

MOBILIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO: UM JOGO DE SOMA ZERO*

Um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo

VERA SCHATTAN P. COELHO, ALEXANDRE FERRAZ,
FABIOLA FANTI E MEIRE RIBEIRO
VERSÃO DO INGLÊS: ALEXANDRE MORALES

RESUMO

O artigo apresenta um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde existentes em áreas da periferia do município de São Paulo. A partir da análise da história de mobilização social nas áreas enfocadas e o desempenho dos conselhos locais, busca examinar as relações entre a arquitetura desses conselhos gestores, o histórico de mobilização comunitária e os debates sobre políticas de saúde em cada uma dessas áreas. Por fim, procura situar os conselhos de saúde no contexto do debate internacional sobre a gestão participativa e o aprofundamento da democracia.

PALAVRAS-CHAVE: *Conselhos de saúde; mobilização social; gestão participativa; democracia*

ABSTRACT

The article discusses some results of a research project on the dynamics of public healthcare councils in peripheral neighborhoods of the city of São Paulo. Based on the analysis of practices of social mobilization in the considered areas and the performance of the local councils, it examines the relations between the design of these councils, the history of mobilization in each of the areas, and seeks to situate these councils in the context of the international debate on participative governance and the deepening of democracy.

KEYWORDS: *Healthcare councils; social mobilization; participative governance; democracy*

[*] Este artigo apresenta resultados do projeto de pesquisa “Políticas públicas de saúde e participação social na cidade de São Paulo”, conduzido pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) com apoio do Development Research Centre on Citizenship, Participation and Accountability/Institute of Development Studies/University of Sussex e do Centro de Estudos da Metrópole. Os autores agradecem aos conselheiros das subprefeituras e a Carlos

Governos e organizações sociais vêm encontrando crescentes dificuldades para promover o envolvimento da sociedade no processo de tomada de decisões sobre políticas públicas. Diversos problemas têm sido reconhecidos, e entre eles a literatura sobre o tema tem ressaltado a ausência de envolvimento de forças sociais ativas e a “captura” dos processos participativos por grupos mais organizados¹. Duas linhas de ação têm sido recomendadas para combater esses riscos: a reestruturação dos mecanismos participativos² e a mobilização dos atores sociais³. Neste artigo, argumentamos que essas medidas

tendem a levar a um jogo de soma zero, já que, de um lado, mobilização sem estruturação aumenta o risco de “captura” e, de outro, reestruturação sem mobilização pode facilmente implicar a adoção de procedimentos formais que contribuem para inibir uma participação mais espontânea e vívida. Sugerimos, em contrapartida, que a conjunção de reestruturação e mobilização pode aumentar as chances de êxito do projeto de gestão participativa.

A fim de avaliar as possibilidades e os limites da mobilização social e da estruturação organizacional no projeto de promover o envolvimento da sociedade nas deliberações acerca de políticas públicas, realizamos um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde existentes em áreas da periferia do município de São Paulo. Buscou-se examinar as relações entre a arquitetura desses conselhos gestores, o histórico de mobilização comunitária e os debates sobre políticas de saúde em cada uma dessas áreas.

Os conselhos de saúde foram instituídos pela Constituição Federal de 1988, que os definiu como mecanismos responsáveis por reunir organizações da sociedade civil, provedores de serviços e administradores públicos na gestão do sistema de saúde. Esses conselhos operam em todos os estados e em quase todos os municípios brasileiros, lidando com questões de prestação de serviços, acompanhamento do orçamento e estabelecimento de prioridades. Hoje, além deles, há conselhos de saúde locais nas grandes cidades.

Nossa pesquisa enfocou seis conselhos de saúde atuantes em localidades pobres e caracterizadas por diferentes histórias de mobilização social. Comparamos as dinâmicas de tais conselhos no tocante aos debates neles conduzidos e às dimensões da inclusão, da participação e da rede de conexões. Essas dimensões estão estreitamente relacionadas com os três eixos que Dryzek⁴ considera essenciais para a democratização da vida política: ampliação do número de pessoas efetivamente incluídas nas decisões coletivas, das questões submetidas à deliberação democrática e da participação de atores autônomos e competentes.

O presente artigo está estruturado em seis seções além desta introdução. Na próxima seção, busca-se situar os conselhos de saúde no contexto do debate internacional sobre a gestão participativa e o aprofundamento da democracia. Na terceira seção, expõem-se a metodologia e os pressupostos da pesquisa. Na quarta seção apresenta-se uma breve caracterização dos movimentos populares de saúde nas seis áreas sob estudo. Na quinta seção descrevem-se e comparam-se as discussões e as dinâmicas verificadas em cada conselho. Em seguida, discutem-se as relações entre a história de mobilização social nas áreas enfocadas e o desempenho dos conselhos locais. Por fim, apresentam-se algumas considerações sobre certos aspectos metodológicos e analíticos da pesquisa.

Neder por sua colaboração e suas entrevistas, bem como a John Gaventa, Mark Warren, Bettina von Lieres e Naila Kabeer por seus preciosos comentários e sugestões. Frederico Menino discutiu e editou este texto intensivamente, ajudando a aprimorar as versões anteriores.

[1] Avritzer, L. e Navarro, Z. (orgs.). *A inovação democrática no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2003; Coelho, V. S. e Nobre, M. (orgs.). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: 34 Letras, 2004; Ansell, C. e Gash, A. “Collaborative governance in theory and practice”. *Journal of Public Administration Research and Theory Advance Access*, 2007, vol. 18, n° 4, pp. 543-71.

[2] Fung, A. “Recipes for public spheres: eight institutional design choices and their consequences”. *Journal of Political Philosophy*, 2004, vol. 11, n° 3, pp. 338-67.

[3] Gaventa, J. “Finding the spaces for change”. *IDS Bulletin*, 2006, vol. 37, n° 6, pp. 23-33; Mohanty, R. “Gendered subjects, the State and participatory spaces: the politics of domesticating participation in rural India”. In: Cornwall e Coelho (eds.). *Spaces for change? The politics of participation in new democratic arenas*. Londres: Zed Books, 2007; Cornwall, A. “Negotiating participation in a Brazilian municipal health council”. In: Cornwall e Coelho (orgs.), op. cit.

[4] Dryzek, J. S. *Deliberative democracy and beyond*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

É cada vez mais recorrente afirmar-se que para ampliar o potencial de transformação social da democracia é preciso ir além da consolidação de suas dimensões formais e estruturais. A par da garantia de eleições regulares, partidos independentes e liberdade de expressão e associação, portanto, cabe instituir mecanismos capazes de promover maior envolvimento dos cidadãos, maior transparência e um fluxo de informações mais amplo e horizontal nas decisões sobre políticas públicas.

Ao longo dos anos de 1980 e 1990, distintas perspectivas teóricas propuseram formas mais abrangentes de democracia, ao mesmo tempo em que diversas experiências baseadas nos ideais de participação, deliberação e descentralização foram implementadas em diferentes países e relatadas por diversos estudiosos⁵. Essas experiências acabaram por trazer à tona os riscos presentes nos processos de “aprofundamento da democracia” (*deepening democracy*). Esses riscos foram apontados por uma série de autores que questionaram os efeitos de tais iniciativas. Suas advertências ecoam preocupações colocadas anteriormente por autores como Weber e Schumpeter⁶, que chamaram a atenção para os possíveis problemas associados a deliberações com base em posicionamentos leigos e mal informados, tais como o populismo e o oportunismo vinculados à figura do líder conectado às massas sem a intermediação de partidos políticos, as assimetrias na capacidade de mobilizar e participar e o fato de que interesses específicos podem se organizar mais facilmente e, assim, obstruir políticas voltadas a um público mais amplo porém menos organizado. Examinando experiências participativas de descentralização em diversos países, Robinson⁷ afirma que elas apresentam limitações por falta de comprometimento das lideranças locais, de mobilização política entre os pobres, de recursos financeiros suficientes para assegurar sua sustentabilidade e de capacitação técnico-administrativa dos participantes, além de haver disparidade de informações entre eles.

Em outro sentido, vários autores mostraram que sob certas condições de estruturação dos processos participativos, de organização da sociedade civil e de envolvimento dos gestores públicos efetivamente ocorrem ganhos redistributivos e aumento da participação de setores sociais tradicionalmente marginalizados⁸. Também foi apontado que os processos deliberativos contribuem para a mudança de posições e opiniões dos participantes, atenuando polarizações em torno de questões polêmicas⁹.

Entretanto, trabalhos recentes que partiram dessa perspectiva mais otimista apontaram que algumas questões importantes sobre

[5] Dryzek, op. cit.; Fung e Wright, E. O. (eds.). *Deepening democracy: institutional innovations in empowered participatory governance*. Londres: Verso, 2003; Gaventa, op. cit.

[6] Weber, M. *Essays in sociology*. Oxford: Oxford University Press, 1946; e Schumpeter, J. *Capitalism, socialism and democracy*. Londres: Allen and Unwin, 1976.

[7] Robinson, “Does decentralisation improve equity and efficiency in public service delivery provision?”. *IDS Bulletin*, 2007, vol. 38, n° 1, pp. 7-17.

[8] Abers, R. *Inventing local democracy: grassroots politics in Brazil*. Westview: Boulder, 2001; Wampler, B. e Avritzer, L. “Públicos participativos: sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático”. In: Coelho e Nobre (orgs.), op. cit.

[9] Abelson, J. e Gauvin, F.-P. *Assessing the impact of public participation*. Canadian Policy Research Networks (research report). Ontario: McMaster University, 2006.

o potencial democrático dos processos participativos permanecem em aberto¹⁰. Diante da informalidade que caracteriza essa forma de participação, como verificar se grupos tradicionalmente marginalizados — sem conexões político-partidárias e que não pertencem à rede de relações dos gestores públicos — estão sendo incluídos nos processos deliberativos ou tendo acesso aos seus benefícios distributivos? Os mecanismos participativos estariam de fato promovendo maior transparência no modo de conduzir as políticas públicas? Há inovação nas políticas geradas a partir das informações fornecidas pelos representantes da sociedade civil?

Em suma, esses trabalhos chamam a atenção para a ausência de especificação sobre a qualidade dos processos de democratização (inclusão, envolvimento, transparência) ou dos efeitos atribuídos à participação (inovação, distribuição). Que grau, por exemplo, de inclusão ou de inovação deve ser atingido para que o efeito desses processos possa ser inequivocamente reconhecido como um “aprofundamento da democracia”? Soma-se a isso uma indefinição quanto às circunstâncias em que gestores públicos, estrutura organizacional e mobilização social, fatores reconhecidos por vários autores como entraves aos processos deliberativos, deixariam de ser obstáculos e passariam a ser fatores de facilitação¹¹.

Tendo em vista essas questões, elaboramos uma metodologia que contribui para avaliar em que medida os projetos participativos estariam avançando nesses aspectos. Para desenvolver essa análise, planejamos inicialmente trabalhar com fóruns participativos situados em áreas com diferentes histórias de mobilização social, caracterizados por diferentes estruturas organizacionais e organizados por gestores públicos com diferentes graus de comprometimento com o projeto participativo. Como essa estratégia se mostrou inviável, decidimos nos concentrar em localidades com diferentes histórias de mobilização, uma vez que estudos anteriores já haviam explorado mais sistematicamente a importância das demais variáveis nos resultados de experiências participativas¹².

Para investigar a capacidade dos processos participativos de promover inclusão, deliberação e inovação, adotamos a mesma linha de outros estudos que têm enfatizado a necessidade de se construir modelos que possibilitem a análise e a comparação sistemáticas de experiências participativas¹³. Eles ressaltam a importância dessa linha de pesquisa para a identificação dos procedimentos e dos incentivos que favorecem a expressão das demandas dos mais desfavorecidos. Também chamam a atenção para a importância de investigar os impactos da participação social na elaboração e na implementação de políticas públicas.

Para analisar a trajetória de mobilização dos atores da sociedade civil, seguimos um grupo de autores para os quais o êxito de projetos par-

[10] Coelho, “Democratization of Brazilian health councils”. *International Journal of Urban and Regional Research*, 2006, vol. 30, nº 3, pp. 656-71; Dagnino, E. e Tatagiba, L. *Democracia, sociedade civil e participação*. Chapecó: Argos, 2007; Bebbigton, A., Abramovay, R. e Chiriboga, M. “Social movements and the dynamics of rural territorial development in Latin America”. *World Development*, 2008, vol. 36, nº 12, pp. 2.874-87.

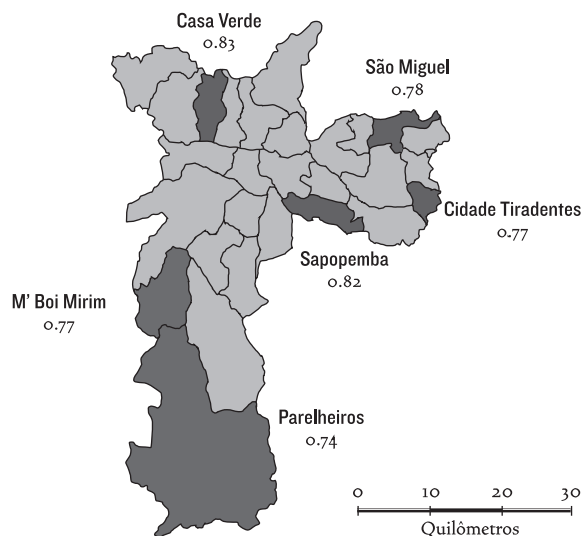
[11] Andrade, I. A. L. “Descentralização e poder municipal no Nordeste: os dois lados da moeda”. In: Soares, J. A. *O orçamento dos municípios do Nordeste brasileiro*. Brasília: Paralelo 15, 1998; Carneiro, C. B. L. “Conselhos: uma reflexão sobre os condicionantes da sua atuação e os desafios de sua efetivação”. *Informativo Cepam*, 2002, vol. 1, nº 1, pp. 62-70.

[12] Coelho, op. cit.; Wampler e Avritzer, op. cit.; Heller, P. “Moving the State: the politics of democratic decentralization in Kerala, South Africa and Porto Alegre”. *Politics and Society*, 2001, vol. 29, nº 1, pp. 131-63.

[13] House, E. e Howe, K. “Deliberative democratic evaluation checklist”. Evaluation Checklist Project, 2000 <www.wmich.edu/evalctr/checklist>; Rowe, G. e Frewer, L. J. “Evaluating public-participation exercises”. *Science, Technology & Human Values*, 2004, vol. 29, nº 4, pp. 512-56; Abelson e Gauvin, op. cit.; Ansell e Gash, op. cit.

FIGURA 1

Localização e índices de desenvolvimento humano das seis subprefeituras sob estudo



[14] Cornwall e Coelho (orgs.), op. cit.

[15] Putnam, R. D. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press, 1993; Verba, S., Schlozam, L. K. e Brady, H. *Voice and equality: civic voluntarism in American politics*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995.; Costa, S. "Movimentos sociais, democratização e a construção de esferas públicas locais". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 1997, vol. 12, nº 35.

[16] A Constituição definiu a saúde como um direito de todos os cidadãos e atribuiu ao Estado a responsabilidade de instituir e manter um sistema de saúde público unificado (Sistema Único de Saúde — SUS), cujos fundamentos prevêem prestação de contas à sociedade e participação social.

[17] Coelho, op. cit.

[18] O IDH varia de 0,74 a 0,95 entre todas as subprefeituras de São Paulo.

ticipativos ou descentralizadores depende dos contextos associativos em que são implementados¹⁴. Esses autores destacam a importância dos processos de mobilização para garantir a participação de atores que possuem menos recursos. Em paralelo, autores que trabalham com a noção de “capital social” afirmam que a participação e a deliberação só se efetivam em ambientes sociais com alguma experiência de engajamento civil e mobilização política¹⁵.

Ambas as perspectivas têm reconhecida importância no debate sobre o aprofundamento da democracia, mas de modo geral são tratadas em separado pela literatura em questão. Neste estudo, elas foram consideradas conjuntamente, como parte de um esforço de comparação sistemática de dinâmicas participativas verificadas em localidades com diferentes histórias de mobilização social.

METODOLOGIA E PRESSUPOSTOS DA PESQUISA

A cidade de São Paulo tem um conselho de saúde de âmbito municipal e conselhos locais em cada uma de suas 31 unidades político-administrativas (subprefeituras). Esses conselhos seguem o modelo institucional estabelecido pela Constituição Federal de 1988¹⁶, e estão diretamente ligados à Secretaria Municipal de Saúde.

O estudo de caso aqui apresentado baseou-se em uma pesquisa sobre a criação e a organização dos 31 conselhos locais de saúde (CLs), realizada entre 2001 e 2005¹⁷. A fim de comparar CLs estabelecidos em localidades similarmente pobres, selecionamos seis subprefeituras com Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) entre 0,74 e 0,83 (ver Figura 1)¹⁸. Como estávamos interessados em verificar as

condições e os efeitos da participação social em localidades com diferentes trajetórias associativas, selecionamos três CLs situados em áreas com forte experiência de mobilizações relacionadas com demandas de serviços de saúde e outros três em áreas com menor tradição de mobilização. Assim, o primeiro grupo foi composto pelas subprefeituras de São Miguel, Cidade Tiradentes e M'Boi Mirim, e o segundo por Casa Verde, Vila Prudente/Sapopemba e Parelheiros¹⁹. A seção seguinte apresenta uma breve caracterização dos movimentos de saúde em cada localidade.

Quatro métodos foram empregados para caracterizar e comparar os seis conselhos selecionados: análise de um total de 83 minutos de reuniões dos conselhos referentes ao período de janeiro de 2006 a agosto de 2007²⁰; aplicação de questionário junto a 85 conselheiros representando usuários e gestores de serviços de saúde²¹; observação participante das reuniões; e pesquisa bibliográfica para reconstituição da história da mobilização popular nas localidades sob estudo.

A pesquisa assumiu quatro hipóteses a serem averiguadas. Presupôs-se que os conselhos de áreas com maior experiência de mobilização social seriam mais inclusivos e participativos e apresentariam redes de conexões mais amplas e maior proporção de propostas para solucionar problemas no sistema público de saúde. Esses pressupostos foram examinados em duas etapas.

Na primeira etapa, trabalhamos com um modelo elaborado para avaliar as dinâmicas dos conselhos em termos de inclusão, conexões e participação. Definimos para cada uma dessas dimensões um conjunto de variáveis que permitisse a atribuição de valor 0 ou 1, com valor 1 conferido aos resultados mais positivos a partir de uma revisão bibliográfica. Na segunda etapa, classificamos os debates realizados nos conselhos de acordo com duas temáticas: questões de saúde e de participação. Uma vez agrupados, esses temas foram codificados em seis indicadores, e para cada um deles atribuiu-se valor 0 ou 1, conferindo-se valor 1 aos conselhos onde houve maior número de intervenções em um dado tema. Os resultados dessas duas seções são discutidos na quinta seção.

HISTÓRICO E PERFIL DOS MOVIMENTOS DE SAÚDE LOCAIS

Em meados dos anos de 1970, o município de São Paulo assistiu a um grande aumento populacional e a uma ocupação territorial desorganizada em suas áreas mais periféricas. Em consequência, houve um forte aumento da demanda por serviços essenciais. Os moradores dessas áreas recém-ocupadas mobilizaram-se para reivindicar esses serviços, o que em muitos casos resultou na formação de movimentos populares organizados²².

[19] Essa classificação foi baseada em pesquisa bibliográfica e discutida com Carlos Neder, ex-conselheiro de saúde, deputado estadual pelo PT e pesquisador especialista em movimentos de saúde na cidade de São Paulo, e Nabil Bonduki, ex-vereador e pesquisador especialista em movimentos social em São Paulo.

[20] Um formulário-padrão foi elaborado a fim de nortear a coleta e a análise dos dados disponíveis nessas reuniões.

[21] Do total de 61 conselheiros representantes de usuários, 34 (56%) representavam alguma associação. De acordo com legislação municipal de 2004, os conselhos gestores de saúde devem ter 24 membros e respectivos suplentes, 50% dos quais representando usuários e os demais 50% correspondendo a representantes de trabalhadores da saúde (25%) e a representantes do Poder Público e de prestadores de serviços (25%). Esses questionários estão disponíveis em http://www.centrodametropole.org.br/dados/saude/questionario_conselheiros_gest_logos.pdf; http://www.centrodametropole.org.br/dados/saude/questionario_conselheiros_usu_logos.pdf.

[22] Jacobi, P. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde — São Paulo, 1974-1984*. São Paulo: Cortez, 1993.

[23] Neder, C. A. P. *Participação e gestão pública: a experiência dos movimentos populares de saúde no Município de São Paulo*. Campinas, SP: dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 2001.

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

[25] *Ibidem*.

[26] Singer, P. e Brant, V. C. (orgs.). *São Paulo: o povo em movimento*. Rio de Janeiro: Vozes, 1983; Sacardo, G. A. e Castro, I. E. N. *Saúde: conselho municipal*. São Paulo: Instituto Pólis (Cadernos do Observatório de Direitos do Cidadão nº 8), 2002.

[27] Bógus, op. cit.; Machado, L. M. V. *Atores sociais: movimentos urbanos, continuidade e gênero*. São Paulo: Annablume, 1995.

[28] Neder, op. cit.

Os movimentos por serviços de saúde emergiram no curso dessas mobilizações. Em 1977, um grupo de mulheres de vários bairros da Zona Leste começou a organizar eventos e protestos públicos para pressionar a Secretaria Estadual de Saúde a construir um centro de saúde na região²³. Em 1979, o centro foi inaugurado e no mesmo ano foi instituído um conselho para monitorá-lo, com membros eleitos por mais de oito mil moradores da região²⁴. Em 1981, outros dezoito conselhos foram eleitos para monitorar os centros de saúde da Zona Leste.

A partir de 1989, o Movimento de Saúde da Zona Leste procurou intensificar suas conexões com movimentos de saúde de outras regiões da cidade, visando à criação de um conselho municipal de saúde. Nesse momento, os militantes do movimento — muitos dos quais funcionários da Secretaria Estadual de Saúde — estavam empenhados na luta por um sistema de saúde universal e no combate à privatização dos serviços de saúde²⁵.

Os movimentos de saúde têm uma trajetória muito semelhante a de outros movimentos surgidos ao longo do período de redemocratização. Eles se organizaram em torno das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e das pastorais da Igreja Católica, das associações de bairro, dos grupos de educação popular e dos movimentos contra a pobreza²⁶. O Partido dos Trabalhadores (PT) também foi uma fonte de apoio ao fornecer locais para reuniões e abrir espaço institucional para os movimentos, além de lançar candidatos ligados a eles²⁷. Houve ainda uma conjunção de intelectuais, estudantes e artistas que deram uma importante contribuição aos movimentos ao proporcionar-lhes condições políticas e de infra-estrutura por meio de seus trabalhos e de sua influência social²⁸.

Com relação às subprefeituras enfocadas neste estudo, cabe destacar sucintamente alguns aspectos, a começar pelo grupo das três localidades com maior experiência de mobilização social. Uma delas é São Miguel, que esteve entre aquelas envolvidas no movimento de saúde pioneiro da Zona Leste. Já em Cidade Tiradentes, também na Zona Leste, a mobilização comunitária intensificou-se mais recentemente, sobretudo com o movimento organizado para garantir a construção do hospital local. M'Boi Mirim, na Zona Sul, compõe uma área pobre que há alguns anos apresentava altos índices de violência. A presença de associações com poder de mobilizar a comunidade (como a Sociedade Santos Mártires e o Fórum de Defesa da Vida) foi decisiva para que os moradores se articulassem por melhores condições de vida. A luta pela construção do hospital local foi um dos impulsos para esse contexto de mobilização social. Um traço distintivo dos movimentos de saúde atuantes nessas três áreas é que eles dão grande importância à preservação de sua autonomia em suas interações na esfera política.

Entre as localidades com menor experiência de mobilização, Pa-
relheiros, no extremo da Zona Sul, teve participação de destaque nas
mobilizações sociais da segunda metade dos anos de 1970. Em anos
mais recentes, porém, o movimento organizado dessa área sofreu
uma retração em virtude, pelo menos em parte, da debilitação de se-
tores progressistas da Igreja Católica que apoiavam os movimentos
populares locais.

Localizada numa porção menos periférica da Zona Leste, a área de
Vila Prudente/Sapopemba tem um movimento social historicamente
menos organizado do que aqueles de outras localidades da região, com
os quais atuou em conjunto por longo tempo. Esse fato está relaciona-
do com a decisão do movimento local de atuar de forma independente
ao Movimento de Saúde da Zona Leste, o que acabou por reduzir os
apoios e os recursos disponíveis.

Na Zona Norte, onde está situada a subprefeitura de Casa Verde,
verifica-se uma intensa institucionalização do movimento de saúde
(também característica da Zona Oeste), já que sua organização e atu-
ação se apóiam amplamente nos mecanismos participativos implan-
tados pelo poder público.

Essa síntese da trajetória dos movimentos populares locais visa
contribuir para a compreensão das dinâmicas dos CLs abordadas a
seguir. Não obstante, cabe ressaltar que outras formas de mobiliza-
ção e organização também se fazem notar no âmbito desses fóruns
participativos.

OS CONSELHOS DE SAÚDE: DEBATES E DINÂMICAS

Nesta seção, comparamos as dinâmicas, as discussões e as propos-
tas observadas nos seis CLs selecionados para este estudo no período
de janeiro de 2006 a agosto de 2007. Começamos por examinar as di-
nâmicas dos conselhos em relação às dimensões da inclusão, da rede
de conexões e da participação, e, em seguida, caracterizamos os deba-
tes ali realizados.

Para dar ao leitor uma idéia de como foram calculados os indica-
dores apresentados nessa seção é apresentada a seguir uma breve ex-
plicação dos passos que permitiram converter variáveis contínuas em
dicotômicas (0 ou 1)²⁹.

Para as três primeiras dimensões, foi atribuído o valor 1 aos con-
selhos que apresentaram maior: (i) inclusão; (ii) participação; e (iii)
conexões. Para a quarta dimensão, associada os debates realizados
nos conselhos, associou-se o valor 1 aos conselhos em que houve
maior número de intervenções referentes aos seguintes temas: (i)
problemas da saúde; (ii) influência política; (iii) procedimentos.
Os critérios valorativos que sustentam os julgamentos daquilo que

[29] Para uma apresentação deta-
lhada do cálculo de cada variável, ver
[http://www.centrodametropole.org.
br/v1/dados/saude/Anexos_Arti-
go_Saude_CDRCCEM.pdf](http://www.centrodametropole.org.br/v1/dados/saude/Anexos_Arti-
go_Saude_CDRCCEM.pdf).

pode ser reconhecido, por exemplo, maior inclusão ou participação são apresentados e discutidos no começo de cada subseção a partir de uma breve revisão bibliográfica.

Os procedimentos metodológicos que permitiram a conversão de variáveis contínuas em dicotômicas variaram em função dos dados disponíveis. Entretanto, os dois exemplos apresentados a seguir foram os mais comuns. Primeiro exemplo: para características da população como gênero, idade ou cor da pele, identificamos o perfil da população na área de abrangência de cada conselho e medimos a aderência entre a distribuição observada nos conselhos e a distribuição “normal” observada na população (sendo considerada aderente uma distribuição até 10% acima ou abaixo da distribuição normal). Assim, aos conselhos que apresentaram uma distribuição compatível com a da população atribuiu-se o valor 1³⁰. Segundo exemplo: com o objetivo de avaliar as conexões entre os conselhos e os gestores da área da saúde tomou-se o total de nomes citados, no caso 167, e calculou-se um número médio de citações por conselho. O valor 1 foi atribuído àqueles conselhos em que foram feitas citações acima dessa média.

A seguir são apresentados os resultados da análise para os seis CLS dessas quatro dimensões.

Inclusão

O que nos habilita a descrever, comparar e avaliar processos participativos no que diz respeito à promoção da inclusão? Não há resposta simples a essa questão, já que há uma considerável diversidade de concepções acerca do tipo de inclusão que um projeto participativo deve proporcionar.

Ao passo que as regulamentações dos conselhos de saúde estipulam uma representação adequada da sociedade civil organizada, alguns autores enfatizam a necessidade de promover a inclusão de setores sociais historicamente marginalizados dos processos políticos³¹, o que significa dar atenção aos segmentos populacionais não organizados e pouco mobilizados. Há ainda autores que preconizam um método seletivo em que o perfil sociodemográfico dos representantes espelhe aquele da população³². Esse método, conforme se argumenta, evitaria o favorecimento daqueles com mais recursos, assim como a monopolização dos debates por atores coletivos altamente politizados e com posições polarizadas.

Entre os muitos critérios possíveis para definir um maior grau de inclusão, adotamos indicadores que refletem um perfil mais plural nos aspectos associativo e político, um perfil demográfico que espelha o da população e um perfil socioeducacional com presença significativa dos menos favorecidos. O Gráfico 1 sintetiza as

[30] Como será explicado na próxima subseção adotamos um critério diferente para as variáveis socioeconômicas, nesses casos o valor 1 foi atribuído aos conselhos em que há forte presença de pessoas pobres e com poucos anos de estudo.

[31] Gaventa, op. cit.; Cornwall, op. cit.

[32] Fishkin, J. e Luskin, R. “Bringing deliberation to the democratic dialogue”. In: McCombs, M. e Reynolds, A. (eds.). *The poll with a human face: the national issues convention experiment in political communication*. Nova York: Erlbaum, 1999.

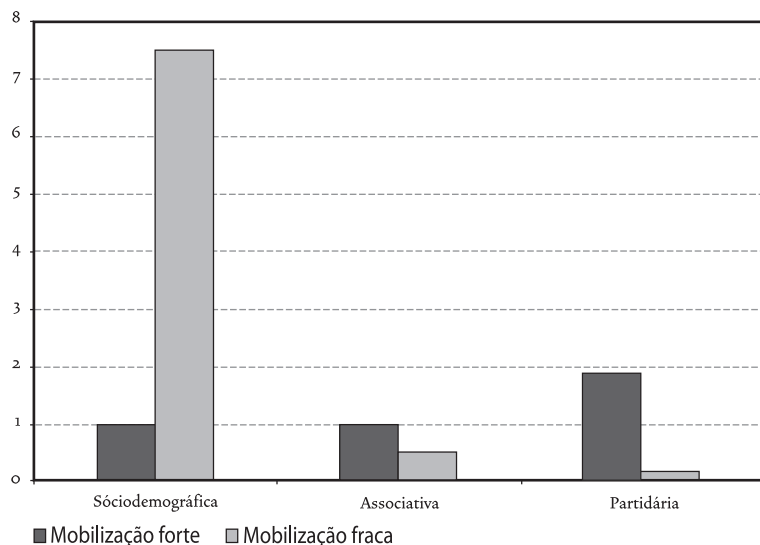
informações apresentadas na Tabela 1, que apresenta as variáveis relativas a esses perfis e os valores atribuídos a cada um dos CLs, com achados mais positivos codificados como 1.

No caso dos perfis socioeducacional e demográfico, os indicadores apontam para uma relação entre conselhos de áreas mais mobilizadas e maior inclusão. Quanto às características identificadas, cabe fazer três

[33] Os conselheiros declararam-se como representantes de movimentos populares de saúde, de unidades de saúde, associações religiosas, associações de bairro, sindicatos, grupos de direitos civis, fóruns participativos, movimentos de sem-teto ou sem-terra, grupos comunitários ou filantrópicos, associações de pessoas com deficiência ou como representantes não-filiados.

GRÁFICO I

Inclusão em 6 CLs. Município de São Paulo, 2006-2007



Fonte: Projeto de pesquisa “Políticas públicas de saúde e participação social na cidade de São Paulo (2006-2007)”, Cebrap/CEM/NCD/CDRC.

TABELA I

Indicadores de inclusão em conselhos de saúde
Subprefeituras de São Paulo, 2006-2007

Indicadores	O valor 1 indica maior	V. Prudente/Sapopemba	Casa Verde	Parelheiros	M'Boi Mirim	C. Tiradentes	S. Miguel
1. Gênero	Similaridade com a distribuição na população 31,5	1	0	0	0	1	1
2. Cor	Similaridade com a distribuição na população	0	0	0	1	0	1
3. Educação	Presença de conselheiros com baixo grau de escolaridade 40,0	0	0	0	1	0	1
4. Renda	Presença de conselheiros com baixa renda 40,9	0	1	0	1	0	1
5. Pluralidade partidária	Representação de diversas siglas 47,2	1	1	1	0	0	0
6. Associações Representação de diversos tipos de entidades	Representação de diversos tipos de entidades	1	0	1	0	1	0

Fonte: Projeto de pesquisa “Políticas públicas de saúde e participação social na cidade de São Paulo (2006-2007)”, Cebrap/CEM/NCD/CDRC.

observações. A primeira refere-se à expressiva participação de não-brancos, especialmente no conselho de Cidade Tiradentes, onde 70% dos membros declararam ser negros ou pardos. Em segundo lugar, 23% dos conselheiros não tinham o primeiro grau completo. Por fim, há um notável equilíbrio de gênero entre os conselheiros. Essas observações sugerem que o perfil sociodemográfico dos membros dos CLs se correlaciona ao da população das suas áreas de abrangência e que esse fato pode ser relacionado com a experiência de mobilização social destas áreas.

No caso do perfil político, os dados mostram uma forte predominância de conselheiros filiados ou simpáticos ao PT em cinco dos seis CLs, mas essa predominância é mais expressiva nas subprefeituras de áreas com maior experiência de mobilização social. Os casos de ligação com outros partidos foram encontrados em duas das subprefeituras onde há menor experiência de mobilização. De modo similar, o indicador referente ao perfil associativo aponta que os CLs de subprefeituras com menor mobilização apresentam maior pluralidade de associações representadas.

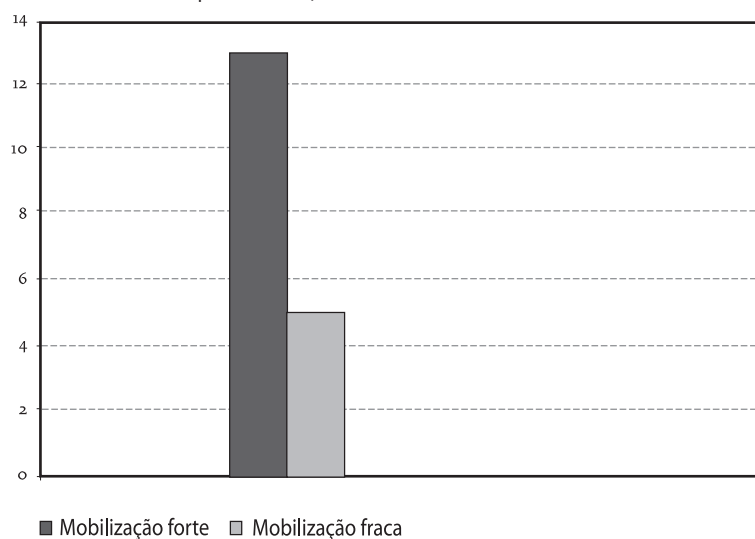
Conexões

O que nos habilita a descrever, comparar e avaliar processos participativos no que diz respeito às suas interações com outras instituições e processos de políticas públicas? Também nesse caso não há respostas simples, já que existe grande discordância quanto ao tipo de conexão e coordenação que se deve estabelecer entre esses âmbitos.

Neste estudo, examinamos as conexões dos CLs com diversos atores sociais, políticos e institucionais que tomam decisões relativas ao sistema de saúde. O Gráfico 2 sintetiza as informações apresentadas na

GRÁFICO 2

Conexões em 6 CLs. Município de São Paulo, 2006-2007



Fonte: Projeto de pesquisa "Políticas públicas de saúde e participação social na cidade de São Paulo (2006-2007)", Cebrap/CEM/NCD/CDRC.

TABELA 2
Indicadores de conexões em conselhos de saúde
Subprefeituras de São Paulo, 2006-2007

Indicadores	Critério O valor 1 indica maior número de	V. Prudente/ Sapopemba	Casa Verde	Parelheiros	M'Boi Mirim	C. Tiradentes	S. Miguel
1. Gênero	Citados pelos conselheiros	0	0	1	0	1	0
2. Políticos	Citados pelos conselheiros	0	0	0	0	1	1
3. Órgãos estatais	Citados nas minutas	0	1	0	1	0	0
4. Poderes Executivo e Legislativo	Citados pelos conselheiros como relacionados à entidade que representam	1	0	0	0	1	1
5. Instituições de saúde	Citadas nas minutas	0	1	0	1	1	0
6. Organizações	Citadas nas minutas	0	1	1	1	1	0
7. Associações	Citadas pelos conselheiros	0	0	1	0	1	1
8. Fóruns participativos	Citados nas minutas	0	0	0	1	1	0

Fonte: Projeto de pesquisa "Políticas públicas de saúde e participação social na cidade de São Paulo (2006-2007)", Cebrap/CEM/NCD/CDRC.

Tabela 2, que apresenta os dados colhidos para essa dimensão de acordo com as menções feitas nas entrevistas e nas minutas. Atribuiu-se valor 1 aos casos de maior porcentagem de menções em ambas.

É impressionante o número de menções a instituições de saúde (971), órgãos estatais (126) e fóruns participativos (36) citados nas entrevistas realizadas e nas minutas das reuniões. Entre as associações representadas pelos conselheiros, cerca de metade delas tem relações com os poderes Executivo e Legislativo do município. Também é expressivo o número de organizações (264) e políticos (37) mencionados pelos conselheiros. Os indicadores apontam claramente para uma relação entre maior experiência de mobilização e maior rede de conexões.

Participação

Vários autores que analisaram experiências participativas ressaltaram que as relações entre os atores são marcadas por fortes assimetrias, que os agentes estatais têm poder excessivo e que os fóruns participativos frequentemente são "capturados" por grupos político-partidários³⁴. Alguns estudos sugeriram ainda que certas características organizacionais têm a propriedade de minimizar essas assimetrias, facilitando os processos deliberativos³⁵.

O Gráfico 3 sintetiza os resultados da pesquisa em relação a esses aspectos. A Tabela 3 apresenta os quatro indicadores iniciais considerados os procedimentos organizacionais dos CLs quanto ao processo de

[34] Avritzer e Navarro, op. cit.; Ziccardi, A. *Participación ciudadana y políticas sociales en el espacio local*. Cidade do México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2004; Coelho e Nobre (orgs.), op. cit.

[35] Gastil, J. e Levine, P. *The deliberative democracy handbook*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2005.

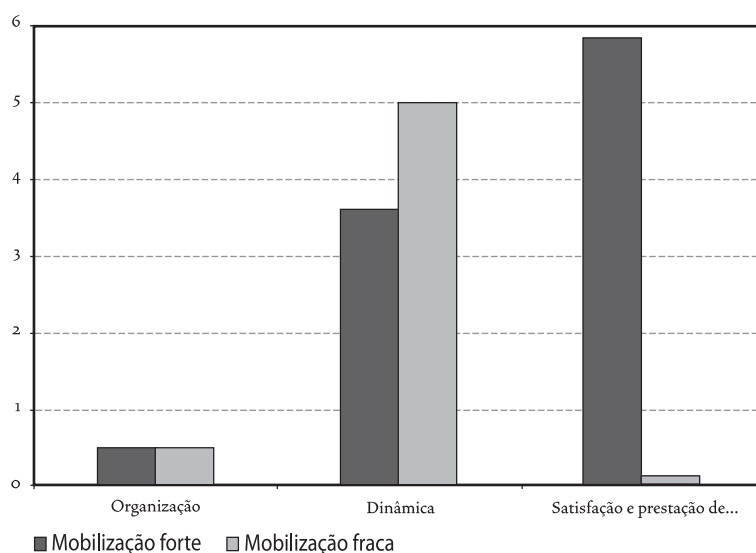
seleção dos conselheiros, à presença de facilitação e à coordenação da agenda de discussões. Os quatro seguintes relacionam-se com a dinâmica participativa nas reuniões. Os dois últimos referem-se à prestação de contas dos conselheiros aos setores por eles representados e à satisfação dos conselheiros com o desempenho dos CLs.

No que diz respeito às variáveis dos procedimentos organizacionais, a pesquisa apurou resultados pouco auspiciosos em todos os conselhos. Quanto às dinâmicas participativas, os indicadores de “ambiente” sugerem que os debates nos CLs são limitados, haja vista que poucos conselheiros intervêm nas reuniões e que 60% das intervenções são feitas por conselheiros que se manifestam apenas uma vez (o que sugere se tratar mais de informes do que de debates). Os indicadores de prestação de contas e de satisfação, por fim, mostram que os conselheiros de áreas com maior experiência de mobilização utilizam mais meios para manter suas bases informadas e manifestam maior satisfação com o desempenho de seus respectivos conselhos.

Os debates

O conjunto das 83 minutas analisadas evidencia que os conselhos discutiram uma ampla gama de questões, que classificamos em três grupos temáticos: *questões de saúde*, relativas a políticas e programas de saúde e problemas no acesso a atendimentos e serviços; *questões de participação*, referentes a procedimentos para a realização de eleições e reuniões; *problemas locais*, tais como aqueles relativos a abastecimento de água, infra-estrutura urbana ou segurança. Aqui vamos nos deter

GRÁFICO 3
Participação em 6 CLs. Município de São Paulo, 2006-2007



Fonte: Projeto de pesquisa “Políticas públicas de saúde e participação social na cidade de São Paulo (2006-2007)”, Cebrap/CEM/NCD/CDRC.

TABELA 3
Indicadores de participação em conselhos de saúde
Subprefeituras de São Paulo, 2006-2007

Indicadores	Critério O valor indica	V. Prudente/ Sapopemba	Casa Verde	Parelheiros	M'Boi Mirim	C. Tiradentes	S. Miguel
1. Processo seletivo	Transparência na seleção dos conselheiros	0	0	0	0	0	0
2. Facilitação das deliberações	Presença de facilitador	0	0	0	0	0	0
3. Coordenação	Maior proporção de reuniões coordenadas por conselheiros não-gestores	0	1	0	0	1	0
4. Temas	Maior equilíbrio de temas na agenda de discussões	0	1	1	0	0	
5. Intervenções	Maior participação de não-gestores	0	1	1	0	1	1
6. Intervenções	Maior participação de não-conselheiros	0	1	0	0	0	1
7. Ambiente	Maior número de conselheiros que intervieram nas reuniões	0	1	0	0	1	0
8. Ambiente	Maior número de vezes em que conselheiros intervieram nas reuniões	0	1	1	1	0	0
9. Prestação de contas	Maior número de meios utilizados para informar os públicos representados	0	0	1	1	1	
10. Satisfação	Maior satisfação dos conselheiros com o desempenho do conselho	0	0	0	1	1	1

Fonte: Projeto de pesquisa "Políticas públicas de saúde e participação social na cidade de São Paulo (2006-2007)", Cebrap/CEM/NCD/CDRC.

nos dois primeiros temas, fornecendo alguns breves exemplos dos debates ocorridos durante o período da pesquisa.

Uma das principais discussões sobre política de saúde ocorridas em São Paulo durante o período em foco girou em torno da concessão da gestão dos serviços de saúde a entidades filantrópicas, as chamadas Organizações Sociais de Saúde (OSSs). Os governos estadual e municipal estavam fortemente determinados a adotar um modelo de gestão mediante contratos firmados com OSSs para administrar os hospitais públicos e as recém-criadas unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMAs), voltadas ao tratamento rápido de pacientes com problemas de baixa e média complexidade. Em dezembro de 2005, setecentos delegados reunidos na Conferência Municipal de Saúde deliberaram pela rejeição das concessões a OSSs³⁶, mas isso não impediu que o modelo fosse implementado mediante lei municipal aprovada em janeiro de 2006.

Os conselhos de Casa Verde, Cidade Tiradentes, São Miguel e Parelheiros criticaram acerbamente as OSSs, afirmando que faziam parte do "processo de privatização da saúde no país", e o conselho de Pare-

[36] Teixeira, A. C., Kayano, J. e Tagiba, L. *Saúde: controle social e política pública*. São Paulo: Instituto Pólis (Cadernos do Observatório de Direitos do Cidadão, nº 29), 2007.

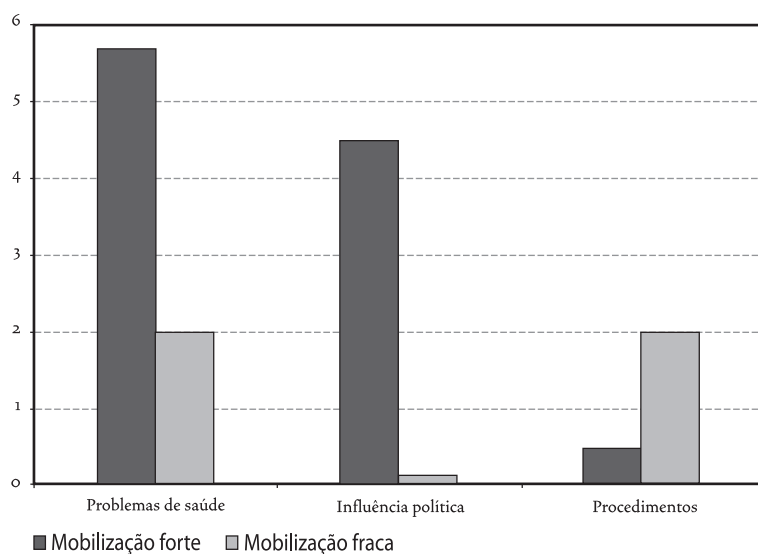
lheiros entrou com um mandato de segurança contra as OSSs. O conselho de M'Boi Mirim agiu de modo bastante diferente, dando apoio a uma OSS que atua na área e congratulando seus funcionários pelos serviços prestados à população local. Todos os conselhos discutiram a falta de controle social no âmbito das AMAs.

Ainda no que diz respeito às questões de saúde, os conselhos de São Miguel e de M'Boi discutiram como diminuir o absenteísmo de pacientes em consultas especializadas e sugeriram uma série de medidas para solucionar o problema. Com relação às questões referentes à diversidade étnica e cultural, no conselho de Cidade Tiradentes estiveram na pauta de discussões o Dia da Consciência Negra, a II Conferência Municipal de Saúde da População Negra e a proposta de realização de um seminário sobre anemia falciforme, ao passo que no conselho de São Miguel discutiu-se a atenção à saúde da população indígena.

Sobre as questões de participação, o conselho de Vila Prudente/Sapopemba organizou reuniões em unidades básicas de saúde (UBS), de modo que os conselheiros pudessem estar em contato direto com a realidade dos serviços prestados. Nos conselhos de M'Boi Mirim e Casa Verde discutiram-se intensamente os métodos e os procedimentos para a organização e a realização do processo de seleção dos conselheiros.

O Gráfico 4 sintetiza a análise apresentada na Tabela 4, que apresenta a análise comparativa dos debates realizados nos conselhos conforme seus aspectos temáticos. Atribuiu-se valor 1 aos

GRÁFICO 4
Temas debatidos em 6 CLs. Município de São Paulo, 2007-2007



Fonte: Projeto de pesquisa "Políticas públicas de saúde e participação social na cidade de São Paulo (2006-2007)", Cebrap/CEM/NCD/CDRC.

TABELA 4
Indicadores sobre debates em conselhos de saúde
Por critério de maior porcentagem de intervenções codificadas em cada variável

Indicadores O valor indica maior número de intervenções nos tópicos de	V. Prudente/ Sapopemba	Casa Verde	Parelheiros	M'Boi Mirim	C. Tiradentes	S. Miguel
1. Posicionamentos e reivindicações	o	o	1	1	1	1
4. Planejamento, parcerias e inovação	o	o	1	1	1	1
5. Monitoramento	o	o	1	1	1	o
2. Reconhecimento de diversidades étnico-culturais	o	o	o	1	1	1
3. Expansão da influência política	o	o	o	1	1	o
6. Definição de procedimentos para participação e seleção de conselheiros	1	1	1	1	o	o

Fonte: Projeto de pesquisa "Políticas públicas de saúde e participação social na cidade de São Paulo (2006-2007)", Cebrap/CEM/NCD/CDRC.

conselhos com maior proporção de intervenções assinaladas em cada indicador.

Quanto à qualidade das minutas, podemos distinguir um grupo de conselhos cujas minutas são menos detalhadas e registram um número mais reduzido de questões discutidas (Casa Verde, V. Prudente/Sapopemba e São Miguel) e um outro em que as minutas são mais detalhadas e relacionam uma gama de questões bem mais ampla (M'Boi, Parelheiros e Cidade Tiradentes). Deve-se ressaltar que o grau de detalhe das minutas depende da precisão do secretário executivo, de forma que esses resultados podem não expressar com exatidão o teor dos debates.

De todo modo, a análise dos dados disponíveis revela diferenças importantes no teor dos debates. Verificamos uma clara predominância dos aspectos relativos a políticas e serviços de saúde nas minutas dos conselhos situados em áreas com maior experiência de mobilização social. As questões ligadas à influência política também são discutidas com maior frequência nos conselhos dessas áreas, ao passo que os temas referentes à organização, à participação e aos procedimentos eleitorais aparecem com mais frequência nas localidades com menor experiência de mobilização, o que indica que os conselhos dessas áreas estão buscando renovar suas dinâmicas.

Particularmente significativa é a constatação de intervenções relacionadas com o reconhecimento de diversidades étnico-culturais, pois reforça a noção de que a política da identidade e as ações afirmativas estão se consubstanciando no país por meio de um complexo processo político em que os organismos participativos — e particularmente os conselhos — desempenham um papel importante.

DISCUSSÃO DOS PRESSUPOSTOS

Como exposto anteriormente, a pesquisa procurou avaliar as hipóteses que sustentam a existência de uma associação positiva entre mobilização e participação. Nesse sentido esperava-se que conselhos em localidades com maior experiência de mobilização social apresentassem maior inclusão e participação, conexões mais amplas e maior proporção de propostas para solucionar problemas no sistema público de saúde. Os resultados apresentados na seção anterior compõem um quadro heterogêneo.

A presença de recursos de mobilização mostrou-se um fator importante tanto para a promoção de conselhos mais ativos como para o aumento da participação de atores sociais menos favorecidos. Como vimos, há maior inclusão de pessoas com menor grau de escolaridade, de mulheres e de não-brancos nos conselhos situados em localidades que possuem um histórico de mobilização mais expressivo. Os indicadores apresentados na Tabela 1 sugerem que os debates são conduzidos de maneira diversa em conselhos localizados em áreas com maior ou menor experiência de mobilização. Nos primeiros, verificam-se discussões marcadas por posicionamentos mais incisivos e conflituosos, mas com melhores resultados nos indicadores de monitoramento e inovação. Os conselheiros dessas áreas também apresentam mais conexões com atores políticos e institucionais, o que ressalta a inserção desses conselhos na cena política e corrobora a importância da mobilização social na formação de elos que conectem a população pobre com a esfera do Estado e da sociedade organizada.

Não obstante, a pesquisa também mostrou um ambiente em que a participação é limitada, na medida em que poucos conselheiros levantam questões e sustentam discussões sobre elas. Ocorre que a criação desses conselhos — em meio a um marcante processo institucional de construção de fóruns participativos — não foi acompanhada de inovações em sua rotina operacional, e em muitos casos isso contribuiu, nas localidades mais mobilizadas, para uma tendência de mera reprodução das posições dos movimentos de saúde locais. Os indicativos de que os conselheiros de áreas mais mobilizadas apresentam maior satisfação com o desempenho dos CLs e maior prestação de contas às suas bases podem estar refletindo essa tendência. Nesse sentido, ao observarmos os perfis político e associativo dos conselheiros constatamos que há maior pluralidade de representação nos conselhos situados em áreas com menor experiência de mobilização. Esses CLs são também aqueles que discutiram propostas de mudança nos procedimentos para a seleção dos conselheiros e a condução das reuniões, o que pode ser visto como uma tentativa dos participantes não ligados aos movimentos de saúde de introduzir novas dinâmicas.

Esses resultados sugerem que é preciso atentar para a distinção entre as variáveis examinadas e para as possíveis limitações dos estudos que tomam a satisfação dos participantes como um dos principais indicadores da efetividade de fóruns participativos. De um ponto de vista teórico, nossos achados chamam a atenção para o caráter não linear dos ganhos obtidos. As três dimensões enfocadas — inclusão, participação e conexões —, assim como os indicadores que as configuram, seguem em direções diversas, e observamos conquistas em algumas variáveis e reveses em outras, resultados que realçam a complexidade do processo de democratização. O estudo também evidenciou a capacidade explicativa do conceito de mobilização social, na medida em que ele permitiu identificar — a despeito do reduzido número de casos — dois padrões de comportamento distintos. De um lado, a experiência de mobilização mostrou-se um fator importante tanto para a promoção de conselhos mais ativos como para o aumento da participação de atores sociais mais vulneráveis. De outro, nas localidades que carecem dessa experiência constatamos esforços mais sistemáticos para mudar os procedimentos mediante os quais os conselheiros são eleitos e as reuniões são conduzidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui apresentado explorou um modelo que propicia a comparação e a avaliação de experiências institucionalizadas de participação social. Como vimos de início, há um denso debate normativo sobre o papel que a participação social pode desempenhar na democratização do acesso à política e às políticas públicas, assim como diversos estudos empíricos que discutem as condições para a participação. No entanto, não existem instrumentos metodológicos que possibilitem comparar tais experiências de maneira sistemática. Procuramos avançar nessa questão mediante um estudo empírico das relações entre as diversas variáveis e dimensões em jogo, buscando examinar de um modo mais preciso os processos pelos quais a participação social pode democratizar o acesso às deliberações sobre políticas públicas.

O intuito dessa investigação foi mais o de testar e desenvolver as possibilidades do modelo do que o de extrair conclusões sobre o comportamento das variáveis sob estudo. Nesse sentido, cabe notar que trabalhamos com um pequeno número de CLs, que o número de conselheiros diferia entre eles e que o grau de detalhe das minutas dependia da precisão do secretário executivo — fatores que limitaram o escopo do estudo. Apesar dessas limitações, abordamos um conjunto de indicadores compatíveis com as variáveis descritas na literatura e que permitem delinear uma visão geral do desempenho dos CLs.

Os dados apontaram a riqueza da experiência dos CLs tanto ao promover o acesso dos menos favorecidos à esfera política como ao elaborar propostas para solucionar problemas no sistema público de saúde. Como vimos, seis CLs atuantes em áreas periféricas da cidade combinaram possibilidades de ativismo (posicionamentos veementes, litígios, monitoramento) e coordenação (planejamento, reformulação organizacional, ampliação de conhecimentos técnicos). Isso sem dúvida representa uma inovação em face do modo tecnocrático de discutir políticas de saúde. Resta saber em que medida essa renovação estaria se traduzindo em melhores serviços de saúde para a população pobre (um bom sinal nesse sentido é a recente ação empreendida por um órgão público municipal em resposta às reclamações que lhe foram encaminhadas pelo conselho de Parelheiros, as quais o levaram a fazer um levantamento detalhado sobre o número de pessoas e o tempo transcorrido no aguardo de consultas e exames especializados na Zona Sul).

O estudo também chama a atenção para as relações constitutivas entre os processos de mobilização social e de construção institucional: ao passo que a criação dos CLs ampliou o campo de atuação dos movimentos de saúde locais, a presença desses movimentos fortaleceu tais fóruns participativos. Os resultados da pesquisa indicam um jogo em que todos saem ganhando (*win-win game*), já que a mobilização e a participação impulsionam a democratização das políticas públicas de saúde ao longo dos eixos propostos por Dryzek³⁷: maior inclusão de participantes, ampliação das questões sob controle democrático e efetividade da deliberação coletiva. Os ganhos poderiam, no entanto, ser maximizados se os processos de mobilização social e de construção institucional, que ocorrem em diferentes momentos (a abertura de espaços seguida por sua ocupação), fossem sincronizados a iniciativas de inovação organizacional. Nesse sentido, uma sugestão que se pode fazer àqueles interessados na participação social da perspectiva da democratização tanto da política, como das políticas públicas é a de que atentem sistemática e simultaneamente para três frentes: mobilização social, estruturação organizacional dos fóruns participativos e capacitação dos gestores públicos para enfrentar o desafio de facilitar a participação.

[37] Dryzek, op. cit.

VERA SCHATTAN P. COELHO é doutora em Ciências Sociais pela Unicamp e pesquisadora do Cebap, onde coordena o Núcleo de Cidadania e Desenvolvimento (NCD).

ALEXANDRE SAMPAIO FERRAZ é doutor em Ciência Política pela USP e trabalha no Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

FABIOLA FANTI é advogada, mestre em Ciência Política pela USP e assistente de pesquisa do NCD-Cebap.

MEIRE DE PAULA RIBEIRO é graduada em Ciências Sociais pela USP e assistente de pesquisa do NCD-Cebap.

Recebido para publicação
em 7 de janeiro de 2010.

NOVOS ESTUDOS

CEBRAP

86, março 2010

pp.121-139
