dessas hipóteses: qual o tipo de racionalidade subjacente à ação dos conselheiros no âmbito decisório das políticas de saúde para o Estado do Rio de Janeiro?

A primeira definição, que caracteriza o modelo olsoniano, é a que leva os atores ao cálculo racional de custos e benefícios relativos à participação nas esferas de decisão; ou seja, a lógica da ação coletiva funcionaria na medida em que a estratégia de colaboração com os “outros” pudesse ser fruto de benefícios angariados para uma das partes envolvidas no processo.

### **Aspectos metodológicos da pesquisa: atores e instituições**

Buscou-se investigar as visões e perspectivas dos atores representantes da sociedade e profissionais de saúde acerca dos processos deliberativos durante

duas gestões governamentais: a de Rosinha Garotinho (2003-2007) e a de Sérgio Cabral (2007-2011), no que se refere à prática do controle social. Assumem-se, com efeito, alguns questionamentos centrais para a definição de nossa hipótese e categorias analíticas: que lugar esses atores ocupam nos processos políticos estaduais; como se dá a dinâmica entre representantes da sociedade e dos profissionais de saúde e os conflitos destes com gestores nas instâncias deliberativas do CES/RJ; há incentivos para que a prática do controle social se realize?

Para a análise dos dados coletados na pesquisa de campo, ao lado das fontes documentais (atas de reuniões plenárias), trabalhamos com os resultados de entrevistas – como *survey research* – feitas com os conselheiros estaduais de saúde e com os gestores da SES/RJ<sup>5</sup>. Muito embora nossa amostra de entrevistados no CES/RJ seja pequena (N = 22), acreditamos que o conteúdo exposto em cada entrevista possibilitou uma análise dos dilemas enfrentados no controle social. Essa amostra de entrevistados correspondeu a três representantes dos gestores e prestadores de serviços (que ocupavam assento no Conselho); sete representantes dos profissionais; e 12 representantes da sociedade<sup>6</sup>. A referência às visões dos conselheiros seguirá numeração contínua, seguida pelo tipo de segmento representativo ocupado no Conselho.

O universo do CES/RJ é composto de conselheiros titulares e suplentes, escolhidos por eleição na sua organização de base. Para cada gestão de governo estadual, no total, são 56 atores. Desses, metade é de conselheiros titulares e a outra se compõe de conselheiros suplentes.

TABELA 1 – Universo do CES/RJ e número de conselheiros entrevistados

SEGMENTOS	NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTAS	PARIDADE*
Gestores e prestadores	3	14
Profissionais	7	14
Sociedade	12	28
TOTAL	22	56

\*Considerou-se o número total de conselheiros titulares e suplentes.

A pesquisa valeu-se de uma parte das entrevistas realizadas – a partir de um questionário próprio – com gestores e ex-gestores da Secretaria Estadual de Saúde. Com o conjunto de 26 entrevistados, procuramos apreender as visões que os gestores governamentais atribuem ao trabalho dos conselheiros estaduais de saúde.

Quanto ao perfil dos conselheiros estaduais de saúde e gestores da Secretaria, a aplicação dos questionários pôde evidenciar os seguintes traços

5 As perguntas utilizadas como referência para as análises de resultados, tanto das entrevistas com conselheiros como das com os gestores, serão apontadas nas notas de rodapé.

6 Com o objetivo de adequação às normas de ética em pesquisa, ao citar textualmente o depoimento dos sujeitos entrevistados, optou-se por fazer referência somente ao tipo de atores: “Representantes da sociedade”; “Representantes dos profissionais de saúde”; “Representantes dos prestadores de serviços”; “Representantes dos gestores”.

característicos daqueles que participam dessas duas instâncias do Governo Estadual do RJ. No CES/RJ, em geral, os conselheiros estaduais de saúde possuem curso superior completo (63,2%), enquanto 10,5% têm ensino médio incompleto e 5,3%, superior incompleto. Desses entrevistados, 52,6% são representantes da sociedade, 36,8% representam os profissionais de saúde e 10,6%, os prestadores e os gestores. A maioria dos conselheiros estaduais entrevistados começou a fazer parte do CES/RJ no ano de 2006 (ainda na gestão da governadora Rosinha Garotinho).

No âmbito da Secretaria, no primeiro período da gestão Cabral, a pesquisa identificou a diminuição de médicos que ocuparam cargos em gestão (57,5% contra 61,6% na gestão da ex-governadora Rosinha Garotinho). A formação da gestão contou com os seguintes quadros de profissionais: 11,5% de administradores; 15,4% de psicólogos; 3,8% de contadores; 3,8% de náuticos; e 7,7% formados em Direito. A maioria absoluta dos gestores realizou graduação em universidades públicas (61,5%), enquanto 33,3% cursaram cursos em academias privadas. A maioria dos gestores realizou pós-graduação (89,7%) e, desses, 65,7% a fizeram em cursos *stricto sensu*.

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

## Controle social e conflito nos Conselhos de Saúde: o caso do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ)

### A arena deliberativa do Conselho

A composição do CES/RJ acompanha o que recomenda a Resolução 333/03 do CNS (BRASIL, 2003). Somente o critério da paridade, no entanto, não permite aprofundar a análise sobre como se delinea o processo deliberativo no âmbito da decisão<sup>7</sup>. Esses aspectos serão analisados à luz da visão dos atores sobre

<sup>7</sup> As eleições livres e idôneas, a liberdade de expressão e de participação em processos eleitorais, as garantias institucionais para livre informação etc., são elementos procedimentais *minimum* sem os quais as democracias não se reproduzem (DAHL, 1979). Mas, *per se*, esses elementos procedimentais das instituições não garantem necessariamente o seu efetivo funcionamento.

como são deliberados os temas da agenda da SES/RJ na contextura do Conselho. Tencionamos abordar a maneira como se estabelecem os diálogos entre os conselheiros de saúde e os gestores e como, de outra parte, o modo de interação dialógica entre os segmentos do Conselho expressa aspectos conflitivos entre as demandas societárias e as escolhas políticas governamentais.

Sobre a composição do CES/RJ, 52,6% dos conselheiros entrevistados acham adequada a composição de representantes da sociedade. Enquanto isso, 42,1% consideram a composição inadequada<sup>8</sup>. As justificativas mais expressivas para essa questão se referem (1) à falta de expressividade social das entidades no Conselho, que (2) não representam a sociedade, tendo pouca autonomia política em relação à gestão. Corresponde a essa questão crítica a percepção de que, para 68,4% dos entrevistados, o CES/RJ não cumpre com todas as disposições previstas no Regimento Interno<sup>9</sup>. Essa percepção se justificou porque há indução da gestão nos trabalhos dos conselheiros (30,8%); o Conselho não atua pelo Estado do RJ (23,1%); não cumpre com seu papel fiscalizador (10,5%) ou há desconhecimento dos conteúdos regimentais por parte de alguns conselheiros (7,7%).

Postos ante a questão sobre como percebem que os gestores da SES/RJ *ouvem, respeitam e acatam* as deliberações do CES/RJ, 57,9% responderam que sim, enquanto 36,8% responderam negativamente a essa questão<sup>10</sup>. Sobre o ponto, ressaltemos as seguintes justificativas:

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

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

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

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

8 A pergunta correspondente a esses dados foi: “O/A senhor/a acha adequada a composição de representantes da sociedade no Conselho estadual de Saúde?”.

9 A pergunta correspondente a esse dado foi: “O Conselho Estadual de Saúde cumpre com todas as disposições previstas pelo Regimento Interno? Em caso negativo, quais os motivos?”.

10 A pergunta correspondente a esses dados foi: “O/A senhor/a considera que os gestores da Secretaria Estadual de Saúde, ouvem, respeitam e acatam as deliberações do Conselho Estadual de Saúde?”.

Para vários conselheiros, a falta de mecanismos correlatos à troca de informações<sup>11</sup> seria uma resposta clara de que o Governo Estadual não reconhece o papel social que cumpre a arena deliberativa do CES/RJ no processo de decisão. Nas falas a seguir, os conselheiros assumem que, por vezes, recebem os documentos da Secretaria, mas não conseguem espaço nas reuniões plenárias para tomar parte do processo:

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

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

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

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

## Relações entre gestores e conselheiros: convergências e conflitos no controle social

A análise das mútuas visões constituídas entre os conselheiros estaduais representantes da sociedade e dos profissionais de saúde e os gestores possibilitou, até o momento, identificar como os antagonismos se estabelecem nos espaços próprios ao processo deliberativo. Se, por um lado, é notório o conflito aberto entre conselheiros e gestores, fruto de uma inscrição tardia do processo participativo no campo político do Rio de Janeiro (BOSCHI, 1987; DINIZ, 1982; GERSCHMAN, 2004a, 2004b, 2010; LABRA, 2010; LABRA e SILVA, 2001), por outro lado, é necessário identificar que tipo de visão os gestores e conselheiros têm acerca desse embate. Com efeito, por meio de registros das entrevistas com conselheiros e gestores, identificamos a fragilidade com que os atores societários (CÔRTEZ, 2009b) mobilizam o

11 A pergunta correspondente a esses dados foi: “O Conselho Estadual de Saúde utiliza procedimentos democráticos de consulta à sociedade na decisão de políticas e programas a serem implementados?”.

espaço do Conselho na prática efetiva do controle social. Esse espaço não se reduziria somente a uma prática *fiscalizatória*, mas deveria levar adiante um debate crítico com os representantes do Governo Estadual de maneira tal que as escolhas políticas fossem compartilhadas e espelhassem as demandas da sociedade.

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

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

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

Ressaltamos que o corporativismo a que se referem os gestores classificaria os atores constituintes do CES/RJ dentro da chave pluralista onde, por último, grupos de interesse buscam alcançar, competitivamente, resultados isolados para seus segmentos (LABRA, 1999, p. 154). Dessa maneira, os grupos de conselheiros ocupariam, por meio de pressões, lugares de mobilização de preferências políticas (SCHATTSCHEIDER, 1960), desconsiderando que a estrutura da arena deliberativa leva a decisões relacionadas às conjuntas relacionadas às demandas da sociedade; ou seja, para alguns dos gestores, longe de agir por via do modelo associativo, os conselheiros utilizariam o espaço de deliberação na via da concertação organizacional (STREECK e SCHMITTER, 1985). O poder de barganha definiria, em último caso, as preferências em jogo, ao conceber a arena deliberativa como mercado político. Seria o contexto estratégico oferecido pela própria estrutura institucional (SES/RJ) aquele que oferece as janelas de oportunidade para a maximização dos interesses. Ao contrário de escolhas baseadas em critérios de princípios de justiça (*fairness*), os atores agiriam conforme critérios baseados na escolha individualista. Essa análise espelharia o modelo olsoniano, em que os indivíduos não se inseririam em ações coletivas de tipo cooperativas. Este engajamento pressuporia que os grupos de interesse alcancem ou maximizem seus benefícios a reboque dos resultados coletivos.

Na pesquisa, ficou evidenciado que os gestores atribuem pouca significação ao papel de controle/fiscalização dos conselheiros e, com isso, assumem a visão de que a participação desses atores no processo decisório está relacionada à aprovação/ homologação de propostas do Estado<sup>12</sup>:

TABELA 2 – Papel do CES/RJ no processo decisório da SES/RJ

RESPOSTAS	GESTORES (PERCENTUAL)
Controle / fiscalização	15,4%
Aprovação de propostas de planejamento	38,5%
Papel pouco definido / influencia pouco	36,9%
Desagregador / atrapalha o processo	7,7%
Não sabe / não respondeu	1,5%
TOTAL	100%

É interessante a análise a respeito do acúmulo de poder de alguns segmentos em relação a outros. Quando os questionados sobre se havia grupos que acumulavam mais poder do que outros no CES/RJ, 73,7% dos conselheiros responderam positivamente à questão, enquanto 26,3% o fizeram negativamente<sup>13</sup>. Os conselheiros de saúde apontam, em primeiro lugar, que os segmentos representantes da sociedade e da gestão são os grupos que acumulam mais poder, seja porque têm a maior parcela dos votos para aprovação de deliberações, seja, em complementação a esse dado, porque os gestores envolvem grupos de conselheiros representantes da sociedade nas práticas tradicionais de clientelismo político.

Em última instância, entre os conselheiros estaduais de saúde, o modo como a gestão conduz (ou induz) os trabalhos dentro do Conselho impedem que se cumpram as competências próprias do conselheiro de saúde.

TABELA 3 - O CES/RJ cumpre com seu Regimento Interno (R.I.) e exerce o controle social?

RESPOSTAS	CONSELHEIROS	GESTORES
Sim	31,6%	26,1%
Não	68,4%	73,9%
TOTAL	100%	100%

Assim, o CES/RJ, como instância de controle social, não funcionaria a contento, em razão de que a cultura política e a aproximação dos conselheiros com a definição de seu papel são questões ainda em aberto. Se, por um lado, após duas décadas de institucionalização do formato participativo,

12 A pergunta correspondente a esses dados foi: “Qual o papel que o Conselho Estadual de Saúde desempenha no processo decisório da Secretaria Estadual de Saúde?”.

13 A pergunta correspondente a esses dados foi: “Algum grupo/associação acumula mais poder do que outros [no Conselho Estadual de Saúde]?”. A pergunta que complementa a anterior foi: “Quais são os grupos/associações que acumulam mais poder do que outros? Especifique os motivos”.

permanece a questão acerca da legitimidade e reconhecimento dos sujeitos políticos representantes de demandas da sociedade, de outra parte, a dinâmica de como o controle social poderia se efetivar (reuniões plenárias e conferências de saúde) traduz atualmente o caráter altamente burocratizado dos modos de *accountability* (BOHMAN, 1997; LAVALLE e CASTELLO, 2008; O'DONNELL, 1998). É justamente nesse sentido que, para os conselheiros entrevistados, os representantes da sociedade não estão suficientemente capacitados para tomar decisões; são 68,4% que responderam afirmativamente a essa indagação.

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

Com efeito, a tendência à burocratização da prática de controle social levaria à tecnificação da própria atividade do conselheiro que, no sentido weberiano, sugere o exercício de atividades “regulares necessárias aos objetivos da estrutura governada burocraticamente [...] distribuídas de forma fixa como deveres oficiais e em que medidas metódicas para realização desses deveres e para execução dos direitos correspondentes” limitam a esfera de ação dos atores. Assim, essa tendência à burocratização do trabalho efetivado pelos conselheiros estaduais de saúde leva à *concentração dos meios da administração* em círculos de segmentos que acumulam mais poder político do que outros, enfraquecendo o poder do *demos* (WEBER, 1982, p. 229 e 262; BISPO JR. e GERSCHMMAN, 2013).

A prática do controle social nas arenas políticas de deliberação governamental significou, para a sociedade política brasileira, uma das possibilidades de incidir os pleitos societários no processo de decisão de políticas. Nesse sentido, e como bem ressaltaram Bispo Júnior e Gerschman (2013, p. 12; 2015), compreender o papel cada vez mais forte (ou frágil) do *demos* no sistema político e nas arenas conselheiras de participação social, remete à reflexão sobre o tipo de democracia à qual nos referimos. As correlações de força dentro dos conselhos de saúde, em geral, não poderiam ser

contrabalançadas pela mera incidência maior ou menor da quantidade de votos de um segmento – o que representa somente a igualdade formal entre os atores. Afinal, a garantia da igualdade formal e o correlato funcionamento procedimental da arena de deliberação dos conselhos de saúde apenas indicam a maior capacidade de inclusividade de atores, mas não o intento de interação discursiva entre eles, que levaria o controle social à condição de portador efetivo do *demos*.

## Considerações finais

O objetivo deste trabalho foi o de demonstrar que, num contexto macroestrutural, a democratização das arenas políticas de deliberação – caso notório dos Conselhos de Saúde – trouxe como emblema a maior intenção de aproximação entre Estado e Sociedade. Como ressaltado ao longo da pesquisa, no entanto, somente a garantia da paridade entre os assentos nos Conselhos de Saúde e a maior pluralidade de instituições/organizações que participam das arenas deliberativas das políticas de saúde não garantiria a legitimidade e o reconhecimento do tipo de democracia deliberativa.

A formação do sujeito político – orientado pela identidade com a representação nos processos participativos (da sociedade, dos profissionais de saúde, dos gestores e dos prestadores) – seria um dos pressupostos fundamentais na conformação de graus cada vez mais elevados de expressão democrática. A experimentação com valores próprios à democracia projetaria o sujeito conselheiro numa visão mais ampla do justo (*fair*) e dos princípios de justiça (*fairness*), o que, em certa medida, configuraria lógicas de ação coletiva próximas ao modelo de instituições participativas. Tais lógicas, portanto, conformariam canais por meio dos quais as relações Estado/Sociedade transformariam a centralização burocrática das decisões sobre políticas no âmbito da gestão em relações mais horizontalizadas.

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

A pesquisa sobre o CES/RJ mostrou o modo como, na arena política de deliberação no Estado do Rio de Janeiro os conflitos sociais e/ou políticos estão organizados segundo uma seletividade que lhes é impressa/plasmada

pelo próprio Estado, portanto, pelos representantes da gestão. Assim, os decisores de políticas (*policy makers*), tal como na lógica da ação coletiva, procuram maximizar seus interesses – que correspondem aos projetos políticos do Governo Estadual – imprimindo às atividades dos conselheiros estaduais de saúde barreiras institucionais à sua efetiva ação política.

Vários problemas são suscitados pela literatura e pelos partícipes dos conselhos de saúde – entre os quais o papel institucional das arenas deliberativas do SUS é expresso como um verdadeiro impasse. De certo modo, há uma secundarização desses fóruns de participação – como evidenciaram os próprios conselheiros estaduais do RJ – em proveito da tomada de decisão dos atores estatais, nucleados em comunidades de políticas (*policy communities*) que extrapolam o âmbito de atuação dos atores societários (como é o caso das comissões intergestores).

Em razão desses dilemas, não só a prática do controle social pela via da participação social avança timidamente – sem que, com isso, os próprios sujeitos políticos, representantes de cidadãos de direito, possam influir nas decisões do Estado - mas a própria prática da política reproduz (ou melhor, espelha) a decisão de uma minoria. De efeito, se reedita uma forma de controle social em que o Estado procura (por meio de escolhas centralizadas no poder das classes políticas) dirigir a ordem social.

**ABSTRACT: The aim of this paper is to discuss some of the dilemmas concerning social control and collective action logic under the Health Council of Rio de Janeiro. The research focused on the role of representatives of society and health professionals vis-a-vis the Health Department managers during two government administrations. Since the 1990s, several deadlocks were pointed out regarding the establishment and development of Brazil's participatory institutionspolitical culture. In Health Councils, the lack of definition of the role of various representationcouncils and the bureaucratization of social control are challenges faced by the legitimacy of these participatory forums. If the case of theHealth Council of RJ, the society's board of representatives and health professionals face their own dilemmas of autonomy of the political subject, which acts in a deliberative political arena strongly institutionalized and politically directed by managers. As a case study, we used a varied array of methods including direct observation, content analysis and semi-structured interviews. State counselors mobilize the political space of the Health Council of RJ in favor (or intentionally) to discuss the deadlocks of the SUS, but advances in health policies are undermined by the clearly imprinted hegemony of the performance of managers.**

Artigo

Recebido: 10/01/2016

Aprovado: 04/03/2016

**Keywords:**

**collective action;  
social participation;  
social control;  
health councils;  
democratization**

## Referências

BACHRACH, Peter; BARATZ, Morton. Two faces of power. The American Political Science Review, v. 56, n. 4, dec.1962.

BISPO JÚNIOR, José P.; GERSCHMAN, Silvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, dez, 2013.

BISPO JÚNIOR, José P.; GERSCHMAN, Silvia. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 1, janeiro de 2015.

BOHMAN, James. *Public deliberation: pluralism, complexity, and democracy*. Cambridge: MIT, 1996.

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

BRASIL (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE). Resolução 333, de 4 de nov. de 2003 – aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2003.

BRASIL (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE). Resolução 453, de 10 de maio de 2012 – aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

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

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

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

COLLINS, Randall. *Quatro tradições sociológicas*. Petrópolis: Vozes, 2009.

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

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

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

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

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

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

DURÁN, Paulo R. F.; GERSCHMAN, Silvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, 2014.

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

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

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

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

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

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde do estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social. In: UGÁ, Maria Alicia D. de

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

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

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

LANDI, Oscar. Crisis y lenguaje políticos. *Estudios CEDES*, v. 4, n. 4, 1982.

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

LUCE, R. Duncan; RAIFFA, Howard. *Games and decisions*. New York: Wiley, 1975.

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

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

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

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

OFFE, Claus; SCHMITTER, Philippe C. Las paradojas y los dilemas de la democracia liberal. *Revista Internacional de Filosofía Política*, n. 6, 1995.

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

PITKIN, Hanna. *The concept of representation*. California: The University of California Press, 1972.

RIBEIRO, José M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, jan./mar. 1997.

RIO DE JANEIRO (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO). *Regimento interno do Conselho Estadual de Saúde/RJ*. Rio de Janeiro: CES/RJ, 2013.

SCHATTSCHNEIDER, Elmer E. The semi-sovereign people. New York: Wadsworth, 1960.

SCHMITTER, Philippe. Continúa el siglo del corporativismo? In: LANZARO, Jorge (Ed.). El fin del siglo del corporativismo. Bogotá: Nueva Sociedad, 1998.

SCHMITTER, Philippe. La consolidación de la democracia y la representación de los grupos sociales. Revista Mexicana de Sociología, año LV, n. 3, jul.-sept., 1993.

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

SKOCPOL, Theda. Bringing the State back in. In: EVANS, Peter; RUESCHMEYER, Dietrich; SKOCPOL, Theda (Ed.). Bringing the State back in. Cambridge: Cambridge University, 1985.

STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen. Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis. Cambridge: Cambridge University, 1992.

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

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

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

WEBER, Max. Ensaios de sociologia. Rio de Janeiro: LTC, 1982.