



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA  
CURSO DE MESTRADO**

**PARTICIPAÇÃO E AGENDA SETTING: *QUAIS AS IMPLICAÇÕES DO  
MANUSEIO DA AGENDA NO DEBATE ?***

Um estudo dos conselhos de saúde dos municípios de Paulista e Olinda.

**Cátia Patricia de Oliveira**

Recife, Setembro de 2014



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA  
CURSO DE MESTRADO**

**CÁTIA PATRÍCIA DE OLIVEIRA**

**PARTICIPAÇÃO E AGENDA SETTING: *QUAIS AS IMPLICAÇÕES DO  
MANUSEIO DA AGENDA NO DEBATE ?***

Um estudo dos conselhos de saúde dos municípios de Paulista e Olinda.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciência Política.

Orientador: Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto.

Recife, Setembro de 2014

Catálogo na fonte  
Bibliotecário Rodrigo Fernando Galvão de Siqueira, CRB4-1689

- O48p Oliveira, Cátia Patricia de.  
Participação e agenda setting: quais as implicações do manuseio da agenda no debate? Um estudo dos conselhos de saúde dos municípios de Paulista e Olinda / Cátia Patricia de Oliveira. – Recife: O autor, 2014.  
97 f. : il. ; 30 cm.
- Orientador: Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós Graduação em Ciência Política, 2014.  
Inclui referências e anexos.
1. Ciência Política. 2. Políticas públicas. 3. Participação política – Participação social. 4. Democracia. 5. Olinda (PE). 6. Paulista (PE).  
I. Carvalho Neto, Ernani Rodrigues de (Orientador). II. Título.

320 CDD (22.ed.)

UFPE (CFCH2015-144)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Participação e Agenda Setting – Quais as implicações do manuseio da agenda no debate? Um estudo dos conselhos de saúde dos municípios de Paulista e Olinda**

**Cátia Patricia de Oliveira**

Aprovada em 15 de setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof Dr Ernani Rodrigues de Carvalho Neto (Orientador)

---

Prof Dra Michelle Vieira Fernandez de Oliveira (Co-Orientadora)

---

Prof Dra Cátia Wanderley Lubambo (Examinadora Externa)

---

Prof Marcus Abílio Pereira (Examinador Externo)

**Dedico este trabalho, como todo amor, à  
minha família, plataforma acolhedora  
sempre de novos voos: minha mãe  
Albertina, minhas irmãs Carla e Claudia,  
minha estimada Beatriz (sobrinha).  
Dedico ao meu pai, Demócrito, e à minha  
avó, Maria, *In memoriam*.**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à família pelo apoio incondicional e a todos aqueles que, mesmo não estando aqui expressados, contribuíram para tornar possível a realização desta conquista.

Agradeço ao:

Professor Ernani de Rodrigues Carvalho por ter apostado, desde o início, na realização da proposta, tendo-a fortalecido com contribuições fundamentais para o desenvolvimento do trabalho, desde nossas discussões sobre a forma de observação dos atores e aferição dos dados, à sugestão da utilização da teoria da Agenda Setting.

À co-orientadora Michelle Fernandez pela disponibilidade, atenção e por ter contribuído para impulsionar a feitura do trabalho, principalmente no que tange ao desenho de pesquisa, dando importantes sugestões.

Às professoras presentes no Encontro de Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos (Ufscar), Mércia Freitas, Andréia Sudano e Ana Capella pelos conteúdos enviados sobre o tema da Agenda, pelas explanações sobre Políticas Públicas e a indicações de autores.

Ao professor Flávio Rezende pelos valorosos ensinamentos. À Gabriela Tarouco pelo compartilhamento de conteúdos, estímulo e acompanhamento da produção dos textos, através das discussões promovidas em grupo e por aguçar nosso raciocínio. À Mariana Batista pela atenção destinada à proposta, disponibilidade, e pelos questionamentos sempre relevantes.

Agradeço, em específico, à minha irmã Claudia Oliveira pela preciosa ajuda em muitas das atividades, aqui, desenvolvidas e ao apoio, companheirismo e à generosidade dos amigos colegas de curso Juliano Domingues e Pedro Alcântara, responsáveis por muitas contribuições, troca de ideias e aprendizados.

Ao amigo Carlos Nobre pelas explanações sobre a área de saúde e pela providencial bibliografia. Aos meus colegas de turma, tanto do Mestrado quanto do Doutorado, Marcelo e Aleksander, pelas sugestões e troca de ideias. Renan pelas dicas, indicações de leitura e também companheirismo.

À equipe da Secretaria do PPGCP, pela atenção e disponibilidade: Prof. Ricardo Borges, Daniel N. Bandeira e Rodrigo Silva.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da Bolsa de Mestrado, que tornou possível a realização desta pesquisa.

## RESUMO

---

A partir da Constituição de 1988, novas experiências de descentralização política desencadeadas pelos municípios, a exemplo da institucionalização de conselhos gestores de políticas públicas, entre outras iniciativas, foram apontadas como relevantes fatores para democratização do Estado e da sociedade, assim como para o enfrentamento da exclusão social no Brasil pós-regime autoritário. Novos arranjos institucionais são incorporados com a multiplicação de atores e arenas de decisão coletiva. Embora reconhecidas as limitações de ordem estrutural e política do país pós-regime militar, é possível observar alguns avanços a partir das novas institucionalidades de gestão partilhada. Entre eles a priorização dos direitos sociais na agenda pública e a inclusão de atores sociais, historicamente excluídos, no debate destas políticas. No entanto, buscamos identificar, aqui, a partir da análise comparativa das agendas (pautas) de dois Conselhos Municipais de Saúde: o das cidades de Paulista e Olinda, durante o período de quatro anos (a partir de 2010 ao final de 2013, início de 2014) e à luz dos estudos sobre Agenda Setting dentro do campo das Políticas Públicas, em que medida tais incentivos da legislação teriam produzido, nas realidades locais, instituições que correspondessem, de fato, às intenções de participação previstas na norma. Quais seriam os fatores a implicar tanto na ampliação quanto na restrição ao debate nesses espaços deliberativos? O manuseio da pauta por diferentes agentes, de diferentes setores, implicaria no debate e na participação democrática dentro das instâncias colegiadas?

**Palavras-chave:** Agenda Setting. Participação. Descentralização. Democracia. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

---

Since the Constitution of 1988, new experiences of political decentralization triggered by municipalities, such as the institutionalization of management boards of public policy, among other initiatives, have been identified as relevant factors for democratization of state and society, as well as to confront the social exclusion in Brazil post-authoritarian regime. New institutional arrangements are incorporated with the multiplication of actors and arenas of collective decision. Although recognized the limitations of structural and post-military regime country's politics, you can see some progress from the new institutions of shared management. Including the prioritization of social rights on the public agenda and the inclusion of social actors, historically excluded, the discussion of these policies. However, we seek to identify, here, from the comparative analysis of the agendas (guidelines) of two Municipal Health Councils: the cities of Paulista and Olinda, during the four-year period (from 2010 to the end of 2013, beginning Of 2014) and in the light of the studies on Agenda Setting within the field of Public Policy, to what extent such incentives of legislation would have produced, in local realities, institutions that corresponded to the intentions of participation foreseen in the norm. What are the factors that imply both the expansion and the restriction of debate in these deliberative spaces? Would the handling of the agenda by different agents from different sectors imply debate and democratic participation within the collegiate?

**Key words:**, Agenda Setting, Participation, Decentralization. Democracy. Public Policy.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS E O PREÂMBULO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1. Política Pública no Campo Acadêmico – origem, modelos e teorias</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Os precursores</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3. Modelos de Análise e Teorias</b> .....	<b>22</b>
1.3.1. <i>Ciclo de Política ( Policy Cycle)</i> .....	<b>23</b>
1.3.2. <i>Arena Política (Policy Arena)</i> .....	<b>24</b>
1.3.3. <i>Modelo da Lata do Lixo (Garbage Can Model)</i> .....	<b>25</b>
1.3.4. <i>Equilíbrio Pontuado</i> .....	<b>26</b>
1.3.5. <i>A abordagem Neo-institucional</i> .....	<b>27</b>
1.3.6. <i>Novo Gerencialismo e o formato de política participativa na Governança Pública</i> .....	<b>29</b>
1.3.7. <i>A lógica da Ação Coletiva</i> .....	<b>31</b>
1.3.8. <i>O Modelo dos Múltiplos Fluxos</i> .....	<b>33</b>
1.3.9. <i>Teoria das Não-decisões</i> .....	<b>35</b>
<b>2.4. Os estudos da Agenda Setting</b> .....	<b>38</b>
<b>2.5. Políticas Públicas no Brasil: Descentralização e Participação como processo de democratização</b> .....	<b>44</b>
2.5.1. <i>A Constituição Cidadã e as Experiências Municipais: Participação e Deliberação</i> .....	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO 3 - OS CONSELHOS DE SAÚDE E SUA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO</b> .....	<b>51</b>
<b>3.1. Paulista - da atividade industrial do polo têxtil à prestação de serviços -</b> .....	<b>55</b>
<b>3.2. O Conselho de Saúde de Paulista</b> .....	<b>57</b>

3.3. Olinda - Cidade Patrimônio-----	59
3.4. O Conselho de Saúde de Olinda -----	60
 CAPÍTULO 4 - O MANUSEIO DA PAUTA E OS LIMITES DO DEBATE ----	64
4.1. Prioridades da pauta -----	65
4.2. Limite de tempo, o debate e o gestor -----	67
4.3. As ‘não-questões’ e a participação no debate -----	74
 CONCLUSÃO -----	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	83
 ANEXOS:	
QUADRO DOS PONTOS PRIORITÁRIOS DE PAUTA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAULISTA -----	88
QUADRO DOS PONTOS PRIORITÁRIOS DE PAUTA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE OLINDA -----	92

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da constituição de 1988, as novas experiências de descentralização, desencadeadas pelos municípios, a partir da formação de novos arranjos institucionais a exemplo dos conselhos de políticas sociais, são apontadas como relevantes fatores para democratização do Estado e da sociedade, assim como para o enfrentamento da exclusão social. A política pública torna-se mais complexa com a ampliação dos espaços de discussão e deliberação. Embora reconhecidas as limitações de ordem estrutural e política do país pós-regime militar, é possível observar avanços a partir das novas institucionalidades de gestão partilhada. No entanto, passados pouco mais de duas décadas de implementação destas arenas deliberativas, buscamos observar, a partir da análise comparativa das agendas de dois Conselhos Municipais de Saúde: o das cidades de Paulista e Olinda, durante o período de quatro anos, em que medida tais incentivos teriam produzido, nas realidades locais, instituições que correspondessem, de fato, às intenções participativas da legislação que normatiza a atuação dos diversos grupos que compõem estas instâncias. Quais seriam os fatores a implicar tanto na ampliação quanto na restrição ao debate dentro desses espaços deliberativos? O manuseio da pauta por diferentes agentes implicaria no debate e na participação democrática no interior destas instâncias? Que/quais entendimentos poderíamos obter das observações e análises realizadas?

O trabalho que segue buscou trazer elementos e oferecer pistas para o esclarecimento destas perguntas à luz das teorias sobre Agendamento, a chamada Agenda Setting, uma das etapas do Ciclo de Políticas Públicas. A abordagem enfatiza porque algumas questões entram na agenda política, enquanto outras são ignoradas. E, para o desenvolvimento desta empreitada, a dissertação foi dividida em quatro capítulos.

O primeiro capítulo traz a Metodologia do trabalho com explanações sobre a teoria utilizada, a da Agenda Setting, e as variáveis definidas para a investigação das perguntas de pesquisa. É apresentado também um quadro com definição e operacionalização das variáveis, determinadas a partir da hipótese de que haveria uma relação entre a priorização de pontos de pauta para deliberação – nossa variável dependente e quem detinha a presidência do conselho – nossa variável independente. Neste capítulo, também, é possível conhecer como foi desenvolvida a pesquisa e as etapas que a constituíram.

O segundo capítulo, Políticas Públicas e o Preâmbulo da Participação Social, apresenta o desenvolvimento do campo de políticas públicas que veio ganhando novas ferramentas analíticas e diferentes abordagens com o passar dos anos. Explicita modelos e teorias utilizados na área, dedicando especial atenção aos estudos da Agenda Setting. Ressalta, também, em sua última sessão, *Políticas Públicas no Brasil: Descentralização e Participação como Processo de Democratização*, alguns dos debates bastante presentes na literatura sobre participação social e suas implicações nas arenas deliberativas. Institucionalidades que podem ser enxergadas como espaços onde se é possível simultaneamente promover uma melhor concertação de interesses e mitigar algumas deficiências do método democrático de simples agregação de preferências - que postula a ideia de participação popular apenas em períodos eletivos.

O terceiro aborda, a partir da legislação da área, a estrutura de funcionamento e as regras sob as quais operam estas instâncias de participação social. Descreve o mecanismo que as rege - o Sistema Único de Saúde (SUS) - e as diretrizes nacionais que devem guiá-las: as de número 333/2003 e a 453/2012, além das normas constitucionais. Ressalta, ainda, regras dos Regimentos Internos dos Conselhos de Paulista e Olinda, com foco em semelhanças e diferenças. As análises mostram que é possível observar, por vezes, correspondência e, por vezes, descompasso com as diretrizes nacionais e também entre as instâncias estudadas quanto à aplicação das normas. Os Conselhos de Saúde e sua Dinâmica de Funcionamento apresenta, ainda, sessões com breve panorama sócio-geográfico das duas cidades.

O Manuseio da Pauta e Os Limites do Debate apresenta a análise dos dados sobre os conselhos, elaborada tanto a partir da observação dos quadros com informações referentes às agendas das instâncias de Paulista e Olinda (em anexo) como por meio de entrevistas. As análises buscaram elucidar as seguintes questões: “haveria muitas diferenças entre os conselhos municipais de saúde das cidades no manuseio de suas agendas quando estas mudam de mãos, ou seja, de segmento? Quais seriam as implicações ao debate e à participação democrática dos/das conselheiros/as dentro destas institucionalidades? O capítulo explica que a hipótese de trabalho confirma-se (com uma ressalva) em um dos conselhos. Pontua também algumas variáveis como Atuação Política (não necessariamente partidária) e a Formação do/da Conselheiro/a e/ou e sua possível interferência no debate promovido dentro das instâncias deliberativas.

Por fim, o trabalho assinala a importância da participação continuada como forma de promover mudanças, mesmo que a longo ou médio prazo, nas esferas estudadas, e sugere alguns desdobramentos para uma nova agenda de pesquisa.

## CAPÍTULO 1 - METODOLOGIA

O trabalho de corte qualitativo consistiu em uma análise comparativa entre as agendas dos conselhos municipais de saúde das cidades de Paulista e Olinda, durante os quatro anos de gestão dos órgãos colegiados: um biênio<sup>1</sup> com a presidência ocupada pelo secretário de saúde municipal e o outro biênio presidido por segmento que não o do gestor municipal de saúde. Os resultados das análises realizadas em cada um dos municípios foram confrontados a fim de observar a confirmação ou não da hipótese de pesquisa.

Segundo o cientista político Stephen Van Evera (1997) estudos de caso, como o apresentado aqui, podem servir a cinco principais propósitos: testar teorias, criá-las, identificar condições antecedentes, testar a importância destas condições antecedentes e explicar casos de importância intrínseca (EVERA, 1997). O autor pontua algumas formas de testar condições antecedentes entre elas a da Comparação Controlada (Controlled Comparison). As outras seriam Procedimento Congruente (congruence procedures) e o Process Tracing. Na Comparação Controlada, com a qual nossa pesquisa se relaciona, segundo Evera “o investigador explora observações pareadas em dois ou mais casos perguntando se o valor dos pares está congruente ou incongruente com a premissa de que a condição antecedente amplia a ação causal da variável independente sobre a variável dependente” (EVERA, 1997:73).

No trabalho que segue, os achados de pesquisa foram confrontados, tanto no conselho de Paulista quanto no de Olinda, com a premissa de que, quem ocupava a presidência do Conselho interferia na agenda do conselho impactando no debate. Em Paulista os achados mostraram-se congruentes. Em Olinda não.

A pergunta de pesquisa que guiou os passos desse estudo foi: Qual o impacto da variável independente na pauta do Conselho? Quais as implicações da variável independente, ou seja, da pessoa que ocupa a presidência do conselho - responsável por ordenar ou mesmo conduzir o debate e a deliberação de propostas - nas reuniões

---

<sup>1</sup> Em Paulista, utilizou-se o período de um ano (ao invés de dois) para analisar o comportamento da pauta durante a atuação de representante da sociedade civil na presidência do conselho porque este foi o intervalo de tempo que durou a gestão do representante da sociedade civil – segmento Usuários do SUS - na presidência. Foi a primeira vez, também, que um representante da sociedade civil (segmento Usuário do SUS) assumiu a presidência do conselho. O conselheiro assumira a função em virtude da saída do gestor público da secretaria de saúde. Na ocasião, este representante dos Usuários do SUS no conselho, encontrava-se como vice-presidente da instância. O conselheiro seguiu como presidente do órgão colegiado até o final de 2013. No início de 2014, ele é eleito para o biênio 2014-2016. Ao ser encerrado este período ainda em aberto, novas pesquisas poderão ser realizadas.

realizadas? Haveria uma relação entre quem ocupa a presidência do conselho e a priorização de propostas a serem votadas? Com foco nestes questionamentos foi constituída a hipótese de que seria possível identificar uma relação entre quem detém o controle sobre a organização da pauta e a priorização dos assuntos a serem deliberados. Fomos a campo testá-la, à luz da teorias da Agenda Setting. O objetivo consistiu em descobrir se o manuseio da pauta implicava no debate, ou seja, impactava, de alguma forma, na participação democrática dos atores.

Tomamos como variável dependente (VD) o grau de adesão dos segmentos ou agentes dentro do conselho, medido por meio das demandas em pauta. O intuito foi o de observar se havia concentração de pontos de pauta em um só agente, ou pulverização de pontos entre os vários grupos de conselheiros, e se tal comportamento estaria atrelado ao papel desempenhado pelas variável independente. Tomou-se como variável independente (VI) o ator que ocupa a presidência do conselho. Verificou-se, ainda, outras possíveis variáveis (independentes) como a formação do/da conselheiro/a, seu grau de escolaridade, além de sua atuação política e se estes fatores poderiam interferir no debate a partir do agendamento de itens na pauta da instância. As variáveis foram classificadas como Dependente e Independente conforme as normas e as regras que regem o conselho assim como a atuação dos agentes, como mostra o quadro abaixo:

#### VARIÁVEIS, DEFINIÇÕES E OPERACIONALIZAÇÕES

DEPENDENTE	Grau de participação dos segmentos ou agentes: indivíduos ou entidades, na pauta de assuntos do conselho, medido por meio das demandas priorizadas em pauta. <b>(Pauta das Reuniões - Ordem do Dia *)</b>	Observação na lista de assuntos a serem discutidos nas reuniões do conselho - tanto ordinárias quanto extraordinárias - os pontos prioritários da pauta. Itens demandados pelos conselheiros e conselheiras para discussão com vistas a serem aprovados para compor Caderno de Resoluções a ser homologado pelo executivo.  * A convocação do CMS será acompanhada <b>da ordem do dia</b> que discriminará os assuntos de maior complexidade a serem tratados na reunião, assim como se fará acompanhar de documentação sobre assuntos de maior complexidade que exijam maiores esclarecimentos ou informações para a análise prévia dos conselheiros/as (Regimento Interno do Conselho Municipal de Paulista, 2009. Art. 20 - Cap VII – <i>Da Convocação do Conselho</i> )
		Representante de quaisquer dos segmentos: Gestor ( público e prestador de serviço), Usuário do SUS e

INDEPENDENTE	<b>Ator que ocupa presidência do conselho</b>	<p>Trabalhador da Saúde, que preside o conselho por dois anos: conduz as reuniões, as deliberações no pleno dos conselhos, convoca os conselheiros/as, recebe e organiza os assuntos a serem discutidos.</p> <p>Entre algumas atribuições do presidente, pode-se salientar:</p> <p><i>Da Estrutura e Funcionamento</i> (Regimento Interno de Paulista).</p> <p>Cap III, Art. 5º,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Representar o conselho, inclusive extra-judicialmente;</li> <li>B) Presidir as reuniões do conselho</li> <li>C) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias</li> </ul> <p><i>Da Convocação do Conselho</i></p> <p>Cap. VII, Art. 17, Parágrafo 2º - A pauta da reunião deverá ser entregue pelo <b>presidente</b> do CMS [Conselho Municipal de Saúde] com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas.</p> <p>Art.19 – O CMS poderá ser convocado extraordinariamente pelo <b>presidente</b> ou por solicitação escrita e assinada pela maioria simples de seus membros, para tratar de matéria especial ou urgente.</p>
	<b>Formação do conselheiro/conselheira</b>	Grau de escolaridade, cursos ou oficinas realizadas.
	<b>Atuação política</b>	Integrante de ONGs, OSCIPS, Sindicato, Participação em Movimentos Sociais; etc

*Fonte: Elaboração própria.*

Os conselhos foram selecionados observando a semelhança do desenho institucional<sup>2</sup> de ambas as instâncias e o fato de uma delas ser mais antiga, configurando-se como o primeiro conselho de saúde institucionalizado no país - o da cidade de Olinda.

<sup>2</sup> Os Conselhos de Saúde são conhecidos na literatura da área pelo alto grau de institucionalização de suas normas. As instâncias são regidas a partir de um mesmo mecanismo, considerado como: descentralizado, hierarquizado e integrado - o Sistema Único de Saúde (SUS) e visam desempenhar o chamado Controle Social diante das mesmas regras;



Para fazer este estudo, o trabalho foi dividido em três etapas. A primeira consistiu no levantamento bibliográfico, além de leis e normas que regem os conselhos. O estágio seguinte se deu por meio de pesquisa de campo, que previu o acompanhamento de reuniões do conselho, a avaliação dos regimentos internos destas instâncias, suas leis municipais de criação, reformulação, as pautas enviadas aos conselheiros e conselheiras, além de entrevistas realizadas por questionários semi-estruturados. Por fim, seguiu-se a análise dos dados à luz das teorias do âmbito das Políticas Públicas – a Agenda Setting, além dos debates teóricos acerca da Participação Social.

A Agenda Setting na perspectiva do modelo do Ciclo de Políticas Públicas (Policy Cycle) foi adotada neste trabalho por sua relevância analítica de teor explicativo. Embora contestada por outras perspectivas que trabalham com agenda (Múltiplos Fluxos e Garbage Can, entre outras) a ferramenta de análise continua a fornecer um importante quadro conceitual na pesquisa de políticas, desde que o “objetivo heurístico do quadro seja considerado e a perspectiva hierárquica de cima para baixo e a receptividade para outras e novas abordagens da literatura de ciência política seja levada em consideração” (JANN E WEGRICH, 2007: 57).

A teoria do Agendamento, ou Agenda Setting, considerada umas das etapas do Ciclo de Políticas, trata do processo da Formulação de políticas a partir de fases pré-decisionais ao agendamento. Trouxemos assim, as contribuições de autores que se debruçaram sobre estas fases, a exemplo de Cobb e Elder (1971) e Bacharach e Baratz (1962;1971) com sua teoria da não-decisão.

Para verificação da hipótese foi elaborado um quadro com dados que apresentam, por segmento, a relação dos pontos prioritários pautados na agenda de debates do conselho, durante o período de quatro anos. Nele, é possível observar considerável variação no número de pontos prioritários do mesmo segmento em Paulista, quando a presidência do conselho muda de mãos. É possível observar, também, a não variação destes pontos em Olinda – onde a pauta segue sendo concentrada pelas prioridades do gestor municipal, mesmo quando este não está na presidência da instância.

## **CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS E O PREÂMBULO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

O capítulo traz algumas contribuições das principais teorias dos estudos de políticas públicas. A origem deste campo do conhecimento é abordada a partir de seus precursores, a exemplo de Harold Lasswell - cujo modelo teórico inspirou novas abordagens na área. Um dos modelos formatados a partir das contribuições deste autor, o do Ciclo de Políticas Públicas, abre a sequência sobre os enfoques teóricos a serem abordados, tendo sido, também, adotado no trabalho, pelo poder explicativo e como forma de guiar nossas análises. A abordagem do Ciclo de Políticas Públicas enfatiza a definição de agenda (*agenda setting*) perguntando por que algumas questões entram na agenda política, enquanto outras são ignoradas. A teoria, responsável pelo desenvolvimento da pesquisa apresentada, ganha destaque na sessão: *Os estudos sobre Agenda Setting*. Este capítulo inicial apresenta o desenvolvimento do campo de políticas públicas que veio ganhando novas ferramentas analíticas e diferentes abordagens com o passar dos anos, como veremos em Novos Modelos de Análise e Teorias. A partir do mapeamento desenvolvido pela autora Celina Souza (2006), adotado na sessão, é possível observar um panorama dos estudos na área. Os desdobramentos de tais estudos e novas experiências de políticas descentralizadas, que passam a ser institucionalizadas, serão discutidos no item *Novo Gerencialismo e o Formato de Política Participativa na Governança Pública*. A sessão *Políticas Públicas no Brasil: Descentralização e Participação como processo de Democratização* amplia a abordagem sobre o tema da participação - um dos focos do estudo apresentado.

### **2.1. Política Pública no Campo Acadêmico – Origem, Modelos e Teorias**

Política Pública enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica nasce nos EUA, nos anos 50, e conforme Celina Souza (2006), ao contrário da tradição europeia, nos Estados Unidos a matéria surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos. A disciplina nasce como subárea da Ciência Política e seus estudos incorporaram o pressuposto analítico de que em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser formulado cientificamente e analisado por pesquisadores independentes. Nas palavras do cientista

político Thomas R. Dye, "a política pública é tudo o que os governos decidem fazer ou deixar de fazer" (DYE, 2005, apud HEIDEMANN, 2006).

Em termos governamentais a adoção da política pública como ferramenta das decisões é, como explicita Souza (2006), produto da Guerra Fria e da valorização da tecnocracia como forma de enfrentar suas consequências.

Como analisa Heidemann (2006), definições anteriores são consideradas insatisfatórias por Dye porque seus termos não se verificariam de forma empírica na prática político-administrativa. E, a definição de Dye, efetivamente, seria de ordem descritiva e teria "um sentido de conformidade com o que se pode observar na prática" (HEIDEMANN, 2006: 30). Por isso, segundo Heidemann (2006), Dye inclui a inação como uma política. E, embora ela seja de natureza negativa, como explicitado por Heidemann (2006), a ausência de ações em relação a uma questão, traduziria a decisão de nada se fazer em relação a ela - ou a própria inação - como um fato objetivo. Em 1962, os autores Bachrach e Baratz haviam mostrado, por meio de trabalhos empíricos, que não fazer nada em relação a um problema também é uma forma de política pública (Souza, 2006).

Conforme Souza (2006), Mead (1995) define política pública como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Já a definição de Lynn (1980) trata a questão como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Na mesma linha, Peters (1986) afirmaria ser a política pública a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. A definição mais conhecida da área, como explicita Souza (2006), continua sendo a de Laswell "decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz" (SOUZA, 2006:24).

Mais recentemente, surgiram referências à "políticas de Estado" em lugar de políticas públicas ou governamentais. Elas teriam caráter particularmente estável e inflexível e obrigariam todos os governos de um Estado em particular a implementá-las, segundo Heidemann (2006), independentemente dos mandatos que os eleitores lhes confiassem, em momentos históricos distintos. Contudo, o autor ressalta que, na prática, a noção de política de Estado difere pouco do conceito de política pública, pois se limita aos valores consagrados na Constituição. Já a expressão políticas sociais referir-se-ia às políticas consideradas do ponto de vista setorial, ou de uma questão pública em particular da sociedade. Entre elas estariam incluídas, segundo o autor, as de educação,

saúde, transportes, entre muitas outras. Heidemann (2006) ressalta que a definição de política pública inclui ao mesmo tempo dois elementos-chave, a saber: ação e intenção. E, conforme o estudioso:

Pode até haver uma política sem uma intenção formalmente manifestada, mas não haverá de forma alguma uma política positiva se não houver ações que materializem uma intenção ou propósito oficial eventualmente enunciado. Portanto, não há política pública sem ação, ressaltando-se, obviamente, as eventuais políticas deliberadamente omissivas prefiguradas por Dye. (HEIDEMANN, 2006: 30)

## 2.2. Os Precursores

Em 1936, Harold **Lasswell**, responsável pela incorporação do Modelo<sup>3</sup> Racionalista aos estudos da política pública, introduziu a expressão *policy analysis* – ou seja, análise de política pública. Lasswell buscava aplicar modelos e métodos científicos ao tratamento de questões relativas ao governo. Sua proposta visava que pesquisadores procurassem construir e aplicar conhecimentos acadêmicos à resolução dos problemas sociais percebidos. De acordo com o modelo racionalista de Lasswell, a decisão nas políticas públicas é fruto de uma sequência bem definida de ações dos decisores que passa pela: identificação do problema; listagem das alternativas para sua solução; análise abrangente e detalhada dos custos-benefícios; consequências da adoção de cada alternativa levantada, além da comparação entre alternativas e a escolha da mais eficiente.

No ano de 1957, **Simon**<sup>4</sup> introduziu o conceito de Racionalidade Limitada dos decisores públicos, isto é, dos policy makers. Para o autor, a racionalidade dos decisores

---

<sup>3</sup> Segundo Jann e Wegrich (2007) a idéia de modelar o processo político em termos de estágios foi primeiramente apresentada pelo cientista político Harold Lasswell. Conforme os autores, como parte da tentativa de Lasswell de estabelecer uma política de ciência multidisciplinar e prescritiva, ele apresentou em 1956 um modelo do processo político composto por sete fases: *inteligência, promoção, prescrição, invocação, aplicação, terminação e avaliação* (JANN & WEGRICH, 2007). Embora esta sequência de estágios tenha sido contestada, em particular, a etapa em que a rescisão vem antes da avaliação, o modelo em si, como explicitam Jann e Wegrich (2007), tem sido “muito bem sucedido como uma estrutura básica para o campo de estudos de política e tornou-se o ponto de partida de uma variedade de tipologias do processo político” (JANN & WEGRICH, 2007:43).

<sup>4</sup> Herbert A. Simon foi um dos primeiros pesquisadores a iniciar o esforço, como explicita Heidemann (2006), para operacionalizar a decisão “racionalmente perfeita” do *homo economicus*, presumido pela ciência econômica, com a introdução de algumas pressuposições simplificadoras (HEIDEMANN & SALM, 2006: 95). Segundo Simon, os atores sociais contentar-se-iam com decisões que embora não as melhores, como define Heidemann & Salm (2006), fossem satisfatórias, mesmo que sua racionalidade fosse limitada.

públicos é sempre limitada por problemas como informação incompleta ou imperfeita, tempo que dispõem para a tomada de decisão, auto-interesse dos decisores, restrições cognitivas e organizacionais, além de desconhecimento das consequências de suas decisões. (SOUZA, 2006: 23). Segundo Simon, os agentes contentar-se-iam com decisões que embora não as melhores, fossem satisfatórias mesmo que sua racionalidade fosse limitada. A corrente de estudo foca a busca de soluções administrativas para minimizar problemas da racionalidade limitada. Esta teoria ressalta a importância da criação de estruturas (regras e incentivos) que modelem o comportamento dos atores em prol dos resultados desejados.

Já **Lindblom** (1959; 1979) tece críticas à ênfase do racionalismo de Laswell e Simon propondo a observação de outras variáveis na formulação e análise de políticas públicas. Entre elas estariam as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório, o que não teria, necessariamente, segundo Souza (2006), um fim ou um princípio bem definidos. Para Lindblom as políticas públicas precisariam incorporar outros elementos à sua formulação e análise, além das questões de racionalidade. Entre tais elementos o autor menciona o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse (SOUZA, 2006:24). Lindblom desenvolve o modelo chamado de Incremental.

A abordagem incremental pontua que devido à restrições de tempo, os tomadores de decisão não conseguiriam identificar alternativas e consequências de todas as suas decisões e a informação imperfeita geraria incertezas quanto aos resultados. A melhor decisão não seria aquela que maximizasse os valores e objetivos dos tomadores de decisão, mas que asseguraria o melhor acordo entre os interesses envolvidos (HEIDEMANN & SALM, 2006; SOUZA, 2006).

A solução de problemas ocorreria de maneira gradual, sem introduzir grandes modificações nas situações já existentes, e sem provocar rupturas de qualquer natureza. Políticas, ou seja, programas atuais ou já desenvolvidos seriam utilizados como ponto de partida para outras ações devido à legitimidade que estes já possuiriam. A crítica ao modelo Incrementalista pontua que ele exprime, em muitos aspectos, uma visão conservadora, não conseguindo explicar grandes mudanças. Segundo Souza (2006) a visão incrementalista da política pública “perdeu parte do seu poder explicativo com as profundas reformas ocorridas em vários países, provocadas pelo ajuste fiscal” (SOUZA, 2006:29).

**Etzione** (2006) propõe um modelo que chamou de sondagem mista *Mixed-scanning* responsável por adotar vários pontos das contribuições dos autores anteriores fazendo algumas ressalvas. Para o autor, a formulação de alternativas e decisões políticas podem resultar de processos ou metodologias tidos como racionais, incrementais ou mistos. Conforme Etzione (2006) o racionalismo presume um ator todo poderoso “como revela a noção de que os atores devem determinar suas metas e pôr-se a implementá-las, sem se perguntarem sobre seu lugar nas várias hierarquias de poder ou sobre as estratégias necessárias para lidar com elas” (ETZIONI, 2006:242) . E tanto na abordagem incremental, quanto na do racionalismo, segundo Bradley (1973) "Os não-organizados e os outros que não têm controle sobre recursos adequados para decidir, não têm papel a desempenhar no jogo do ajuste mútuo entre as partes" (ETZIONI, 2006: 242). De acordo com Etzioni (2006) a sondagem mista “sensibiliza o tomador de decisão a levar em conta *outros* atores” e relação que se dá entre eles. (ETZIONI, 2006:242).

Para Etzione as decisões não seriam todas da mesma natureza. Haveria decisões Estruturantes e Ordinárias. As decisões estruturantes destinar-se-iam a: estabelecer os rumos gerais da política e a definir os limites para as outras decisões. Dentro deste escopo não se examinaria cada alternativa, mas seria feita a revisão do campo de decisão, além de serem focalizadas alternativas de longo prazo (RUAS, 2012). No que tange às decisões Ordinárias, segundo Ruas (2012), estas teriam como parâmetro as Estruturantes e envolveriam análise detalhada de alternativas específicas tendo como referência os elementos do modelo incremental.

As abordagens dos estudiosos, conforme Heidemann e Salm (2006), partem do modelo de homem da teoria econômica, o chamado *homo economicus*. E, a partir da adoção desta perspectiva de análise nos estudos de políticas iniciou-se entre os pesquisadores um esforço para o desdobramento prático, a operacionalização dessa concepção de homem. Contudo, de acordo com Heidemann e Salm (2006), Simon e Lindblom procuram adotar modelos de homem "mais realistas e menos perfeitos" que o Homem econômico clássico (HEIDMANN & SALM 2006:95). Etzioni, em suas construções teóricas, propunha uma posição intermediária.

**Easton** (1965) trouxe contribuições para área, segundo Souza (2006), definindo a política pública como um sistema: “uma relação entre formulação, resultados e o ambiente” (SOUZA, 2006:24).

A teoria sistêmica, de acordo com Dye (2006), retrata as políticas públicas como um produto do sistema político e o conceito de *sistema* implicaria um conjunto “identificável de instituições e atividades na sociedade, que funcionariam no sentido de transformar demandas (*inputs*) em decisões oficiais, com o apoio indispensável de toda a sociedade” (Dye, 2006:125). Segundo Souza, as políticas públicas na perspectiva sistêmica receberiam *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciariam seus resultados e efeitos. Como explicita Dye (2006), todo sistema absorveria uma variedade de demandas, algumas das quais conflitantes entre si. E, conforme o autor, para transformar essas demandas em políticas públicas, ou seja, *output*, o sistema deveria promover acordos e fazê-los cumprir pelas partes interessadas (Dye, 2006).

De acordo com Dye (2006) reconhece-se que os *outputs* podem exercer um efeito modificador sobre o ambiente e suas demandas, podendo também ter influência sobre o caráter do sistema político. Segundo a linha de análise, o sistema se auto-preservaria por meio: “(1) da produção de *outputs* razoavelmente satisfatórios; (2) da sujeição a suas próprias e profundas vinculações internas; (3) do uso, ou ameaça de uso, da força” (Dye, 2008:125).

### 2.3. Modelos de Análise e Teorias

Apresentaremos alguns modelos de análise de políticas públicas levando em consideração o mapeamento feito pela cientista política Celina Souza (2006) que elenca algumas das principais abordagens explicativas da área. Entre os modelos está abordagem de caráter participativo – a qual, também, lançaremos mão, ao lado da Agenda Setting, para o desenvolvimento deste trabalho. Os modelos a serem apresentados buscam entender como e porque o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que poderá repercutir na vida dos cidadãos (SOUZA, 2006).

Eles podem ser reconhecidos enquanto Ciclo da Política (*Policy Cycle*); Arena Política (Policy Arenas); Modelo da Lata do Lixo: *Garbage Can Model*; Arenas Sociais, Modelo do Equilíbrio Interrompido (*Punctuated Equilibrium*), os modelos influenciados pelo que a autora denomina Novo Gerencialismo Público e ajuste fiscal - que vão contar com as contribuições de Olson e sua Teoria da Ação Coletiva - e, paralelo a estas

correntes, disputando também no debate sobre formas de governança e políticas públicas, as políticas de caráter participativo.

### 2.3.1. *Ciclo de Política ( Policy Cycle)*

Primeiramente apresentada por Lasswell na década de 50, a idéia de modelar o processo político em termos de estágios buscava, segundo Jann e Wegrich (2007), estabelecer uma ciência política multidisciplinar e prescritiva. Lasswell apresentou em 1956 um modelo do processo político composto por sete fases: inteligência, de promoção, de prescrição, de invocação, de aplicação, de terminação/término e de avaliação (JANN E WEGRICH, 2007). Embora esta seqüência de estágios tenha sido contestada, em particular, que a rescisão vem antes da avaliação, segundo Jann e Wegrich (2007), o modelo em si tornou-se o ponto de partida para uma variedade de tipologias do processo político: “Com base no crescimento do campo de estudos de política durante os anos 1960 e 1970, os modelos de estágios serviram à necessidade de organizar e sistematizar um crescente corpo de literatura e pesquisa” (JANN E WEGRICH, 2007: 43). Hoje, a diferenciação entre a **definição da agenda, formulação de políticas, tomada de decisão, implementação e avaliação** (o que leva a rescisão) tornou-se a forma convencional para descrever a cronologia de um processo político (JANN E WEGRICH, 2007. **Grifos meus**).

Embora estudos empíricos de tomada de decisão e planejamento nas organizações, conhecidas como a teoria comportamental de tomada de decisão (SIMON 1947 apud JANN E WEGRICH, 2007 ) tenham salientado que o mundo real geralmente não segue esta seqüência de etapas distintas de tomada de decisão, Jann e Wegrich (2007) defendem que a perspectiva de ciclo de política continuará a fornecer um quadro conceitual importante na pesquisa de políticas, desde que o “objetivo heurístico do quadro seja considerado e a perspectiva hierárquica de cima para baixo e a receptividade para outras e novas abordagens da literatura de ciência política sejam levadas em consideração”( JANN E WEGRICH, 2007: 57).

A abordagem enfatiza ainda a definição de agenda (*agenda setting*) perguntando por que algumas questões entram na agenda política, enquanto outras são ignoradas (SOUZA, 2006).



### 2.3.2. Arena Política (*Policy Arena*)

Uma tipologia bastante conhecida na área foi originalmente introduzida no debate científico por Thedor Lowi em 1972, a denominada *Policy Arena*. O modelo refere-se aos “processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política. E, o modelo é desenvolvido a partir da máxima: a política pública faz a política (FREY, 2000; SOUZA, 2006). Com o raciocínio, Lowi quis dizer, conforme Souza (2006), que cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e que “disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas” (SOUZA, 2006:28) Para Lowi, a política pública pode assumir quatro formatos, ou seja, podem ser distinguidas de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo.

Segundo Frey (2000), Políticas Distributivas são caracterizadas por um baixo grau de conflito dos processos políticos, beneficiam um grande número de destinatários, porém, em escala relativamente pequena. Geram impactos mais individuais do que universais privilegiando certos grupos sociais ou regiões (FREY, 2000; SOUZA, 2006).

As Redistributivas, ao contrário, enfrentariam um grau maior de conflito, tendo maior dificuldade para serem encaminhadas (FREY, 2000; SOUZA, 2006). De acordo com Souza (2006), elas atingem um maior número de pessoas e impõem perdas concretas: “a curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuro para outros” (SOUZA, 2006: 28). Estas políticas redistribuem recursos de qualquer natureza, entre grupos sociais. São em geral as políticas sociais universais e as transferências de renda, o sistema tributário, o previdenciário e as isenções fiscais. Já as Políticas Regulatórias disciplinam aspectos da atividade social, trabalham com ordens e proibições, decretos e portarias. “Custos e benefícios podem ser distribuídos de forma igual e equilibrada entre os grupos e setores da sociedade, do mesmo modo como as políticas também podem atender a interesses particulares e restritos” como explicita Frey (FREY, 2000:224). De acordo com o autor, os processos de conflito, de consenso e de coalizão podem se modificar conforme a configuração específica de cada política.

As Políticas Constitutivas determinariam as regras, a estrutura e as condições gerais sob as quais são negociadas as políticas distributivas, redistributivas e regulatórias. Beck a define como políticas modificadoras de regras (BECK, 1993 apud FREY, 2000:224). Segundo Frey, que também a denomina como política estruturadora, esta política diz respeito à própria esfera da política e suas instituições condicionantes:

*polity*. Como explicita o autor, refere-se “à criação e modelação de novas instituições, à modificação do sistema de governo ou do sistema eleitoral, à determinação e configuração dos processos de negociação, de cooperação e de consulta entre os atores políticos” (FREY: 2000: 224).

### 2.3.3. Modelo da Lata do Lixo (*Garbage Can Model*)

Ao analisar o comportamento das organizações no processo político em 1970, Michel D. Cohen, James G. March e Johan P. Olsen desenvolveram o modelo chamado Lata de Lixo, o *Garbage Can Model*. De acordo com Rua e Romanini (2013), esta abordagem parte da constatação de que as organizações aparentam ter preferências problemáticas (ambíguas), tecnologias não-claras e participação fluída no processo decisório (COHEN; MARCH; OLSEN, 1972 apud RUA, 2013). Como operam em ambientes de incerteza, conforme as autoras explicitam: “frequentemente os comportamentos decisórios nas organizações envolvidas nas políticas públicas podem parecer irracionais, descabidos ou sem sentido” (RUA & ROMANNI, 2013: 12). Isto, frente à hipótese Racionalista segundo a qual os indivíduos e organizações “identificam os problemas a serem resolvidos, estabelecem objetivos a atingir e constroem soluções para os problemas consoante uma ótica de adequação dos meios aos fins” (RUA & ROMANNI, 2013: 12).

A abordagem da Lata do lixo propõe algo diferenciado. Conforme as autoras, ao desenvolverem suas pesquisas Cohen, March e Olsen (1972), teriam observado que as organizações ao longo de sua trajetória, tenderiam a produzir muitas propostas ou alternativas para solucionar problemas enfrentados. Por motivos diversos, os problemas poderiam, naquele momento, perder a relevância e as várias propostas de solução, segundo Rua e Romanini (2013), serem relegadas ao arquivo morto da organização, ou seja, à lata de lixo. E, em circunstâncias novas, soluções poderiam saltar à cena à procura da resolução de um problema (RUA & ROMANINI, 2013).

Segundo as estudiosas, para os idealizadores do modelo *Garbage Can* o processo de tomada de decisões não seguiria um curso racionalmente ordenado “indo da definição do problema em busca da sua solução” (RUA & ROMANINI, 2013: 13). Ao contrário: “as decisões é que resultam de vários fluxos de eventos independentes dentro da organização. As soluções são independentes dos problemas, elas ‘procuram’

problemas caindo nas mãos dos tomadores de decisão quando um problema sucede” ( RUA & ROMANINI, 2013: 13). Segundo essa perspectiva, alguns fluxos ocorreriam na trajetória desordenada da tomada das decisões das organizações, sendo classificados entre : Fluxo dos Problemas, Fluxo das Soluções, Fluxo das Oportunidades de Decisão e o dos Participantes das organizações (RUA & ROMANINI, 2013:13). A convergência entre os fluxos, conforme define Rua e Romanini (2013), explicaria as decisões tomadas nas organizações. São herdeiros desta tradição a teoria dos Múltiplos Fluxos com abertura da Janela de Oportunidade de Kingdon e o modelo do Equilíbrio Pontuado com sua ênfase na racionalidade limitada.

#### *2.3.4. Equilíbrio Pontuado*

Em 1993, Baumgartner e Jones desenvolveram uma importante teoria sobre a formação e mudança da agenda em Políticas Públicas chamada Equilíbrio Pontuado. A ferramenta de análise é inspirada na teoria dos sistemas (da computação) e nos trabalhos de Simon sobre a capacidade limitada dos atores em processar informações, além das formulações da Biologia de que em determinados períodos ocorrerem saltos no processo evolutivo: punctuated equilibrium (RUA E ROMANIN, 2013). Conforme Souza (2006), a abordagem afirma que política pública se caracteriza por longos períodos de estabilidade, interrompidos por períodos de instabilidade que geram mudanças nas políticas anteriores. E, segundo Rua e Romanini (2013), tal observação teria desencadeado indagações sobre as causas destas continuidades e das mudanças ocorridas nas políticas - questões estas vinculadas à origem da teoria.

Segundo Rua e Romanini (2013), o modelo do Equilíbrio Pontuado define que a lógica a presidir a organização dos governos seria a de que não é possível aos atores assimilarem e processarem todo o conhecimento relacionado às diferentes dimensões setoriais da vida pública. Por isso, os governos operariam em dois níveis diferentes: o subsistema e o macrosistema. (RUA E ROMANINI, 2013).

Conforme explicitam as autoras, os subsistemas cuidariam das questões de forma paralela a operação de mudanças a partir das “experiências de implementação e de avaliação de políticas públicas. Já no macrosistema que é o núcleo do governo – as lideranças tratam das questões mais significativas e complexas de maneira serial, uma de cada vez” (RUA E ROMANINI: 2013: 22).

Somente em períodos de instabilidade, ocorreria, segundo Souza (2006), uma mudança serial mais profunda. Este modelo, conforme a autora, permitiria entender por que um sistema político poderia agir tanto de forma incremental, “isto é, mantendo o status quo, como passar por fases de mudanças mais radicais nas políticas públicas”. Fundamental à teoria, de acordo com a estudiosa, seria a construção de uma imagem sobre determinada decisão ou política pública (*policy image*), e a mídia teria “papel preponderante nessa construção”. (SOUZA, 2006:33).

### 2.3.5. A abordagem Neo-institucional

Segundo Celina Souza (2006), entre outras correntes teóricas, o debate sobre políticas públicas teria também sido influenciado pelas premissas advindas do chamado Neo-Institucionalismo. Segundo a autora, a abordagem teórica, enfatiza a importância crucial das instituições/regras para a decisão, formulação e implementação de políticas públicas. De acordo com os autores Peter Hall e Rosemary Taylor (2003), o Neo-institucionalismo não constituiria uma corrente de pensamento unificada. Ao contrário, conforme os estudiosos, pelo menos, três métodos de análise diferentes apareceram de 1980 em diante, reivindicando o título de “neo-institucionalismo”: o Institucionalismo Histórico, o Institucionalismo da Escolha Racional e o Institucionalismo Sociológico.

Considerando, primeiramente, a questão da definição das relações entre instituições e comportamento, o **Institucionalismo histórico** teria a oferecer uma concepção mais ampla dessa relação (Grifo meu). Conforme Hall e Taylor (2003), os teóricos dessa corrente utilizariam com frequência, os enfoques “calculador” e “culturalista” (HALL & TAYLOR, 2003. Aspas dos autores). Aos olhos dos estudiosos, a característica mostrar-se-ia como uma virtude. Entretanto, tal ecletismo traria seus inconvenientes. O Institucionalismo histórico, conforme os autores, teria dedicado menos atenção que as outras escolas de pensamento, ao desenvolvimento de uma “compreensão fina da maneira precisa” pela qual as instituições afetariam o comportamento. E, como explicitam Hall e Taylor (2003): “certos trabalhos não definem com os cuidados necessários o encadeamento causal preciso pelo qual as instituições que eles identificam como importantes, afetam o comportamento que se espera que elas expliquem” (HALL & TAYLOR, 2003:213). Segundo os pesquisadores, sob esse aspecto, o enquadramento teórico poderia “tirar partido de intercâmbios mais apurados com as outras escolas” (HALL & TAYLOR, 2003:213).

Já o **Institucionalismo da Escolha Racional**, por seu lado, teria desenvolvido uma concepção mais precisa das relações entre as instituições e o comportamento, somando a isto “um conjunto generalizável de conceitos que se prestam à elaboração de uma teoria sistemática” (HALL & TAYLOR, 2003: 213. Grifo meu). No entanto, esses microfundamentos tão “gabados”, segundo os autores, repousariam sobre uma “imagem relativamente simplista das motivações humanas, que corre o risco de passar ao lado de algumas das suas dimensões mais importantes” (HALL & TAYLOR, 2003: 213). Os que advogam o enfoque, conforme Hall e Talyor (2003), inclinar-se-iam a compará-lo a “um conjunto de equações de forma reduzida, que convém julgar não tanto pela exatidão dos seus postulados quanto à luz da capacidade de predição de seu modelo”. Conforme, os estudiosos, tal concepção levaria a um terreno escorregadio, “considerando-se que as predições engendradas por esses modelos com frequência são sensíveis a pequenas modificações, não raro arbitrárias ou sem fundamento empírico, relativas à matriz de ganhos, às estruturas de preferências etc” (HALL & TAYLOR, 2003: 213).

Em contrapartida, tanto o Institucionalismo histórico quanto o Institucionalismo Sociológico tratariam de forma diferente a explicação da origem e da mudança das instituições. Partiriam do entendimento de que as instituições novas são criadas e adotadas em um mundo já repleto de outras pré-existentes. Segundo Peter Hall e Rosemary Taylor, a constatação poderia “parecer algo anódino, mas é uma observação prenhe de consequências” (HALL & TAYLOR, 2003:217). Em Sociologia, conforme os autores de As três versões do Neo-institucionalismo, os Institucionalistas partiriam desta constatação para examinar o modo como as instituições existentes estruturariam o campo de visão dos atores que teriam em vista uma reforma institucional. Dessa forma, a linha de pensamento direcionaria sua atenção para “os processos pelos quais os atores que criam novas instituições tomam de “empréstimo” elementos dos modelos de instituição existentes” (HALL & TAYLOR, 2003:217).

Esse enfoque permitiria ir muito longe na explicação de numerosos casos de ineficácia constatados em instituições sociais e políticas ( HALL & TAYLOR, 2003). No entanto, em determinadas situações, guardada suas exceções, de acordo com os autores, os **Neo-institucionalistas Sociológicos** pareceriam privilegiar de tal modo os processos macrosociológicos que os atores em jogo “parecem desvanecer-se ao longe, tornando o resultado semelhante a uma “ação sem atores” ” (HALL & TAYLOR, 2003:218. Grifo meu). De maneira geral, os estudiosos afirmam que tal abordagem

teórica poderia beneficiar-se de uma maior atenção ao modo como os “esquemas de significados, os cenários e os símbolos nascem não somente de processos de interpretação, mas também de processos de conflito” (HALL & TAYLOR, 2003:218).

### 2.3.6. Novo Gerencialismo e o formato de política participativa na Governança Pública

Em sua revisão de literatura sobre os principais modelos de políticas públicas da atualidade, a autora Celina Souza (2006) aborda o que ficou conhecido como Novo Gerencialismo Público. Segundo a estudiosa, tanto a política fiscal de restrição de gastos, quanto este novo olhar sobre a gestão pública, teriam influenciado novos formatos de políticas que foram adotados com vistas à eficiência e credibilidade dos governos. Assim, conforme a pesquisadora “a eficiência passou a ser vista como o principal objetivo de qualquer política pública, aliada à importância do fator credibilidade e à delegação das políticas públicas para instituições com “independência” política” (SOUZA, 2006: 34).

Em paralelo, ou ‘concorrendo’ nas palavras de Souza com “novo gerencialismo público” nas políticas públicas, veio sendo desenvolvido em vários países, uma tentativa de implementar políticas públicas de caráter participativo. Conforme a autora, a iniciativa teria ganhado corpo tanto devido a intervenção de organismos multilaterais quanto às normas constitucionais e compromissos assumidos por alguns partidos políticos (SOUZA, 2006). No Brasil, como explicita a autora, são exemplos dessa tendência, os diversos conselhos comunitários voltados para as políticas sociais, assim como o Orçamento Participativo.

De acordo com o autor Leonardo Secchi (2009), a Administração Pública Gerencial ou Nova Gestão Pública (*new public management*), conhecidos também por Gerencialismo (*managerialism.*) ou ‘Novo Gerencialismo’, seria um modelo normativo pós-burocrático para a estruturação e a gestão da administração pública baseado, conforme reitera Secchi (2009), em valores de eficiência, eficácia e competitividade. O modelo, segundo o pesquisador (2009), representaria um sistema de crenças pautado pela racionalidade instrumental aplicada à gestão pública. A abordagem, como define o estudioso, teria sido inspirada na teoria administrativa moderna, trazendo para os administradores públicos além da linguagem, ferramentas da administração privada contidas em livros como *The practice of management* (DRUCKER, 1954 apud

SECCHI, 2009) e *In search of excellence* ( PETERS e WALTERMAN, 1982 apud SECCHI, 2009).

No que tange à definição de Governança Pública, Leonardo Secchi (2009) afirma que ela não estaria livre de contestações por gerar ambiguidades entre diferentes áreas do conhecimento como Relações Internacionais, Teorias do Desenvolvimento, Administração Privada, Ciência Política e a Administração Pública - que estudam os fenômenos de “*governance*” (SECCHI, 2009. Aspas com itálico do autor). Em seu artigo Modelos Organizacionais e Reformas da Administração Pública, para uma melhor abrangência do tema, o autor elenca conceitos oriundos das diversas áreas do conhecimento, adotando no texto a interpretação da Ciência Política e Administração Pública - em que a Governança estaria relacionada a “um modelo horizontal de relação entre atores públicos e privados no processo de elaboração de políticas públicas” (KOOIMAN, 1993; RICHARDS & SMITH, 2002 apud SECCHI, 2009: 358). Explicita ainda que “*governance*” denotaria pluralismo, no sentido que “diferentes atores têm, ou deveriam ter, o direito de influenciar a construção das políticas públicas”( SECCHI, 2009:358. Aspas em itálico do autor).

Entretanto, valeria registrar aqui, outras definições explicitadas pelo estudioso, derivadas das teorias que tratam sobre desenvolvimento. Conforme Secchi (2009), elas abordariam a governança como “um conjunto adequado de práticas democráticas e de gestão que ajudariam os países a melhorar suas condições de desenvolvimento econômico e social” (SECCHI, 2009: 358). “Boa governança” nesta perspectiva seria, portanto, a combinação de boas práticas<sup>5</sup> de gestão pública (SECCHI, 2009. Aspas do autor).

Segundo o estudioso, organismos como Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial exigiriam “boa governança” como requisito para países em via de desenvolvimento receberem recursos econômicos e apoio técnico (SACCHI, 2009. Aspas do autor).

Para Kooiman (1993), a Governança Pública implicaria não apenas no envolvimento de atores não estatais no planejamento e implementação das políticas

---

<sup>5</sup> Conforme Secchi (2009), para o Fundo Monetário Internacional as áreas de aplicação das boas práticas seriam aquelas envolvidas na melhora da eficiência administrativa, da *accountability* democrática e de combate à corrupção como exemplos de “elementos essenciais de um *framework* no qual economias conseguem prosperar” (IMF, 2003:1 apud SACCHI, 2009:358)

públicas, mas, também, em todo o processo de coprodução e cogestão de políticas. (KOOIMAN, 1993 apud SECCHI, 2009).

No que diz respeito a questões mais práticas<sup>6</sup>, segundo o autor Leonardo Secchi (2009), a Governança Pública disponibilizaria “plataformas organizacionais para facilitar o alcance de objetivos públicos tais como o envolvimento de cidadãos na construção de políticas, fazendo uso de mecanismos de democracia deliberativa e redes de políticas públicas” (SECCHI, 2009: 360). Exemplos desse mecanismo poderiam ser observados no que tange ao fortalecimento da comunidade na gestão do patrimônio público (*community empowerment*), nos planejamentos e orçamentos participativos, além dos conselhos deliberativos nas diversas áreas de políticas públicas (SECCHI, 2009).

### 2.3.7. A lógica da Ação Coletiva

A abordagem teórica do economista Mancur Olson que trata da Ação Coletiva está inscrita na Teoria da Escolha Racional. E, conforme a autora Celina Souza (2006), dois pontos centrais são ressaltados nesta abordagem: a de que interesses individuais agregados não gerariam ação coletiva e a ação coletiva não necessariamente produziria bens coletivos. Isto porque um interesse público não seria, conforme a teoria, a soma dos interesses dos grupos, que, para não serem cooptados por interesses particularistas precisariam de incentivos seletivos (SOUZA, 2006). Assim, a chamada ‘boa’ política pública, de acordo com a linha de pensamento de Olson, não poderia resultar da disputa entre grupos, mas de uma análise racional, como explicita a autora Celina Souza (2006).

Segundo a teoria, a decisão de todo indivíduo racional sobre se irá ou não contribuir para a obtenção de um benefício coletivo dependerá dos custos da ação serem inferiores aos benefícios alcançados. E, Olson, como explicita Bodart (2010), argumenta que grupos menores tenderiam a ter maior adesão de seus membros devido ao “fato de o benefício ser dividido por um número igualmente reduzido de participantes, sendo o benefício recebido significativo a cada membro” (BREVE COMENTÁRIO... 2010).

---

<sup>6</sup> O autor apresenta alguns exemplos de esferas onde a prática participativa de diferentes atores, denominada pelo professor por democracia deliberativa, já teria sido experimentada. No âmbito privado, tais iniciativas teriam ocorrido em indústrias japonesas no pós-guerra “como um procedimento adequado a aproveitar o conhecimento e os *frames* cognitivos dos empregados no momento de decidir sobre produtos e processos produtivos” (SABEL, 2001 apud SECCHI, 2009: 360). Na esfera governamental, conforme Secchi (2009), a experiência organizacional veio sendo utilizada com o intuito de melhorar a interação tanto entre atores públicos quanto privados para “a solução de problemas coletivos e a redução de elos na cadeia de *accountability*” (SECCHI, 2009: 361. *Itálico do autor*).



Conforme o cientista político Fábio Wanderley Reis (2010), apresentar uma alternativa à teoria tradicional de grupo teria sido a pretensão de Olson, que gerou um significativo impacto sobre a ciência política contemporânea, mesmo entre seus críticos. E, a teoria, inserida na corrente de pensamento associada à escolha pública, aponta o individualismo como chave para a compreensão da ação social (CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS .., 2010). Como explicita Reis (2010), para Olson o bem comum não seria suficiente para induzir a ação do indivíduo, sendo necessário “incentivos seletivos”. Porém, o cientista político aponta que “é de fundamental importância considerar outros fatores propulsores da ação coletiva como, por exemplo, a solidariedade, que ganhara apenas um pequeno espaço em nota de rodapé nas avaliações do economista. (CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS... 2010). Para Reis (2010), não se deve negar a relevância analítica dos aspectos de qualquer natureza “que possam ser vistos como produtores de solidariedade” (CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS DE..., 2010). Outro problema da teoria é apontado autor Ludolfo Paramio (2000). Conforme Paramio (2000), se todos os cidadãos se comportam como “calculadores racionais cada um antecipa que os primeiros a manifestarem-se suportarão um alto custo por fazê-lo e por isso, é melhor manter-se aguardando até que sejam muitos a protestar publicamente” (PARAMIO, 2000:8). Nesse caso, segundo o Paramio (2000), nunca ocorreria uma ação maciça de protesto (PARAMIO, 2000). Para o estudioso, ao assumir que todos os indivíduos têm interesses homogêneos, a teoria deixa de levar em consideração outras variáveis não redutíveis ou mensuráveis de forma utilitarista, a exemplo de valores identitários ou relacionados à reconhecimento social, entre outros fatores.

Para Reis (2010), Olson recusar-se-ia a enxergar que os grupos sociais podem ser formados de forma efetiva, com objetivos partilhados e aptidão a mobilizar-se pela causa coletiva do grupo (CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS... 2010). Segundo o autor, seria possível identificar tais características em grupos formados por ideologias de grupo ou por afetos reais. Para o cientista político “Assim como seria enganoso falar em ação solidária desprezando a existência de ação interessada, igualmente não se pode falar, como fez Olson, em ação interessada desprezando a possibilidade de existência da ação solidária” (CONTRIBUIÇÕES CRÍTICAS... 2010).

### 2.3.8. O Modelo dos Múltiplos Fluxos

A teoria dos múltiplos fluxos foi desenvolvida a partir de estudos sobre a formação da agenda pública, elaborada por Kingdon (2003) e Zahariadis (2007) tendo origem no modelo de decisão em organizações (GOTEMMS; PIRES; CALMON; ALVES, 2013). Kingdon (2003), seguindo Cohen, March e Olsen (1972), propõe que o processo de tomada de decisão nas políticas públicas pode ser representado pela “confluência de três grandes correntes dinâmicas: a corrente dos problemas (*problems*), a das propostas ou alternativas (*policies*) e a da política (*politics*)” (GOTEMMS; PIRES; CALMON; ALVES, 2013: 513). Estabelecendo a princípio uma distinção entre Agenda Sistêmica; Agenda Governamental (com a subdivisão de Agenda Especializada ou Setorial) – e Agenda de Decisões, Kingdon (1984) procura esclarecer porque algumas questões não somente entram na agenda governamental, mas são incluídas nas Agendas de Decisões e outras não (RUA E ROMANINI, 20013). Conforme explicitam Rua e Romanini (2013), o autor afirma que uma demanda entra na agenda governamental quando é reconhecida como um problema político e passa a despertar o interesse dos formuladores de políticas públicas. Entretanto, devido ao volume e a complexidade das demandas e dos processos governamentais, nem todas as questões presentes na agenda governamental chegariam à Agenda de Decisões. Para que isso ocorra é preciso que haja, segundo Kingdon (1984), a convergência de três fluxos: o Fluxo dos problemas (*problems*); o Fluxo das Políticas Públicas (*policies*) e o Fluxo da Política.

O Fluxo dos Problemas está conceitualmente fundamentado na ideia de que os problemas podem ser social e politicamente construídos “conforme diferentes representações por parte dos indivíduos, grupos e organizações que atuam no sistema político” (RUA & ROMANINI, 2013). E, neste processo de construção e reconhecimento do problema, conforme explicitam Rua e Romanini (2013), o autor leva em consideração três mecanismos. Entre eles estão os Indicadores - que são medidas que revelam a proporção de um determinado fenômeno, a exemplo dos índices de inflação, analfabetismo, taxa de mortalidade infantil etc; Os eventos, as crises e os símbolos - como desastres, calamidades públicas, grandes acidentes – e a maneira como todos eles são interpretados. E, finalmente, o Feedback das ações governamentais, como as manifestações na imprensa, os movimentos sociais, os resultados de pesquisa sobre o governo (RUA E ROMANINI, 2013)

O conceito de Fluxo das Políticas Públicas, também chamado de Fluxo das Alternativas, refere-se a um amplo conjunto de propostas para solucionar os problemas políticos e, segundo Rua e Romani (2013), “envolve ideias que diversos atores têm sobre como as coisas podem ser feitas, sem que, entretanto, estejam vinculadas a problemas específicos (KINGDON, 1983, apud RUA & ROMANINI, 2013). Para Kingdon, essas ideias ou alternativas são geradas nas chamadas comunidades de políticas - *Policy Communities*, compostas por especialistas de diversas áreas entre pesquisadores, consultores, assessores parlamentares, funcionários governamentais, analistas vinculados a organismos internacionais, ONGs, grupos de interesse etc. O Fluxo das Políticas (*policies*) ou Alternativas não exerceria, segundo Rua e Romanini (2013), influência direta na agenda, mas ofereceria alternativas dos problemas percebidos pelas autoridades viabilizando sua inserção na agenda. Como definem as pesquisadoras, de acordo com Capella (2007), Kingdon, acentua a importância dos conteúdos simbólicos e argumentativos das ideias nas políticas públicas que, “para ele são mais importantes que elementos como poder e o uso de estratégias racionais pelos autores” (CAPELLA apud RUA & ROMANINI, 2013: 67).

O terceiro conceito, que se refere ao “Fluxo da Política” (*politics*), segundo o autor, segue regras próprias e possui uma dinâmica “extremamente fluida, baseada na barganha e na negociação política”, além da persuasão como no Fluxo das Alternativas (KINGDON, 1984 apud RUA & ROMANINI, 2013:68 ). Este fluxo está conectado a três elementos: o Clima ou Humor Nacional, que seriam as imagens e os sentimentos a predominar no conjunto da sociedade em determinado momento e que poderia favorecer ou não a germinação de ideias específicas; o Apoio ou a Oposição das forças políticas relacionadas à determinadas questões e as Mudanças de Governo. Este terceiro elemento poderia resultar de processo eleitoral quando se estabelece um novo governante ou com a mudança de pessoas em posições estratégicas na estrutura governamental, além de mudanças na composição do congresso (RUA & ROMANINI, 2013)

E, para Kingdon (1984), as alternativas disponíveis (no fluxo das alternativas) encontrariam seu espaço quando se abre uma ‘janela de oportunidade’ a partir de uma conjunção adequada, ou seja, uma convergência entre Fluxo dos Problemas com o Fluxo da Política, quando é destacada, na teoria, a figura do empreendedor de políticas, o *Entrepreneur*. Segundo Zahariadis (2006), empreendedores políticos seriam indivíduos ou atores corporativos que tentariam casar os três fluxos ao vislumbrarem

uma abertura na janela de oportunidades. Seriam, segundo o autor, “mais do que meros defensores de soluções particulares”, seriam agentes de poder e manuseadores de preferências problemáticas e tecnologias ainda não claras (ZAHARIADIS, 2006: 74). Como explicita Zahariadis (2006), Empreendedores devem ser não só persistentes, mas também qualificados no acoplamento dos fluxos. Devem, ainda, de adordo com estudioso, ser capazes de unir problemas à soluções e encontrar políticos receptivos à suas ideias. Os mais bem sucedidos, seriam aqueles que teriam maior acesso aos decisores políticos (ZAHARIADIS, 2006: 74).

Outro fator importante na teoria dos múltiplos Fluxos diz respeito aos participantes do processo. Segundo esta perspectiva, os participantes visíveis definiriam a agenda e os invisíveis, as alternativas (SOUZA, 2006)

O grupo de participantes visíveis, segundo Kingdon (2006), que receberia considerável atenção da imprensa e do público incluiria o Presidente e seus assessores de alto escalão, importantes membros do Congresso, a mídia, e atores relacionados ao processo eleitoral como partidos políticos e comitês de campanha. O grupo relativamente invisível de atores incluiria acadêmicos, burocratas de carreira e funcionários do congresso. Esses participantes relativamente invisíveis formariam comunidades de especialistas que agiriam de forma mais ou menos coordenada. (KINGDON, 2006).

### 2.3.9. Teoria das Não-decisões

A teoria da *Não-decisão*, à qual também lançaremos mão para o desenvolvimento do trabalho (ao lado das teoria sobre Participação Social), foi desenvolvida pelos autores Peter Bachrach e Morton Baratz (1962, 1970) a partir dos estudos das relações de poder observadas no processo decisório das políticas públicas nos Estados Unidos. Segundo os autores, a definição da agenda expressaria relações de poder de modo que os temas que ameaçassem os interesses mais poderosos não seriam incluídos na pauta (RUA & ROMANINI, 2013)

Conforme Rua e Romanini (2013), “Em vez de enxergar as políticas públicas como aquilo que é decidido pelos tomadores de decisão, Bachrach e Baratz sustentam que as questões que chegam à agenda decisória são apenas as que foram previamente filtradas e permitidas” (RUA E ROMANINI, 2013). Conforme explicitam Rua e

Romanini (2013), para os autores, o poder político não estaria propriamente nas decisões a serem tomadas, mas, antes, naquilo que antecederia a formação da agenda de políticas públicas. Nas palavras das autoras, o “verdadeiro poder não estaria em decidir sobre questões que estão na agenda, e sim, em selecionar aquilo que será decidido – o que entrará ou não na agenda decisória” (RUA E ROMANINI, 2013). E a esta ‘manobra’ de escolher quais serão as questões admissíveis à agenda de decisões e não a decisão em si, Bachrach & Baratz (1962) denominaram por “Segunda Face do Poder”.

Como é talvez auto-evidente, há similaridades em ambas as faces do poder. Em cada uma, A participa de decisões e assim afeta adversamente B. Mas há uma diferença importante entre ambas: em um caso, A participa abertamente; no outro caso, ele participa somente no sentido de que trabalha para sustentar aqueles valores e regras de procedimento que o auxiliam a manter certos temas fora do domínio público. É bem verdade que a participação do segundo tipo pode às vezes ser aberta; esse é o caso, por exemplo, das disputas para encerramento dos debates para proceder-se às votações no Congresso. Mas, o fato é que ela não precisa ser aberta. De fato, quando a manobra é mais exitosamente realizada, nem envolve nem pode ser identificada com decisões a que se chegou em temas específicos. (BACHRACH & BARATZ, 1962 :151).

Bachrach e Baratz (1962;1970) pontuam que o poder não é igualmente distribuído na sociedade: “os atores políticos com interesses mais consolidados dispõem de recursos para impedir que determinados temas sejam inseridos na agenda decisória – eles **detêm o controle da pauta**” (BACHRACH & BARATZ, 1962, 1970 apud RUA E ROMANINI 2013: 63.**Grifo meu** ).

Certas categorias de indivíduos, grupos, perspectivas, problemas, ou conflitos seriam, conforme explicita Rua e Romanini (2013), deliberadamente excluídos ou suprimidos das discussões políticas de maneira que o escopo do debate (ou a agenda) limitar-se-ia somente às questões percebidas como “seguras” pelos atores mais poderosos (RUA E ROMANINI: 2013). A esta forma de atuação na configuração das agendas governamentais, debruçando-se sobre os trabalhos de Bachrach e Baratz, Birkland (2007) denominou Poder de Bloqueio. Para Birkland (2007) esta forma de atuação diz respeito ao desequilíbrio de poder tanto como uma função da natureza de atributos particulares dos grupos e seus interesses quanto das regras do processo político (BIRKLAND, 2007).

Como explicitam Rua e Romanini, para Bacharach e Baratz, a não decisão significaria que:

“determinadas temáticas, que ameacem fortes interesses, ou que contrariam os códigos de valores de uma sociedade (e, da mesma sorte, ameacem interesses) encontram obstáculos diversos e de variada intensidade à sua transformação de estado de coisas a problema político - e, portanto, impedimentos à sua inserção na agenda governamental” (BACHRACH & BARATZ apud RUA E ROMANINI, 2013: 64).

Assim, como definem as autoras, a teoria da não-decisão não equivaleria à ausência de decisão sobre uma questão incluída na agenda, mas sim, a um veto à inclusão de certos temas na agenda política impedindo que venham a ser objeto de decisão. Isto ocorreria devido ao *viés de seleção*, à chamada Mobilização do Viés – *Mobilization of Bias* - conceito formulado originalmente por Elmer Schattschneider (1960) e incorporado por Bachrach & Baratz (1962;1970). A expressão, segundo Rua e Romanini (2013), denotaria “um conjunto predominante de crenças, valores, processos, e procedimentos institucionais que atuam para definir o que estará dentro do sistema político e o que ficará de fora” (SCHATTSCHEIDER, 1960 apud RUA E ROMANINI, 2013: 63).

Schattschneider explicita que o “viés” não tem origem divina, muito menos seria estático; ele expressaria o “*ethos* social dominante” e definiria se as questões serão incorporadas rapidamente ou se permanecerão ignoradas por um longo tempo (SCHATTSCHEIDER, 1960 apud RUA E ROMANINI, 2013:63). As autoras ainda acrescentam existirem situações que permanecem ‘estado de coisas’ por períodos indeterminados, sem chegar a serem incluídos na agenda governamental, “pelo fato de existirem barreiras culturais e institucionais que impedem que sequer se comece o debate público” (RUA E ROMANINI, 2013).

Conforme Birkland (2007), todas as formas de organização política teriam “um viés em favor da exploração de alguns tipos de conflito e a supressão de outros”. (Schattschneider 1960/1975, apud BIRKLAND, 2007). Para o estudioso, algumas questões são mais propensas a alcançar a agenda e outras não. Isto seria atribuído, segundo o autor, a determinado viés do sistema político, como havia definido Schattschneider (1960), que permitiria algumas serem levantadas, enquanto outras tidas como impróprias para a consideração política. Como exemplo, Birkland (2007) cita questões do cenário norte-americano como habitação, educação, emprego, ou cuidados de saúde, que não são encaradas como direitos pelo Estado e por isso, enfrentariam dificuldades de acesso à agenda institucional, pois seriam vetadas por outros grupos por

conta de determinados interesses (Birkland, 2007). Entre outros exemplos estão o estatuto da propriedade privada que, conforme Rua e Romanini (2013), não é de forma alguma objeto de debate no EUA e os direitos da mulher, que não entram na pauta governamental de diversos países do oriente médio.

Na esteira dos debates sobre como as assimetrias do poder afetam a introdução de demandas na agenda, Schattschneider (1960) propôs a sua teoria de Ampliação do Conflito (RUA E ROMANINI, 2013; BIRKLAND, 2007). O autor pontua a possibilidade de uma questão (issue) chegar à agenda quando o escopo do conflito político é ampliado, conforme Rua e Romanini (2013). E, Schattschneider visualiza duas estratégias para que os grupos em situação de desvantagem consigam que o conflito se estenda. A primeira seria levar a questão ao espaço público mediante o uso de símbolos e imagens (*policy images*) aceitáveis que induziriam a mídia e o público a simpatizarem com suas demandas (RUA E ROMANINI, 2013). A segunda, como explicitam as autoras, seria os grupos após perderem as rodadas iniciais de luta pela inclusão de suas demandas, procurarem apelar para instituições mais altas para serem ouvidos. Desta forma, aos olhos de Schattschneider (1960), os grupos tornariam suas pautas visíveis no campo da macropolítica e conseguiriam atrair outros grupos para apoiar suas demandas.

À luz dessas considerações, como definem as estudiosas, Rua (1998) argumenta que, “independentemente de outras condições, o reconhecimento dos problemas políticos e a absorção das demandas depende, como regra, de dois fatores: a ação coletiva e o grau de abertura do sistema político-institucional” (RUA, 1998 apud RUA E ROMANINI, 2013:65).

## 2.4. Os estudos da Agenda Setting

Em 1996 os autores James W. Dearing e Everett Rogers procuraram sistematizar uma farta literatura sobre a agenda setting, buscando, segundo Mangialavori (2014), dar maior organicidade a este grupo de estudos inaugurados na década de 1970. No estudo, os autores, conforme Mangialavori (2014), descrevem três agendas:

“ a) a agenda mediática (*media agenda*), definida pela ordem de prioridade que os meios de comunicação designam aos temas na hora de informar; b) a agenda pública<sup>7</sup> (*public agenda*), relacionada com a estruturação de temas que a audiência considera importantes,

---

<sup>7</sup> Esta agenda é desdobrada por Cobb e Elder (1971) em agenda sistêmica e agenda institucional.

ou seja, a percepção dos temas que merecem atenção da opinião pública, e c) a agenda política ou institucional (*policy agenda*), definida como a hierarquização de intenções políticas e a percepção de quais os temas que devem ser objeto de ação por parte do Estado” (MANGIALAVORI, 2014).

Segundo Dearing e Rogers (1996), existiriam três tradições de pesquisa dentro da teoria do agendamento, que corresponderiam a essas três agendas. A primeira reúne o trabalho “clássico de McCombs e Shaw e as análises da influência da mídia sobre a opinião pública”. A segunda, a qual nos concentraremos, é iniciada com os estudos de Cobb e Elder (1971) sobre *agenda building* e tenta explicar como se configura a agenda política. Esta corrente de pesquisas reuniria ainda Derksen y Gartrell (1993), além de Baumgartner e Jones (1993) passando por Kingdom (1995). Autores cujas pesquisas converteram-se em legados importantes para área. A terceira vertente, segundo Mangialavori, relaciona-se “aos intentos de clarear os determinantes da agenda da própria mídia”.

De acordo com Mangialavori (2014) a segunda tradição de estudos de agendamento nascera principalmente das perguntas em torno da inovação em políticas públicas. E, “a constatação de que era possível identificar também uma ordem de prioridades nos âmbitos governamentais levou os pesquisadores da Ciência Política a apresentar a ideia de uma agenda institucional ou de governo” (MANGIALAVORI, 2014: 33).

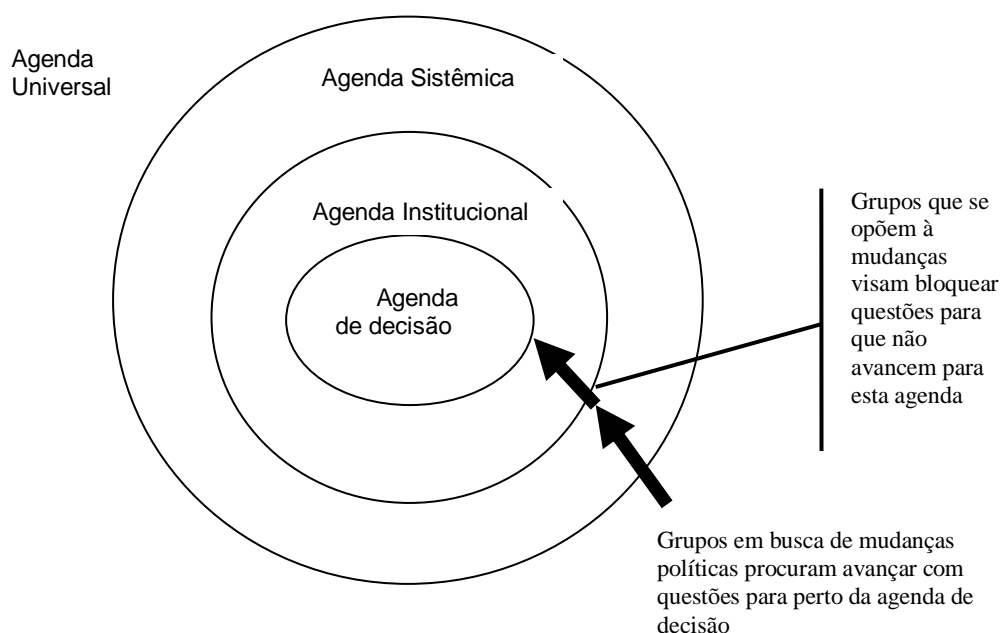
Os autores Roger Cobb e Charles Elder ressaltaram a influência do processo de agendamento sobre a política focando no processo pelo qual é constituída a ordem de prioridades que dá lugar ao conjunto de políticas do Estado. Eles desenvolveram o conceito de *agenda-building*, primeiramente no texto *The politics of agenda-building*, de 1971, tendo revisado-o no livro *Participation in American Politics*, de 1983, como explicita Mangialavori (2014). A perspectiva sugerida por Cobb e Elder surge da preocupação colocada por Bachrach e Baratz (1962) sobre o *pre-decisional process* ou processo “pré-político” pelo qual seria definido o conjunto de temas a serem atendidos pelo governo. E, no processo de construção da agenda política, os autores destacam os líderes políticos, os partidos e os meios de comunicação como atores chave.

No artigo de 1971, conforme Mangialavori (2014), os estudiosos propuseram subdividir o conceito de agenda política declarando que haviam utilizado o termo para se referir “a uma série de controvérsias políticas que serão vistas como pertencendo ao conjunto de preocupações legitimadas que merecem a atenção do governo” (COBB &



ELDER, 1971, apud MANGIALAVORI, 2014). A definição corresponderia para os autores à agenda sistêmica, que seria apenas um dos significados que poderiam ser atribuídos à agenda. Segundo Mangialavori (2014), o conceito de agenda institucional também é pontuado pela dupla de pesquisadores, sendo caracterizado como “um conjunto de itens concretos dispostos para a consideração ativa e a atuação de um órgão de decisão” (2014:34). E, dentro desta perspectiva, pode ser sinalizado que na prática, segundo Mangialavori (2014), é possível observar uma multiplicidade de agendas institucionais. A mais importante no que tange ao campo da política seria a agenda do governo” (MANGIALAVORI, 2014:34).

Segundo o cientista político Thomas Birkland, se um problema ou ideia obtém sucesso, é elevado da *Agenda Sistêmica* para a *Agenda Institucional* - um subconjunto mais amplo da agenda sistêmica. E, a Agenda Institucional seria a “lista de itens explicitados até a consideração ativa e séria das autoridades tomadoras de decisão” (COBB & ELDER, 1983 apud BIRKLAND, 2007). Contudo, segundo Birkland (2007), central para entender a definição da agenda - a *agenda-setting* seria compreender o significado do termo Agenda: “Uma coleção de problemas, compreensão de causas, símbolos, soluções e outros elementos de problemas públicos que vêm à atenção dos membros do público e dos funcionários governamentais” (BIRKLAND, 2007: 109). A figura abaixo foi reproduzida a partir da ilustração de Birkland (2007) sobre os níveis da Agenda:



Fonte: Birkland (2007: 64), Levels of the agenda.

Conforme Rua (2013), a Agenda - ou Pauta – Governamental, Agenda de Políticas Públicas, Agenda de Decisões nada mais seria que uma lista de prioridades, inicialmente estabelecida pelos governos, às quais eles devem dedicar suas energias e atenções. Segundo as autoras, essas prioridades podem sofrer alterações com o passar do tempo e a dinâmica da política – *politics* (RUA E ROMANINI, 2013). E, o conceito de Agenda teria bastaste importância, conforme a estudiosa, uma vez que, os atores políticos lutariam para incluir seus interesses nesta lista de prioridades “com vistas a que constituam objeto da decisão política” (RUA E ROMANINI, 2013).

As agendas não seriam todas da mesma natureza, como explicitado por Rua (2013), sendo a literatura da área baseada em critérios distintos para designar cada uma delas por meio de diferentes tipologias. A primeira não toma o *Policy Cycle*, o Ciclo da Política, como modelo de análise, desta maneira não enfatizariam as diferenças entre as fases dos ciclos de políticas públicas. As tipologias<sup>8</sup> abaixo, foram configuradas pelos estudos de Kingdom (1984). Conforme o autor, quanto ao escopo e à participação dos atores nas decisões, as agendas podem ser:

“a) Agenda Sistêmica ou Não Governamental ou Agenda de Estado: é a lista de problemas políticos que preocupam diversos atores políticos e sociais, não se restringindo ao governo. É anterior, externa e mais ampla, do que qualquer agenda de governo. Essa lista de temas pode preocupar a sociedade o estado e até mesmo o sistema internacional. São exemplos de temas da agenda sistêmica: terrorismo, crime organizado, degradação ambiental, suprimento de água e energia, crise do sistema econômico, tráfico de drogas; etc.

b) Agenda do governo ou governamental : é aquela que reúne os problemas políticos sobre os quais um governo específico – suas autoridades seus assessores e indivíduos fora do governo, contudo são estreitamente associadas à autoridades formais – decide se debruçar. A composição dessa agenda depende da ideologia e dos projetos políticos daquele governo, da mobilização social, das crises conjunturais e das oportunidades políticas [...] nem todas as questões da agenda governamental chegam à Agenda de Decisão.

---

<sup>8</sup> O autor Leonardo Secchi (2010) aborda, como explicitado por Rua (2013), outras formas de agenda, diferenciando-as entre Agenda política; Agenda Formal ou Institucional e Agenda da Mídia. Conforme o autor: “(A) *Agenda política:* consiste em um conjunto de problemas políticos ou temas que uma comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública. Ela pode coincidir, eventualmente, com a Agenda Sistêmica; B) *Agenda Formal ou Institucional:* é aquela que elenca os problemas políticos ou temas que o poder público decidiu enfrentar”. Corresponderia à agenda governamental; C) *Agenda da mídia:* é a lista de problemas políticos que recebe *atenção especial dos diversos meios de comunicação*, e que pode assim, condicionar as agendas políticas e as agendas institucionais (SECCHI, 2010 apud RUA E ROMANINI, 2013: 62).

c) Agenda de decisão: é a lista dos problemas políticos encaminhados à tomada de decisão pelo sistema político (Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário) no curto e médio prazo. Esses assuntos podem estar previamente na agenda governamental ou não” (KINGDON, 1984 apud RUA E ROMANINI, 2013:61).

Para o autor estadunidense do campo das políticas públicas Thomaz Birkland, o estudo da *agenda setting* seria uma forma “particularmente fértil para começar a entender como os grupos, o poder, e a agenda interagem para definir os limites do debate político” (BIRKLAND, 2007:109). De acordo com estudioso, Agenda-setting seria “o processo pelo qual os problemas, soluções e alternativas, ganham ou perdem a atenção do público e da elite” (BIRKLAND, 2007:63).

Na literatura sobre políticas públicas vários autores, como explicitam Rua e Romanini (2013), adotam a concepção de Ciclo de Políticas (Policy Cycle) como recurso de análise - também a ser adotado em nosso trabalho, distinguindo a formação da agenda como uma etapa específica, diferenciada da formulação. Outras abordagens, conforme as autoras, preferem analisar, a elaboração das alternativas e a escolha entre elas (o que denominaria-se decisão) como um todo, que corresponderia a formação da política pública propriamente dita.

Na perspectiva do modelo do Ciclo de Políticas Públicas (Policy Cycle), adotada neste trabalho, de acordo com Jann & Wegrich (2007), Agenda-setting tratar-se-ia de um “processo de estruturação da questão política em relação às potenciais estratégias e instrumentos que moldam o desenvolvimento de uma política nas fases subsequentes de um ciclo de políticas” (JANN & WEGRICH, 2007: 46). Ainda de acordo com os autores, Agenda-setting seria o resultado da seleção entre diversos problemas e questões.

Com base no crescimento do campo de estudos de política, variações da tipologia foram apresentadas em forma de diferenciadas etapas. Hoje, conforme Jann e Wegrich (2007), a distinção entre a Definição da Agenda, Formulação de Políticas, Tomada de decisão, Implementação e Avaliação (mais o posterior encerramento) tornou-se a forma convencional para descrever a cronologia de um processo político (JANN & WEGRICH, 2007). Importante salientar que alguns autores fazem uma diferenciação entre as etapas **Formulação** (alternativas de ação com a especificação dos objetivos a serem alcançados) e **Tomada de decisão** (adoção final de uma política com posição formal de assumi-la).

No entanto, como as políticas nem sempre são formalizadas em programas separados e uma distinção clara entre a formulação e tomada de decisão, segundo Jann e Wegrich (2007), não seria possível, os autores identificam as duas etapas como subestágios em uma única fase do ciclo político. Já, para Lindblom (1968) e Wildavsky (1979), a tomada de decisão compreenderia não só a coleta de informações e o processamento (análise), “mas acima de tudo, consiste em resolução de conflito entre atores públicos e privados dentro de departamentos governamentais” (LINDBLOM, 1968; WILDAVSKY, 1979 apud JANN & WEGRICH, 2007: 46).

Para Bachrach e Baratz, a definição da agenda, a agenda-setting seria:

“Resultado de um processo de filtragem de questões e problemas, implicando em não-decisões (questões e problemas que são deliberadamente excluídos da agenda formal) fruto da distribuição assimétrica de influência através de estruturas institucionais que excluem alguns problemas de sérias considerações de ação” (BACHRACH & BARATZ, 1962 apud JANN & WEGRICH, 2007: 46).

A pesquisa sistemática sobre Agenda-setting teria surgido pela primeira vez como parte da crítica ao pluralismo nos Estados Unidos. Uma abordagem clássica sugere que os debates políticos emergem do conflito entre dois atores, com o ator menos poderoso politicamente procurando alocar atenção para determinada questão” (SCHATSCHENEIDER, 1960 apud JANN & WEGRICH, 2007: 46).

Como pode ser observado vários fatores podem trazer suas implicações na configuração da agenda. Segundo Hilgartner, Bosk e O'Toole (1989) a “escassez de tempo ou recursos disponíveis para qualquer instituição ou sociedade” significaria que apenas um “limitado número de questões seria susceptível de atingir a agenda institucional”, ou seja, a agenda do governo (HILGARTNER & BOSK, 1988; O'TOOLE, 1989 apud BIRKLAND, 2007: 65). Birkland (2007) também traz considerações importantes acerca de restrições à agenda. Segundo o autor “a competição de grupo para definir a agenda é feroz porque nenhuma sociedade, sistema político, ator oficial, ator não-oficial ou pessoa física tem capacidade para atender a todas as alternativas possíveis para todos os problemas possíveis, que possam surgir a qualquer momento” (BIRKLAND, 2007: 109).

Nos estudos sobre *Agenda Setting* do pesquisador estadunidense Giandomenico Majone (2006) o teorema do caos de McKelvey (1976) e Schofield (1976) é trazido para ilustrar que a ausência de um equilíbrio na regra da maioria implicaria que praticamente qualquer resultado político poderia ser alcançado. Um monopólio do *agenda setter*

pode, segundo Majone (2006), alcançar “quase qualquer resultado que deseje, desde que possa adequadamente preparar o seqüenciamento de opções emparelhadas consideradas pelo grupo de votação operando sob a regra da maioria” (SHEPSLE, 1979 apud MAJONE, 2006). Majone (2006) explica que tais resultados têm sido explorados para examinar o impacto de regras e procedimentos sobre a formulação de políticas, para explicar o poder político dos líderes parlamentares, que controlam a seqüência e a ordem das deliberações legislativas e para explicar o poder de comissões legislativas (BATES, 1990, apud MAJONE, 2006). Os estudos do autor, trazem considerações importantes sobre algumas distinções relacionadas ao processo da Agenda Setting. Para o estudioso, o estudo sistemático da agenda setting teria sido muito facilitado por uma série de distinções analíticas, como as entre os participantes visíveis e ocultos, entre definição da agenda e especificação de alternativas, ou entre a agenda governamental e a agenda de decisão. Outra distinção importante pontuado por Majone (2006) é a distinção entre definição da agenda e definição de prioridades dentro de uma dada ou potencial agenda. O significado da distinção, de acordo com o pesquisador, residiria no fato de que “pode não ser bom o suficiente para uma proposta de política entrar na agenda da decisão; ainda mais importante é que a proposta deve ocupar uma posição de destaque na agenda”(MAJONE, 2006:238)

Conforme o autor, “limitações de tempo, recursos, dinheiro, pessoal, ou de especialização, geralmente tornam necessário definir prioridade na agenda de decisão” (MAJONE, 2006:238). Majone explicita que a noção de prioridade pode ser entendida como decorrente da proposição do senso comum que “se deve fazer primeiro as primeiras coisas”(MAJONE, 2006:238). Do ponto de vista normativo, conforme Majone (2006), uma definição racional de prioridades implicaria, que “os custos de oportunidade de propostas alternativas seriam devidamente levadas em consideração” (MAJONE, 2006:238).

## **2.5. Políticas Públicas no Brasil: Descentralização e Participação como processo de democratização**

A partir da década de 70 em diversos países do ocidente, mais especificamente os identificados como de democracia estável, é possível observar uma espécie de redescoberta da esfera local como instância de representação de poder (LEAL, 2002;

LUCHMANN, 2002). A tendência, segundo Leal (2002), fez-se presente tanto no campo da legitimação da atuação do Estado, quanto no campo da luta pela conquista de direitos sociais e da cidadania. Segundo a autora de *Fetiche da Participação Social – Novas Práticas de Planejamento, Gestão e Governança Democrática no Recife - Brasil* esse “ ‘Movimento’ de ‘reconhecimento’ e de ‘redescoberta’ em direção aos espaços locais-municipais, foi acentuado particularmente nos países de democracias estáveis como resposta à crise dos modelos de centralização do Estado” ( LEAL, 2002:49).

Os processos de descentralização se expandem pelo ocidente sob as mais diversas formas de regime político, variados estágios de desenvolvimento econômico e contextos sociais. Os debates acadêmicos da temática, embora trazendo perspectivas distintas - apoiados em diferentes posições epistemológicas, consensuavam em um aspecto: a necessidade de descentralizar o Estado (LEAL, 2002).

A perspectiva neoliberal, como explicita LEAL (2002), passara a defender a descentralização radical com o objetivo de reduzir o Estado às suas funções mínimas – “*proteção aos contratos*” e “*coerção*” (LEAL, 2002:51). Tal debate, de tom mais conservador, conforme a autora, argumentaria que os antagonismos trazidos pela excessiva expansão do *welfare state* teriam impedido a boa funcionalidade da economia de mercado.

O debate acadêmico progressista acerca da descentralização traria como questão principal a necessidade de democratização da administração pública, da burocracia e dos partidos. Argumentar-se-ia, como pontua a autora, que a descentralização poderia favorecer o “desenvolvimento de modelos econômicos mais equilibrados e socialmente mais justos, através da multiplicação de estruturas de poder” (MASSOLO, 1988 apud LEAL, 2002:51).

Nos países de democracia denominadas estáveis, as propostas de descentralização teriam ganhado força como uma resposta à crise do *welfare state*, pressupondo um estágio já consolidado na conquista dos direitos sociais o que se soma a uma tradição localista forte (DRAIBE, 1993; LEAL, 2002).

No caso brasileiro e de demais países latino-americanos, tais processos teriam emergido como uma resposta à crise econômica e como um caminho para a restauração da democracia, não sendo identificado, por sua vez, um Estado do bem estar social (DRAIBE, 1988; LEAL, 2002).

No que tange à gestão pública dentro do contexto brasileiro até o início dos anos de 1980, as políticas caracterizavam-se pela centralização decisória e financeira no

âmbito federal, cabendo aos estados e municípios, quando envolvidos em uma política específica, o papel de executores das iniciativas formuladas centralmente (DRAIBE, 1993; ROCHA, 2009).

Segundo Roberto Rocha (2009) em *A Gestão Descentralizada e Participativa das Políticas Públicas no Brasil*:

À medida que os recursos eram centralmente controlados e as esferas locais de poder se expunham diretamente às necessidades e demandas dos cidadãos, tendia-se a estabelecer-se uma articulação clientelista entre governos estaduais e municipais e o federal, baseada na troca de favores em que, muitas vezes, as instâncias locais se transformavam em agenciadores de recursos federais para o município ou estado, procurando garantir a implementação de determinada política pública para sua clientela ( A GESTÃO DESCENTRALIZADA..., 2009 ).

Conforme Sônia Draibe (1993), embora estes mecanismos se tenham intensificado durante a Nova República, era possível também serem percebidos nos anos de 1970 na vigência do regime autoritário (DRAIBE, 1993). No tocante a participação social e política da população nos processos de tomada de decisão, um dos elementos que caracterizava o regime da época era a exclusão da população destes processos. O movimento de centralização e fragmentação de formato burocrático suprimiu ou evitou a participação de sindicatos, partidos ou movimentos sociais, como explica Draibe (1993), tanto onde havia anteriormente participação quanto em novos setores, “tecnocraticamente concebidos e geridos”. Como define a autora:

Também as diretrizes básicas das políticas sociais não foram objeto de discussão no parlamento. Dessa forma foram suprimidos todos os mecanismos de controle público, levando o sistema de proteção social a apresentar no início dos anos 80 todas as formas de desordem institucional, desorganização administrativa, fraude, corrupção (DRAIBE, 1993:27).

De acordo com Wampler e Avritzer (2004), durante a transição do regime democrático no Brasil, em 1980, cidadãos atuaram no âmbito de “associações voluntárias e movimentos sociais para desenvolver estratégias inovadoras de confronto junto aos políticos locais tradicionais no intuito de superar legados de clientelismo, patronagem e corrupção” (WAMPLER & AVRITZER, 2004: 211).

### *2.5.1. A Constituição Cidadã e as Experiências Municipais: Participação e Deliberação*

Segundo Moroni (2005) o processo constituinte aprofundou a questão colocada pelo movimento social ao final da década de 1970 e início dos anos 1980 sobre a democratização do Estado e os mecanismos necessários para torná-lo público. De acordo com o autor, o movimento traz para o processo constituinte, além da discussão para democratização e publicização do Estado, a necessidade de controle social, em cinco dimensões: formulação, deliberação, monitoramento, avaliação e financiamento das políticas públicas (MORONI, 2005).

A constituição de 1988 é considerada um marco na redemocratização do país e no reconhecimento dos direitos sociais (SILVA, JACCOUD, BEGHIN, 2003; MORONI, 2005). É possível observar na carta constitucional a introdução de instrumentos de democracia direta (plebiscito, referendo e iniciativa popular) de democracia participativa, exercida por meio de conferências setoriais, além da institucionalização de mecanismos de controle social a exemplo dos conselhos de direitos, de políticas e de gestão de políticas sociais específicas (MORONI, 2005).

De acordo com Silva, Jaccoud e Beghin (2003), além dos princípios da democracia representativa, o texto da carta magna deixa expresso princípios da democracia participativa, reconhecendo a participação social como um dos elementos-chave na organização das políticas públicas (SILVA, JACCOUD, BEGHIN, 2003).

E, segundo Leal (2003), embora sejam reconhecidas as limitações de ordem estrutural e política do país pós-regime militar, as experiências de descentralização teriam se constituído em uma importante alternativa de gestão e governança urbana, demonstrando resultados importantes em termos pedagógicos e na solução de problemas emergenciais que afetariam as áreas populares. “Além do sentido de inversão de prioridades e de reconhecimento de prioridades dos direitos sociais na agenda pública, são indiscutíveis os avanços propiciados pelas práticas descentralizadas e participativas ao processo democrático” (LEAL, 2003:53).

Para Leal (2003), as experiências municipais permitiram apontar a descentralização política como um mecanismo importante para a democratização do Estado e da sociedade, assim como para o enfrentamento da exclusão social. E essa perspectiva de democratização passa, necessariamente, como explicita a autora, pelas instâncias locais, reforçando-se sua autonomia e “consolidando-se os laços coletivos de



organização social no sentido da publicização do Estado e da sociedade, ou seja, de uma gestão coletiva e democrática do espaço público” (LEAL, 2003:71).

É importante observar que nas duas últimas décadas os processos de democratização, de descentralização política e econômica e de reforma do Estado fizeram-se acompanhar da emergência de novos atores públicos e privados na cena política. A política pública assume uma maior complexidade a partir da “multiplicação de atores e espaços de decisão e com a ampliação dos espaços de discussão e deliberação”, o que segundo Avritzer e Pereira (2005) apontaria para uma nova configuração do agir político (AVRITZER, 2005: 19) “uma partilha renovada de decisões e poderes institucionais [...] e uma nova ação social debatida, negociada, mais próxima dos cidadãos” (GAUDIN, 1999 apud AVRITZER & PEREIRA, 2005:19-20).

No que se refere a dispositivos legais e institucionais, é possível visualizar na nova forma de atuação política, tanto uma maior autonomia dos municípios ao romper com o caráter hierárquico das políticas públicas, quanto a substituição de políticas centralizadas pela mobilização das comunidades locais. Estas, segundo Avritzer & Pereira (2005), passaram a atuar em torno de questões específicas e na inclusão de direitos sociais. Como apontam os pesquisadores, “novos arranjos institucionais são incorporados na partilha de espaços de deliberação entre as representações estatais e as entidades da sociedade civil” (AVRITZER & PEREIRA, 2005:20). Ocorrem também mudanças na forma como os atores são incorporados nesses arranjos denominados híbridos pelos autores.

É neste cenário que se torna cada vez mais presente a figura dos conselhos de políticas. Tais instâncias deliberativas se multiplicaram pelo país apresentando desenhos que contavam tanto com baixo, quanto alto grau de institucionalização, a exemplo dos conselhos de saúde, que passam a se deparar com muitos desafios, entre eles, o da efetiva participação.

Aos conselhos - e aos novos modelos de governança de gestão partilhada, parece ser lançado um desafio decorrente dos déficits associados ao modelo de representação dos sistemas democráticos. A visão de descontentamento decorreria do caráter minimalista de democracia na qual esta é reduzida a um “procedimento de eleger governantes”, desprovida de valores substantivos de igualdade política, soberania popular ou alcance do bem comum (PRZEWORSKI, 1994; DAHL,1997; DAHL,1989 apud GOMES, 2003: 5).

Na literatura, ao modelo de representação são apontadas múltiplas dificuldades

para um amplo exercício da participação política dos atores sociais decorrentes sobretudo de “assimetria de informações, deliberada ou não, entre representantes e representados, de deficiências de capacidade cognitiva dos atores, e da imperfeição dos instrumentos de sanção destinados a controlar a relação de representação”. (PRZEWORSKI, 1999 apud GOMES, 2003).

Uma questão central deste debate pode ser ilustrada pelas idéias difundidas por Schumpeter que torna uma “preocupação procedimental com as regras para a tomada de decisão um método para a constituição de governos” (SANTOS & AVRITZER, 2002: 45). Para Boaventura e Avritzer (2002), Norberto Bobbio teria dado o passo seguinte ao transformar o procedimentalismo em regras para a formação do governo representativo. E, o procedimentalismo “não daria conta de duas questões, a saber, se as eleições esgotam os procedimentos de autorização por parte dos cidadãos e se os procedimentos de representação esgotam a questão da representação da diferença” (SANTOS & AVRITZER, 2002: 45).

Fruto de um “desencanto diante do desempenho nitidamente insatisfatório, em termos econômicos e sociais, dos regimes democráticos vigentes”, esta visão procedimental, segundo Gomes (2003) justificaria o esvaziamento do conteúdo democrático (GOMES, 2003).

Na esteira dos debates sobre o esvaziamento do conteúdo democrático e diante da eclosão de diversos movimentos sociais no mundo ocidental a partir da década de 60 é trazido para a discussão pelos estudiosos da Democracia Deliberativa o conceito esfera pública - desenvolvido inicialmente por Habermas e redimensionado posteriormente por Andrew Arato e Jean Cohen. A categoria analítica passou a designar um espaço de natureza político argumentativa na qual indivíduos livres e iguais discutem e deliberam democraticamente sobre questões políticas e onde prevaleceria o melhor argumento (AVRITZER, 1999; COHEN, 1999). Tal categoria é fundada a partir da recuperação e redimensionamento do conceito habermasiano de sociedade civil<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Os autores Andrew Arato e Jean Cohen (1999) ao se debruçaram sobre o referencial teórico de Habermas referente à Sociedade Civil e Esfera Pública, recuperaram as referências hegelianas do termo e ampliaram o foco conceitual, trazendo novas contribuições ao debate, que reflete diferentes perspectivas analíticas. De acordo com Arato e Cohen (1999) o conceito de sociedade civil relaciona-se com os: *“Movimentos sociais no Leste e no Ocidente, no Norte e no Sul [que] têm se apoiado em tipos interessantes embora ecléticos de síntese, herdados da história do conceito de sociedade civil. Eles pressupõem, em diferentes combinações, algo da divisão gramsciana tripartite entre sociedade civil, estado e mercado, ao mesmo tempo em que preservam aspectos chaves da crítica marxista à sociedade burguesa. Eles também reivindicam a defesa liberal dos direitos civis, a ênfase dada por Hegel, Tocqueville e outros à pluralidade societária, a importância dada por Durkheim ao componente da*

E, para os formuladores da corrente analítica deste modelo de democracia, nestes espaços é possível simultaneamente promover uma melhor concertação de interesses e mitigar, segundo Gomes (2003), algumas deficiências do método democrático de simples agregação de preferências - que postula a ideia de participação popular apenas em períodos eletivos, quando o eleitorado buscaria premiar ou punir representantes a partir de escolhas já estabelecidas, definidas por estes representantes (MANIN, 1997; POGREBINSCH & SANTOS, 2011). Desta maneira, o ‘movimento conselhistas’, ainda que não significasse “propriamente a democracia direta, ao prescrever a participação da sociedade na gestão das políticas públicas por meio de um colegiado deliberativo” como o explicita Gomes (2003) inspirar-se-ia nas críticas aos déficits do sistema representativo que passariam a ser refletidos por autores da chamada democracia deliberativa (GOMES, 2003:6).

Contudo, de acordo com Pogrebinsch e Santos (2011) o surgimento de novos espaços institucionalizados de debate, assim como de novos atores envolvidos na gestão partilhada da coisa pública, pode, por outro lado, ser “encarado como forma de fortalecimento da representação política, e não como um sinal de enfraquecimento das suas instituições” (POGREBINSCH & SANTOS, 2011: 261).

Para Pogrebinsch e Santos (2011), que realizaram estudo sobre o impacto das conferências nacionais de políticas no Congresso Nacional, o efeito esperado com tais práticas participativas é o de “permitir que o exercício da democracia não se esgote nas eleições, propiciando que os cidadãos manifestem suas preferências de uma forma não mediada por partidos e políticos profissionais e por meios outros que não o voto” (POGREBINSCH & SANTOS, 2011: 260-261) E, um pressuposto central a nortear tais experiências participativas é o de permitir que os cidadãos tenham envolvimento de forma mais direta na gestão da coisa pública, em específico na formulação, execução e controle de políticas públicas (POGREBINSCH & SANTOS, 2011).

Segundo o estudo da legislação que disciplina os Conselhos Gestores, realizado por Vilela (2005), “a capacidade conferida à sociedade organizada (movimentos sociais, organizações sindicais, profissionais, militância política etc.) de interagir com o Estado na definição de prioridades e na elaboração de políticas públicas constituiria uma forma democrática de controle social” (VILELA, 2005:3). Às novas instâncias participativas,

passou-se a atribuir importância fundamental na gestão partilhada de políticas públicas. E, a criação dos conselhos de políticas constitui, em alguns setores, condição legal para o repasse de verbas públicas, cabendo-lhes atuar na fiscalização dos gastos das receitas transferidas aos municípios pela União ou pelos Estados.

### **CAPÍTULO 3 - OS CONSELHOS DE SAÚDE E SUA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO**

Conforme está explicitado no Manual de Atuação do Ministério Público do Estado da Bahia (2004), Conselho de Saúde Nacional, Estadual ou Municipal é “o órgão colegiado que atua, em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive no que tange aos aspectos econômicos e financeiros” (CONSELHO MUNICIPAL DE..., 2004). A Constituição Federal de 1988 adotou o princípio da participação popular<sup>10</sup> na elaboração e formulação das políticas de saúde, assistência social, educação e direitos da criança e do adolescente, entre outras. Esta capacidade de intervir nas políticas públicas se dá, sobretudo, por meio de conselhos de políticas públicas, também chamados conselhos gestores de políticas setoriais ou conselhos de direitos, instituídos no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios.

O capítulo aborda a estrutura e as regras sob as quais operam estas instâncias de participação social, o mecanismo que as rege e as diretrizes nacionais que devem guiá-las. Ressalta, ainda, as normas dos Regimentos Internos dos Conselhos das cidades de Paulista e Olinda, no intuito de observar semelhanças e diferenças entre as instâncias e a correspondência ou não, com as diretrizes nacionais. A leitora, ou o leitor, observará, ainda, sessões que trazem um breve panorama sócio-geográfico das duas cidades. Estas sessões antecedem o item que trata da normatização dos conselhos - estudados à luz das teorias sobre agendamento, mirando às legislações da área.

---

<sup>10</sup> O instituto da participação popular está presente em vários dispositivos do texto constitucional. Assim é que o artigo 29, XII, prevê a cooperação das associações representativas no planejamento municipal; os arts., 194, parágrafo único, VII; 198, III; 204, II, 206, VI e 227 & 1º, estabelecem o caráter democrático e descentralizado da administração nas áreas de seguridade social (saúde, previdência e assistência social). Da educação e da criança e dos adolescentes e outras por meio da participação da sociedade civil na gestão de políticas públicas

A carta magna trouxe em seu em seu arcabouço o reconhecimento de direitos sociais entre eles a saúde, reconhecida como “direito de todos e dever do Estado”, estabelecido pelo artigo 196<sup>11</sup>. Faltava, então, um desenho institucional com vistas a garantir a universalização deste direito a partir dos mecanismos de participação estipulados na carta constitucional.

Um grupo de sanitaristas organizou o Movimento pela Reforma Sanitária, cujas origens datam da década de 70, e desencadeou uma movimentação responsável pela sistematização e mobilização em torno do projeto de um Sistema Único de Saúde (SUS). O mecanismo, a partir de um sistema *descentralizado*<sup>12</sup>, *hierarquizado* e *integrado*<sup>13</sup>, asseguraria o direito universal à saúde (COELHO, 2004). De acordo com artigo da Fiocruz, sobre Reforma Sanitária no país, o “fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Constituição Federal de 1988, regulamentado nas ações de saúde, e na Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular” (FIOCRUZ, *não datado*).

Os conselhos, de um modo geral, segundo estudo da consultora legislativa Maria Diogenilda Vilela (2005), estão implantados na quase totalidade dos 5.506 municípios brasileiros. São órgãos colegiados, permanentes e deliberativos (ou apenas consultivos), incumbidos da formação, supervisão e avaliação das políticas públicas em âmbito federal, estadual e municipal (VILELA, 2005). E, a participação *popular* se dá, sobretudo, nos Conselhos – municipais, estaduais e nacional - de Saúde e nas respectivas Conferências de Saúde.

---

<sup>11</sup> Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal de 1988).

<sup>12</sup> A *descentralização* prevê não apenas a transferência, da esfera federal para as demais esferas, da responsabilidade de execução das ações, mas trata-se também de efetuar a descentralização de recursos financeiros e de poder. E como o SUS deve funcionar de forma regionalizada e hierarquizada, os gestores deverão levar em consideração as características de seu território para definir as ações prioritárias para cada realidade local. A descentralização pode ser vista também como facilitadora para o controle social da saúde e para a participação popular.

<sup>13</sup> Este princípio, conforme artigo da Fiocruz, é atualmente foco de debates, e têm sido atribuídos a ele alguns sentidos, como: “o da atenção integral, ou seja, o acesso deve ser garantido desde as ações de promoção até as de recuperação da saúde, das ações coletivas às individuais; o que incorpora o conceito ampliado de saúde, envolvendo o sujeito e suas relações com o ambiente e a sociedade e na formulação de políticas compreendendo a atenção a grupos específicos” (FIOCRUZ, *não datado*). A disputa de interesses, ainda no processo constituinte, sobretudo com representantes dos prestadores privados de saúde, resultou na aceitação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, mas não em algumas outras propostas que o viabilizariam tal como havia sido estruturado, sobretudo no financiamento, descentralização e unificação do sistema de saúde e na regulação do setor privado.

As Conferências e Conselhos são constituídos por gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema, e outras entidades/pessoas representativas, de forma paritária, e tem, dentre outras, a função de formular as diretrizes da política de saúde e de acompanhar sua execução (FIOCRUZ, *não datado*).

Constituindo normalmente órgãos públicos de composição paritária, distribuída entre sociedade civil e governo atuam, conforme Gomes (2003), em diversas frentes, como na gestão de “políticas setoriais como saúde e educação, no controle de ações focalizadas como merenda escolar ou financiamento do ensino fundamental ou ainda na atuação em temas transversais como direitos humanos e violência contra a mulher” (TEIXEIRA, 2000 apud GOMES 2003:10). E, segundo Gohn (2001), os conselhos constituiriam a principal novidade em termos de políticas públicas neste novo milênio (GOHN, 2001 apud GOMES, 2003:10).

Conforme orientações do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), do Ministério da Saúde, sistematizadas no manual do Ministério Público da Bahia, os conselhos apresentam as seguintes **características**:

- “- Criado por Lei Municipal: - Deve possuir Regimento Interno;
- Deve dispor de recursos organizacionais, humanos, logísticos de informações e financeiros; - As reuniões devem ocorrer mensalmente, abertas ao público;
- Deve receber **trimestralmente\*** a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde feita pelo gestor municipal da saúde;
- Deve aprovar o Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão;
- Deve conhecer as necessidades da comunidade, do município, a fim de garantir a resolubilidade das ações;
- As decisões dos conselheiros são tomadas através de deliberações que devem ter a homologação do chefe do Poder Executivo;” (CONSELHO MUNICIPAL DE ....., 2004. **Grifo meu**)

*\* Quadrimestralmente de acordo com normativa atual: 453/2012*

Quanto à **composição**.

Segundo as informações do Denasus os Conselhos são:

“ - Constituídos por formação paritária, sendo usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%);

- Por usuários entenda a participação de sindicatos, as organizações comunitárias, as organizações religiosas e não religiosas, os movimentos e as entidades das minorias, entidades de portadores de doenças e necessidades especiais, movimentos populares de saúde, movimentos e entidades de defesa dos consumidores, em suma, toda a sociedade organizada;

- O Governo é representado pelo gestor municipal de saúde, pelo diretor da Diretoria Regional de Saúde – DRS e pelos membros dos demais órgãos das administrações públicas municipal, estadual e federal, direta e indireta “

- Os trabalhadores de saúde integram as redes pública e privada complementar” (CONSELHO MUNICIPAL DE ....., 2004)

### Quanto à **Finalidade**.

Ainda conforme a cartilha sistematizada pelo Ministério Público baiano os Conselhos:

“ - Servem para garantir a participação regular do cidadão na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde e definição das metas com vistas ao alcance dos objetivos traçados para a política de saúde (acompanhar a execução do Plano de Saúde);

- Na formulação das estratégias de implementação das políticas de saúde; - no controle sobre a execução das políticas e ações de saúde” (CONSELHO MUNICIPAL DE ....., 2004)

Conforme recomendação das normativas 333/2003 e 453/2012, os presidentes dos Conselhos Nacional e Estaduais e Municipais de Saúde devem ser eleitos entre seus membros, garantindo assim “maior legitimidade e autonomia ao Conselho”.

A resolução de número 333, de Novembro de 2003, já trazia no item sobre a Estrutura e Funcionamento dos Conselhos de Saúde, inciso VII, a eleição do presidente da instância:

“O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador” (Resolução 333/2003. Ministério da Saúde)

A normativa 453, datada de Maio de 2012, reitera a recomendação regra, deixando-a mais explicitada:

“Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos

econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, **sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho**, em reunião plenária (...)” (NORMATIVA 453/2002. Ministério da Saúde. **Grifo meu**),

No entanto, em muitos municípios, a Lei de Criação do Conselho ou Regimento Interno ainda delegaria a presidência ao Secretário da Saúde, tomado como presidente nato da instância deliberativa (CARTILHA PARA ORIENTAÇÃO..., 2008).

### **3.1. Paulista – da atividade industrial do polo têxtil de cidade das chaminés à prestação de serviços**

Paulista é um município pernambucano que integra a Região Metropolitana do Recife localizando-se ao norte da capital do estado, ocupando uma área 93,52 km². Distante cerca de 17 quilômetros do Recife, segundo o IBGE sua população estimada para o ano de 2013 é de 316 719 habitantes. O município fazia parte da estrutura de Olinda emancipando-se em 04 de setembro de 1935 pela Lei Estadual nº 11. O município, segundo as informações do Observatório das Metrópoles, ocupa área da antiga propriedade Paratibe - denominação também do rio que banha a cidade e é constituído por quatro distritos: Paulista, Navarro, Paratibe e Praia da Conceição. Em 2001, Paulista foi constituído apenas do distrito sede, assim permanecendo até hoje.

A povoação da cidade se desenvolveu a partir de uma fábrica de tecidos. Segundo Barbosa (2009), ao longo dos séculos, Paulista teve um considerável desenvolvimento político e econômico e no final do século XIX, uma pequena empresa de tecidos, a Companhia de Tecidos Paulista (CTP). Por dificuldades financeiras, segundo Barbosa (2009) seus administradores, os Rodrigues Lima, colocaram suas ações à venda. Em 1904, Herman Lundgren, um sueco naturalizado brasileiro, comprou as ações, tornando-se seu maior acionista. Ainda conforme a pesquisadora, a empresa passou a ser administrada pela família Lundgren tendo expandido durante anos o processo de industrialização têxtil no estado, influenciando profundamente a vida dos habitantes do lugar.



“As antigas fábricas eram referência no polo têxtil do Nordeste entre os anos de 1907 e 1970. Era a identidade têxtil que monopolizava a região e tinham como slogan 'além fronteiras'”, explicita o escritor, oriundo da cidade de Paulista, Amaro Poeta em uma matéria do periódico pernambucano *Jornal do Commercio*. O texto fala sobre o tombamento das chaminés do município como patrimônio histórico do estado. (CHAMINÉS DE PAULISTA...2012). De acordo com a matéria, os empreendimentos chegaram a ter mais de 20 mil funcionários. Segundo Poeta, as fábricas teriam encerrado as atividades na década de 70, tentando reabrir nos anos 80, mas sem conseguir prosperar por não terem acompanhado a modernização das demais fábricas (CHAMINÉS DE PAULISTA...2012).

Dados do Observatório das Metrópoles (2006), explicitam que Paulista foi território estratégico do desenvolvimento estadual nos anos 1970, tendo sido lá implantado o mais importante polo industrial do estado. Juntamente com o empreendimento, segundo o Observatório, vieram os conjuntos habitacionais da Companhia de Habitação (Cohab). A implantação dos conjuntos teria feito explodirem as taxas de crescimento no município. Em 1970, segundo o documento, moravam em paulista apenas 43.994 habitantes. Após 10 anos, esse total subira para 118.689. O dobro da década anterior. E, em 1991 passou para 211.491 residentes. Os conjuntos habitacionais foram implantados com os serviços básicos de água e esgoto. No entanto, segundo o relatório de 2006 do Observatório das Metrópoles, tamanho crescimento não foi acompanhado de investimento em equipamentos sociais na mesma proporção. Os dados do documento registraram no período de 2006, a existência de 35 assentamentos no município, que apresentariam condições de habitabilidade muito precárias.

Nos anos 2000 residiam em Paulista 262.237 habitantes em 67.818 domicílios. Considerando que início dos anos 2000, o crescimento populacional da região metropolitana foi baixo, Paulista cresceu a 2,2%; um número acima da média metropolitana, segundo o relatório do Observatório (2006). A pesquisa explicita ainda que em meados da década de 90, no ano de 1996, o número de pessoas ocupadas na indústria extrativa da transformação e da construção chegava a 46,2 %. Nos anos 2000 esse percentual havia caído, não chegando a 12% da população. Além da atividade industrial, o município concentra grande número de indústrias de transformação do estado, destacando-se ainda o comércio de mercadorias (18,31%), a prestação de serviços (22,07%) e atividades sociais (12,90%).

Em Paulista, hoje, há predominância do setor de serviços. A cidade apresenta inúmeros estabelecimentos comerciais tanto em seu entorno como no centro da cidade, a exemplo da feira livre. Funciona também como centro distribuidor de mercadorias. Destaca-se ainda o cultivo de frutas e hortaliças (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES... 2006). O turismo, concentrado na área das praias (a cidade possui uma faixa litorânea com 14 km), segundo o Observatório das Metrópoles, é responsável por atrair também empreendimentos.

A estratificação da população por renda (Censo 2000) demonstrou que 46,61% dos habitantes não possuíam renda mensal e que 37,72% possuem renda mensal de até três salários mínimos. O IPEA estima, a partir da PNAD 2006, que existam no município 25 940 famílias pobres. Desse total, 18.780 estão contempladas pelo programa federal Bolsa Família (OBSERVATÓRIO DA S METRÓPOLES, 2006).

### **3.2. O Conselho de Saúde de Paulista**

O conselho de saúde de Paulista foi criado em 1993 por lei municipal de número 3.206. O texto da lei de criação passou por duas reformulações: uma em novembro 2005 (lei de nº 3871) e outra em outubro de 2008 (lei de nº 4034). Tanto a resolução de nº 333 de novembro 2003 quanto a de nº 453 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, explicitam que o presidente da instância deverá ser eleito em reunião plenária, escolhido entre os membros do conselho. Contudo, a norma sancionada pelo prefeito em 2005 não deixa expresso quem poderá assumir a presidência do Conselho. Informa em seu artigo 7º que “A organização e funcionamento do CMS serão definidos em Regimento Interno, elaborado pelo próprio órgão, observadas as disposições desta Lei e do Decreto que a regulamentar e aprovado pelo ato do Chefe do Poder Executivo.” (LEI 3.871/2005).

A Lei sancionada em 2008 promove alterações em algumas alíneas da Lei de 2005: as que tratam do número de conselheiros e a duração do mandato. Contudo, não aborda a questão da presidência. Ou seja, a tarefa de quem ocupará o posto vai sendo deixada a cargo do RI, enquanto a lei continua omissa neste sentido.

Em 2006, segundo entrevista realizada, passa-se a promover a eleição do presidente, escolhido entre os membros do conselho. E, na instância, em seu Regimento Interno aprovado em 2009, uma das prerrogativas do presidente do conselho é a

convocação do corpo de conselheiros, acompanhada da Ordem do Dia, “que descriminará os assuntos tratados na reunião” (REGIMENTO INTERNO DO ..., 2009). Tais assuntos da ‘ordem do dia’ compõem uma ‘agenda’ de demandas a serem deliberadas, que podem ser tanto aprovadas como reprovadas, reformuladas, consensuadas ou adiadas para posterior debate em votações do pleno do conselho.

Entre outras prerrogativas, além da de convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias, presidi-las e representar o conselho extra-judicialmente, está a que diz respeito à agenda<sup>14</sup>. No capítulo VII do documento, artigo 17, o item *Da Convocação do Conselho* indica que “A pauta<sup>15</sup> da reunião deverá ser entregue pelo presidente do CMS [Conselho Municipal de Saúde] com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas” (REGIMENTO INTERNO DO.... 2009).

Na cidade, em 2010, começa uma nova gestão no conselho. Um novo gestor de saúde assume a pasta, uma secretária de saúde. Em eleição da instância municipal, a gestora passa a presidir o órgão colegiado da saúde até 2011. Nesse mesmo ano, ao final de sua gestão, elege-se, novamente, para o biênio a encerrar-se em 2013. No entanto, preside a instância até o final de 2012, quando deixa a pasta da saúde no município, ao encerrar-se o mandato do prefeito em voga. Quem assume o último ano de sua gestão (ano de 2013) é o representante do segmento dos usuários do SUS, vice-presidente da Mesa Diretora do conselho.

Segundo entrevistas, a vacância da presidência após um ano de mandato da gestora foi acordada entre as partes: conselheiros usuários e trabalhadores. E, em 2014, realizou-se uma nova eleição, assumindo a presidência um Usuário do SUS – o conselheiro que presidira por um ano a instância na gestão anterior, tendo feito parte da Mesa Diretora como vice-presidente.

Vale lembrar que a figura das Mesas Diretoras aparece na normativa 333/2003 e 453/2012. Em Paulista, passa a ser adotada a partir de 2008. Em Olinda, elas se farão presentes de forma institucionalizada em 2012, quando se elege uma conselheira do segmento dos Trabalhadores em Saúde para coordenar a mesa. Anteriormente, segundo as entrevistas, a Mesa era composta de modo informal com eventual participação do

---

<sup>14</sup> Denominamos e identificamos, aqui, por agenda a pauta do conselho – documento que reúne as demandas a serem discutidas e que irá compor, a partir da aprovação das propostas, um caderno de resoluções a ser homologado pelo chefe do executivo, com elementos a serem incorporados à agenda de saúde local.

<sup>15</sup> As pautas das reuniões são compostas por assuntos encaminhados pelos integrantes dos segmentos que constituem o conselho de saúde e compõem uma ‘agenda’ de demandas a serem deliberadas, que podem ser tanto aprovadas no dia da reunião, como reprovadas, reformuladas, consensuadas ou adiadas para posterior debate em novas votações, em outras reuniões do pleno do conselho.

gestor local da área de saúde para discussão e organização dos assuntos a serem debatidos no conselho.

### **3.3. Olinda - Cidade Patrimônio**

Segundo informações do portal da prefeitura, Olinda é a terceira maior cidade de Pernambuco em população e possui 377.779 habitantes. A densidade demográfica é de 9,12 habitantes por km<sup>2</sup>, a maior do estado e a quinta maior do Brasil. Limita-se ao norte com o município de Paulista e ao sul e oeste com o Recife. Faz parte da Região Metropolitana do Recife (RMR) e localiza-se a uma distância de 6 km da capital pernambucana. A cidade é considerada Patrimônio da Humanidade tendo recebido do Ministério da Cultura o título de 1ª Capital Brasileira da Cultura.

Conforme informações do instituto federal Observatório das Metrópoles (2006), o município é composto por 31 bairros, subdivididos em 10 Regiões Político-Administrativas (RPAs). De acordo com o Observatório, Olinda possui uma área urbanizada de 36,73 km<sup>2</sup>, correspondente a 84,3% do território do município, e 6,82 km<sup>2</sup> de área rural, o que a torna uma cidade eminentemente urbana e densamente povoada. Trinta e cinco vírgula sete por cento (35,7%) do território é tombado, sendo a maior área urbana do Brasil tombada pelo Governo Federal. O Sítio Histórico de Olinda possui 1,2 km<sup>2</sup> e está registrado na lista do Patrimônio Mundial da Unesco. (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2006). De acordo com as pesquisas do instituto federal, o desenvolvimento urbano de Olinda deu-se a partir de diversos processos de uso e ocupação do solo que tiveram como ponto nodal o Centro Histórico.

A atividade de comércio, de acordo com o relatório do Observatório das Metrópoles de 2006, empregava, até então, 22% da população. E, o desempenho da economia de Olinda, conforme o documento, está profundamente atrelado ao da RMR. Segundo informações do instituto, Olinda tem buscado gerar atividades de maior produtividade e maior valor agregado, possuindo uma economia baseada, principalmente, no setor de serviços, não detendo uma base industrial forte.

A cidade, segundo o relatório do Observatório (2006) caracteriza-se por uma estrutura socioeconômica que retrata condições de desigualdade estruturais de seu desenvolvimento. Estas condições estariam expressas na distribuição desigual das atividades econômicas e dos grupos sociais no território e na caracterização de sua população. Há predominância do segmento de baixa renda. E, de uma população de

aproximadamente 368.643 habitantes, cerca de 245.387 recebem rendimento até três salários mínimos. O que significaria 67% da população. Mais de 22% dos habitantes sobrevive com renda entre  $\frac{1}{2}$  e 1 salário mínimo e 11,53% estão na categoria sem rendimentos. De acordo com a pesquisa do Observatório das Metrópoles (2006), 17,4% dos olindenses sobrevivem com mais de 50% da renda proveniente de repasse governamental. Olinda possuía, de acordo com dados da Fundação Pinheiro - expressos no Observatório das Metrópoles de 2006, um déficit estimado em 16.480 domicílios e a inadequação do esgotamento sanitário atingia, no período, 43,39% das residências olindenses.

O relatório afirma ainda que valeria a pena registrar que atualmente a cidade contaria com recursos do PAC para viabilização de vários projetos, principalmente de infraestrutura básica (saneamento integrado), de urbanização de favelas e a elaboração do plano municipal de habitação.

De acordo com a Wikipédia, pode-se dizer que Olinda seria uma "semicidade dormitório" em relação à vizinha, a capital pernambucana Recife. E, os habitantes seriam majoritariamente de classe média e de classe baixa, com exceção da Cidade Alta, considerada Patrimônio da Humanidade.

### **3.4. O Conselho de Saúde de Olinda**

O Conselho Municipal de Saúde de Olinda - CMSO foi criado em 1988 pela Lei Municipal nº. 4.619 de 18 de fevereiro conforme consta no seu Regimento Interno aprovado em outubro de 2008. Ele está vinculado à Secretaria de Saúde do Município. Segundo informações das entrevistas coletadas é o mais antigo do Brasil, iniciado a partir de norma da nova Constituição Federal. A instância: “É um órgão deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, de caráter permanente e de composição paritária do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito da Política Municipal de Saúde” (REGIMENTO INTERNO DO... 2008).

Após a criação, o Conselho foi reestruturado através de Lei de Reformulação e Lei Complementar. A Lei de Reformulação, editada pela Câmara Municipal em setembro de 2001, de nº. 5.276, ainda determina que “a Coordenação do Conselho Municipal da Saúde caberá ao Secretário Municipal” (LEI DE REFORMULAÇÃO... Cap, II, VII, Art.10/2001). Esta prerrogativa só seria alterada em 04 de Março de 2010 com a edição de Lei Complementar editada pela Câmara Municipal. Contudo, esta alteração precisaria

constar no Regimento Interno do Conselho para sua aplicação. No ano de 2012 ela é institucionalizada no texto do Regimento Interno. Assim, nesta data, de forma institucional, o Conselho passa, então, a ser formado por Mesa Diretora de composição paritária que conta com a representação dos três segmentos (Usuários do SUS, Trabalhadores em Saúde e Gestão).

O CMSO não possui ainda estrutura própria. A sala do Conselho funciona no interior da Policlínica João de Barros Barreto no bairro do Carmo (Sítio histórico de Olinda). Conta com arquivo, ar condicionado e um computador com acesso à Internet. As reuniões ordinárias são realizadas no auditório da policlínica com datas agendadas até o final do ano, segundo os conselheiros entrevistados, para garantir a utilização do espaço que é utilizado para outros eventos:

“O Conselho Municipal de Saúde de Olinda reunir-se-á mensalmente, sempre nas segundas quintas-feiras úteis de cada mês, pela manhã, e as Reuniões Extraordinárias, quando necessárias, serão convocadas pela coordenação (presidente) ou a pedido da maioria simples dos seus membros, através de ofício encaminhado à secretária do Conselho, sempre com antecedência mínima de 72 (setenta duas horas);” (REGIMENTO INTERNO DO... 2008)

A Secretaria Executiva é ocupada por uma servidora municipal designado para esta função. Segundo as entrevistas, o conselho possui recursos ainda escassos para promover atividades como capacitação de conselheiros/as, conferências - que acabam ficando a cargo da prefeitura e viagens para participar de fóruns da área, além de outras iniciativas.

#### Preâmbulo da composição da Mesa Diretora do Conselho de Olinda:

De **2008 à 2010** – Secretário/a de Saúde era coordenador de uma mesa composta de maneira informal, não institucionalizada, por representantes dos três segmentos.

Em **08/03/2012** – Institucionaliza-se a Mesa Diretora (já prevista nas Diretrizes 333/2003 e 453/2012). Promove-se a eleição para presidente, ou seja, para o/a coordenador/a da Mesa.

De março de **2012** a fevereiro de **2014** – Representante do segmento Trabalhadores em Saúde é eleita e passa a coordenar a Mesa Diretora, agora, oficialmente, composta por integrantes dos três segmentos.

O Regimento Interno do Conselho de Olinda, aprovado em 2008, Art 5º, Parágrafo único, utiliza o termo *coordenador* para designar o agente a gerenciar as atividades da instância, ao invés do termo presidente ou presidência do conselho.

O (a) coordenador (a) do Conselho Municipal de Saúde de Olinda será eleito pela coordenação, **respeitando o processo de rodízio** dos segmentos podendo ser reeleito para mais um mandato conforme o que dispõe a resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003 (REGIMENTO INTERNO DO...2008. **Grifo meu**).

Segundo o documento, a **coordenação do Conselho** ou **Mesa Diretora** será eleita no pleno do Conselho “a cada dois anos, respeitando o critério da paridade, conforme o inciso V, do Capítulo que trata da Organização dos Conselhos de Saúde, Terceira Diretriz, da Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003, podendo ser reeleita nas sessões ordinária do Conselho Municipal de Saúde” (REGIMENTO INTERNO DO ...2008).

Em 08 maio de 2009 (na sétima reunião extraordinária) havia entrado como ponto de pauta de um **Usuário do SUS**, a ‘**Legalidade do CMSO**’. Segundo um dos entrevistados, o item seria referente à modificação da lei para haver a possibilidade de escolha do presidente (coordenador) do Conselho entre os diversos segmentos.

Em 2012, após eleição, foi escolhida uma representante dos Trabalhadores em Saúde, também servidora municipal, como coordenadora do conselho. A profissional atuara, mas não de forma institucionalizada, na coordenação da mesa de 2009 a 2010 por conta de acordo realizado entre segmento dos Trabalhadores, Gestão e Usuários do SUS, devido a pouca frequência do gestor da pasta nas atividades do Conselho.

Segundo informações das entrevistas, o acordo firmado previa que o conselho deveria, a cada eleição, levar em consideração o sistema de rodízio para coordenar a instância, a fim de que todos os segmentos, segundo a entrevista, tivessem a chance de ocupá-la. Isto implica que a cada duas gestões de segmentos diferentes do de gestor, a gestão assume a seguinte.

Além de Mesa Diretora formada por Coordenador, Vice-coordenador, 1º Secretário e 2º Secretário, o CMSO conta com cinco comissões temáticas paritárias:

Comissão de Finanças; Comissão de Fiscalização de Saúde; Comissão de Comunicação; Comissão de Saúde Mental e Comissão Intersetorial de Saúde do trabalhador- CIST.

Durante o período transcorrido a partir da edição das normativas nacionais, o que pode ser observado é a distância temporal entre uma diretriz nacional que é emitida e sua institucionalização em uma unidade subnacional. Segundo uma das conselheiras entrevistadas, uma das razões para demora na implementação das normas, apontaria para a falta de conhecimento das leis por parte dos integrantes do Conselho. Somado a isso, como veremos, algumas questões precisariam persistir para alçar o patamar de pautas no conselho e serem deliberadas. Desta forma, precisariam continuar sendo defendidas na instância, e pautadas, com vistas a sua aprovação.



## **CAPÍTULO 4 - O MANUSEIO DA PAUTA E OS LIMITES DO DEBATE**

Na literatura sobre o tema, os conselhos de saúde são conhecidos pelo alto grau de institucionalização de suas regras. As instâncias são regidas a partir de um mecanismo descentralizado, hierarquizado e integrado - o Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a realizar o chamado Controle Social. Mesmo considerando determinado grau de institucionalidade destes órgãos colegiados de gestão partilhada, que já contam mais de duas décadas, pôde ser observado no estudo realizado nos conselhos municipais de saúde de Paulista e Olinda, variações no grau desta institucionalização. Tanto nas regras nacionalmente aprovadas e recomendadas para tais instâncias, quanto em sua implementação. E de forma central, foi possível observar variações importantes no quadro com dados compilados e aferidos sobre pontos de pauta do conselho – foco deste trabalho. Nossa hipótese buscou verificar se havia alguma relação entre a priorização de pontos de pauta para deliberação e quem detinha a presidência do conselho. Isto, a partir de teorias que estudam a Agenda Setting, ou seja, o processo de agendamento de proposições de políticas ou iniciativas, desde a fase de formulação, passando por etapas pré-decisórias. Em Paulista a hipótese é corroborada (com uma ressalva, como será pontuado mais adiante). Em Olinda, ela torna-se incongruente. Haveria muitas diferenças entre os conselhos municipais de saúde das cidades de Paulista e Olinda no manuseio de suas agendas ao mudarem de mãos, ou seja, de segmento? Quais seriam as implicações ao debate e à participação dos conselheiros nestas institucionalidades? O capítulo buscou responder a estas questões a partir da análise dos dados apresentados nos quadros (em anexo) referentes às agendas dos conselhos de Paulista e de Olinda, além das entrevistas realizadas.

De um lado, temos o primeiro conselho de saúde do Brasil, datado de 1988: O Conselho Municipal de Saúde de Olinda- CMSO. Do outro, o Conselho Municipal de Saúde de Paulista- CMSP. Este último criado em 1993, ou seja, cinco anos mais tarde, quando o de Olinda já se encontrava em funcionamento, embora o Sistema Único de Saúde, que irá integrar e reger as práticas destas arenas deliberativas só venha ser regulamentado em 1990.

No tocante à presidência do órgão (nossa variável independente), vale lembrar que o período pesquisado no Conselho Municipal de Saúde de Paulista cobre a gestão de dois anos do/da Secretário/a de Saúde do município atuando como presidente da

instância, de 2010 a 2012, em comparação a um ano de atuação de representante do segmento Usuários do SUS na presidência do órgão: 2013. O período de um ano do usuário do SUS deve-se ao fato do conselheiro ter assumindo a presidência por conta da saída da gestora em saúde da pasta que ocupava no município. É a primeira vez, também, que um membro da sociedade civil, ocupa a presidência da instância, que em períodos anteriores, costumava ser presidida por secretários e secretária de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Paulista durante o período de 2009 a 2013 (período estudado) foi ordenado pelo Regimento Interno (RI) aprovado em janeiro de 2009, baseado na normativa 333/2003. Nas reuniões realizadas no ano de 2013 já se discutia as mudanças trazidas com a normativa 453/2012. No entanto, estas mudanças devem ser implementadas a partir da votação de novo RI, quando será submetido à câmara municipal neste ano de 2014.

Em Olinda, anteriormente ao ano de 2012, todos os presidentes, ou coordenadores da Mesa Diretora eram os/as Secretários/as de Saúde do município. E a figura da Mesa Diretora presente na diretriz nacional de n. 333 de 2003 só será institucionalizada em 2012 quando também ocorre eleição para presidente/coordenador da Mesa do Conselho. Assume o posto uma representante do segmento Trabalhadores em Saúde. Nos períodos anteriores, segundo entrevistas com os conselheiros e conselheiras, havia uma reunião informal que se assemelhava a uma mesa paritária construída por acordo entre gestor e segmentos do conselho. Olinda, à época da pesquisa cujo recorte é 2010 a 2013/2014, tinha seu conselho de saúde regido ainda pela normativa 333/03.

#### **4.1. Prioridades da pauta**

Antes de continuarmos, faz-se necessário deixar explicitado o que levamos em consideração como pontos prioritários para deliberação. Nos quadros, em anexo, com os dados das agendas dos conselhos de saúde dos dois municípios, contabilizamos apenas o primeiro e o segundo item da pauta de cada reunião – entendidos, assim, como pontos prioritários. Informes e Leitura da Ata da Sessão Anterior não foram contabilizados. Como pontos de pauta consideramos, aqui, as propostas, os esclarecimentos, as reivindicações ou denúncias. A classificação das duas primeiras propostas como prioritárias deveu-se além das informações mencionadas nas entrevistas, ao curto período de tempo existente para o debate das proposições subsequentes a elas dentro

dos conselhos. Foi levado em conta, ainda, que se deve fazer a leitura e apresentação dos destaques (caso haja) da ata da sessão anterior. O procedimento sempre abre as reuniões e toma certo tempo dos conselheiros. Em Olinda, não há um horário estabelecido no Regimento Interno (RI) para encerrar a reunião. No entanto, há uma espécie de previsão, informada na convocatória encaminhada aos conselheiros/as. Parece haver também um limite de tolerância, mesmo que informal, como veremos abaixo.

Conforme Conselheiro/a C:

*A última [reunião] foi convocada pra terminar às 12h30, mas só que foi até às 13h30. E só tínhamos discutidos dois **pontos de pauta**, porque se estendeu o ponto. Aí, foi remarcada a Extraordinária. O pleno é que decide. A pauta ela é convocada no início da reunião, [e] ela é aprovada [ou não]. Por exemplo: há pauta em discussão e alguém diz “eu não concordo com esse ponto de pauta, não”. Pode acontecer, né. Aí vai pra votação se ela continua ou se ela sai. Depois que você aprova a pauta pode discutir aqueles pontos que foram aprovados [anteriormente].*

**Entrevistadora:** *Pode propor uma pauta no dia da reunião?*

**Conselheiro/a:** *Poder pode. Pode propor e convencer o pleno. É soberano o pleno, né. [Porém] É muito difícil porque vai desordenar tudo. Mas, pode ser. Pode ter um assunto e convencer o pleno e fazer defesa. E o pessoal entender e mudar. Mas, se até **13h30** não vencer, não tem mais raciocínio pra ficar, aí remarca uma Extraordinária. O ruim é que quem está esperando pra apresentar o ponto vai embora, fica meio desorganizado. Bom é que não aconteça isso. A minha estratégia eu fazia o seguinte: **eu não pautava muitos pontos**. Eu preferia deixar pro pleno discutir mais. Por exemplo, se **tem quatro pontos de pauta** coloca dois. E dá liberdade pra ter várias propostas. Porque quanto mais você discute, pode aparecer mais propostas interessantes. E você também deixa as pessoas... porque as pessoas querem falar querem se reescrever. E pode usar isso. Por segurança é bom não botar quatro pontos polêmicos, é bom não botar. A gente já sabe alguns pontos que vão ser polêmicos. **Bota só dois**, [mais] os informes e denúncias. Apresenta os visitantes, deixa o pleno bem à vontade. Mas, isso é de cada um, de quem tá dirigindo, mas isso é por conta das experiências, principalmente, como **secretária executiva** que dá uma experiência boa a gente [**Grifos meus**].*

É possível observar na entrevista, o manuseio da pauta, que poderá favorecer ou não determinados debates, a partir da seleção de pontos prioritários.

Conforme Conselheiro/a D:

*Às vezes quando tem assuntos importantes a pauta é extensa eles negociam para que aqueles assuntos venham logo pra adiante, por isso os assuntos menos importantes ficam por último, principalmente **quando é coisa do gestor, aí vem pra frente...**essa coisa toda. Mas, geralmente eles colocam por último coisas menores. Não são coisas importantes que ficam por último. Agora, também, quando não pode e são coisas importantes, agenda pra outra reunião. Mesmo porque a turma vai caindo de frequência e no final já cai um pouco a frequência. É ruim. (Grifo meu)*

De acordo com Mangialavori (2014) a segunda tradição de estudos sobre *Agendamento*, a chamada *Agenda Setting*, nascera principalmente das perguntas em torno da inovação em políticas públicas: “a constatação de que era possível identificar também uma ordem de prioridades nos âmbitos governamentais” (MANGIALAVORI, 2014). Segundo o autor, tal observação teria levado pesquisadores da Ciência Política a apresentar a ideia de uma agenda institucional ou de governo” (MANGIALAVORI, 2014).

Os autores Roger Cobb e Charles Elder, em seus estudos sobre Participação, já haviam ressaltado a influência do processo de agendamento, a *Agenda Setting*, sobre a política, focando no processo pelo qual é constituída a **ordem de prioridades** que dá lugar ao conjunto de políticas do Estado. Eles desenvolveram o conceito de *agenda-building*, primeiramente no texto *The politics of agenda-building*, de 1971, tendo revisado-o no livro *Participation in American Politics*, de 1983 (MANGIALAVORI, 2014. Grifo meu).

#### **4.2. Limite de tempo, o debate e o gestor**

Em Paulista, o horário de início e término das reuniões do conselho está definido em seu Regimento Interno (RI). O RI de Paulista, que ainda estava em uso durante o período da pesquisa, foi aprovado em 2009. No Capítulo VII, Art. 21, expressa que “a duração de cada reunião não poderá ser superior a 3 (três) horas corridas, contadas do momento em que a mesma iniciou” (REGIMENTO INTERNO... 2009). O parágrafo único do documento diz que: “No caso de, ao final das três horas regimentais, por qualquer motivo, forem insuficientes para esgotar a ordem do dia, o presidente convocará reunião extraordinária para a conclusão dos assuntos que ficarem pendentes (REGIMENTO INTERNO... 2009).

No Conselho de Saúde de Paulista a hipótese da pesquisa pode ser verificada. No de Olinda não. Iremos observar que em Paulista é possível identificar uma relação entre quem ocupa a presidência do conselho – nossa variável independente e as **pautas** - que ganham prioridade entre a lista de assuntos para deliberação - nossa variável dependente.

Quando o/a secretário/a de Saúde de Paulista ocupava a presidência, suas demandas sempre estavam entre os primeiros itens a compor a pauta do conselho nas reuniões, como pode ser observado no quadro que segue no anexo deste trabalho. As entrevistas também corroboram para a assunção de que o gestor interfere não só na pauta, mas também nas reuniões do Pleno do Conselho, que devem ser por ele conduzidas, conforme Regimento Interno. Contudo, nosso estudo não irá se deter neste aspecto posterior à etapa do agendamento: o Processo Decisório. Embora, alguns autores enxerguem essas divisões como subetapas de um mesmo ciclo político. Entre eles podemos citar Jann e Wegrich (2007). Conforme os autores, as políticas nem sempre são formalizadas em programas separados. E, uma distinção clara entre a **formulação e tomada de decisão**, não seria possível. A dupla identifica as duas etapas como subestágios em uma única fase do ciclo político. Aqui, no trabalho desenvolvido, estudamos a etapa relacionada à **Definição da Agenda** no processo de formulação da política.

Segundo afirmou um dos conselheiros, representante do segmento de Usuários do SUS:

Conselheiro/a A:

*Quando era o gestor [que estava na presidência], a pauta já vinha direcionada pelo gestor. E, as reuniões eram conduzidas pelo gestor. Isso implicava que os trabalhadores ficavam um pouco acuados, tendo que fazer um esforço maior para fazer garantir a demanda dos problemas da saúde do município.*

Mais adiante, o conselheiro/a A continua:

*Ficavam sufocados [os Trabalhadores e Usuários]. O usuário sofre na ponta a consequência da má gestão. [o gestor] Não dava espaço para a sociedade civil colocar suas pautas. Hoje, inverteu-se com sociedade civil [na presidência do conselho]. Hoje os Trabalhadores se reúnem, debatem a pauta com problemas trazidos pelos Usuários.*

É possível observar tanto no quadro de dados, quanto na fala do conselheiro, que as prioridades a serem deliberadas se invertem quando a presidência muda de mãos. Quando muda o segmento a ocupar tal posto. Segundo o conselheiro A, quem perderia com este direcionamento/manuseio da agenda por parte da gestão seria a comunidade local, pois encontraria dificuldades para verbalizar suas demandas, seus problemas.

Contudo, é importante deixar registrada o que parece ser uma ressalva à hipótese de trabalho. Isto, para um melhor entendimento do achado da pesquisa. Ao observar o quadro do conselho de Paulista durante o ano de 2011 vale pontuar o fato de que no período, embora, o presidente fosse representante da gestão, o segmento Usuários do SUS, obteve um ponto prioritário pautado a mais que o do gestor. No entanto, é possível salientar algumas observações que apontam para a não contundência da diferença encontrada.

Se levado em consideração que o segmento Usuário do SUS detém 50% por cento da composição do Conselho, identificaremos que, dentro de três anos, o segmento mais numeroso e representativo, conseguiu em **um** deles (2011), e **apenas com uma proposta a mais**, fazer com que sua voz fosse ouvida como prioridade frente às demandas da gestão, sem precisar para isso, assumir a presidência. Outra informação importante mencionada em entrevista diz respeito à proposição de pontos de pauta conjuntos, mas creditados a apenas um dos segmentos.

Um dos exemplos seria o que se relaciona à saúde bucal. Segundo um dos conselheiros, o ponto de pauta partira de representante dos Trabalhadores em Saúde. Contudo, fora pautado tanto conjuntamente ou, sob a responsabilidade dos Usuários do SUS, em específico, ao se solicitar a presença no conselho, do profissional/trabalhador responsável pela saúde bucal para prestar esclarecimentos ou discutir demandas.

Salienta-se, contudo, que no cômputo geral, os dados aferidos no período, mostraram descompasso com a prática de uma gestão descentralizada e participativa preconizada na carta magna em vários dos seus dispositivos acerca da participação social. Descompasso também com as diretrizes emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. Conforme a segunda diretriz, parágrafo único, da resolução 333/2003 que regeu os dois conselhos estudados, até o período de 2013: “Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas Conferências de Saúde” (NORMATIVA 333/2003. Ministério da Saúde).

Vale lembrar que as demandas dos grupos organizados que representam a população alcançam o conselho também por meio das resoluções aprovadas nas conferências. Estas demandas são levadas por meio de pontos de pauta que propõem a leitura e acompanhamento das resoluções da conferência, conforme Resolução 333/2003: Segunda Diretriz, Parágrafo Único.

E, de acordo com a terceira diretriz do mesmo documento:

A participação da sociedade organizada garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (Resolução 333/2003, Terceira Diretriz. Ministério da Saúde).

Além destas dificuldades, foi mencionado pelos conselheiros/as nas entrevistas, problemas na relação entre gestor presidente do conselho e a fiscalização do orçamento da saúde no município. Como garantir que o gestor estaria fiscalizando bem a si próprio, se ele mesmo é o presidente de um mecanismo de accountability? Esta dimensão, a da accountability – a questão da transparência, da fiscalização do gasto público e das contas averiguadas para aprovação pelo conselho é mencionada várias vezes nas entrevistas. No entanto, nosso foco, aqui, é analisar a participação e a qualidade da democracia que envolve a instância em tela, a partir de outras dimensões fornecidas pelas lentes da teoria da Agenda Setting.

Ao verificar os dados em anexo, poder-se-ia ponderar em alguns aspectos e algumas perguntas poderiam ser suscitadas. Entre elas: se as demandas dos gestores - na pauta do conselho - podem também visar melhorias e favorecer a população, logo, deveriam entrar como prioridades em detrimento das demais pautas dos outros segmentos? Talvez a pergunta possa ser respondida com a análise e contraposição de cada ponto de pauta priorizado entre os demais segmentos, observando a natureza de cada um deles e seu impacto a curto e médio prazo na localidade. Contudo, a regra democrática preconiza iguais condições de acesso ao debate. E o período estudado leva em conta o biênio que foi perpassado pela concentração de pontos de pauta prioritários por um único agente (o secretário de saúde e presidente do conselho) em detrimento dos outros segmentos. Um deles, inclusive, com maior representatividade que os demais: os Usuários do SUS, o que visivelmente traz implicações ao debate dentro da instância.

Em Olinda, a hipótese de trabalho não se confirma. Não é possível identificar uma relação entre nossa **variável dependente**, a pauta das reuniões e quem ocupa a presidência do conselho – nossa **variável independente**. Mesmo com a presidência ocupada durante dois anos por um representante dos trabalhadores, a gestão ainda mantivera o maior número de pautas nas reuniões entre os primeiros pontos de discussão.

Segundo as entrevistas, existiriam demandas, ou mesmo pactuações de programas com o Ministério da Saúde que requereriam celeridade das unidades subnacionais na sua aprovação. Estas pautas devem passar pelo Conselho Municipal de Saúde do Município para deliberação ( ponto comum aos dois conselhos).

Ainda, a cada três meses ( a regra remete-se a todas as instâncias), o Gestor precisa pautar obrigatoriamente segundo a normativa 333/2003, a Prestação de Contas com relatório detalhado (RAG- Relatório Anual de Gestão) contendo entre outros itens, o andamento da Agenda de Saúde pactuada e a forma de aplicação dos recursos destinados à saúde ( a normativa de número 453 de novembro de 2012 passou a estipular que o pronunciamento do gestor a este respeito deverá constar como item da pauta a cada **quadrimestre**).

Todavia, mesmo com demandas que já tenham previsão em pauta e outras que possam requerer celeridade por conta do repasse de verbas para o município - fatores atinentes aos dois conselhos - supomos que, talvez, um fator significativo, uma possível variável não aferida, possa estar interferindo no resultado encontrado em Olinda, ao comparar os quadros com dados das duas cidades. Esta variável tem fortes chances de ser o ator que ocupa o/a Secretaria do Conselho – ou seja, o/a Secretária/o Executivo/a da instância. O posto deve ser ocupado por servidor público designado para tal função.

Em Paulista, a pauta das reuniões, segundo entrevista, é organizada pelo presidente do Conselho com auxílio do Secretário Executivo da instância (conforme Regimento Interno). Em Olinda, os assuntos que entrarão nas reuniões são acordados pela Mesa Diretora - que se reúne quinzenalmente para elencar pontos de pauta a serem encaminhados à **secretaria executiva**, ou seja, à **secretária do conselho** para **organização** e envio aos conselheiros. Iremos observar, mais adiante, que a Secretaria Executiva também recebe pedidos de pauta da população e pode colocá-los numa ordem ou sequência preferencial.

Em Olinda, segundo um/uma dos/das conselheiros/as, não se sabe qual o critério utilizado pela servidora que ocupa a função de Secretária Executiva do Conselho para o



sequeenciamento dos itens a serem deliberados. Ao se perguntar quais pontos ganhariam destaque, ‘ficariam em cima na lista’, a Conselheira C respondeu que seria o de quem está há mais tempo na fila de espera para discutir sua pauta ou, questões emergenciais. De todo modo, os **dados mostram que os pontos prioritários continuam com a gestão**. Isto, mesmo com as muitas denúncias mencionadas pelos Usuários do SUS entre outros segmentos, conforme a entrevistada, e durante o período de dois anos tendo um representante do segmento dos trabalhadores ocupando a presidência do Conselho.

Para um melhor entendimento de determinadas formas de atuação de agentes públicos no processo de agendamento, a teoria dos Múltiplos fluxos de Kingdon poderia oferecer importantes contribuições. Aos olhos de Kingdon, um fator importante em sua teoria diz respeito aos participantes do processo de Formulação da Agenda, que ele denomina de Participantes Visíveis e Invisíveis. Os primeiros definiriam a agenda e os invisíveis, as alternativas (SOUZA, 2006)

O grupo de participantes visíveis, segundo Kingdon (2006), que receberia considerável atenção da imprensa e do público incluiria o Presidente e seus assessores de alto escalão, importantes membros do Congresso, a mídia, e atores relacionados ao processo eleitoral como partidos políticos e comitês de campanha. O grupo relativamente invisível de atores incluiria acadêmicos, burocratas de carreira e funcionários. Com o desdobramento da teoria, o autor afirma que estes participantes relativamente invisíveis formariam comunidades de especialistas que agiriam de forma mais ou menos coordenada (KINGDON, 2006). Importante observar nesta teoria, embora a ferramenta analítica deste trabalho lance mão do Ciclo de Políticas Públicas, a atenção despendida pelas pesquisas de Kingdon a atuação de participantes/atores que, muitas vezes, não são avaliados por outras abordagens. Nossa sugestão é que em novos desdobramentos desta pesquisa, o ator funcionário/servidor possa ser também analisado como possível variável. Sugere-se, também, para além da teoria de Kingdon, que analisa este ator, a observação da abordagem que trata da ***Tipologia dos Burocráticas***, de Alvin Goudner, que traça um perfil da burocracia, classificando-a em determinados subtipos. Segundo a entrevista do Conselheiro B, informações sobre queixas e/ou possíveis pedidos de pauta chegam também aos ouvidos do conselho por meio de verbalização interna ao Secretário Executivo, responsável, ainda, conforme Regimento Interno, pela organização da pauta (junto com o presidente da instância, quando este atua ativamente na função):

Conselheiro/a B:

*Todo conselheiro é convidado para dar um auxílio [à secretaria executiva], para dar um suporte porque o Secretário Executivo trabalha só. É ele e ele mesmo. Na ausência dele, o serviço pára. Algumas coisas ele chega e delega: não vou nesse dia, vou precisar de alguém para ficar aqui, pra recepcionar alguém que venha fazer uma queixa, alguma entrega, algum pedido.*

Abaixo trecho de uma das entrevistas:

**Entrevistadora-** *Como se faz para pautar o conselho? Se as pessoas quiseram pautar alguma demanda como fazem?*

**Conselheiro/a C -** *Qualquer assunto que eles tiverem, procuram a mesa diretora, que faz as suas avaliações e que senta a cada quinze dias. Hoje [23/07/2014] a mesa diretora sentou pra ver a pauta do dia 31 [de julho de 2014] . Chega pra mesa diretora **oficializado** o pedido de pauta. Tem **informes**, tem **denúncias** e **pedido de pauta [grifos meus]**.*

Ou seja, é possível inferirmos que se o pedido de pauta chega oficializado à Mesa Diretora, ele é encaminhado por algum agente. É possível que haja neste percurso também filtros sobre as demandas.

Na penúltima pergunta deste trecho de uma das entrevistas, fica explicitado na resposta do Conselheiro C, quem coloca as demandas na sequência (o foco de nossa pesquisa cuja hipótese pressupunha que a pauta fosse sequenciada pelo presidente do Conselho - o que ocorre no Conselho de Paulista):

**Entrevistadora:** *Qual o critério para as pautas serem as primeiras da lista?*

**Conselheira/o C:** *O critério é a espera mesmo. A menos que tenha uma pauta que não tenha nada a ver com a saúde. Aí pode ter uma avaliação de não ter [a pauta]. Os pontos de pauta ficam na espera.*

**Entrevistadora:** *São 40 conselheiros: 20 titulares e 20 suplentes. Suponhamos que todos tenham várias pautas para propor. Como ficaria se houvesse muitas pautas naquele mês?*

**Conselheiro/a C -** *Nunca aconteceu isso. É difícil eles trazerem pauta. Eles trazem mais **denúncias [grifo meu]**. Por exemplo: eu tenho uma pauta pra gente fazer uma avaliação da demora do resultado de prevenção uterina, que tão demorando muito. Tem muita denúncia. Então, a gente fica vendo essas denúncias. Aí, a gente [ pessoas que integram a mesa diretora] pede pauta com a*

*Coordenadoria da Mulher [ para a Coordenadoria explicar o que está havendo e procurar resolver a questão] .*

**Entrevistadora:** *Qual o procedimento?*

**Conselheiro C :** *O procedimento é esse: ele [ a pessoa/o cidadão] solicita a pauta, a Mesa Diretora avalia e vai colocando na ordem.*

**Entrevistadora:** *Quem coloca na sequência?*

**Conselheiro/a C:** *Geralmente é a Secretaria Executiva.*

**O que se leva em consideração para colocar a pauta em cima?**

**Conselheiro/a C :** *As urgências. Os pontos mais urgentes, mais críticos que têm muita gente esperando. Tem uma pauta que a gente está esperando que é pra discutir o Pmac. Pmac é um programa de aceleração. É uma avaliação que o Ministério faz do atendimento, que ele requer do atendimento, uma melhoria. E, pra isso, o município pode, quem bater meta, remunerar. E esse dinheiro está retido e a gente está esperando esta pauta: por que está retido? A gente quer a resposta. Então, a gente já tá esperando. Os Trabalhadores estão esperando essa pauta. Tá esperando isso pra ver se sai na próxima ordinária, não sei. A gente fica cobrando, né , as pautas.*

**E os Usuários costumam colocar muito ponto de pauta?**

**Conselheiro/a C:** *Eles costumam mais denunciar. Fazer as denúncias. Essas denúncias podem gerar uma pauta. Elas entram nos informes. Geralmente recebe um formuláriozinho e eles fazem a denúncia. Mas, se os Usuários Conselheiros **trouxerem muito uma denúncia em cima daquilo, constante, tem que pautar aquele ponto.** Tipo: se os usuários falam muito da Marcação [de consultas] isso já gerou várias reuniões com a Central de Marcação. As marcações o pessoal dorme na fila...num sei o que...então isso são muitas denúncias que terminam chamando a Central pra discutir. Aí, eles começam a explicar tal tal tal...*

#### **4.3. As ‘não-questões’ e a participação no debate**

Um ponto observado no Conselho de Olinda é que enquanto as denúncias não se tornam, de alguma forma, recorrentes acerca de um determinado tema, elas parecem continuar como não-questões. Ou seja, é preciso que haja uma persistência do responsável por levar a denúncia para que ela seja alçada ao patamar de pauta. Partindo assim de uma Agenda Sistêmica para Agenda Institucional como definiria Birkland (2007) ao abordar a trajetória de assuntos que lograriam êxito ao migrarem de uma

agenda para outra. A questão remete-nos também às etapas pré-decisórias de construção da Agenda ou *Agenda Building* estudada por Cobb e Elder (1971) a partir das preocupações de Bacharach e Bartatz (1962/1970) em seus trabalhos empíricos sobre a teoria da não-decisão. Para Bacharach e Bartatz (1962/1970), tal procedimento não equivaleria à ausência de decisão sobre uma questão incluída na agenda, mas sim, a um veto à inclusão de certos temas na agenda política impedindo que venham a ser objeto de decisão.

Mais um dado que pode ser analisado no conselho de Olinda, no que diz respeito ao segmento de Usuários do SUS, é que mesmo havendo um pequeno crescimento no número de pautas prioritárias deste segmento, os Usuários ainda são os que menos pautam, prioritariamente, a agenda do conselho, embora detenham maior representação (50 % dos participantes) dentro da instância. Em Paulista, os dados mostram o contrário. O segmento de Usuários não é o que menos pauta quando assume a presidência. Essa classificação, ao se observar o quadro de Paulista, ficou com o segmento dos Trabalhadores. O que, então, poderia suscitar essa pouca participação dos Usuários em Olinda? De acordo com a/o Conselheira/o D, um dos fatores que contribuiria para a participação pouco expressiva do segmento parece apontar para a pouca preparação para o debate acerca das questões que envolvem a política do SUS. A formação dos conselheiros/as e/ou sua atuação política foram algumas variáveis propostas, também, como fatores para observação. Elas apresentariam alguma relação com o grau de participação dos conselheiros/as? Interfeririam na pauta? Quais as dificuldades destes atores ou destes grupos?

De acordo com **Conselheiro/a D:**

*O setor de Usuários a gente tem sempre uma dificuldade. É muito maior, mais amplo e é a primeira vez que vão participar de um Conselho que nunca participaram. O que eu acho sabe, é que a gente antes de entrar num conselho deveria saber o que era um Conselho. Quando eu entrei na primeira vez [2004] foi terrível. Eu passei um ano com a boca fechada. Eu não sabia nada e comecei a estudar, estudar... Depois que comecei a estudar eu descobri o que era. Então, perdi muito tempo. Aquele tempo de você fazer alguma coisa e do Conselho também ganhar alguma coisa. Porque quando você faz alguma coisa quem ganha é o Conselho e os Usuários. Num é só reunião. Tem coisas muito mais sérias e o Usuário não está muito preparado não. Quando a gente vê um muito preparado a gente quer que fique mais um tempo pra ajudar. Porque a gente vê...falta tudo. É muita coisa num conselho. Se você vê as leis é muita coisa que a gente vai decidir, a responsabilidade é grande.*

Uma outra pergunta feita durante a entrevista foi qual seria o segmento que estaria mais preparado. Segundo **Conselheiro/a C** nenhum dos três estaria preparado, mas se distinguiriam pelo grau de conhecimentos que poderiam deter.

*Todos os três segmentos não estão preparados, mas têm conhecimentos. A gestão ela pode ter vindo aí uma pessoa que nunca discutiu Controle Social e não ter paciência..., Mas, ela tem conhecimento do SUS. Ela já tá mais preparada, já tem uma formação. O Trabalhador por mais que ele esteja despreparado ele também tem um pouquinho de conhecimento. O que chega com menos conhecimento pra discutir, torna-se muito perdido, é o Usuário. Por isso, que tem mais dificuldade. Por isso, que não tem um ganho maior. Porque eles têm 50% e muitas vezes eles vêm da vida, dos movimentos, mas do SUS eles não têm [conhecimento]. Nenhuma representação dos segmentos chega preparado pra toda a discussão do Controle Social. Porém, existem representantes com mais conhecimentos do SUS, das políticas. Os Gestores pela sua formação, por si só ele tem um pouquinho de mais conhecimentos, os Trabalhadores pela vivência, ele já conhece aquele Sistema que ele trabalha: o SUS. E, o que chega mais perdido, com menos conhecimentos, é o segmento dos Usuários.*

Uma informação também levada em consideração na pesquisa foram as capacitações para os conselheiros a serem oferecidas tanto pelo Ministério da Saúde por meio da destinação de verbas às unidades subnacionais quanto por órgãos como Corregedoria ou Ministério Público. Segundo Delgado e Escorel (2008) em artigo para revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde: Divulgação em Saúde para Debate, as diretrizes 333/2003 e 453/2012 exigiriam dos conselheiros uma capacidade técnica que poderia resultar na redução da dimensão política do Conselho. Conforme os autores, “compreender uma peça orçamentária, ou formular diretrizes e metas de um Plano de Saúde [anual, plurianual...] exigem dos conselheiros conhecimentos que nem sempre possuem” (DELGADO E ESCOREL, 2008: 90). Esta realidade, segundo os pesquisadores, teria levado os conselheiros a uma busca permanente por capacitações (DELGADO E ESCOREL, 2008).

Nos conselhos de Paulista e Olinda, em relação à pergunta sobre capacitações, os entrevistados responderam que as estas tinham sido oferecidas. Em Olinda, de forma regular, a cada biênio para os conselheiros. Em Paulista, segundo entrevistados, elas haviam sido oferecidas de forma esporádica.

Outro ponto verificado foi o acesso à informação. Segundo uma/um das/dos conselheiras/os, a/o Conselheira/o D, no passado (início e meados dos anos 2000) o acesso teria sido mais difícil. Atualmente ele estaria sendo mais facilitado por conta da Internet e das redes sociais. Conforme as pesquisas realizadas, as pautas dos dois

conselhos são disponibilizadas no Facebook das instâncias. Segundo o/a Conselheiro/a, D, a profusão de informações teria melhorado a partir de 2014 com a presidência tendo sido ocupada por um Usuário que convidara a todos para apresentar os documentos dos conselhos e estudar as normativas.

**Conselheiro/a D:** *A 453 já tá no conselho. Tom [novo presidente do conselho – segmento Usuário] colocou. Já entregou pra gente e a gente já vai estudando as normas. Quer dizer, já está sendo colocada pra serem seguidas aquelas normas (...) Naquela época [a partir de 2004 quando foi conselheira pela primeira vez] não se tinha a profusão de coisas, de entendimento, de apresentação de documentos como se tem hoje. É mais fácil, eu to achando bem mais fácil. Muito. Tá saindo já tá apresentando pra gente, o conselho, e já tá dizendo: estude, leiam. Antigamente o próprio conselho, a documentação não vinha tão fácil como agora. Agora com Internet, com tudo...[teria ficado mais fácil]. Em 2004 era mais difícil. Em 2012 e 2013 o conhecimento ainda era menos.*

## CONCLUSÃO

Nas duas últimas décadas os processos de democratização, descentralização política e econômica e de reforma do Estado fizeram-se acompanhar da emergência de novos atores públicos e privados na cena política. No que se refere a dispositivos legais e institucionais, é possível visualizar uma nova forma de atuação política, desencadeada por estes atores, no interior dos conselhos setoriais de participação. Observa-se a multiplicação e institucionalização destas instâncias, assim como uma maior autonomia dos municípios ao romper com o caráter hierárquico das políticas públicas. O antigo desenho da política centralizada passa a dar lugar à mobilização das comunidades locais na discussão e implementação de políticas. No entanto, passados pouco mais de duas décadas de implementação destas arenas deliberativas – os conselhos de gestão partilhada, buscamos observar, a partir da análise das agendas de dois Conselhos Municipais de Saúde: o das cidades de Paulista e Olinda, em que medida tais incentivos teriam produzido, nas realidades locais, instituições que correspondessem às intenções participativas da legislação que normatiza a atuação dos diversos grupos que compõem estas instâncias. Quais seriam os fatores a implicar tanto na ampliação quanto na restrição ao debate nesses espaços deliberativos? Como se daria a seleção entre diversos problemas e questões que pleiteiam a pauta de discussões? O manuseio da pauta por diferentes agentes implicaria no debate e na participação?

À luz das teorias sobre a Agenda Setting o trabalho procurou desenvolver uma análise comparativa entre as agendas dos dois conselhos municipais de saúde. Na literatura sobre o tema, quando comparados aos das demais áreas, os conselhos de saúde são conhecidos pelo alto grau de institucionalização de suas normas e regras. Vimos que as instâncias são regidas a partir de um mesmo mecanismo, considerado como: descentralizado, hierarquizado e integrado - o Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a realizar o chamado Controle Social. E, mesmo tais instâncias de saúde sendo apontadas pela literatura da área como estruturas com alto grau de institucionalização, no estudo realizado, pôde-se observar variações institucionais, tanto no Conselho Municipal de Saúde de Paulista quanto no de Olinda. Estas variações puderam ser verificadas tanto na institucionalização de regras nacionalmente aprovadas e recomendadas para tais instâncias (e sua implementação), quanto no quadro dos dados compilados e aferidos sobre agendamento de pontos de pauta prioritários – foco desta pesquisa.

Nossa hipótese buscou verificar se havia alguma relação entre a priorização de pontos de pauta para deliberação – nossa variável dependente - e quem detinha a presidência do conselho – nossa variável independente. Isto, a partir de teorias que estudam o processo de *Agendamento* – a Agenda Setting, tida como uma das etapas da abordagem do Ciclo de Políticas Públicas. O estudo procurou observar, ainda, se possíveis variáveis como Formação do/da Conselheiro/a e/ou Atuação Política (não necessariamente partidária) poderiam interferir no debate promovido por estes agentes dentro das duas instâncias. Vimos que grupos e atores com mais conhecimentos conseguem participar mais do debate. No entanto, a efetividade desta participação foi observada quando os agentes passavam a ocupar a presidência do conselho. Pelo menos, a constatação pode ser feita no Conselho de Saúde de Paulista, ao contrário do que foi encontrado em Olinda.

Os dados do quadro do Conselho de Paulista corroboraram a hipótese apresentada. Em Paulista, durante a gestão em que o Secretário/Secretária Municipal de Saúde esteve ocupando a presidência do Conselho, seus pontos de pauta estiveram sempre entre os prioritários para deliberação em detrimento dos pontos dos demais segmentos. É possível observar que tal manuseio da agenda em favor das demandas deste agente da Gestão aponta para determinadas consequências. Uma delas seria a restrição ao debate dos grupos e agentes que compõem a instância. Entre eles podemos citar o mais numeroso e também representativo: os usuários dos SUS (que detêm 50% da composição de integrantes do Conselho). Além disso, ressaltamos a centralização decisória que continuaria nas mãos do gestor. O procedimento vai de encontro às prerrogativas de participação social às quais estão atreladas estes órgãos de gestão compartilhada.

Foi possível observar na pesquisa que, quando o representante do segmento Usuários do SUS assumira a presidência do Conselho em Paulista, a Agenda da instância inverte-se, conforme pressuposto pela hipótese. Estes atores passaram a pautar mais propostas prioritárias em relação ao gestor. Por conseguinte, aumentaram sua participação nas discussões, o que pressupõe uma arena mais democrática, neste período, se observada, também, a participação conjunta deste grupo com o dos Trabalhadores em Saúde. Os resultados da tabela mostraram mais pautas conjuntas entre Trabalhadores e Usuários em relação aos períodos anteriores (quando o/a secretário/a ocupava a presidência do conselho). Segundo uma das entrevistas realizadas, um dos Conselheiros afirmara: *“Hoje, inverteu-se com sociedade civil [na presidência do*



*conselho]. Hoje os trabalhadores se reúnem, debatem a pauta com problemas trazidos pelos usuários” (CONSELHEIRO A, 2013).*

Algumas questões institucionais puderam ser assinaladas também. O Conselho de Paulista, a partir de 2005, já contava com uma Lei de Reformulação aprovada pela Câmara de Vereadores, e assinada pelo Prefeito. O texto, em seu artigo sétimo, expressa que, tanto a Organização quanto o Funcionamento do CMS serão definidos em Regimento Interno (a lei modificara a redação da norma de 2001). Conforme a nova Lei, a Mesa Diretora poderia ser institucionalizada juntamente com a figura do presidente eleito entre os membros da instância consoante definições do RI. Em 2006, passou-se a ser realizada votação para a presidência do conselho. No entanto, no município, o posto de presidente da instância fora sempre ocupado pelos Secretários de Saúde, eleitos pelo pleno do Conselho, como salientado. Somente em 2014 é eleito, pela primeira vez, um representante da sociedade civil, do segmento de Usuários do SUS, para a presidência do órgão colegiado. Em 2013, vimos que este ator ocupara a presidência da instância pelo período de um ano, com a saída da gestora em saúde.

Em Olinda - cidade com maior número de habitantes em relação à Paulista, mais antiga que a vizinha, antiga integrante de seu território, e que conta com Conselho mais antigo – pudemos observar a Mesa Diretora ganhar institucionalidade somente em 2012. A data também marca a primeira eleição para presidente-coordenador da Mesa do órgão colegiado. Em Olinda, todas estas definições relativas ao funcionamento da mesa e votação para a escolha de seu presidente tiveram de passar pelo crivo da Câmara dos Vereadores e a sanção do Prefeito. Vimos que tais processos precisaram ser deflagrados pelo Conselho e foram bastante demorados no que tange a data das normativas nacionais, o que terminou por retardar a escolha por votação do Coordenador/Presidente da Mesa Diretora da instância.

Um dado importante observado foi o de que os conselhos se assemelhavam no Regimento Interno ao não explicitarem o prazo para homologação, pelo chefe do executivo ou Secretário de Saúde, das propostas deliberadas e aprovadas. Caso necessário, os conselheiros recorreriam às diretrizes nacionais (333/2003 453/2012), segundo entrevista, ou, ao Ministério Público.

Em Olinda, a hipótese pressuposta não foi corroborada. Mesmo com a presidência do Conselho sendo ocupada por um representante do segmento Trabalhadores em Saúde, o Gestor continuou a pautar mais prioridades em relação a quem estava na presidência; embora o segmento Trabalhador tenha aumentado o

número de prioridades (em relação ao ano anterior). Como uma possível pista para entender a questão, ou seja, a não correspondência com a hipótese, foi apontado o estudo, em novos desdobramentos desta pesquisa, de uma variável não aferida: o/a servidor/a público/a que ocupa a função de secretária executiva do conselho. Observamos em Olinda, a partir das entrevistas, que este ator interfere na agenda: na promoção e ordenação dos pontos de pauta.

Observamos ainda, no que tange às possíveis **variáveis** como **formação do conselheiro e atuação política** (em Movimentos Sociais, ONGs, Sindicatos, Pastorais etc) que tal fator, segundo entrevista, apresentaria grande potencial de interferir no debate, conforme indicado em um das entrevistas realizadas com um/uma representante dos Usuários. Mas, a relação entre a nossa variável independente e efetividade da participação dos/das conselheiros/as na agenda de debates da instância somente pôde ser melhor aferida em Paulista - quando um representante dos Usuários do SUS assumiu a presidência no ano de 2013. No período, os números mostraram **três** prioridades pautadas pelo Gestor enquanto o segmento Usuário do SUS aparecia com **nove**<sup>16</sup>. Outra informação importante mencionada em entrevista é que determinadas pautas, a exemplo das de saúde bucal, em Paulista, foram oriundas de representante dos Trabalhadores em Saúde. Contudo, foram pautadas em conjunto entre Trabalhadores em Saúde e Usuários do SUS, embora atribuídas exclusivamente aos Usuários do SUS. Como exemplo, vimos a solicitação da presença no conselho, de profissional/trabalhador responsável pela saúde bucal ser feita por Usuários do SUS. O objetivo era do profissional prestar esclarecimentos a respeito de determinados problemas e também acolher demandas. Nestes casos mais específicos entre outros assemelhados, acabou-se perdendo a clareza de quem colocou em Paulista, no ano de 2011, tal ponto na pauta do conselho.

Contudo, diante dos dados coletados e das entrevistas, pontuamos que embora os números apontem ainda para uma concentração decisória nas mãos da gestão - caso de Olinda, o instituto da Participação fez-se presente de forma crescente nos dois conselhos: minimamente no conselho olindense e de forma mais contundente na agenda de discussões do conselho de Paulista, onde observamos uma desconcentração da pauta

---

<sup>16</sup> Vimos, no ano de 2011, no Conselho de Saúde da cidade, o que supomos uma ressalva a hipótese de pesquisa. O segmento dos **Usuários** pautou **seis** propostas prioritárias diante de **cinco da Gestão**, mesmo não estando no 'controle' da agenda, ou seja, na presidência. No entanto, a informação de uma proposta priorizada a mais que a do segmento Gestor pode não apresentar tanta contundência, se levado em consideração que o segmento Usuário do SUS detém 50% por cento da composição do Conselho. Ou seja, dentro de três anos, o segmento mais numeroso e representativo, conseguiu em **um** deles (2011), e **apenas com uma proposta a mais**, fazer com que sua voz fosse ouvida como prioridade frente às demandas da gestão, sem precisar para isso, assumir a presidência

no tocante à gestão, quando um representante dos Usuários ocupa a presidência. Importante, também, ressaltar a participação contínua, do que poderíamos chamar de persistência de representantes de grupos com menos recursos - em relação aos outros segmentos - na defesa de demandas e garantias dos direitos sociais previstos nas políticas de saúde. Observou-se que tal participação na discussão de propostas para deliberação, que traz entre seus efeitos o de impactar na comunidade, mesmo com diferentes graus de efetividade em Olinda e em Paulista, pôde contribuir para o desencadeamento de mudanças dentro do conselho, mesmo que a longo prazo (a exemplo de pedido de pauta sobre a legalidade da Mesa Diretora em Olinda).

Em relação às perguntas - sobre os fatores a implicar tanto na ampliação quanto na restrição ao debate dentro desses espaços deliberativos e, como se daria a seleção entre diversos problemas e questões que pleiteiam a pauta de discussões, além da que se refere ao manuseio da pauta por diferentes agentes e as implicações no debate e na participação, - acreditamos ter apontado para algumas respostas. Ou mesmo, deixado boas pistas para alguns entendimentos por meio da observação das agendas de duas instâncias.

De todo modo, a dissertação sugere desdobramentos para uma nova agenda de pesquisa, a partir de novos testes de hipótese. Premissas estas que possam levar em consideração variáveis como *perfil da burocracia* - voltada para a atuação da secretaria executiva do conselho - além do cenário político dos municípios e filiação partidária, tanto dos membros do conselho a ocupar a presidência (segmento trabalhador e/ou Usuário do SUS) quanto a participar da instância de modo geral, entre outras possíveis variáveis não aferidas aqui. A conjugação destes fatores implicaria em diferentes desempenhos do órgão colegiado ou, no órgão colegiado?

Vale salientar também que, para o desenvolvimento deste trabalho, o estudo da teoria da *Agenda setting* – tomada como processo que corresponderia a uma das etapas do Ciclo de Políticas Públicas, foi uma forma “particularmente fértil para começar a entender como os grupos, o poder, e a agenda interagem para definir os limites do debate político” (BIRKLAND, 2007:109).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARATO, A.; COHEN, J. La sociedad civil y la teoria Social. In Alberto J.Olvera (org). La sociedad civil : de La teoría a la realidad. Ed. EL Colegio del Mexico. México, 1999.

A REFORMA Sanitária. Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portale-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em 10 out 2013.

AVRITZER, Leonardo; PEREIRA, Maria de Lourdes Pereira Dolabela. Democracia, Participação e Instituições Híbridas. In Teoria e Sociedade, Revista dos Departamentos de Ciência Política, de Sociologia e Antropologia UFMG, número especial. Mai. Belo Horizonte, 2005.

AVRITZER, Leonardo. Modelos de sociedad civil: un análisis de la especificidad del caso brasileño In Alberto J.Olvera (org). La sociedad civil: de La teoría a la realidad. Ed. EL Colegio del Mexico. México, 1999.

AVRITZER, Leonardo; WAMPLER, Brian. Públicos Participativos: Sociedade civil e novas instituições no Brasil Democrático. In Vera Schattan P. Coelho & Marcus Nobre (orgs) Participação e Deliberação – Teorias Democráticas e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo.Ed. 34 Ltda. São Paulo, 2004.

BARBOSA, Virgínia. Igreja de Santa Isabel. In Portal da Fundação Joaquim Nabuco. Disponível em [http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar../index.php?option=com\\_content&id=862:igreja-de-santa-isabel-paulista-pe](http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar../index.php?option=com_content&id=862:igreja-de-santa-isabel-paulista-pe). Acesso em 15 junho 2014

BIRKLAND, Thomas A. Agenda setting in Public Policy. In. Frank Fischer; Gerald J. Miller; Mara S. Sidney (ed). Handbook of Policy Analyses: Theory, Politics, and Methods CRC Press. Boca Raton: 2007.

BODART, Cristiano. Breve comentário da teoria da ação coletiva de Mancur Olson. In Blog Café com Sociologia. Disponível em <http://www.cafecomsociologia.com/2010/03/breve-comentario-da-teoria-da-acao.html>. Acesso em 02 junho 2014.

BODART, Cristiano. Contribuições críticas de Fábio Wanderley Reis à teoria da Ação Coletiva de Mancur Olson. In Blog Café com Sociologia. Disponível em <http://www.cafecomsociologia.com/2010/03/contribuicoes-criticas-de-fabio.html>. Acesso em 02 junho 2014

CARTILHA PARA orientação aos conselheiros de saúde. Ago. 2008. Disponível <http://www.sindsaude.org.br/download/documentos/cartilhaOrientacao.pdf>. Acesso em: Nov. 2013.

CHAMINÉS DE Paulista entram na lista de Patrimônio Histórico do Estado. In Portal NE10. Disponível <http://entretenimento.ne10.uol.com.br/noticia/2012/02/08/chamines->

de-paulista-entram-na-lista-de-patrimonio-historico-do-estado-325726.php. Acesso em 15 junho 2014.

COELHO, Vera Schattan P. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas – o que está faltando? In Vera Schattan P. Coelho & Marcus Nobre (orgs). Participação e Deliberação – Teorias Democráticas e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo. Ed. 34 Ltda. São Paulo, 2004

COHEN, Joshua. Deliberation and Democratic Legitimacy. In J. Bohman e W. Rehg (eds.), Deliberative Democracy: Essays on Reason and Politics. Cambridge, MIT. Press. 1997.

CONHEÇA PAULISTA. Turismo. In Portal da prefeitura de Paulista. Disponível em [http://www.paulista.pe.gov.br/site/default/conheca\\_paulista/turismo](http://www.paulista.pe.gov.br/site/default/conheca_paulista/turismo). Acesso em 15 junho 2014

CONSELHO MUNICIPAL de Saúde. Orientações para proceder auditoria na Atenção Básica - 2004. Site do Ministério Público do Estado da Bahia. Disponível em [http://www.mpba.mp.br/atuacao/saude/reuniao/conselho\\_municipal.pdf](http://www.mpba.mp.br/atuacao/saude/reuniao/conselho_municipal.pdf) . Acesso em 26 jun 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n. 453 de maio de 2012. Mantém o foi proposto nas Resoluções 33/92 e 333/03 do Conselho Nacional de Saúde e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso453.doc>. Acesso em Dez. 2013.

CORTES, SORAYA. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde in Sociologias: Porto Alegre, n. 7, ano 4, p. 18-49 , jan/jun 2002.

DRAIBE, Sônia. Welfare State no Brasil : Características e Perspectivas. Campinas. Unicamp: cadernos de pesquisa. n.8.1993.

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In Políticas Públicas e Desenvolvimento – Bases Epistemológicas e Modelos de Análise. HEIDEMANN, Francisco G. ; SALM, José Francisco (Orgs). Ed: UnB. Brasília, 2009.

ETIZIONI, Amitai. Reexame da Estratégia Mista de Decisão In Políticas Públicas e Desenvolvimento – Bases Epistemológicas e Modelos de Análise. HEIDEMANN, Francisco G. ; SALM, José Francisco (Orgs). Ed: UnB. Brasília, 2009.

EVERA, Stephen Van. Guide to Methods for Students of Political Science. Cornell University Press, 1997.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas no Brasil. In Site Planejamento e Políticas Públicas, No 21 (2000). IPEA. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>>. Acesso em 12 mai 2014.

FUKS, Mario; MONSEFF, Renato; PERISSINOTTO, Nelson Rosário de Souza. Participação e Processo Decisório em alguns conselhos gestores de Curitiba. In Revista Paranaense de Desenvolvimento, Curitiba: Ipards, n. 105, p. 75-100, jul./dez. 2003.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

GOTTEMS, Leila Bernardo Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Mais; CALMON, Carlos Du Pin; ALVES, Elíoenai Dornelles. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. In Saúde Sociedade. vol.22, n.2. São Paulo Apr./June 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000200020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000200020&script=sci_arttext)>. Acesso: 22 jun 2014.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do Neo-institucionalismo. Lua Nova, n. 58, São Paulo: 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ln/n58/a10n58.pdf>. Acesso em 10 ago 2014.

HEIDEMANN, Francisco G. Do sonho de Progresso à Políticas de Desenvolvimento. In Políticas Públicas e Desenvolvimento – Bases Epistemológicas e Modelos de Análise. HEIDEMANN, Francisco G. ; SALM, José Francisco (Orgs). Ed: UnB. Brasília, 2009.

HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco. Modelos para Análise de Decisões político-administrativas In Políticas Públicas e Desenvolvimento – Bases Epistemológicas e Modelos de Análise. HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (Orgs). Ed: UnB. Brasília, 2009.

JANN, Werner; WEGRICH, Kai. Theories of the Policy Cycle. In Frank Fischer; Gerald J. Miller; Mara S. Sidney (ed). Handbook of Policy Analyses: Theory, Politics, and Methods CRC Press. Boca Raton: 2007.

KINGDON, John W. Agendas, Alternatives and Public Policies. 2.Ed. Longman. Addison-Wesley Educational Publishers Inc: Michigan, 2003

LEAL, Suely. Fetiche da participação popular: novas práticas de planejamento, gestão e governança democrática no Recife - Brasil. Ed. CEPE. Recife, 2003.

LUCHMANN, Lígia. A democracia deliberativa: sociedade civil, esfera pública e institucionalidade. In Cadernos de Pesquisa PPGSP-UFSC: Florianópolis: n. 33, Nov. 2002.

MANIN, Bernard. The principles of representative government. Cambridge University Press. Reino Unido, 1997.

MAJONE, Giandomenico. Agenda Setting. Part IV, Producing Public Policy. In Robert E. Goodin (ed). The Oxford handbooks of Public Policy. Oxford University Press Inc., New York. 2006.

MOREIRA, Marcelo R. Democracia Representativa, Democracia Participativa e Conselhos de Saúde no contexto da reforma política. In Revista Divulgação em Saúde para Debate. N. 43, Jun. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, Rio de Janeiro, 2008.

MOREIRA, Marcelo R.; FERNANDES, Fernando M. B.; SUCENA, Luiz F. M. 'Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. In Revista Divulgação em Saúde para Debate. N. 43, Jun. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, Rio de Janeiro, 2008.

MORONI, J. A. Participamos, e daí? . Observatório da Cidadania - Instituto Nacional de Estudos Socioeconômicos – Inesc. Dez, 2005. Disponível em: <<http://www.ibase.br/pubibase/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1183&sid=127>>. Acesso em: 25 Ago.2013.

OLINDA (PE). Câmara de Vereadores. Lei nº 4619, de 11 de fevereiro de 1988. Lei de Criação do Conselho Municipal de Saúde de Olinda. 4fl.

OLINDA (PE). Lei Municipal nº 4919/93, de 13 de fevereiro de 1988. Reformula a Lei 4619/88. Legis Olinda. Olinda, PE, 06 dez. 1993.

OLINDA (PE). Lei Municipal nº 5276/2001, de 14 de setembro de 2001. Reformula a Lei 4919/83.

OLINDA (PE). Conselho Municipal de Saúde. Ofício nº 216/2010. Solicita modificação do artigo 10, da Lei 4919/93, passando seu texto a conter, no seu inciso VII: A coordenação do Conselho Municipal de Saúde caberá a seu presidente.

OLINDA (PE). Conselho Municipal de Saúde. Regimento Interno do Conselho de Saúde de Olinda, de 23 de outubro de 2008.

PAULISTA (PE). Conselho Municipal de Saúde. Regimento Interno do Conselho de Saúde de Paulista, de 13 de janeiro de 2009.

PAULISTA (PE). Conselho Municipal de Saúde. Regimento Interno do Conselho de Saúde de Paulista, de 15 de janeiro de 2013.

PAULISTA (PE). Lei Municipal nº 3206/93 de 20 de outubro de 1993. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.

PAULISTA (PE). Lei Municipal nº 3871/2005, de 17 de novembro de 2005. Dispõe sobre a nova redação dada à Lei Municipal 3623/2001, de 12 de outubro de 2001.

PAULISTA (PE). Lei municipal nº 4034/2008, de 15 de outubro de 2008. Altera caput do artigo 2º, bem como a alínea “c” do inciso II e “§ 5º” do mesmo artigo da Lei 3871/2005.

PARAMIO, Ludolfo. Decisión Racional y Acción Colectiva. In *Leviatán* 79: 65-83. CSIC, Madrid, 2000.

POGREBINSCH, Thamy; SANTOS, Fabiano. Participação como Representação: O Impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional. In *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro: vol. 54, n. 3, p. 259 a 305. 2011.

REGIMENTO INTERNO Conselho Municipal de Saúde de Olinda. PE. 2008.

REGIMENTO INTERNO Conselho Municipal de Saúde de Paulista. PE. 2009.

ROCHA, Roberto. *Revista Pós Ciências Sociais: A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil*. 2009. Disponível em <[http://www.ppgcsoc.ufma.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=318&Itemid=114](http://www.ppgcsoc.ufma.br/index.php?option=com_content&view=article&id=318&Itemid=114)> Acesso em: Jan. 2014.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. Para Aprender Políticas Públicas – Conceitos e Teorias. V.1. Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas – IGEPP. Brasília, 2013.

OBSERVATÓRIO das Metrópoles. Como Anda a Região Metropolitana do Recife. 2006. Disponível em [http://www.observatoriodasmetrolopes.ufrj.br/como\\_anda/como\\_anda\\_RM\\_recife.pdf](http://www.observatoriodasmetrolopes.ufrj.br/como_anda/como_anda_RM_recife.pdf) Acesso em 10 jun 2014.

SANTOS, Boaventura S. ; AVRITZER, Leonardo. Introdução: Para ampliar o cânone democrático. In Boaventura de Sousa Santos (org). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, Frederico; JACCOUD, Luciana; Nathalie, BEGHIN. Políticas Sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In Luciana Jaccoud (org). *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*, Brasília: Ipea, 2005.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas uma revisão de literatura. In revista *Sociologias*. Ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20. Porto Alegre. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>> Acesso em 10 out 2013.

TRIGO, Paulo. Prefácio à edição portuguesa. In Mancur Olson : *A Lógica da Acção Colectiva - Bens Públicos e Teoria dos Grupos*. Ed: Celta, Oeiras, Portugal, 1998.

VILELA, Maria Diogenilda de Almeida. Legislação que disciplina os conselhos de políticas públicas. Consultoria legislativa da área I. Câmara dos deputados, Brasília-DF 2005. Disponível em <[http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema6/2005\\_740.pdf](http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema6/2005_740.pdf)> Acesso em: Nov. 2013.

WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Verbete Olinda. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Wikip%C3%A9dia&oldid=15762238>>. Acesso em: 23 Jun 2014



**(ANEXOS)****Quadro dos pontos prioritários de pauta do Conselho Municipal de Saúde de Paulista**

*Informes e leitura da Ata da sessão anterior não estão sendo considerados como ponto pauta.*

Pontos Prioritários (1º e 2º pontos da pauta)					
SEGMENTO	ANO				
	BIÊNIO				TEMAS
	2010 (Pres.Sec de Saúde)	2011 Pres. Sec de Saúde)	2012 Pres. Sec de Saúde)	2013 (Pres Usuário)	
GESTOR	13	05	12	03	<p><b>2010</b> - Devolução Agente Saúde Pública (Funcionária Funasa); Devolução Agente Saúde Pública (Funcionária Funasa) novamente; Relatório de Gestão 2008; PAM – Paulista; Implantação de três Equipes do NASF; Relatório Anual de Gestão 2009; Apresentação do projeto de implantação de 05 (cinco) equipes Saúde da Família; Relatório de Gestão 2008; Proposta de Implantação do Complexo Regulador e Informatização da Unidades de Saúde do Município; Pacto pela Saúde; Glaucoma; PPA, LDO, LOA; Apresentação do PAM – Plano de Ações e Metas.</p> <p><b>2011</b> – Relatório do Setor Financeiro da Secretaria de Saúde (Reunião Ordinária de Maio); Adesão do Município do Paulista ao Pacto pela Saúde (Reunião Ordinária de Maio); Relatório do Setor Financeiro da Secretaria de Saúde ( Extraordinária de Maio); Adesão do Município do Paulista ao Pacto pela Saúde ( Extraordinária de Maio); Finalização do relatório referente ao PAM.</p> <p><b>2012</b> – Apresentação do Relatório Anual de Gestão – RAG/2011; Apresentação das Diretorias da Secretaria de Saúde; Apresentação das Diretorias da Secretaria de Saúde (novamente); Apresentação do Programa da Melhoria do acesso à Qualidade da Atenção Básica- PMAQ; Apresentação da Prestação de Contas referente ao primeiro</p>

					<p>Quadrimestre/2012; Coordenação Tuberculose; Coordenação Tuberculose (novamente); Orçamento Fiscal – PAULISTA /2013; Pacto dos Indicadores do SISPACTO/2012; Pacto dos Indicadores do SISPACTO/2012 novamente); Apresentação PAM 2013/Ações realizadas 2012; Apresentação PAM 2013/ Ações realizadas 2012 (novamente);</p> <p><b>2013-</b> Apresentação da Programação Anual de Saúde 2013; Readequação das condições de trabalho para as equipes ACS/ACE; Devolução de servidora Funasa.</p>
TRABALHADOR	03	02	05	03	<p><b>2010-</b> Unidade de Saúde Sentinela (Reunião Extraordinária de Março); Unidade de Saúde Sentinela (Reunião de Maio); Saúde da Mulher;</p> <p><b>2011-</b> Gratificação SUS; Segundo Fórum Regional do Controle Social em Saúde do Trabalhador.</p> <p><b>2012-</b> Gratificação do SUS – Servidores (Reunião de Março); Gratificação do SUS – Servidores (Reunião Extraordinária de Maio); Gratificação do SUS – Servidor (Reunião de Novembro); Gratificação SUS Servidor (Reunião Extraordinária de Novembro); Gratificação SUS Servidor (Reunião Ordinária de Dezembro)</p> <p><b>2013-</b> Saúde Bucal; Presença da Conselheira Estadual Lidinere Ferreira (Coord. CEREST); Prestação de Contas da verba do Conselho.</p>
USUÁRIO	05	06	06	09	<p><b>2010-</b> Ofício s/n Instituto da Silva; Relação nominal das faltas dos Conselheiros; Ofício solicitando a presença do Secretário de Finanças; Orçamento do [para] CMS; Ofício Instituto da Silva; Ofício IACD de número 144/2010 solicitando a presença do coordenador odontológico e ofício s/n solicitando a presença da Diretoria responsável pela distribuição da solicitação dos exames e a representante dos prestadores no conselho de Saúde.</p> <p><b>2011-</b> Sede do Conselho Municipal de Saúde; Solicitação da presença da Diretoria Financeira de Planejamento e Vigilância Sanitária; Centro de Saúde da Mulher; Visita aos acamados; Solicitação da presença do Coordenador de Odontologia; Pagamento da Empresa que realizou a Conferência Municipal de Saúde;</p>

					<p><b>2012-</b> Leitura das propostas aprovadas na última Conferência de Saúde; Informar se o Sr Ferdinando é o Responsável pela regulação e informatização da Secretaria de Saúde, de acordo com o que foi aprovado no projeto-2010; Leitura das propostas aprovadas na última Conferência de Saúde; Efetivação da Política de Distribuição de medicamentos fitoterápicos de acordo com a ANVISA; Criação de Conselho Gestor dentro das Unidades; Presença da Coordenação de Saúde Bucal;</p> <p><b>2013</b> – Regimento Interno do Conselho; Sede CMS; RAG – Relatório Anual de Gestão [Reanálise]; Homologação da Comissão de Análise Curricular; Justificação do Gestor da não homologação da resolução do Conselho; Inquérito Administrativo Moto [que sumiu]; Regimento CMS (Reunião de Setembro); Regimento CMS (Reunião de Outubro); As vigilâncias.</p>
Prestador de Serviço	00	00	00	00	Não houve
*Comissões	06	09	07	09	<p>2010- Relatório da Prontoclínica Torres Galvão; XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;</p> <p>2011- Relatório do Setor Financeiro Secretaria de Saúde; Relatório da Comissão de Fiscalização; Conferência Municipal de Saúde; Conferência Municipal de Saúde; Leitura e Aprovação do Regimento Interno da Conferência; Parecer da Comissão de Finanças (Reunião Ordinária de Setembro); Parecer da Comissão de Finanças (Reunião Ordinária de Novembro).</p> <p>2012- Comissão de Acompanhamento da Policlínica Torres Galvão; Criação da Comissão para Avaliação da possibilidade de implantação do Conselho Gestor no município; Comissão de Finanças (Reunião Ordinária de Setembro); Comissão de Finanças (Reunião Ordinária de Outubro); Comissão de Fiscalização; Parecer da Comissão de Finanças referente ao primeiro Quadrimestre de 2012; Relatório da Comissão de Fiscalização.</p> <p>2013- Regimento Pré-Conferência (Reunião Ordinária de Março); Regimento Pré-Conferência (Extraordinária de Março); Regimento pré-conferência (Reunião Ordinária de Abril); Saúde Bucal (Comissão de Saúde Bucal); Comissão do SUS (apresentação)</p>

					( Reunião Extraordinária de Abril) ; Comissão do SUS ( apresentação) (Reunião Ordinária de Maio); Regimento Interno do Conselho para Encaminhamento; Apresentação do primeiro quadrimestre do ano de 2003; Regimento Eleitoral para nova Mesa Diretora
Trabalhadores + Usuários	02	00	02	06	<p>2010- IV Conferência Municipal de Saúde; CEAMP [Laboratório. Biópsias vencidas.];</p> <p>2011- Não houve</p> <p>2012- Proposta de eleição para escolha da Mesa Diretora; Saúde Bucal;</p> <p>2013- Indicação de membro do Conselho para Comissão [Cist- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador]; Clínica oftalmológica e maternidade para o município; Resposta a pareceres referentes à odontologia; Implantação de Hemodiálise e Maternidade do Paulista; Explicações pela representação do Estado quanto à implantação de uma clínica de hemodiálise em Paulista; Apresentação do projeto e explicação quanto à assinatura de contrato para construção da maternidade do município.</p>
Total de pontos da pauta	48	34	61	69	

\*Comissões de Fiscalização, de Finanças, Comissão de Saúde Bucal, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist) e Comissão de Acompanhamento da Policlínica Torres Galvão ( Comissão temporária para resolver problemas que surgiram em relação à policlínica).

Quadro dos pontos prioritários de pauta do Conselho Municipal de Saúde de Olinda

*Informes e Leitura* da Ata da Sessão Anterior não estão sendo contabilizados como pontos prioritários de pauta, mesmo que tenham vindo no topo da lista de itens.

**Pontos Prioritários (1º e 2º pontos da pauta)**

SEGMENTO	BIÊNIO				TEMAS
	2010	2011	2012	2013 (até 30 de Janeiro de 2014)	
	Gestora Pres. do Conselho	Gestora Pres. do Conselho	Trabalhadora Pres. do Conselho	Trabalhadora Pres. do Conselho	
GESTOR	15	12	20	16	<p><b>2010-</b> Mulheres de Olinda no enfrentamento da AIDS e da Violência; Apresentação do perfil epidemiológico 2010; Pacto pela Vida Biênio 2010/2011- Metas Propostas; Apresentação do Programa Saúde nas Escolas de Olinda; Apresentação da política da Saúde da População Negra; Programa de Ações de Metas DST/AIDS; Dengue - Discussão; Apresentação da implantação das residências terapêuticas ; Apresentação do projeto e mudança de endereço do CRO; Implantação das residências terapêuticas ; Apresentação do projeto e mudança de endereço do CRO (novamente) ; Apresentação do projeto Rosto, Vozes e Lugares; Compra de Atendimento Psiquiátrico da comunidade terapêutica.; PAM 2011; oferta de estágio da FUNESO par as unidades de Saúde de Olinda.</p> <p><b>2011-</b> Apresentação do SARGSUS (Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão SUS); Apresentação do Modelo de Saúde da Secretaria de Saúde de Olinda-SSO; Seminário sobre Hanseníase; Proposta de compra de serviços de Endoscopia; Relatório Anual de Gestão 2011; Prestação de Contas 1 º e 2º trimestre 2009; Comitê de</p>

				<p>Mortalidade Materna; Apresentação do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil; Apresentação do Projeto CADILOC; Apresentação de Portaria n. 75/2008; Apresentação de Portaria n. 75/2008 (novamente); Apresentação do Decreto n. 75/2008.</p> <p><b>2012</b> - Apresentação da Prestação de Contas: 3º e 4º trimestre de 2009; Apresentação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde/Pró-Saúde; Esclarecimento em relação a terceirização dos serviços de saúde durante o carnaval Drª Tereza Miranda ( Secretária de Saúde) sic; Apresentação do PMAQ ( Programa Nacional de Melhoria do Acesso e à Qualidade da Atenção Básica) ; Apresentação do PAM ( Apresentação da Programação de Ações e Metas de DST/AIDS 2012); Apresentação da Organização e Funcionamento : distritos sanitários I e II; Justificativa do TAS ( Termo de Ajuste Sanitário); Apresentação da Política Saúde do Idoso; Apresentação do ID Saúde (índice de saúde do município); Plano de Ação de Saúde do Homem; Saúde da População Negra; Saúde da População Negra (novamente); Apresentação do relatório de Plano de enfrentamento ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes de Olinda; Apresentação do convênio da Facho/SSO no atendimento em Pré-natal; Explicação da tabela diferenciada: Neurologia e Raios-X; Apresentação do Programa Saúde nas Escolas; Apresentação da Central de Regulação da SSO; Proposta de aumento em 50% na tabela do SUS nas cirurgias eletivas; Remanejamento de recursos do bloco assistência farmacêutica da atenção básica; Apresentação PAM (Plano de Ações e Metas) de DST/AIDS para 2013; Apresentação do PET Saúde Vigilância.</p> <p><b>2013-</b> Apresentação do RAG ( Relatório Anual de Gestão); Apresentação do modelo de Atenção a saúde da SSO; Apresentação do balanço da Gestão/2012 e o Planejamento/2013 da Política de Saúde da População Negra; Serviço de Prótese Dentária e Implantação de serviço odontológico do trabalhador; Apresentação do RAG/2012; Apresentação PAS e LOA 2013; Apresentação do Estudo para ampliação do Programa Saúde Familiar (PSF); Apresentação da Programação Anual de Saúde 2014; Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017; Saúde Bucal – Proposta de Implantação de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) para trabalhadores de Olinda e Laboratório de Ortese Prótese. Papel da equipe de Saúde da Família atribuições de cada componente; Balanço das metas alcançadas no Plano Municipal de Saúde de 2012; Padronização para marcação de consultas em Olinda; Apresentação do projeto para Estruturação e Qualificação dos Serviços municipais em assistência farmacêutica</p>
--	--	--	--	---

TRABALHADOR	05	07	02	09	<p>2010 – Apresentação da Monografia. Tema: Perfil dos Conselheiros municipais de Olinda- Descobrindo os caminhos.; Apresentação da coordenação da CIST/Olinda;Ato público ( sensibilização par aos médicos retornarem às unidades de saúde); Esclarecimento sobre o risco de saúde e o curso introdutório para ACS; Apresentação da Coordenação da CIST/Olinda ( Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador. Intervenção da Coordenadora Estadual de Saúde do Trabalhador Andréa La Grega.</p> <p>2011 – Aprovar Regimento Interno do Conselho Local de Saúde [bairro de Caixa D'água]; Proposta do Regimento Eleitoral do CLS (CMSO) [bairros de Tabajara e Caixa D'água]; Resultado da compra dos serviços de Endoscopia; Esclarecimento sobre o Diflobezoron (Conselheiro Municipal de Saúde de Recife); Política de Hanseníase ( Trabalhador + Gestão); Regimento Eleitoral para Normatizar a Eleição do Conselho Municipal de Saúde de Olinda – Biênio 2012/2013; Proposta de um Conselho Local de Saúde em Caixa D'água.</p> <p>2012 – Apresentação do relatório do I Seminário Estadual de Saúde da População LGBT do Controle Social em PE; Debate da Central de Regulação da SSO;;</p> <p>2013 - Violência Doméstica (CRM); Apresentação do SAME da policlínica João de Barros Barreto; 11ª Conferência Municipal de Saúde de Olinda; Eleição das Comissões de Mobilização e Organização para a 11ª Conferência Municipal de Saúde de Olinda; Apresentação do estudo para ampliação do Programa Saúde Familiar (PSF) sic; 11ª Conferência Municipal de Saúde de Olinda: Eleição do Tema, Definições de plenárias e quantidade de Participantes; 11ª Conferência Municipal de Saúde: Regimentos. Avaliação da 11ª Conferência de Saúde;</p>
USUÁRIO	01	02	03	04	<p>2010 – Ato de sensibilização para os médicos retornarem às unidades de saúde .</p> <p>2011 – Retorno da compra de serviços de Endoscopia; Apresentar alteração do</p>

					<p>Regimento Eleitoral Biênio 2012/2013</p> <p>2012 – Condições críticas em que se encontram a Residência Terapêutica Feminina; Esclarecimento em relação à distribuição de fichas na Emergência odontológica no Tricentenário; Esclarecimento em relação à distribuição de fichas na Emergência Odontológica no Tricentenário (novamente)</p> <p>2013 - Esclarecimento sobre o dossiê da Maternidade Brites Albuquerque; Relatório das Fiscalizações nas Unidades de Saúde Mental e Política da Saúde Mental; Proposta para Implantação do Conselho Local de Saúde no USF de Ilha de Santana; Esclarecimento da Compesa e secretaria de Serviços Públicos sobre a Rede de Esgotos de Olinda.</p>
Prestador de Serviço	00	00	00	01	Esclarecimento do Ofício 164/2013 da Maternidade do Tricentenário.
Comissões/ Pauta coletiva/ Mesa	06	03	02	03	<p>2010 - Deliberação da 9ª Conferência Municipal de Saúde; Tema da Conferência e Decreto da Conferência/ Regulamento da Conferência; Regimento da Conferência; Esclarecimento sobre o relatório encaminhado à Secretaria através da Comissão de Fiscalização das Ações de Saúde do CMSO</p> <p>2011- Apresentação e discussão da Prestação de Contas do 4º trimestre de 2008 (Comissão de Orçamento e Finanças do CMSO); Regimento Eleitoral para normatizar a Eleição do Conselho Municipal de Saúde de Olinda- Biênio 2012/2013; Eleição dos Delegados para a XIII Plenária Extraordinária de Conselhos de Saúde do Estado de Pernambuco.</p> <p>2012 – Apresentação do relatório de visita da Comissão de Fiscalização na maternidade Brites de Albuquerque; Apresentação da situação e condições de trabalho das equipes da saúde da família de Tabajara ( Mesa Diretora).</p> <p>2013- Apresentação do Planejamento das atividades do 1º semestre 2013; Apresentação composição do Conselho Municipal de Olinda; Organização das equipes de estudo do Relatório Anual de Gestão (RAG/2012); Apresentação das prestação de contas do 1º Trimestre de 2013; Apresentação do RAG 2012 ( Relatório Anual de Gestão); Prestação de Contas do 1º, 2º, 3º e 4º Trimestre de 2011; Rediscussão do tema para a conferência</p>



					Municipal de Saúde de Olinda (Pleno do Conselho); Programação da 11ª Conferência Municipal de Saúde; Apresentação da Prestação de Contas do 1º, 2º, 3º e 4º Trimestre de 2012; Regimento Eleitoral e Edital de Convocação para a Eleição do CMSO biênio 2014/2015; Projeto para Estruturação e Qualificação dos Serviços Municipais em Assistência Farmacêutica (CAF/SSO) .
Trabalhadores + Usuários	05	03	01	00	<p>2010- Eleger uma Comissão provisória para encaminhar as demandas do conselho; Projeto da Maternidade Brites de Albuquerque: Apresentação da maquete + Remanejamento dos servidores; Relatório do Seminário de Hanseníase; Relatório da XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; Resultado do Seminário Estadual de Hanseníase.</p> <p>2011- Reforma da Maternidade Brites de Albuquerque; Destaques do Regimento Eleitoral dos Conselhos Locais de Saúde; Apresentação de proposta para a criação de um Conselho Local de Saúde em Caixa D água.</p> <p>2012 – Apresentação do Relatório da XVII Plenária Nacional do Conselho de Saúde.</p> <p>2013- Não houve</p>
Total de pontos da pauta	50	40	61	56	

\*Comissões:

Comissão de Finanças; de Fiscalização em Saúde; de Saúde Mental e Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist);