

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – ENAP
COORDENAÇÃO-GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE
PROTEÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL – 2ª EDIÇÃO 2013

ENTRE A DECISÃO E A EFETIVIDADE: A TRAJETÓRIA DAS DELIBERAÇÕES DA
13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, UM CAMINHO A PERCORRER.

MARIA IVANILDES RESENDE DE OLIVEIRA

Brasília, dezembro/2013

MARIA IVANILDES RESENDE DE OLIVEIRA

ENTRE A DECISÃO E A EFETIVIDADE: A TRAJETÓRIA DAS DELIBERAÇÕES DA
13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, UM CAMINHO A PERCORRER.

Trabalho Final de Conclusão do Curso de
Especialização em Gestão de Políticas Públicas de
Proteção e Desenvolvimento Social.

Orientador:

Prof. Dr. Roberto Rocha C. Pires

Brasília, dezembro/2013

FICHA DE APROVAÇÃO

Monografia apresentada à Escola Nacional de Administração Pública – ENAP para
Obtenção do Título de Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção
e Desenvolvimento Social.

Aprovada por:

Prof. Dr. Roberto Rocha C. Pires
(Orientador)

Prof. Dr. Trajano Augustus Tavares Quinhões
(Examinador)

Brasília, DF, _____ de _____ de 2013.

RESUMO

Este estudo tratou de compreender se as deliberações nascidas de uma instituição de participação social, no caso a 13ª Conferência Nacional de Saúde (CFNS), têm efetividade prática, ou seja, tornam-se programas e ações de políticas públicas a serem implementados pelas áreas técnicas específicas do Ministério da Saúde. Para tal feito, destacamos do relatório final da 13ª CFNS três proposições que nos serviram de mote para rastreamos os fluxos, processos e procedimentos usados pela burocracia para implementá-las. Para melhor situar o campo teórico do objeto da pesquisa, buscou-se construir um referencial teórico a partir do debate entre teorias democráticas que agora não mais se restringem à montagem das estruturas de Estados nem à formação de governos por processos eleitorais. Evolui-se para uma democracia participativa, ampliada em que os cidadãos se fazem presentes nos seus espaços próprios de decisões, influenciando diretamente na formulação de políticas públicas, pautando suas demandas. Por fim, o método de pesquisa usado foi um estudo de caso e para coletar as informações, aplicamos questionários diretamente nas áreas técnicas da política específicas, cujos resultados compõem a última parte do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Conferência Nacional de Saúde, Implementação, Instituições de Participação Social, Conselho Nacional de Saúde, Burocracia, Políticas Públicas, Saúde, Democracia, Deliberação, Efetividade.

ABSTRACT

This study sought to reveal whether the decisions arising from a social participation institution - as in the 13th National Conference on Health - have practical effectiveness. In other words, if they become programs and public policy actions to be implemented by specific technical areas of the Ministry of Health. In order to ensure this, we highlight the final report on three propositions that was the theme to track flows, processes and procedures bureaucratically used to implement such propositions. To better situate the theoretical object of study, we sought to build a theoretical framework from the debate between democratic theories currently no longer restricted to mounting structures for the formation of states or governments for electoral processes. The discussion then evolves to an amplified participatory democracy, where citizens do this in their own decision-making spaces, directly influencing public policy-making, presenting their demands. Finally, we collected information through questionnaires directly applied in specific technical areas of policy, the results of which constitute the final part of the study.

Key words - National Conference on Health- implementation- institutions of social participation-national health council-bureaucracy-public policies- health- democracy-deliberation- effectiveness.

Sumário

Introdução.....	7
Capítulo I – Fundamentação teórica	10
1.1 As teorias democráticas: as respostas hegemônicas e não hegemônicas.....	10
1.2 Instituições de participação social e a questão da efetividade	17
1.3 As Conferências e suas particularidades na área da saúde	21
Capítulo II – Aspectos metodológicos da pesquisa	24
2.1 Situando o objetivo da pesquisa	24
2.2 Marco metodológico	29
Capítulo III – A 13ª Conferência Nacional de Saúde: da formulação à implementação: a trajetória percorrida pelas deliberações	32
3.1 Elucidações sobre o texto da 13ª CFNS e pontos comuns com o da 14ª CFNS.....	32
3.2 A deliberação de ações de atenção à saúde da mulher	35
3.3 A decisão relacionada à qualificação de profissionais para o SUS	38
3.4 A regulação da criação de cursos na saúde pelo Conselho Nacional de Saúde.....	44
Conclusão.....	48
Referências	52
ANEXO A – Questionário aplicado à Área Técnica de Políticas de atenção à Saúde da Mulher	55
ANEXO B – Questionário aplicado à Área Técnica de Políticas de Educação na Saúde	57
ANEXO C – Questionário aplicado ao Conselho Nacional de Saúde.....	59

Introdução

Pretendeu-se responder, neste estudo, a questão da efetividade das deliberações aprovadas na 13ª Conferência Nacional de Saúde, bem como saber se existem canais, fluxos, processos claros, definidos, utilizados como praxe, que estabeleçam um elo entre o Conselho Nacional de Saúde, órgão de controle social incumbido pela condução dos resultados das Conferências de Saúde, e as áreas técnicas específicas do Ministério da Saúde responsáveis por traduzir estas deliberações em ações governamentais. Uma vez que há uma grande preocupação com a efetivação ou implementação das proposições nascidas neste espaço de participação social por todos os atores e usuários de saúde interessados na oferta da qualidade de saúde prestada à população e no fortalecimento do SUS¹.

Para tal, rastreamos três deliberações da 13ª Conferência, cujos conteúdos são educação profissional de nível médio na saúde; regulação de cursos na saúde e a política de atenção à saúde da mulher. Contudo, buscou-se revelar ainda quais seriam as trajetórias percorridas por elas, dentro da burocracia, para retratar o itinerário de implementação de uma decisão até ser absorvida pela agenda do órgão, mesmo que somente como objeto de discussão no processo de formulação de políticas públicas, ou se ela vai além da pauta e, desse modo, como perfaz este caminho para transforma-se em ação de saúde.

Embora as respostas obtidas por meio de formulários que foram aplicados às áreas técnicas pertinentes revelem que não há canais, fluxos e procedimentos claros por onde fluiriam as decisões entre o CNS² e as áreas técnicas do órgão que implementam as ações, consideramos que os achados por meio da pesquisa empírica nos revelam o quão a burocracia ainda é incipiente. Ela não tem, pois, delineados os processos internos que propiciem dar eficácia as formulações de políticas públicas, independentemente de que arena advenha. Aqui se percebe que está aberto um campo de pesquisa para o estudo da efetividade das produções de políticas públicas nascidas nas IPs³ no que concerne à transformação delas em ações de implementação. Este debate hoje é de extrema importância no seio da discussão sobre os resultados das políticas públicas e seus impactos na melhoria de

¹ Sistema Único de Saúde - SUS

² Conselho Nacional de Saúde

³ Instituição de Participação Social

vida das pessoas, logo se fala aqui do princípio da eficiência da administração pública consagrado na CF/88⁴.

Não obstante, colocado os propósitos deste trabalho, faz-se necessário compreender as teorias nas quais nos amparamos para dar conta dos fenômenos surgidos no campo das políticas sociais, mas com o recorte que fizemos. Primeiramente, situamos as emergências das instituições de participação social, nas quais se enquadram as Conferências e, em particular as de saúde objeto do nosso estudo. Espaços por excelência plural, de inserção da sociedade civil na defesa direta de seus interesses. Para isto, revisitamos algumas referências teóricas que abordam o tema das teorias democráticas e a sua ampliação para a democracia participativa, a fim de se chegar ao entendimento de porque o tema da participação democrática é tão colocado em discussão na contemporaneidade.

Mas, antes, apresentamos o debate que permeou quase todo século XX relativo ao conceito de democracia em sua fase hegemônica e não hegemônica, em que houve um embate entre duas concepções: de um lado, a liberal-democrática e do outro as ideias marxianas. Então, assim se deu a polarização de dois ideais de mundo. Estas concepções foram as que escolhemos para ancorar a nossa fundamentação teórica e dedicamos a essa discussão parte do capítulo I.

Para consecução da nossa proposta, analisamos também na segunda parte do capítulo I a temática que trata da questão das instituições de participação social e a questão da efetividade de suas decisões. E se elas são consideradas ou incorporadas pelos gestores na hora de elaborar os programas de ação de políticas públicas no interior da burocracia. Ademais, estas instituições surgem fundamentadas na ideia de democracia participativa a qual amplia, sobremaneira, o escopo conceitual da teoria democrática na sua acepção clássica para incluir outros atores que tradicionalmente não influenciavam na formulação das políticas diretamente.

Embasados em estudos já realizados por diversos autores, fizemos uma leitura, mostrando como se caracterizou esse debate no Brasil, tendo alavancado mais fortemente a partir da promulgação da CF/88. Doravante, os mecanismos de participação social, sejam eles as Conferências ou Conselhos em várias áreas de

⁴ Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

políticas sociais, ganham força e se proliferam primeiro nas cidades brasileiras, no nível local, ou seja, nos entes municipais.

E assim de maneira ascendente, esses espaços se consolidam no nível federal. Entretanto, não somente na criação desses organismos é que se esgotam as discussões sobre os avanços de democracia participativa. Pois, apenas isto não basta para explicar o surgimento dos espaços de participação social. É atribuído a eles um papel importante na demanda de políticas públicas juntamente com a burocracia estatal e, além do mais, tem por função precípua exercer o controle social sobre as ações dos governantes, preponderantemente na eficiência da prestação de serviços públicos.

Ou melhor, essa nova institucionalidade de participação cidadã consegue de fato deliberar, decidir propostas que poderiam modificar e melhorar o cotidiano das pessoas, usuários de serviços públicos. Caso não houvesse baixa implementação das deliberações da Conferência pelas áreas técnicas específica da política de saúde, como já constatamos. Talvez isto seja fruto da falta de canais de interlocução entre a formulação e a implementação, assunto tão em voga nas discussões dos ciclos de políticas públicas, ou seja, esta separação teórica não deve se manifestar na prática. Isto é discutido em detalhes no capítulo III, onde mostramos o resultado das informações colhidas na pesquisa.

Todavia, reafirmamos que ficou patente o desencontro das informações fornecidas pelos participantes, mediante a coleta de dados, com vistas a verificar se as deliberações tornam-se programas ou ações no interior da burocracia, bem como se os itinerários, fluxos, canais por onde passam estão estabelecidos. Há pouco conhecimento sistematizado que esteja ao dispor de todos que laboram nas áreas técnicas da burocracia, especificamente com o tema que trabalhamos. Neste caso em tela, a administração pública se mostrou desinteressada e desconhecadora de que o seu fazer prático pode ser um extraordinário elemento de estudo, revelador dos saberes da política pública de saúde.

Capítulo I – Fundamentação teórica

1.1 As teorias democráticas: as respostas hegemônicas e não hegemônicas

O ponto de partida desse estudo é apresentar o debate acerca da questão da democracia, na primeira metade do século XX, em que duas concepções de mundo se polarizaram no processo de modernização do Ocidente (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 6). É com base na análise do texto destes dois autores que fizemos um panorama das concepções de democracia, a saber: a hegemônica e a não hegemônica. Essa desenvolveu um conceito de maneira que se vinculou à questão da democracia participativa. Ou seja, essa concepção de democracia se amplia, expande-se, ganha elasticidade e dá configuração a outras estruturas sociais, para além do aparato estatal. Já a ideia hegemônica centrou o seu conceito de democracia na formação das estruturas de governos, no sentido propriamente dito de constituir o Estado.

Ela opera dentro do aparelho burocrático do Estado onde a representação da sociedade se dá por meio da delegação de poderes aos representantes do povo nos espaços de governança. Este modelo por si só não é mais suficiente para atender aos anseios dos diversos segmentos de políticas públicas setoriais que reivindicam participação direta na formulação destas, bem como exercem o controle social e a fiscalização para a verificação da eficácia, eficiência e efetividade nas ações e conduta da gestão pública.

Primeiramente, os autores, já mencionados anteriormente, situam a ideia de democracia como um grande acontecimento do século XX, o qual ganhou proporções universais, considerando a modernização no Ocidente. Logo no início desse século, duas concepções de mundo se postam em oposição: de um lado tem-se a liberal-democrática, batizada por Macpherson (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 7), e do outro lado, a ideia marxiana. Partem desse enfrentamento as concepções hegemônicas, que, segundo eles, vigoraram no âmago da teoria democrática, já na segunda metade do século XX.

Mas, de acordo com os estudos, há dois debates principais, travados ao término de cada guerra mundial e que permearam todo o período da Guerra Fria, quais sejam: no início do século, a concepção central de democracia girava em torno

da ideia da sua “desejabilidade” como regime de governo, sendo este o debate que acabou prevalecendo. Todavia, a proposta que se tornou hegemônica ao término das duas guerras mundiais acarretou uma restrição das formas de participação e soberania ampliada, em favor de um consenso em torno de um procedimento eleitoral para a formação de governos, segundo Schumpeter (apud SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 2).

A questão da concepção hegemônica de democracia, na segunda metade do século XX, é discutida pelos estudiosos tendo como base a polaridade dessas duas concepções que se enfrentaram no interior da teoria democrática as quais partem das respostas dadas a três questões: como se dá a relação entre procedimento e forma; a do papel da burocracia na vida democrática; a inevitabilidade da representação nas democracias de grande escala (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 7). Estes dissertam sobre cada uma dessas questões e apontam que a democracia como forma ganha a centralidade no debate, dando assim uma resposta à crítica formulada pela teoria marxiana, que apresenta a ideia de uma soberania popular forte a qual é combatida pela ideia hegemônica que se preocupou em dar ênfase ao método procedimental.

Apesar dos autores discorrerem pormenorizadamente sobre cada uma das respostas relacionadas às concepções, neste trabalho destacamos, apenas, tópicos das concepções mencionadas. Para responder à questão da democracia como procedimento e forma, eles apresentam as ideias Kelsianas com o seu relativismo moral em articulação com métodos para solucionar divergências. Conforme os autores, a transformação do elemento procedimentalista Kelsiano em uma forma de elitismo democrático coube aos autores Joseph Schumpeter e Norberto Bobbio (p. 8). Assim, vejamos o que dizem eles:

Vale a pena, portanto, perceber que a primeira via de afirmação da concepção hegemônica de democracia nos pós-guerras, é uma via que leva do pluralismo valorativo à redução da soberania e, em seguida, à passagem de uma discussão ampla sobre as regras do jogo democrático à identificação da democracia com as regras do processo eleitoral (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 9).

Percebem-se, então, dois momentos em que o debate é colocado. Primeiro, é o confronto das concepções de democracia entre duas visões de mundo que se deu no limiar da primeira metade do século XX. Disso emergem as concepções hegemônicas de democracia que abrem a discussão acerca das formas de

constituição de governos, ou seja, dos procedimentos estruturais da democracia (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 8).

Segundo, é a forma como a burocracia passa a fazer parte desse debate, conquistando papel preponderante no centro da teoria democrática, consolidando a concepção hegemônica de democracia. Os autores se ancoram, aqui, na teoria weberiana. E mais adiante fazem a relação desta com as discussões postas por Norberto Bobbio, tendo em vista o fortalecimento da burocracia e o aumento das funções do Estado quando do surgimento do Estado de bem-estar social na Europa. Doravante, já não era mais colocada a questão da aceitação ou não da teoria da democracia, mas as formas estruturais da democracia é que passam a ganhar força nos debates e também o elemento central que arrebatava as discussões, ou seja, o modelo de burocracia do Estado moderno.

Ainda dentro das bases da concepção hegemônica da democracia, um elemento importante faz parte dessa constituição: a questão da representação como a única solução possível nas democracias de grande escala para o problema da autorização (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 12). Os autores ainda afirmam que a justificativa para essa questão da autorização é sustentada, por um lado, no problema do consenso dos representantes e, por outro, remete-se a Stuart Mill e à questão da capacidade das formas de representação de expressarem as distribuições das opiniões em nível de sociedade. Nesta perspectiva, diz este teórico que a assembleia é capaz de reunir toda a expressão das tendências dominantes do eleitorado. Dito isso, contudo, em momentos mais recentes da História, no Ocidente, com o final da Guerra Fria e o advento da globalização, às questões não resolvidas da teoria hegemônica da democracia impõe-se o debate entre democracia representativa e democracia participativa.

Posto isso, a questão da teoria hegemônica da democracia deixa espaços vazios, sem repostas para questões como as diversidades de interesses dos grupos sociais, uma vez que na sociedade contemporânea esses atores são de identidades diversas, sobretudo, representantes de minorias que reivindicam direitos complexos, difusos, os quais não faziam parte da agenda da burocracia atual.

Em síntese, depois de vencido por consenso o debate sobre a “desejabilidade” da democracia na formação do estado, passa-se então ao entendimento de democracia como a relação entre procedimento e forma, jogo

democrático no interior da burocracia, regra de escolha eleitoral e ainda o aspecto valorativo e de soberania. Portanto, este modelo hegemônico dá sustentação aos arranjos estruturais do Estado e se prestou mais a legitimar os poderes políticos numa clara defesa dos procedimentos.

Todavia, passemos às análises das concepções não hegemônicas de democracia. Segundo Santos e Avritzer (2002), estas não romperam com as bases teóricas do procedimentalismo Kelsiano. Vários teóricos permaneceram com a mesma ideia de democracia defendida pela teoria hegemônica, ou seja, vincula procedimento à forma de vida, bem como compreende a democracia como forma de aperfeiçoamento da convivência humana.

Os estudiosos colocam que tanto uma concepção quanto a outra trazem de origem as mesmas preocupações, porém a diferença que há entre elas são as respostas dadas às questões do procedimento que de agora em diante não fica mais restrito às formas de legitimação do poder político, isto é, de governos, voltados aos processos eleitorais, mas envolvem-se com os aspectos da representação.

Assim, a proposta não hegemônica traz uma ideia que propõe e entende a democracia como um regime que pretende dar soluções aos problemas da vida coletiva como um todo, visto que a sociedade contemporânea é formada de múltiplas identidades e cada uma dessas formam grupos de interesses que imprimem suas pautas. Nesse sentido, a democracia participativa, com seus novos elementos de institucionalidade, conselhos de políticas públicas setoriais, conferências etc., podem buscar melhorias para o cotidiano das pessoas. Vejamos uma dessas ideias:

Trata-se de negar as concepções substantivas de razão e as formas homogeneizadoras de organização da sociedade, reconhecendo a pluralidade humana [...]. Este reconhecimento não só se dá a partir da suspensão da ideia de bem comum [...], mas também a partir de dois critérios distintos: ênfase na criação de nova gramática social e cultural e o entendimento da inovação social articulada com a inovação institucional, isto é, com a procura de uma nova institucionalidade da democracia (SANTOS; AVRITZER, 2002, p.15-16).

É nesta dimensão do conceito de democracia que fica clara a relação da proposta não hegemônica com a ideia de democracia participativa. Quando os autores falam de uma nova gramática social, estão dizendo que há uma ampliação das esferas de inclusão participativa ou de reconhecimento de outros indivíduos,

atores que fazem parte dessa nova arena, ou seja, outras formas de prática democrática, conjugada também com a inovação institucional e, porque não dizer, com os novos “arranjos políticos”, no sentido de dar elasticidade, amplitude as esferas estatais. Nasceram, nesse diapasão, as instituições de participação social, quais sejam: conselhos gestores de políticas públicas, conferências, orçamentos participativos, etc.

Parece-nos que é a partir desse momento do desenvolvimento da teoria democrática dentro do escopo contra hegemônico, ora posto, que tem lugar a importância e o papel da participação social na consolidação dessa nova conformação de democracia. Segundo os autores (2002, p. 17) coube a Jürgen Habermas repensar o procedimentalismo pelo viés da prática societária e não como método de constituição de governos. Com efeito, é apresentado por Habermas, (apud SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 17) o princípio de deliberação societária ou princípio D – “apenas são válidas aquelas normas-ações que contam com o assentimento de todos os indivíduos participantes de um discurso racional”.

À vista disso, até aqui, fizemos elucubrações acerca do debate travado em dois campos teóricos que tentaram dar conta da acepção da teoria democracia. Logo, apresentamos aquilo que foi por muito tempo consenso hegemônico, com foco no procedimento estrutural da burocracia, e também o surgimento de uma contraproposta que não rompe totalmente com a ideia anterior, mas dá amplitude ao conceito em que insere a discussão da participação. Isto é, a democracia, a partir dessa nova perspectiva, permite, agrega outras identidades culturais, sociais e políticas, criando espaços para uma nova institucionalidade de participação da sociedade que passa a opinar na formulação de políticas públicas e também a gerir nova prática coletiva, dando outro significado à relação entre o Estado e a sociedade.

Conseqüentemente, esse debate acerca da democracia representativa se desloca dos países centrais do Ocidente, onde nasceram as experiências democráticas mais “maduras” ou de exercícios mais longos de prática política, para influenciar o movimento pela democratização na América Latina, sobretudo, no que tange à democracia participativa. Para isso, ressalte-se a importância da teoria dos movimentos sociais, porque esta colocou no cerne da disputa a ampliação do campo político.

Vejamos nesse sentido o que diz Lechner (apud SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 18-19). Essa literatura sobre a ressignificação das práticas democráticas teve impacto particularmente alto na discussão democrática na América Latina, onde ela se associou ao problema da transformação da gramática societária. A maior parte das experiências participativas nos países recém-democráticos do Sul tem o seu êxito relacionado à capacidade dos atores sociais de transferirem práticas e informações do nível societário para o nível administrativo.

Dito isto, ver-se então que a democracia veio como solução para um modo de escolha que tinha no seu âmago a forma de governar. Por isso, é consolidada a questão da representatividade, por meio da transferência por parte do indivíduo do seu poder político ao representante eleito. Formam-se, assim, os quadros políticos da burocracia administrativa estatal.

Não obstante, o desenvolvimento da democracia como regime de governo ter sido um consenso para as instituições ocidentais, mesmo assim se restringia ao modo de operar o aparelho de Estado. Mas, movimentos de cidadãos ligados a demandas específicas surgem, provocando mudanças nas relações entre o Estado e a sociedade civil. Incorporam e introduzem novas formas de inserção nos debates acerca das políticas públicas. São estes elementos que caracterizam a democracia participativa.

Eles passam a ter novos entendimentos do papel do Estado agora corresponsável com outros atores, com diferentes formas de organização para formularem proposições de políticas setoriais. Com isso o conceito de democracia, ora prevalente, amplia-se tanto para incluir esses novos sujeitos na esfera pública quanto para atender e gestar as políticas singulares de grupos, isto é, nasce a democracia ampliada ou de participação social.

É a partir desse entendimento de democracia e institucionalidade que uma nova governabilidade surge, se assim podemos dizer, e se fundamenta, tem raízes na concepção de democracia não hegemônica. Esta se desloca dos países centrais de tradição democrática e chega, no início do século XXI, aos países em processos de reestruturação democrática ou que estão iniciando suas experiências de democratização.

Existem algumas produções valiosas no que concerne às ideias e às concepções teóricas da democracia. As abordagens que tentam dar conta de uma

concepção que comporte o debate em torno de um entendimento único não são poucas. Isto foi tentado em vários períodos históricos o que não foi possível. Tudo para dar elasticidade ao conceito de democracia para que pudessem abarcar outras formas de associação participativa, e discutir, decidir desde temas políticos mais amplos a questões de políticas públicas que afetam o cotidiano das pessoas. Ou seja, é colocado o debate acerca dos “modelos de democracias alternativas ao modelo liberal”: a democracia participativa, a democracia popular nos países da Europa do leste, a democracia desenvolvimentista dos países recém-chegados à independência (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 3).

Desse modo, formam-se movimentos com novos ideais que defendem a ampliação do debate para além da concepção hegemônica de democracia, focada na ideia fundamental de suporte conceitual para a montagem do Estado, voltado para as suas relações internas. Estes querem absorver, contudo, o reclame dos segmentos sociais, sobretudo, nos países de experiência democrática incipiente, no caso do sul, em que a democracia passa a nortear as relações do estado e quase ao mesmo tempo incorpora o modelo participativo, com mais ou menos inserção nas camadas sociais a depender de suas organizações políticas. Localizando esse debate, já no século XXI, e sem intenção alguma de simplificá-lo, visto que subjacente à ideia de democracia ampliada está a de conferências, conselhos gestores de políticas públicas, dentre outros, como espaços de interlocução que se configuram em uma nova prática social, assim vejamos:

A reinvenção de democracia participativa nos países do sul está intimamente ligada aos processos recentes de democratização pelos quais passaram esses países. Estamos tratando, portanto, de países que dentro da lógica hegemônica do pós-guerra mundial não estiveram no assim chamado campo democrático (SANTOS; AVRITZER, 2002, p. 20).

Os autores ora estudados citam alguns países, como exemplos Índia, Colômbia, Brasil, e outros, que fizeram parte de seus estudos, os quais passaram as últimas décadas do século XX em lutas pela democratização ou redemocratização, alguns tendo períodos mais contínuos nas suas formações democráticas e outros com rupturas e recomeços. Parece que nesses países, portanto, esses processos de democratização deram outro significado à democracia participativa. Ressalva merece ser feita, porque cada um dos países tem suas idiossincrasias. É o que

deixa claro os estudos analisados. Numa passagem do texto, vejamos o que dizem Santos e Avritzer (2002):

Todos os casos de democracia participativa estudada iniciam-se com uma tentativa de disputa pelo significado de determinadas práticas políticas, por uma tentativa de ampliação da gramática social e de incorporação de novos atores ou de novos temas na política pública.

É fundamental compreender que esses novos espaços públicos são também lócus de formulação e que suas deliberações podem influir na formação da agenda da burocracia na perspectiva de gerar novas demandas de políticas públicas. Isto é importante para que se conheça o que de fato impede ou dificulta que uma deliberação nascida de uma instituição de participação social torne-se uma proposta efetiva de programa que ofereça serviço público à sociedade.

Conclui-se que a concepção não hegemônica de democracia não rompe totalmente com as bases conceituais da teoria hegemônica. Porém, marca a sua diferença com as respostas que são dadas às questões procedimentais que não se volta para as estruturas do estado. E sim discute a representação num âmbito mais ampliado para incluir as coletividades dos indivíduos.

1.2 Instituições de participação social e a questão da efetividade

Com efeito, no caso do Brasil, a temática da concepção de democracia participativa, com destaques para as instituições participação sociais, toma maior vigor com a promulgação da Constituição da República Federativa Brasileira de 1988. Nela são incorporados elementos que estabelecem as novas formas de interação entre o estado e a sociedade civil organizada, por meio da participação política de cidadãos para além das instituições formais da democracia representativa. Isto é, a partir dessa carta política, inserem-se na esfera pública formatos de espaços de participação social, que passam a influenciar nas tomadas de decisão de políticas públicas.

Dessa forma, a Constituição de 1988 avançou quando sugere mecanismos de participação que se coadunam com essa nova maneira de se definir quem são os sujeitos sociais que podem tomar decisões de políticas públicas para além do núcleo de governo, fazendo, com este, parte da arena de formulação. Amplia-se, sobremaneira, a esfera do conceito da teoria democrática hegemônica para uma nova postura da sociedade diante da hierarquia do Estado.

Ressalte-se que depois de lançadas às bases legais na CFB/1988, houve grande difusão de mecanismos de participação social nos três níveis da Federação brasileira. Porém, os estudos mostram que a disseminação se deu antes e mais rápida no nível local, ou seja, no município, pois no âmbito federal a consolidação foi mais tardia. De acordo com Avritzer (2011), nos últimos oitos anos, essas formas de participação social, cuja presença era fundamentalmente local, expandiram-se para o plano nacional. Portanto, constata-se que a propulsão na formação desses fenômenos de participação política ganha amplitude com o processo de redemocratização no Brasil.

A consolidação da democracia representativa propiciou o surgimento dessa nova forma de participação da sociedade, as instituições participativas, porque o cidadão, ao transferir seus problemas para que os seus representantes eleitos os resolvessem, viu com o passar do tempo certo distanciamento ou mesmo pouca resolubilidade da burocracia representativa, com seu insulamento e lentidão em dar respostas às questões dos representados.

Parece haver entre essas duas modalidades de ação social – por meio direto, intervindo na elaboração da política pública, ou por meio indireto – uma conjugação de fatores que compõem um modelo de democracia que pela via do parlamento, bem como do aparato estatal, somente, não foi capaz de dar efetividade, solução às demandas da sociedade como um todo. Até porque se observa, nas análises feitas acerca da efetividade dessas estruturas de Estado, baixa produção de políticas públicas. Acresce-se ainda o fato da pouca eficiência na implementação dessas políticas.

As instituições de participação social se diferem das instituições políticas tradicionais, que estruturam o Estado, porque nelas a sociedade organizada participa diretamente do processo de políticas públicas desde a sua elaboração, quando pauta a suas demandas, bem como no que tange ao controle social dos atingimentos dos resultados de implementação (IPEA, 2012).

Essas instituições são consideradas como tais por seu caráter normativo, ritos deliberativos, corpo dirigente, umas mais ou outras menos estruturadas, reúnem segmentos de determinados setores de políticas públicas para defenderem sobre demandas específicas de seu grupo, tendo procedimentos organizativos próprios. Porém elas extrapolam as instituições da burocracia estatal constituída por meio de

processos eletivos, logo característicos do modelo representativo. Ao lado do Estado, as instituições participativas desempenham um papel mais direto na intermediação de interesses entre aquele e os cidadãos, propondo soluções para as questões do cotidiano das pessoas, como também de problemas mais complexos e estruturantes para convívio social. De acordo com IPEA (2012, p. 2):

Instituições como conselhos gestores de políticas públicas, conferências, participação cidadã na definição do orçamento público, entre outros, nos três níveis de governo, permitem a incorporação de uma dimensão até então ausente da democracia representativa: processos deliberativos que transcendem os momentos eleitorais e propiciam alternativas de inclusão dos interesses dos grupos organizados no cotidiano da esfera política, fomentando, ao mesmo tempo, a organização política destes grupos e criando novas formas de mediação participativa entre Estado e Sociedade.

Os estudos sobre o tema não deixam dúvidas quando dizem que o fenômeno da instituição participativa é uma realidade e a sua expansão é inegável (IPEA, 2010). Mas há que se aprofundar nos estudos a respeito da efetividade dessas novas institucionalidades. Assim, é fato que ainda se conhece pouco acerca da efetividade e impactos das instituições participativas sobre as políticas públicas, sobre o funcionamento do governo ou sobre atuação e organização da sociedade civil (IPEA, 2012).

A literatura sobre o tema da efetividade chama atenção para alguns aspectos relativos à abrangência semântica que o mesmo comporta. Ora fala-se da efetividade como sendo relativa à prática e à qualidade da participação social no interior das instituições participativas, ora fala-se da efetividade no sentido dos resultados alcançados a partir da implementação de uma política pública. Ou, dito de outra maneira, a efetividade e a qualidade desses novos campos de atuação dos sujeitos sociais, tanto pode ser um olhar para o interior das Instituições na sua constituição e consolidação, como também ter, sobretudo, uma visão voltada para o exterior delas, para o agente público que converte as proposições em ações, programas. Outras, ainda, abordam como as deliberações têm efetividade no cotidiano das pessoas. Ou seja, qual o impacto na vida da comunidade em termos de serviços públicos ou de mudanças nas relações comportamentais de ativismo político, fortalecendo assim a cidadania.

Mas, de acordo com Avritzer (2011), são dois os motivos principais pelos quais a questão da efetividade tem atraído à atenção desses pesquisadores. O

primeiro deles é uma crescente associação entre participação e políticas públicas, bastante específicas do caso brasileiro. As formas de participação no Brasil democrático foram se disseminando em áreas como saúde, assistência social e políticas urbanas e as formas de deliberação foram sendo crescentemente relacionadas às decisões em relação a estas políticas. Neste sentido, a capacidade destas deliberações de se tornarem efetivas adquiriu centralidade entre os pesquisadores da área de participação. O segundo refere-se ao fato de que passou a haver uma preocupação de caráter mais teórico em relação ao tema da deliberação.

Esses espaços públicos de decisão alteram, para melhor ou não, a qualidade das políticas públicas ofertadas à comunidade pelos governantes. Neste sentido, remete-se à ideia de que a questão da efetividade da participação social fortalece a democracia, afirma a cidadania, dá transparência na condução da coisa pública e, enfim, consolida o controle social e a fiscalização, tanto na formulação quanto na implementação das ações realizadas pelo poder público. No entanto, há de se pesquisar mais profundamente a respeito das transformações dos resultados das ações desenvolvidas pela nova democratização das relações entre a burocracia e a sociedade civil organizada em políticas específicas.

Com efeito, esses espaços de participação social tomam decisões e diretrizes de políticas públicas da área específica, ou seja, é um dos atores de formulação, mas nem sempre as deliberações são efetivamente implementadas, tornam-se ações por meio de programas. Há evidências de que existem na literatura estudos voltados mais para as questões das funcionalidades ou qualidade dos processos participativos (características do funcionamento e operação de distintas IPs), como podemos constatar em Pires et al. (2011, p. 349), embora mesmo este debate não tenha se esgotado.

Parece haver uma lacuna entre a formulação de proposições nesses espaços de políticas e a sua efetiva implementação, isto é, a entrada na agenda da burocracia de decisão tomada obedece a que critérios de prioridades e uma vez sendo priorizadas, por que canais, processos, percursos passam até a sua concretude de implementação.

Existem consideráveis números de estudos a respeito da qualidade do processo participativo nessas instituições, do seu funcionamento, da efetividade

deliberativa, do desenho institucional e da representatividade (VAZ, 2011). Mas percebe-se, nos estudos sobre participação social, que pouco se discute acerca da questão da implementação/efetividade das decisões advindas desses espaços coletivos, ou seja, dos resultados práticos das deliberações tomadas nestes fóruns.

Acerca das literaturas que debatem a questão ora em apreço, diz Avritzer (2011, p.16):

Todas essas literaturas colocaram uma questão relevante para os debates sobre efetividade através da percepção de que a participação deliberativa envolve ao menos dois momentos: um primeiro momento de discussão e deliberação no interior de instituições como conselhos e OPs, em geral fortemente deliberativo, que envolve tanto atores da sociedade civil quanto atores estatais; e um segundo momento que envolve mais fortemente atores estatais, que é o da implementação destas decisões pelo estado.

Mais adiante, continuando nesta mesma linha de análise, o autor mostra que há outra questão de pesquisa que tem relação conceitual entre efetividade deliberativa e os estudos sobre avaliação e impactos de políticas públicas. Assim, segundo Avritzer (2011), o debate sobre efetividade das IPs tem sua origem na questão dos efeitos e/ou impactos dos processos deliberativos sobre as decisões de políticas públicas. Em momentos seguintes, Avritzer (2011) denomina “efetividade da participação, de forma a abranger tanto a dimensão deliberativa quanto a implementação e os resultados das políticas públicas”. Destarte, nesta última acepção do autor, o entendimento de efetividade se afasta dos demais porque sai do âmago das definições do funcionamento das IPs para abarcar as ações do fazer, do realizar as deliberações.

1.3 As Conferências e suas particularidades na área da saúde

Os estudos mostram que a existência das conferências no nível local, ou seja, nos municípios, já era uma realidade de democracia participativa no Brasil, há muito tempo. Todavia, no âmbito nacional, exceto algumas políticas sociais com tradição de organização, como a área da saúde, esses arranjos tiveram sua expansão tanto na periodicidade quanto na ampliação de outros temas de políticas públicas.

Segundo Souza (2012), embora criadas há décadas, só nos últimos oito anos as conferências nacionais ganharam expressão pela diversificação temática e amplitude de mobilização. Neste trabalho, o nosso foco de análise teórica é as conferências no sentido de situá-las no contexto das instituições participativas, sem,

contudo, deixar de marcar as suas especificidades que tanto as distingue das demais e mesmo entre si. Assim, de acordo com Souza (2012, apud, Souza, 2008):

Sabe-se que cada conferência se diferencia no caráter decisório, na natureza da interação entre Estado e sociedade, na forma de regulação, no poder de agenda dos atores, na integração com outras instituições participativas, na metodologia de debate e também na forma de encaminhamento, acompanhamento e execução das deliberações.

Nesse sentido, ressaltamos a importância de caracterização das conferências. Para Souza (2012), as conferências podem ser definidas como processos participativos que reúnem, com certa periodicidade, representantes do Estado e da sociedade civil para a formulação de propostas para determinada política pública. Vejamos, ainda, mais uma definição de acordo com o governo federal:

Conferências são espaços de discussão ampla, nas quais o Governo e a sociedade por meio de suas mais diversas representações travam um diálogo de forma organizada, pública e transparente. Fazem parte de um modelo de gestão pública participativa que permite a construção de espaços de negociação, a construção de consensos, o compartilhamento de poder e a corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade civil. Sobre cada tema ou área é promovido um debate social que resulta em um balanço e aponta novos rumos (BRASIL, 2007 apud Souza, 2012, p.09).

Isso posto, salientamos que essas instituições não são permanentes no sentido da sua funcionalidade paralelo ao Estado, mas se reúnem periodicamente, com alguma regularidade, em certos segmentos de políticas públicas, e em outros não, para junto com poder estatal formular as políticas setoriais.

De acordo com Souza (2012), espera-se que espaços para gestão participativa de políticas públicas tenham em sua natureza uma característica propositiva. Logo, ao falar nisso tem-se o entendimento de que são espaços de formulação de política e como tal deve haver o encaminhamento para a implementação das deliberações. Segundo Avritzer (2012), não está completamente claro se as decisões tomadas são implementadas e, se sim, de que forma.

Não obstante, parece, portanto, apontar para a existência de um vácuo de pesquisa/estudo, ou dos poucos estudos existentes, que deem conta de revelar o que é feito depois com as decisões que foram pactuadas na Conferência. Logo, nos propomos então a buscar outra perspectiva para o debate: saber a trajetória percorrida, por onde passam as deliberações decididas na Conferência até a

efetividade da ação de implementação. E a quem cabe, na burocracia, disparar o processo que leve à implementação de uma política pública específica, no caso aqui, uma política de educação na saúde, a partir da formulação na Conferência.

Dessa forma, a Constituição federal já avançou quando sugeriu mecanismos de participação social que se coadunam com essa nova maneira de se definir quem são os sujeitos sociais que tomam decisões sobre políticas públicas e em particular da política de saúde. Esta área da política social é hierarquizada tendo a União, estados e municípios numa relação tripartite para conduzi-la. Vê-se na normativa uma ampliação da esfera do conceito de democracia participativa. E ademais, veremos as principais leis infraconstitucionais afetas à área da saúde, por exemplo, a que estrutura o SUS e que dispõe sobre a participação da comunidade nos espaços coletivos da política de saúde.

Constatamos isto no que diz Sousa (IPEA, 2011, p.199) sobre as Conferências:

[...] além do caráter de formulação e avaliação de ações estatais [...] elas se constituem como processos participativos [...], além disso, têm diversas ações conectadas e há a intenção, declarada, de encaminhar as decisões geradas no processo de discussão.

Então, é com foco nesta última expressão que vamos rastrear as deliberações nascidas na 13ª Conferência Nacional de Saúde (CFNS), para entendermos como se dá a sua trajetória dentro das áreas técnicas do Ministério.

A CFNS⁵ é uma instância colegiada com representação de vários segmentos sociais dessa política social e se realiza a cada 04 (quatro) anos, por mandamento da lei que rege a gestão do SUS. Vejamos como se configuram as Conferências:

As conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte. As conferências são desse modo espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema” (GUIZARDI et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de saúde. *PHYSIS*. V.14, n.1, jun. 2004, p.16).

⁵ Conferência Nacional de Saúde/CFNS – Esta sigla foi abreviação nossa para tornar a locução sintética.

Capítulo II – Aspectos metodológicos da pesquisa

2.1. Situando o objetivo da pesquisa

Para a consecução deste trabalho, antes mesmo de adentrarmos na explicação do método de pesquisa a ser utilizado, primeiramente, vamos apresentar o objetivo de pesquisa. Trata-se de compreender o que ocorre entre as decisões tomadas no espaço de participação social, no caso, a 13ª CFNS e a sua implementação pela burocracia estatal. Pretendemos investigar se as deliberações são efetivamente absorvidas pela gestão e se forem de que forma isto se dá, ou se entram na agenda do órgão como política, fomentando os debates no âmbito da formulação, apenas, ou se as transpõem esse nível de discussão e convertem-se em ações, programas de políticas públicas.

Há que se estabelecerem duas dimensões possíveis entre as decisões nascidas de uma CFNS, as que se incorporam à agenda política da burocracia e lá ficam, embora motivem os debates mais amplos, e àquelas que serão ações efetivas, a serem implementadas pela área técnica do órgão. Isto é, da deliberação tomada nas Conferências à ação, existe uma trajetória ainda não revelada.

Bem assim, identificar os processos e procedimentos adotados pela burocracia para dar efetividade, implementação às formulações nascidas destes espaços coletivos de decisão de políticas públicas. Há um elo perdido entre a decisão tomada numa instituição de participação social e a efetividade/implementação de políticas públicas? É isto que perseguimos em busca de uma resposta.

Desse modo, mais especificamente, pretendemos avaliar como as deliberações da 13ª CFNS são de fato transformadas em ações ou programas governamentais de intervenção na realidade de saúde. Mas, para tal, fizemos uma escolha por três deliberações tomadas na 13ª CFNS, cujo tema foi: “Saúde e Qualidade de Vida” – Políticas de Estado e Desenvolvimento, por meio das quais vamos rastrear, além dos processos por onde elas percorrem até se tornarem em ação, mas também a questão da efetividade das decisões no sentido da aplicabilidade de implementação.

Logo, por razões de impossibilidade técnica e de propósito deste trabalho, que é um estudo monográfico, não teríamos como nos aprofundarmos em todas as deliberações ou mesmo em número muito maior do que este que escolhemos. Então, o critério de serem três decisões, e não outro número qualquer, não se justificativa pela importância do conteúdo da deliberação ou de um número maior de proposições a rastreá-las. Foi o que consideramos razoável, tendo em vista que o principal motivo se ancora em entendermos os fluxos, os processos no interior da burocracia por onde as percorrem. E se fossem muitas propostas, isto poderia impor algumas demoras ou entraves à coleta das informações. Outro motivo é porque cada escolha corresponde a cada um dos eixos temáticos da Conferência. Decidimos assim, porque a seleção não devia ser pelo juízo de valor do grau de relevância da política nelas expresso.

Não obstante, existirem diversas outras formas de instituições de participação social, decidimos trabalhar com a 13ª CFNS, visto que esta área de política pública já tem, no País, uma tradição de organização dos seus espaços deliberativos, haja vista que já foi realizada a 14ª CFNS em 2012. Assim, este setor está bem mais consolidado em suas práticas de compartilhamento de interesses dos usuários de saúde do que outras áreas de políticas sociais. Portanto, queremos conhecer os canais, os fluxos por onde passam as deliberações oriundas daquela Conferência até a sua concretude em ações, programas de políticas públicas, pela maturidade dos gestores que lidam com essa prática conferencistas a muito mais tempo do que outras políticas setoriais.

Pode haver aí um sistema de fluxos estabelecido que permita a inserção das decisões tanto na agenda da burocracia quanto em torná-las em programas efetivamente a serem implementados. Mas, ainda não se sabe ou não é do conhecimento dos interessados nos resultados dessa política, os processos que levam uma deliberação à efetividade no sentido de ação da área técnica do órgão responsável. É isto que queremos revelar, se há ou não esses processos delineados, definidos entre o órgão o Conselho Nacional de Saúde e a burocracia que executa as deliberações.

É necessário fazer alguns comentários acerca do texto compilado da 13ª Conferência, para que se justifique melhor a nossa escolha por esta conferência e também por algumas deliberações em detrimento de tantas outras.

O texto, que contém as deliberações, é bastante extenso. Compõe-se de três eixos temáticos. E para cada eixo, existem os das proposições inéditas que por ora ainda não encontramos justificativa para assim estar organizado. Outra observação importante é quanto às proposições. Ora no texto chamam-se de deliberações, ora também as denominam de decisões. Logo, usamos os dois termos neste trabalho como sinônimos.

Primeiro, a decisão pela escolha de investigarmos a 13ª CFNS foi uma questão meramente temporal, por ter sido realizada em 2007 e, sendo a penúltima, julgamos que já houvesse um lapso de tempo consideravelmente grande para dar condições de a burocracia agir, dando possibilidade de implemento as suas decisões.

Segundo, é saber se o que se delibera nas Conferências tem efetividade, resultado prático. E além do mais, também, conhecer os fluxos, processos, procedimentos adotados, bem como os caminhos e trajetos por onde elas percorrem até se tornarem ações ou mesmo fazerem parte do debate político na formação da agenda de governo. Quisemos entender qual o processo que segue uma decisão até a sua transformação em uma ação de políticas públicas, como entram na agenda de formulação no interior da burocracia essas políticas e depois se se tornam uma proposta concreta. Ou mesmo não entra na pauta, ou, se apesar de entrar na agenda, dela não sai, servindo apenas de política de retórica.

E mais: o que faz com que uma deliberação se torne uma política pública e outra não? De que maneira as deliberações de uma Conferência se coadunam às prioridades do governo? Qual é a solução dada àquelas que não são implementadas?

Para rastreamos as três decisões destacadas da 13ª CFNS, elaboramos um roteiro de perguntas específicas para cada uma das deliberações, embora houvesse alguns pontos comuns a todas, com a intensão de entrevistarmos os gestores e técnicos das áreas técnicas do Ministério da Saúde. No entanto, depois de diversas tentativas e com muita persistência, só foi possível aplicarmos os três questionários nas três áreas técnicas do órgão, a saber: um na área técnica de gestão da educação na saúde, que trata do tema da qualificação dos profissionais do SUS, outro no Conselho Nacional de Saúde, porque o tema se refere à regulação e

criação de cursos na saúde e o último na área técnica de atenção à saúde da mulher, aos quais somente duas delas responderam.

Para a deliberação relativa à atenção integral à saúde da mulher, não obtivemos com a área técnica nenhum êxito nem em resposta ao questionário tampouco a concessão de entrevista. Tendo em vista a impossibilidade de confirmar ou não a efetividade dessa deliberação, de saber o que ocorreu, se a política nacional que está em voga tem haver com esta decisão. Então, fizemos um estudo documental somente para esta decisão baseando-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (Brasília, 2011).

Cabe-nos fazer alguns comentários a respeito dos critérios de escolha de cada uma das decisões aqui apresentadas. Ao estudarmos o Relatório Final da 13ª Conferência, deparamo-nos com uma decisão que já era do nosso conhecimento, pois se trata da proposição para qual já tem uma ação por meio de programa, cuja implementação está em curso, e tem como conteúdo a Política de Educação na Saúde, qual seja: a Portaria nº 3.189/2009 que delineou o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). As outras duas deliberações nós escolhemos sem priorizar nenhum critério, apenas consideramos por serem políticas diferentes e constam no relatório da conferência em eixos distintos.

Ressaltamos, contudo, que não se sabe se essa particularidade tratar-se de uma escolha intencional da burocracia que recorreu às decisões da Conferência para desenhar essa política, ou se nós estamos diante de um acaso, ou mera coincidência. Uma vez que ainda não conhecemos ou não estão revelados os canais, fluxos por onde passam as decisões desde a sua aprovação até a transformação em ação de políticas públicas.

Um terceiro ponto que vale a pena explicar diz respeito ao conteúdo das deliberações. É possível ver que numa mesma decisão se abordem diversos temas, por exemplo, fiscalização e financiamento do sistema de saúde, política de recursos humanos, criação de leis, previdência social, ou seja, conteúdos abrangentes e mesclados com de outras áreas de políticas sociais e que até transpõe a competência do Ministério da Saúde. E por vezes trata-se de generalizações às quais não são passíveis de uma ação afirmativa da burocracia nos três níveis de governo.

Pois, de maneira repetida, há deliberações que, para serem implementadas, precisariam de ações intersetorial ou mesmo interfederativa. Isto mostra a complexidade da trajetória de uma decisão nascida em uma Conferência até que se torne uma política pública, efetivamente implementada.

Selecionamos uma decisão de cada um dos eixos temáticos com vistas a envolver, mesmo que por amostragem mínima, todas as linhas de ideias discutidas na Conferência. São estas proposições a seguir que nos serviram de guia entre o rastreamento dos processos e a efetividade das decisões emanadas da vontade desse coletivo social.

Do eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento – item – 34 (BRASIL, 2009b, p. 22). Escolhemos a proposição que indica política para a saúde da mulher - “Cumprir as ações de atenção à saúde da mulher, respeitando todas as suas especificidades (adolescentes, jovens, idosas, indígenas, negras, profissionais do sexo, presidiárias etc.), com efetivação de política de planejamento familiar, enfatizando a atenção a adolescentes e a prevenção da mortalidade materna”.

Do eixo II – Políticas Públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde – item – 107 (BRASIL, 2009b, p. 91). Escolhemos a proposição que pauta a questão da educação em saúde – “Proporcionar, por meio de políticas públicas, o acesso à qualificação e ao conhecimento, criando cursos profissionalizantes e ou de qualificação para todos os servidores e profissionais da rede SUS, estabelecendo uma política de capacitação de recursos humanos, fortalecendo as Escolas Técnicas da Saúde e transformando-as em verdadeiros centros de referências regional/estadual, favorecendo a unificação de informações estratégicas para a atuação profissional”. Porém, desta deliberação fizemos um recorte apenas no que diz respeito à qualificação dos profissionais de nível médio, uma vez que esta decisão abre margem para se discutir todos os profissionais da rede do SUS. Se assim procedêssemos, tornaria este trabalho inviável pela quantidade de programas que devem envolver este tema, em todos os níveis de formação.

Do eixo III – A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde - item – 32 (BRASIL, 2009b, p. 163). Deste, escolhemos a proposição que exige do CNS um papel também normativo no que tange à formação na área da

saúde como um todo – “Que o Conselho Nacional de Saúde regule a criação e a ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área da saúde”.

2.2. Marco metodológico

Para cumprir os objetivos acima propostos, norteamos-nos pelo método de pesquisa qualitativa e com a técnica de entrevistas semiestruturadas e a aplicação de questionários com roteiros de perguntas pertinentes a cada área. Julgamos importantes assim proceder, porque objetivamos desvelar a trajetória percorrida pelas decisões da conferência as quais escolhemos. Optamos por trabalhar com o método de “Rastreamento dos Processos Causais”, pois é o que mais se aproxima dos nossos objetivos e é usado na forma de pesquisa com estudos de caso como foi o nosso caso (STEINER; MEDEIROS, 2010).

Também utilizamos inicialmente uma análise bibliográfica sobre os temas correlatos ao objetivo de pesquisa que dão sustentação teórica ao estudo, como o conceito de democracia na sua vertente hegemônica e não hegemônica e mais adiante a ampliação da discussão para uma democracia participativa, tendo aqui a inclusão do estudo das instituições de participação social e suas contribuições na condução das políticas públicas universais.

Portanto, é necessário explicarmos de que maneira esse debate metodológico se desenvolveu em outro campo de política social, mas ressaltando que para o nosso objetivo de estudo fizemos adaptações imprescindíveis.

A teoria em questão discute “Abordagens Teórico-Metodológicas sobre a Eficácia dos Regimes Ambientais”. Dentro desse estudo, os autores apontam “os principais métodos de análise da eficácia dos regimes internacionais de meio ambiente”. Assim, afirmam Underdal (1992) e Zürn (1998), o estudo da eficácia dos regimes de meio ambiente é um campo importante dentro da ciência política e áreas correlatas, cujos resultados podem contribuir para a melhor implementação dos atos internacionais e para a saúde do planeta. Afinal, estes estudos trazem a possibilidade de compreender as condições pelas quais os regimes falham ou obtêm sucesso (apud STEINER; MEDEIROS, 2010, p.696).

O tema desenvolvido no artigo desses autores propõe debater os principais métodos de análise da eficácia dos regimes internacionais de meio ambiente. Para tal, eles discutem aspectos conceituais gerais do termo eficácia, apontam

questionamentos e necessidades específicas das políticas ambientais e depois se utilizam de algumas abordagens para pesquisar a eficácia dos regimes no âmbito da política do meio ambiente. Não pretendemos adentrar especificamente na semântica geral dos conceitos usados nesse campo da política ambiental. Mas destacar, dentre as abordagens apresentadas, aquela que melhor se adéqua ao nosso objeto de pesquisa.

Vimos então que a abordagem que melhor se aplica ao nosso objeto é o método de rastreamento de processos causais, porque nos faz entender como pode ser revelado o passo a passo do itinerário das deliberações que ora investigamos para ver como são estabelecidos os canais e fluxos dos processos até a sua implementação.

Este método consiste em pesquisar o objeto na forma de estudo de caso, sendo necessário observar e comparar a sequência de eventos que o objeto em análise percorre até que se possam conhecer os processos estabelecidos. Ressaltamos que não aplicamos este método da forma como preconizado pelas teorias. Apenas nos apropriamos de alguns elementos para nos auxiliarem na pesquisa. Apresentamos em seguida o método de rastreamento de processos ou *process-tracing*.

George e Bennett (apud TANSEY, 2007; apud STEINER; MEDEIROS, 2010) o define como um método que objetiva identificar o processo causal entre uma ou mais variáveis independentes, bem como o resultado da variável dependente. Dentro desta definição, os mecanismos causais seriam processos físicos, sociais ou psicológicos impossíveis de se observar, mas pelos quais os agentes causais agem em contextos específicos. O método de rastreamento dos processos causais guiados pela teoria (*theory-guided process-tracing*) é uma abordagem que requer narrativas teoreticamente explícitas que tracem e comparem sequências de eventos.

Segundo Steiner e Medeiros (2010), existe um exemplo pioneiro de *process-tracing* na avaliação da eficácia dos regimes ambientais: o volume compilado por Hass et al. (1993), em que foram aplicadas, com sucesso, análises causais para investigar sete problemas globais, complementadas por rigorosas análises contrafactuais. Assim, foram identificados diversos elementos de eficácia possíveis e os mecanismos pelos quais atuam para então avaliar o real funcionamento destes mecanismos.

Em que pese algumas críticas a esse método, aqui não entramos no cerne desse debate, uma vez que foge a natureza da nossa pesquisa as questões das teorias metodológicas. Ele de alguma maneira nos guiou no entendimento dos processos que correm por dentro da esfera estatal, no cotidiano de ação da gestão, para viabilizar e tornar de fato em prática o que foi formulado pelos agentes da burocracia nas suas diversas arenas de pactuação. Convém ressaltar que o que nos interessa é identificar e compreender as relações que se estabelecem entre as decisões das conferências e as ações e programas do Ministério da Saúde.

Destarte, quanto aos materiais e meios aplicados, a nossa técnica de pesquisa nos permitiu rastrear três proposições decididas na 13ª CFNS, a fim de mapear os processos, percursos e caminhos empiricamente utilizados na perspectiva da implementação das ações, programas que tiveram sua elaboração baseada nas decisões supramencionadas, com o propósito de revelar o que aconteceu com cada uma delas no interior da burocracia.

Para isso, fizemos um levantamento de informações a partir de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos gestores, técnicos e consultores das três áreas técnicas do Ministério da saúde envolvidas no escopo das deliberações selecionadas. As áreas são a Gestão da Educação na Saúde, a Saúde da Mulher e o Conselho Nacional de Saúde. Este é órgão responsável pelo controle social no âmbito da saúde e por força de lei pela condução da CFNS. Além disso, utilizamos pesquisa de análise bibliográfica e documental, como relatórios técnicos, atos normativos, artigos científicos, trabalhos acadêmicos, na área da saúde.

Capítulo III – A 13ª Conferência Nacional de Saúde: da formulação à implementação: a trajetória percorrida pelas deliberações

3.1. Elucidações sobre o texto da 13ª CFNS⁶ e pontos comuns com o da 14ª CFNS;

O texto do Relatório Final da 13ª CFNS foi compilado obedecendo a uma conformação em que as deliberações foram apresentadas por eixos temáticos acompanhados das suas subseqüentes decisões. Entre cada um deles há eixos denominados de Inéditas, ou seja, para o eixo I também há o eixo I – Inéditas, e assim se procedem com os demais.

Por não termos certeza de que se tratava de proposições que de fato representavam o que o termo traz como sentido semântico, nós optamos por escolher proposições ligadas aos eixos temáticos porque com elas, além de verificarmos se foi dado o andamento, a aplicabilidade das propostas aprovadas, o que chamamos de efetividade, também serviram de mote para revelar o fluxo, trajeto feito entre a deliberação e a sua consolidação em ações de políticas públicas. Ou ainda, se houve qualquer outro movimento nos meandros da burocracia, com tantas outras possibilidades e tempo de maturação das ideias, que pode o tempo ser um elemento de grande valia para se perceber a real importância de um tema dentro do tempo da política. Sabe-se que em se tratando de políticas públicas não existe linearidade entre a elaboração e a implementação.

O tema central que norteou a 13ª Conferência foi – “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”. A estrutura dos eixos temáticos é delimitada em três grandes campos, os quais estão assim expostos: (a) eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; (b) eixo II – Políticas Públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde; (c) eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

A metodologia utilizada para consolidação do Relatório Final das duas Conferências obedece a critérios bastante distintos, à medida que a 13ª foi um compêndio por eixos temáticos, já a 14ª muda completamente o formato, sendo organizada por Diretrizes. Mas não apenas essas características marcam as diferenças, e sim o momento em que aconteceu cada uma delas. Esta foi realizada

⁶ 13ª Conferência Nacional de Saúde - CFNS

em 2011 com o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”.

Entre esse lapso temporal de quatro anos, o Estado brasileiro tem, hoje, nova perspectiva no que se refere ao sistema de proteção social, pois se volta agora para uma maior ampliação de cobertura das políticas sociais, buscando resultados mais imediatos aos usuários dos serviços e dando a estes o protagonismo dos seus direitos. Isto fica claro nos textos analisados.

Nesse sentido, abordamos os dois textos, porque já tínhamos feito a comparação entre eles pelo motivo da recorrência de alguns conteúdos da 13ª para a 14ª, o que ficou constatado. O objetivo dessa comparação não é verificar avanços ou retrocessos políticos dessas conferências, contudo, tão somente, apontar que os conteúdos das três deliberações da 13ª CFNS escolhidas para guiar o nosso objetivo se repetem na 14ª CFNS.

Analisamos também o relatório da 14ª CFNS com a intenção de confrontarmos com o da 13ª CFNS, a fim de verificarmos se há temas recorrentes, ou seja, se há deliberações que repetem nas duas Conferências. Todavia, somente destacamos aquelas proposições que tenham pertinência com o conteúdo temático das três já selecionadas, mesmo assim não pudemos trabalhar com todas aquelas que apareceram no texto da Conferência subsequente, por questão de propósito e de natureza do trabalho ora desenvolvido.

Ao compararmos os dois relatórios, evidenciamos que os temas voltam com muita frequência à pauta do debate na conferência seguinte. Mesmo que sejam com novas formulações, a demanda política é a mesma. Existem sim algumas deliberações da 13ª Conferência que se apresentam novamente na 14ª Conferência, embora escritas de forma mais analítica ou sintética, às vezes. Em que pese aos formatos dos relatórios das duas Conferências, em comento, serem bem diferentes, pois são compilados de modo bem distintos, é óbvio que isso não trouxe nenhum prejuízo a nossa análise.

A seguir, temos alguns exemplos de proposições cujo tema voltou à discussão na 14ª Conferência.

Na diretriz 2 – Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático de Governo do SUS – item 18 – “Propor que o Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Saúde e o Conselho

Nacional de Saúde, regule a criação e ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área de saúde” (BRASIL, 2012b, p. 23). Nesta proposição, podemos confirmar que o conteúdo da demanda política se repete, porque já havia sido pautado na 13ª Conferência, no eixo III – item 32, embora nesta nova proposta seja atribuída a responsabilidade a três atores públicos federais, quais sejam: além do Conselho Nacional Saúde, aparece agora o Ministério da Educação juntamente com o Ministério da Saúde como partícipes na viabilidade da ação.

Na diretriz 6 – Por uma Política Nacional que Valorize os Trabalhadores de Saúde – item 17 – “Ampliar, mediante pactuação no Conselho Nacional de Saúde e com base nas necessidades sociais, o número de vagas e de cursos de medicina e demais cursos da área de saúde, bem como das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)” (BRASIL, 2012b, p. 41). Vimos aqui de maneira clara o reaparecimento do conteúdo de uma proposta de política pública de educação na saúde que também está na 13ª Conferência – eixo II, que consta deste estudo.

Na diretriz 8 – Ampliar e Fortalecer a Rede de Atenção Básica (Primária): Todas as Famílias, Todas as Pessoas, Devem Ter Assegurado o Direito a uma Equipe de Saúde da Família – item 10 – “Implementar ações na Atenção Básica visando orientar e tratar gestantes e adolescentes gestantes. Cumprir a Lei nº 11.108, de 7/4/2005, que garante a presença de acompanhante no “Parto Humanizado” e incentivar a implantação de Casas da Gestante, visando otimizar seu acesso às maternidades, principalmente as de alto risco, e implantar a “Rede Amamenta Brasil”, credenciando as UBS na iniciativa “Unidade Básica Amiga da Amamentação”, com financiamento federal e estadual/DF”, também o item 23 – “Fomentar os programas de atenção à saúde da mulher, implantar nos municípios que não tenham, e ampliar os já contemplados, construindo uma rede integral abrangente com envolvimento de todos os setores de proteção à saúde da mulher” (BRASIL, 2012b, p. 53, 55, 56). Desta diretriz, surgem duas proposições que contêm o mesmo conteúdo relacionado à saúde da Mulher o qual também já foi proposto no eixo I da Conferência anterior.

Na diretriz 10 – Ampliar e Qualificar a Atenção Especializada, de Urgência e Hospitalar Integrada às Redes de Atenção Integral – item 17 – “Fortalecer a Política de Atenção à Saúde da Mulher com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos, atendimento humanizado à mulher em situação de abortamento e de violência

doméstica, sexual e de gênero, prevenção da mortalidade materna, garantindo a regionalização do Projeto Rede Cegonha, bem como ampliar a cobertura na prevenção e controle do câncer de colo de útero, garantindo o acesso a exame de citologia e colposcopia e prevenção e controle do câncer de mama, garantindo o acesso a exame de imagem para rastreamento e diagnóstico, bem como implantar o exame de peniscopia como estratégia de prevenção no Programa de Saúde do Homem” (BRASIL, 2012b, p.64). Esta é mais uma proposta referente à saúde da mulher, que volta à Conferência seguinte, bem como se repete no próprio texto de uma mesma Conferência, em diretrizes distintas.

Concluimos que entre a 13ª e a 14ª Conferência é possível percebermos, pelo menos no que tange às deliberações por nós selecionadas, que há um caráter de reiteração das propostas que, novamente, volta a ter nova aprovação na Conferência seguinte, embora com nova vernácula ou mesmo com novos temas agregados. Possa ser que haja aí indícios de uma falta de eficácia na implementação dessas decisões nascidas desse espaço de participação social, visto que muitas deliberações retornam ao debate da 14ª e são mais uma vez ratificadas, por razões ainda desconhecidas.

Em resumo, podemos citar que há reiteradamente em várias diretrizes da 14ª Conferência a recorrência de temas tratados em deliberações da 13ª Conferência. Na diretriz – 02 - apareceram 11(onze) itens, cujo conteúdo se relaciona ao controle social, o qual envolve a intervenção dos conselhos de saúde dos três entes federativos. Nas diretrizes – 01 e 06 - contém 07 (sete) itens que tratam de educação na saúde. Nas diretrizes - 08, 10 e 11 – constam 05 (cinco) itens que abordam a questão da atenção à saúde da mulher. Portanto, ver-se diante dessas informações que existem propostas de políticas públicas aprovadas em Conferências anteriores que se repetem na próxima. Vale ressaltar que na diretriz - 02, item 31 – os conferencistas cobram do poder público que as propostas aprovadas nas Conferências de Saúde sejam cumpridas, ou seja, implementadas.

3.2. A deliberação de ações de atenção à saúde da mulher

Escolhemos também a seguinte deliberação que compõe o resultado final da 13ª CFNS que trata da saúde da mulher, qual seja:

Cumprir as ações de atenção à saúde da mulher, respeitando todas as suas especificidades (adolescentes, jovens, idosas, indígenas, negras, profissionais do sexo, presidiárias, etc.), com efetivação de política de planejamento familiar, enfatizando a atenção a adolescentes e a prevenção da mortalidade materna (Relatório Final, 13ª Conferência Nacional de Saúde, 2009, p.22).

Nesta proposição, os participantes da Conferência quiseram abranger todo o campo da política de atenção à saúde da mulher, todavia, o que se observa, de antemão, é que a decisão começa introduzindo uma preocupação quando se pede que a área técnica do Ministério cumpra ações de atenção à saúde da mulher. Suspeita-se haver aí políticas já formuladas sem que tenham sido implementadas, ou com baixa efetividade. Fizemos um levantamento de publicações relativas a essa política, posteriores à realização da 13ª Conferência, considerando a possibilidade de que a partir dessa decisão a burocracia desse andamento às referidas ações.

Neste ponto do trabalho, a nossa intenção foi identificar por meio de um questionário aplicado às áreas técnicas do Ministério da Saúde, os processos, fluxos que tornam uma deliberação em ação, programa, ou seja, conhecer o que acontece com uma decisão na Conferência. Porém, com esta área técnica específica, em que pese toda nossa insistência, nós não fomos atendidos pelos gestores nem para entrevistá-los, tampouco responderam ao questionário.

Tendo em vista a impossibilidade de obter da área técnica informações de como se dão as relações entre esta e o órgão responsável por dar andamento às deliberações, decidimos então abordar o tema dessa deliberação sob o ponto de vista documental.

Fizemos uma breve análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (2011), sobretudo, no que diz respeito às diretrizes e os objetivos da política. Antes, é preciso contextualizar que a saúde da mulher, no Brasil, passou a integrar-se às políticas nacionais de saúde já agora no século XX, mesmo assim bastante limitada. Pois, inicialmente, só foram consideradas as questões vinculadas ao parto e à gestação. Os programas eram voltados para proteção materno-infantil, marcados pela verticalizada e concentrados no governo federal. Não havia integração com outras ações e programas. O nível central era quem definia as metas sem levar em conta as especificidades da população local e suas necessidades de saúde. Isto propiciava baixo impacto nos resultados, bem como uma assistência fragmentada.

Ressalte-se que a esta época a mulher ainda era vista em segundo plano entre as relações de gênero. E movimento feminista que atuou em prol da igualdade da mulher na sociedade, como sujeitos de direito, foi pautou fortemente a atenção à saúde da mulher para consagrar o exercício desse direito. Esta como condição de sujeitos de direito. Foi a partir da luta das mulheres organizadas que a burocracia passou a entender que a saúde da mulher abrange todo o seu ciclo de vida, não apenas dispensando cuidados na fase de reprodutiva. Assim, vejamos:

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984, p. 16).

Depois do processo de construção do SUS, essa política vem ganhando cada vez mais prioridade por parte do Ministério da Saúde, sobretudo, na criação de normas que ampliam as possibilidades de atenção, embora haja ainda grandes dificuldades na implementação das ações. No entanto, existe mais recentemente a incorporação de novas ações para integralidade da saúde da mulher e identificou-se a necessidade da articulação dessa área com outros temas, a exemplo, da inclusão questão de raça, homossexualidade, com deficiência, etc.

Destarte, ao analisar o texto, é possível observar que o documento tenta contemplar uma ampla política que atenda às demandas da saúde da mulher na sua totalidade. Dentre tantas diretrizes aqui propostas e objetivos a serem atingidos os quais se pode pensar que haja vários programas e ações da área técnicas a serem implementados. Portanto, fazendo uma correlação dessa política com a deliberação da 13ª Conferência, podemos ver que o conteúdo temático da proposição por nós escolhida está absorvido por esta política. Porém, não podemos afirmar que a deliberação da 13ª CFNS tenha motivado a formulação da Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Mulher, já que não foi possível obter resposta ao questionário aplicado à área técnica.

3.3. A decisão relacionada à qualificação de profissionais para o SUS⁷

A seguir, destacamos a deliberação extraída do Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que contempla o propósito desta parte do trabalho no tange à educação na saúde:

Proporcionar, por meio de políticas públicas, o acesso à qualificação e ao conhecimento, criando cursos profissionalizantes e ou de qualificação para todos os servidores e profissionais da rede SUS, estabelecendo uma política de capacitação de recursos humanos, fortalecendo a Escolas Técnicas da Saúde e transformando-as em verdadeiros centros de referências regional/estadual, favorecendo a unificação de informações estratégicas para a atuação profissional (BRASIL, 2009b, p. 91).

Devemos, primeiramente, analisar que são vastas as possibilidades de ações de educação apontadas nesta decisão as quais podem desdobrar-se em uma série de programas de políticas públicas. Isto é o que parece representar a ampla vontade dos participantes da Conferência na área de educação na saúde. Queremos dizer que dela podem ter surgido diversas ações de qualificações na saúde para todos os níveis de formação, tanto para as profissões técnicas de nível médio como as diversas formações de nível superior, bem assim para todas as redes de atenção à saúde que compõem o Sistema Único de Saúde-SUS.

Diante da proporção e do tamanho que os possíveis programas podem representar nas respectivas áreas técnicas, este leque de ações tornou-se impossível de ser investigado neste trabalho, porque desviaria, sobremaneira, do nosso objetivo específico. Restou-nos, pois, escolher apenas um programa, que formulou ações de formação e de qualificação para os profissionais de nível médio na saúde, já que não poderíamos pesquisar tudo que porventura se tornou em ações a partir dessa deliberação.

Da decisão acima, fizemos um recorte apenas na qualificação para profissionais de nível médio para Rede dos SUS, como já mencionado. Em consonância com esta deliberação, identificamos o Programa de Formação de

⁷ Sistema Único de Saúde-SUS

Profissionais de Nível Médio para a Saúde/PROFAPS⁸, o qual dispõe sobre as diretrizes tanto dos cursos de formação como de qualificação, ele foi lançado em 2009, e suas ações continuam sendo implantadas por intermédio da Rede de Escolas Técnicas do SUS, Instituições responsáveis por viabilizar a formação e qualificação dos profissionais de médio na saúde pública-SUS, mas para aqueles já inseridos no sistema.

Para conhecermos a trajetória dos processos, dos fluxos e canais por onde passa as deliberações até se efetivarem em programas a ser implementados, utilizamos essa deliberação como mote, guia. Para tanto, elaboramos um questionário que seria em princípio aplicado em forma de entrevista, o que não foi possível nesta área técnica de educação na saúde, porque a maioria das pessoas da equipe de elaboração e implantação do programa, gestores, técnicos e consultores, hoje, já não trabalham mais no Ministério da Saúde. Tendo em vista esta impossibilidade, pois muitos deles residem outras unidades da federação, só conseguimos que respondessem ao questionário, por esta razão a entrevista ficou prejudicada.

Mantivemos contato com vários deles, solicitando que nos respondessem ao questionário. No entanto, poucos se dispuseram a colaborar. Mesmo assim, aqueles que retornaram as nossas perguntas deram excelentes contribuições com as quais foi possível revelar as possibilidades de trajetória feita por uma decisão tomada na Conferência até se efetivar ou não num programa ou ação pela área técnica do órgão. Ou ainda, vimos que outros destinos também são passíveis de ocorrer com uma decisão, assim como nunca ser trazida à agenda da gestão, ou ser incluída e não se tornar ação efetiva, apenas fomenta a discussão política. É oportuno fazermos algumas considerações acerca das devolutivas dos questionários preenchidos pelos participantes, não só pessoas que já foram Coordenadores-Gerais de área técnica, ex-assessores técnicos e ex-consultores técnicos do Ministério da Saúde, mas também Assessores Técnicos e Consultores que continuam trabalhando no órgão.

Tendo o questionário como o instrumento utilizado para a análise, em algumas passagens reproduzimos na íntegra as respostas dos participantes, já em outras, compilamos para melhor esclarecimento. Comparando as respostas dadas

⁸ Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde/PROFAPS

às mesmas perguntas, mas respondidas por pessoas diferentes, constatamos que não houve uma compreensão igual entre eles sobre as relações estabelecidas entre a área técnica órgão, o conselho nacional de saúde e o que se delibera nos espaços de participação social, no caso a Conferência Nacional de Saúde.

Isto nota-se numa resposta de um dos participantes, que assim afirma: “não tenho muita clareza sobre a influência das deliberações da 13ª CFNS⁹ nas políticas de formação na saúde, embora alguns gestores tenham participado do debate que ocorreu durante a Conferência”. Desta passagem da fala dele, infere-se que o programa – PROFAPS não foi criado baseado nesta deliberação da CFNS. Também vimos em outra resposta, o seguinte: “creio que sim, não sei se na totalidade e da forma como as questões foram pensadas”, e acrescenta este, de modo geral os dirigentes fazem a discussão com CONASS¹⁰/CONASEMS¹¹, verificam a viabilidade, compatibilidade com outras políticas, programas e projetos já implementados para a tomada de decisão”.

Para investigarmos se houve por parte da equipe gestora, ao elaborar o Programa, conhecimento dessa deliberação da 13ª CFNS, na qual se embasariam. Obtivemos como resposta o seguinte: “acho que as ações de educação na saúde não têm nexos diretos com as deliberações da 13ª CFNS. Embora seja um tema recorrente, haja vista a precarização da formação em saúde, sobretudo, de profissional técnico de nível médio. Então, ele torna-se obrigatório para qualquer gestor, sem que isso venha a se constituir em ação estruturante de saúde”.

Para sabermos se há um fluxo estabelecido, um elo entre as áreas técnicas do Ministério e o Conselho Nacional de Saúde, para dar efetividade às decisões da Conferência, assim sugerimos itens no questionário relativos a esta questão e a resposta dada foi: “raramente algum membro do CNS procura particularmente o gestor para debater esse tema, todavia já estive no Conselho Nacional de Saúde para apresentar a Política de Formação e Qualificação de nível médio para SUS”. Mas, avalia o Técnico na sua resposta, “essa não foi uma agenda interessante para os membros do CNS¹²”.

Perguntamos acerca das escolhas da burocracia quando da formulação da agenda de políticas públicas, se as faz a partir de ideias originais, ou se também

⁹ Conferência Nacional de Saúde/CFNS. Esta sigla foi abreviação nossa para tornar a locução sintética.

¹⁰ Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS.

¹¹ Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS.

¹² Conselho Nacional de Saúde/CNS.

escolhe decisões tomadas nas Instituições de participação social como CFNS¹³, também formuladoras de políticas públicas. Segundo uma resposta constante do questionário: “sim, acho que os tecnocratas preferem formular políticas públicas com o CONASS e CONASEMS; mas, não existem obstáculos claros às políticas ditadas pelas CFNS”. Mas, já em mais uma resposta de outro participante sobre a mesma pergunta, podemos perceber outro viés, diz ele: “Penso que não. De modo geral, há certo apreço, respeito pelas deliberações das Conferências, porém há gestores e gestores. Há os mais autoritários que constroem programas verticalizados. No momento, essa prática está um pouco fora de moda aqui no Ministério da Saúde”.

Em relação aos gestores na hora de elaborar políticas públicas, se as decisões da CFNS são bases de fundamentos para suas propostas. Os relatos são: “Em geral são. O CNS se empenha para que as decisões da CFNS sejam consideradas, porém, podem ocorrer decisões da CFNS que não as serão, apropriadamente, tendo em vista o cenário político, disponibilidade orçamentária e financeira e ainda as prioridades do governo para uma legislatura, além de outros problemas”. Em outra passagem, assim dispõe um participante: “as propostas aprovadas na CFNS são de escopo geral, repetitivas ao longo dos anos, refletem os anseios dos cidadãos, mas ficam mais na esfera da retórica do que da ação programática”. E ainda completa: “Penso que o gestor tem sua autonomia motivada por várias razões políticas de seu interesse ou oriundas de solicitações vindas do alto escalão, portanto as decisões da CFNS podem ou não serem valorizadas, vai depender do impacto político para o gestor”.

No que tange à elaboração do Programa – PROFAPS, tivemos a seguinte resposta de um participante que foi Coordenador-Geral de uma área técnica, assim diz ele: “o programa foi formulado pela tecnocracia no nível federal, apresentado e deliberado pela Comissão Intergestores Tripartite/CIT, onde há representação das três esferas da federação. Ao CNS foi apresentado posteriormente, apenas para conhecimento, sendo que os membros nem se interessaram em debater o mesmo. Os espaços de participação social para as políticas de educação técnica de nível médio na saúde ainda são frágeis, impactando muito pouco a burocracia técnica”. Vejamos outra resposta para esse mesmo tema, só que dada por outra participante, assim diz: “Em geral, a elaboração de um programa tem a fase de discussão com

¹³ Conferência Nacional de Saúde/CFNS.

CONASS/CONASEMS e as áreas técnicas do Ministério da Saúde. Depois é elaborada e publicada uma portaria contendo as diretrizes do programa”.

Extraímos das respostas aos questionários aquilo que é pertinente e essencial a este estudo. Muitas informações que obtivemos na coleta de dados foram tangenciais aos temas por nós abordados. Deixamo-las, pois, a margem da análise, uma vez que não contribuem para o trabalho ora desenvolvido. Com a aplicação dos questionários, pretendíamos que fossem revelados os processos dentro do aparelho técnico do estado, assim como a trajetória percorrida por uma deliberação nascida de uma instituição de participação social, nesse caso a 13ª CFNS, e também se havia um elo entre este espaço e as áreas técnicas do Ministério, quando elaboram suas políticas, se levam em conta as decisões tomadas na Conferência.

Como resultado dos achados nos questionários, ver-se, claramente, que não existe algo estabelecido, um canal, um fluxo como praxe, em que esses dois atores dialoguem no momento das escolhas de políticas públicas, de um lado a área técnica do Ministério e do outro os espaços de representação da coletividade, as instituições de participação social, bem como o CNS como órgão fundamental do controle social e que conduz as Conferências.

Em alguma medida, percebemos por meio das respostas colhidas que há certo desconhecimento da relação entre o órgão técnico da burocracia, por parte dos seus técnicos e gestores, e todos os outros atores que têm interesse na política de saúde. E quando isto é levado ao campo da participação social nos seus espaços específicos, onde a coletividade pauta seus interesses, fica ainda mais evidente o quanto este assunto é obscuro, distante do conhecimento deles. Dando uma ideia de que não há necessidade de efetivar, implementar o que é discutido e decidido nestes espaços.

Notou-se de forma reiterada a citação do CONASS/CONASEMS na pactuação da política de saúde, como se apenas estes órgãos bastassem para dar efetividade e legitimidade a toda produção das políticas de saúde. Isto é possível ver em algumas respostas dadas por diversos participantes. Estes órgãos são representações de dentro da própria hierarquia do Estado, ou seja, é o Estado dentro de si mesmo, no seu interior, dividido pelas esferas interfederativa compartilhando responsabilidades de políticas de saúde, porque assim quis o

constituente de 1988. Aqui está patente a mesma estrutura de formulação de políticas públicas. Entretanto, quando falamos de instituições de participação social como no caso das Conferências existentes nas áreas de políticas sociais. Estamos dizendo de outra forma de relação do estado com a sociedade. É a ampliação das esferas do estado para incorporar outros atores na arena de discussão de políticas públicas. Fala-se então de democracia participativa em que os representantes da sociedade, com seus próprios interesses nas políticas setoriais específicas, compõem com o estado uma agenda de prioridades, sem pertencerem à estrutura hierárquica do mesmo.

Por ora, podemos dizer que, ainda, não está maduro o processo de reconhecimento das instituições de participação social no interior da burocracia, pelos menos no caso em tela. O que, para os depoimentos escolhidos, parece ser mais um espaço de confronto de teses, ideias, porque os órgãos técnicos de implementação da política não estão em conexão com essa nova maneira de democratizar o estado. Os espaços de participação social devem ser reconhecidos como mais um ator na arena de discussão e formulação de políticas públicas, mas, por enquanto, não é o que constatamos nas coletas de dados.

A primeira coisa a ser observada, tendo em vista os objetivos deste trabalho, é que há indícios de que o programa em educação na saúde (PROFAPS), o qual está sendo implementado pela área técnica do Ministério, não seja resultado de uma interlocução entre a burocracia técnica e o CNS, guardião das Conferências de Saúde e instância por excelência do controle social, o que por natureza tem as prerrogativas de participar de todas as fases ou ciclos da política pública de saúde.

Embora o seu conteúdo temático esteja totalmente contemplado na deliberação da 13ª Conferência, identificada por nós, resta provado que há um elo perdido entre a formulação de políticas públicas pelos espaços de participação e as técnicas do órgão que tem a responsabilidade de implementação as mesmas.

Existe aí uma lacuna a ser desvelada, conhecida, esclarecida. Falta estabelecer um canal de diálogo entre a agenda da burocracia e os resultados efetivamente produzidos nos espaços de participação da coletividade, onde se debatem e formulam políticas públicas de fora da estrutura do Estado. É esta uma das funções das instituições participativas.

É de se estranhar que a burocracia brasileira ainda não assimilou o papel de relevância que vem tendo os espaços de participação social para a construção de uma democracia ampliada, de inclusão dos segmentos sociais na elaboração de políticas setoriais, a fim de prestar serviços públicos de qualidade voltados para atender às necessidades locais dos usuários e sob o seu controle. Isto só será possível quando a burocracia, aqui área técnica do Ministério que implementa as políticas, incorporar as demandas advindas dos coletivos sociais.

Nosso interesse foi fazer o rastreamento dos processos ou meios utilizados por onde percorrem uma deliberação tomada na 13ª Conferência e a sua efetividade/implementação pela área técnica do Ministério. Com esta deliberação foi possível constata, pelas respostas colhidas, que não existe uma conexão, compasso entre as deliberações e a efetividade delas. As decisões que se transformam em ação pela burocracia não é porque isto seja uma prática comum com canais, processos e fluxos estabelecidos, talvez o que possa provocar o interesse por esta ou aquela decisão seja o conteúdo temático, em voga, na política do governo do momento.

3.4. A regulação da criação de cursos na saúde pelo Conselho Nacional de Saúde

A deliberação seguinte diz respeito às responsabilidades do CNS no tange ao seu papel de controle social da execução da política de saúde: “Que o Conselho Nacional de Saúde regule a criação e a ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área da saúde”. Além do mais, este tem ainda outras prerrogativas como contribuir, efetivamente, para o avanço das políticas públicas de saúde, bem assim a defesa dos interesses dos usuários de saúde, na perspectiva de ofertar uma saúde pública de qualidade.

Mas, de antemão, cabe destacar que dessa decisão da 13ª Conferência podemos, pelos menos, fazer duas interpretações concerne à intensão dos participantes ali presentes, quais sejam: a criação e a ampliação de cursos, e a outra questão diz que estes cursos seriam em todos os níveis de formação na saúde. Isto por si só já daria um desdobramento em diversas ações.

Entretanto, ao analisarmos as informações coletadas a partir do questionário aplicado no CNS, o qual foi respondido por Assessores Técnicos. Certificamo-nos de

que mesmo este órgão, instrumento por natureza de fortalecimento da democracia participativa, da afirmação da cidadania, da transparência na execução da coisa pública e de, enfim, controle social e fiscalização dos resultados de implementação e efetividade das ações de saúde, também não evidenciou claramente que existam canais e fluxos definidos para dar prosseguimento às ações de implementação das deliberações das Conferências.

Usou argumentos muito frágeis sobre o conhecimento das relações que se estabelecem entre ele e as áreas técnicas do Ministério, quando da efetividade das deliberações. Na passagem, relativa à inserção das deliberações na agenda da burocracia e de que maneira elas são absorvidas por esta, quando são, foi dito: “que sim, são absorvidas”. E quanto ao mecanismo usado para isto, a resposta foi categórica: “o próprio Relatório da Conferência”. Aqui fica patente que a visão da gestão pública, sem generalizarmos, ainda não incorporou a ideia de que as IPs¹⁴ formula, sim, políticas públicas e suas decisões demandam ações que devem ser assumidas pelas áreas técnicas do órgão para implementação. Ressalva merece ser feita, porque nem toda decisão é passível de se tornar uma ação.

No entanto, não é difícil de percebermos pelas respostas dadas a esta questão, de suma importância para o entendimento de como a burocracia, mais especificamente área técnica do Ministério, manteria de modo contínuo um elo com os espaços de representação social, para formular e implementar suas políticas específicas. Ou seja, por meio dos dados coletados não se pode inferir se a burocracia absorve ou não as deliberações, dado as imprecisões das respostas. Parecem ocorrer contatos esporádicos, sazonais para cumprir a interesses momentâneos, mas nada que possa ser identificado como um fluxo, processos ou canais de diálogos permanentes para propiciar a efetividade das deliberações.

Outra questão que para nós teve muita relevância ao descobrir, diz respeito à escolha da deliberação a ser implementada, se isto implica preferência de conteúdo ou tema que ela aborde. Obtivemos a seguinte resposta: “as Conferências são realizadas a partir de um tema central e que a discussão depende de cada realidade”. Como se constata, mais uma vez a tecnocracia que tem o dever de implementar as decisões, não tem clareza, ou pelo menos não revelou as interconexões dos processos, procedimentos necessários à efetivação das mesmas.

¹⁴ Instituição de participação Social.

Quisemos compreender os desafios, obstáculos, fatores que auxiliam ou dificultam, o processo que leva uma deliberação à implementação, uma vez que se decidiu por isto. O que tivemos como argumento foi: “os recursos”. Todavia, salientamos que o participante do questionário não explicou de que maneira os recursos são facilitadores. Tivemos muitas respostas que se caracterizam um tanto quanto vagas, sem precisão do que de fato ocorre no âmbito dos procedimentos que levam uma decisão à efetividade pela área técnica do Ministério. Quando perguntado, se CNS¹⁵ faria o monitoramento/acompanhamento das deliberações da Conferência, assim foi dito: “não diretamente, mas procuramos acompanhar”. Mas, não foi dito como isto é feito.

Perguntamos aos técnicos do CNS se depois de realizada a Conferência, os seus membros participantes passam a influenciar, a fazer pressão na formação da agenda do órgão, a fim de incluir as suas decisões. Responderam-nos apenas que, “sim”. Porém, não emitiram nenhuma justificativa, não disseram como se dá essa pressão e quem é pressionado. Assim, não ficou esclarecido se há umnexo entre o que foi deliberado na Conferência e os processos de formação da pauta da burocracia. Na questão pertinente à revelação de um fluxo, itinerário já estabelecido, por meio do qual se dá a articulação entre o CNS e área técnica, a resposta foi: “não”.

Achamos que devíamos insistir na tentativa de descobrir, qual é a trajetória que uma decisão perfaz até virar uma ação efetiva, e eles responderam com a seguinte afirmação: “Os Gestores ou representantes são participantes dos CNS, geralmente concordam com a aprovação das propostas”. Quanto aos os canais à disposição do CNS para dar efetividade às decisões da Conferência, disseram-nos “que são e-mails, site, relatórios impresso, e outros”. Fizemos também questão saber acerca da autonomia da CFNS¹⁶ frente ao poder público responsável por encaminhar as suas decisões, desse modo foi dito: “as Conferências assim como os Conselhos são deliberativos, mas não têm autonomia”. Em outro tópico, indagamos o que ocorre com as decisões que não são implementadas, segundo foi respondido, “geralmente são propostas nas Conferências seguintes”.

Sabe-se que o CNS regula cursos na saúde, porém a decisão que escolhemos analisar requer que ele o faça em todos os níveis de ensino,

¹⁵ Conselho Nacional de Saúde.

¹⁶ Conferência Nacional de Saúde/CFNS.

perguntamos então como isso se dá, obtivemos a seguinte resposta: “o CNS por meio da CIRH¹⁷ avalia cursos da Saúde e emite os pareceres”, ainda acrescentou que “os cursos são medicina e enfermagem”. Também quisemos saber se dentro dos espaços de decisão do próprio CNS, há dificuldade na efetividade das ações a ele demandas por outra instituição de participação social, tivemos como resposta que, “sim”, não foi explicado como se dá essa questão.

Diante do exposto, por reiterada vezes, podemos inferir que a efetividade das políticas aprovadas pelas IPs, no caso em análise, tem baixa resolutividade. Haja vista a falta de consistência no agir da burocracia, por razões que não investigamos aqui. A crença num ideal de participação social do cidadão que se faz representar por si, dentro de um coletivo com rito supostamente mais livre, democrático e, sobretudo, mais ágil parece não se coadunar com processos muitas vezes desconstruídos e pesados no interior de uma burocracia, que talvez ainda prevaleça à disfunção burocracia como prática em alguns casos.

Tanto a decisão que nos guiou na tentativa de descobrir os caminhos percorridos por uma deliberação ficou sem resposta quanto o próprio processo de se transformar esta numa ação a ser implementada também não foi revelado. Logo, é categórico afirmar que com esta área técnica houve muita dificuldade para sermos atendido, mesmo só para responder ao questionário, e depois como as respostas que obtivemos na coleta de informações foram insuficientes para dizermos com segurança que tipo de relação está estabelecida entre o CNS e as áreas técnicas, quando se trata de implementação das deliberações das Conferências.

¹⁷ Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH.

Conclusão

Diante de todas as exposições anteriores, esboçamos aqui as considerações finais deste trabalho. Em virtude dos resultados encontrados por meio de estudo de caso empiricamente verificado, podemos ser peremptórios em afirmar que existem grandes dificuldades na burocracia federal, com recorte no caso particular analisado, em deixar claros seus processos decisórios de absorção das deliberações formuladas nos espaços participativos de políticas públicas.

Outrossim, conhecer os fluxos, os canais, as trajetórias feitas entre estas instituições e as áreas técnicas do órgão de implementação das ações. Para revelá-los, usamos três deliberações aprovadas na 13ª Conferência de Saúde como guia. O método de estudo de caso foi desenvolvido na forma de questionários, com perguntas específicas a cada temática, aplicados a três áreas técnicas do órgão, a saber: a políticas de atenção integral à saúde da mulher, a políticas de educação na saúde e ao Conselho Nacional de Saúde.

Porém, foi possível constatar do ponto de vista dos técnicos, consultores, ex-gestores e ex-técnicos que responderam aos questionários que há um elo perdido entre aquilo que se aprova nos espaços de participação social e as áreas técnicas do Ministério, pesquisadas, no que se refere à efetividade das propostas. Merece ressalva quanto ao escopo que averiguamos, pois foi bastante restrito; porque apenas fizemos um levantamento em um órgão e mesmo assim em três setores deste e ainda um deles não nos forneceu nenhum dado nem em resposta ao questionário tampouco nos concedeu entrevista.

Diante disso, verifica-se que as amostras coletadas só nos permite levantar hipóteses por meio de inferências, dadas as circunstâncias e a qualidade das informações colhidas, que muitas vezes são vagas, imprecisas, sinalizando que o assunto é de certa forma desconhecido, visto que grande parte delas não se coaduna com a pergunta feita, logo, desencontrada.

Então, foi isto que perseguimos em busca de uma resposta, a qual revelou que a gestão pública, considerando o âmbito analisado, ainda não amadureceu, aperfeiçoou o processo de relação entre a democracia participativa e as áreas técnicas da burocracia no tocante à formulação e implementação de políticas públicas. Há de se evoluir no entendimento de que os espaços de participação social

são de fato legítimos atores propositivos de políticas setoriais para que se prestem aos usuários um serviço público de qualidade e fortaleça o controle social.

Embora existam órgãos com boas práticas de gestão pública, aplicando o que preconizam as novas teorias sobre administração pública, mas, isto não é uma prática generalizada no serviço público. Deparamo-nos em alguns órgãos com práticas ainda muito carregadas de características da fase patrimonialista, bem como de aspectos da disfunção da burocracia nos moldes Weberiano. São gestões bastante ineficazes, insuladas do ponto de vista dos procedimentos, impactando nos resultados das ações. O que chama a nossa atenção e nos preocupa é que as ilhas de excelências são exceções no agir do gestor público. Em que pese, está exarado na Constituição Federal de 1988 o princípio da eficiência.

O estudo de caso que realizamos, mesmo tendo sido bastante limitado por razões já descritas, abriu um leque de possibilidades para novas pesquisas no interior das burocracias, em especial a política de saúde. Depois do levantamento das informações contidas nos questionários, foi possível notar o quanto a questão da efetividade/implementação das deliberações vindas das IPs¹⁸ está imbricada com uma boa prática de gestão pública, inovadora, voltada para resultados, respondendo as demandas da sociedade de modo tempestivo.

Mas, esta é uma realidade para o futuro, haja vista a falta de sensibilidade ou mesmo de importância que é dada hoje por parte da burocracia técnica à democracia ampliada. Os ideais que sustentaram por longo período a democracia hegemônica parecem que de certa maneira, permanecem vivos dentro da estrutura de estado. Dizer que encontrados pontos comuns desta teoria não algo absurdo e sim coerente com os achados da pesquisa, isto é, uma burocracia voltada para si mesma em que os papéis e responsabilidades dos atores desta política setorial de certa medida não se cruzam. Por que não basta formular, aprovar políticas públicas nas IPs ou mesmo aquelas produzidas no seio da burocracia, se os processos internos por onde devem fluir as demandas rumo à implementação não estão estabelecidos ou definidos. Isto talvez seja o maior complicador, entrave que gera baixa efetividade das políticas públicas.

É preciso desenvolver estudos que deem conta de duas dimensões: por um lado, é que os espaços participação social se apresentam como mais uma arena em

¹⁸ Instituições participação social/IPs.

que os atores produzem, sim, políticas públicas e que a gestão, no interior da burocracia, deve incorporá-las, estabelecendo fluxos permanentes de diálogos entre eles e as áreas técnicas específicas; e por outro, é o papel da sociedade organizada na efetividade das suas proposições, fazendo pressão para que o controle social torne-se de fato um canal de interlocução voltado a aperfeiçoar os processos no âmbito interno da burocracia, deixando-os definidos, claros. Vejamos seguinte citação: a efetividade abranger tanto a dimensão deliberativa quanto à implementação e os resultados das políticas públicas (AVRITZER, 2011, p. 17).

Vale lembrar, no entanto, que à gestão pública cabe dar andamento e maior empenho para que as decisões advindas das IPs sejam implementadas. Há que se deter mais sobre a efetividade daquilo que se produz de políticas públicas nessas instituições, sobretudo, no que tange à transformação das proposições em ações efetivas. Acreditamos que restaram grandes lacunas sem respostas neste trabalho, porque pensávamos encontrar mais apoio dentro da gestão, já que com este estudo, poderíamos num momento futuro nos colocarmos à disposição das áreas técnicas para contribuir com o aperfeiçoamento dos procedimentos.

Primeiro, por que este estudo foi incipiente neste campo mais específico das pesquisas já existente sobre IPs, o que nos deixou com poucos referenciais, tendo em vista o prazo que se tinha e também a natureza do trabalho, por ser uma monografia. Todavia, a maior dificuldade encontrada foi no âmbito da burocracia, esta pouco se dispôs a compreender o objeto de estudo, não deu relevância ao propósito da pesquisa. Deu-se a entender que o agir da burocracia é mera tarefa de trabalho realizado, não sendo passível de investigação pela ciência de políticas públicas. Restou provado que existe aí, sim, um campo inexplorado de estudo que a própria burocracia desconhece.

Segundo, é que este campo de pesquisa está aberto, porque a burocracia, por razões diversas, não deve continuar sem revelar seus processos meios de efetivamente dá concretude as decisões das IPs, e para isso precisa estabelecer as relações entre aquelas e os órgãos de implementação de políticas públicas. Assim, conclui-se que várias leituras e interpretações estão por vir.

Logo, não se sabe por que motivo à questão da efetividade das decisões tomadas no campo da participação social não é aproveitada pela burocracia, ou quando se implementa uma política com igual conteúdo de uma deliberação da IPs,

parece ser apenas algo de mera coincidência. Ninguém sabe dizer ao certo se originou de uma formulação da burocracia ou se partiu das aprovações nas IPs.

Nota-se que pode haver aí uma sobreposição de políticas públicas deliberadas sem que haja por parte das áreas de implementação um conhecimento do que já existe proposto, uma vez que entre a decisão e a efetividade não há um elo, nexos que possa qualificar a interlocução entre os atores, tanto na formulação como na implementação.

Referências

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012a. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2009a. Seção I, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 246 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. _____. _____. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Série C. projetos, programas e relatórios.

GUIZARDI, Francini Lube et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 14, v. 1, 2004. p. 15- 39.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento 2010**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2012. v. 3.

PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. (Colab.) **Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988**. 37. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2005.

PIRES, Roberto Rocha C. (Org.) **Efetividade das Instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação (Diálogos para o desenvolvimento). Brasília: IPEA, 2011. V. 7, 3.727 p.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 39-82.

STEINER, Andrea Q.; MEDEIROS, Marcelo de Almeida. Como saber se as convenções internacionais de meio ambiente funcionam? Abordagens teórico-metodológicas sobre a eficácia dos regimes ambientais. **Contexto Internacional**, Recife v. 32, n. 2, jul./dez., 2010.

Bibliografia consultada

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Gestão É mais Saúde**: governança para resultados no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 234 p. Série B. Textos básicos de saúde.

_____. _____. _____. **Mais saúde**: direito de todos: 2008-2011. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 106 p. Série C. Projetos, programas e relatórios.

BRASIL. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, n.13 (2010) – 2005. 240 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Revista brasileira de monitoramento e avaliação**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, n. 2, 2011. 180 p.

HEIDEMAN, Francisco G.; SALM, José Francisco (Orgs.). **Políticas Públicas e desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. 2. ed. Apresentação de Tomás de Aquino Guimarães. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010. 340 p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Conselhos Nacionais Perfil e Atuação dos Conselheiros. **Relatório de pesquisa**. Brasília: IPEA, 2013.

PETRUCCI, Vera; SCHWARZ, Letícia (Orgs.) **Administração Pública Gerencial**: a reforma de 1995: ensaios sobre a reforma administrativa brasileira no limiar do século XXI. Brasília: Editora Universidade de Brasília, ENAP, 1999. 304 p.

ANEXO A – Questionário aplicado à Área Técnica de Políticas de atenção à Saúde da Mulher

QUESTIONÁRIO

Proposição da 13ª Conferência Nacional de Saúde relativa às atribuições da área técnica de políticas públicas – Eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento – Item 34. É a seguinte:

“Cumprir as ações de atenção à saúde da mulher, respeitando todas as suas especificidades (adolescentes, jovens, idosas, indígenas, negras, profissionais do sexo, presidiárias, etc.), com efetivação de política de planejamento familiar, enfatizando a atenção a adolescentes e a prevenção da mortalidade materna”

- a) Quem entrevistar? Gestor, consultor e técnicos do Ministério da Saúde.
1. As deliberações da 13ª CFNS¹⁹ são incluídas na agenda da burocracia?
 - ✓ De que maneira isto ocorre? Se forem, tornam-se programa/ação a ser implementado?
 - ✓ Qual o nexos entre a deliberação da CFNS e os projetos de gestão da área técnica?
 - ✓ Como se dá a escolha por uma decisão em detrimento de tantas outras, dentro do mesmo tema?
 - ✓ O gestor é procurado pelo CNS²⁰ para tomar ciência das proposições afetas a sua área de atuação.
 - ✓ Você, gestor, já foi ao CNS quando da formulação de um programa de política pública?
 - ✓ O Staff da burocracia prefere formular propostas de políticas públicas originais a escolhê-las as decisões da CFNS?
 - ✓ Existem obstáculos políticos no cotidiano do gestor em optar por escolher as políticas deliberadas nas CFNS?
 2. Existe um programa para dar efetividade a esta deliberação da CFNS?
 - ✓ Quais são as ações?
 - ✓ A formulação do programa foi motivada a partir da decisão aprovada na CFNS?

¹⁹ Conferência Nacional de Saúde

²⁰ Conselho Nacional de Saúde

- ✓ Na fase de elaboração, conversou-se com o conselho nacional de saúde responsável por consolidar as deliberações da conferência?
 - ✓ A burocracia (área técnica) empenha-se para que as decisões de políticas públicas tomadas nos espaços de participação social sejam implementadas?
3. As propostas aprovadas na CFNS são factíveis?
- ✓ Refletem os anseios dos cidadãos usuários de serviço, visto que a CFNS compõe-se por representação dos segmentos sociais na saúde?
 - ✓ As pautas das conferências sempre retomam alguns temas das anteriores, por quê?
4. Autonomia do gestor X decisões tomadas CFNS;
- ✓ As decisões da CFNS são bases de fundamentos para o gestor na hora de elaborar uma política pública?

ANEXO B – Questionário aplicado à Área Técnica de Políticas de Educação na Saúde

QUESTIONÁRIO

- a) Proposição da 13ª Conferência Nacional de Saúde relativa às atribuições da área técnica de políticas públicas – eixo II – políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde – item – 107. É a seguinte:

“Proporcionar, por meio de políticas públicas, o acesso à qualificação e ao conhecimento, criando cursos profissionalizantes e ou de qualificação para todos os servidores e profissionais da rede SUS, estabelecendo uma política de capacitação de recursos humanos, fortalecendo a Escolas Técnicas da Saúde e transformando-as em verdadeiros centros de referências regional/estadual, favorecendo a unificação de informações estratégicas para a atuação profissional”

- a) Quem entrevistar? Gestor, consultor e técnicos do Ministério da Saúde.

1- As deliberações da 13ª CFNS²¹ são incluídas na agenda da burocracia?

- ✓ De que maneira isto ocorre? Se forem, tornam-se programa/ação a serem implementada?
- ✓ Há um nexos entre a deliberação da CFNS e os projetos de gestão da área técnica?
- ✓ Como se dá a escolha por uma decisão em detrimento de tantas outras, dentro do mesmo tema?
- ✓ O gestor é procurado pelo CNS²² para tomar ciência das proposições afetas a sua área de atuação.
- ✓ Você gestor já foi ao CNS quando da formulação de um programa de política pública?
- ✓ O Staff da burocracia prefere formular propostas de políticas públicas originais a escolhê-las as decisões da CFNS?
- ✓ Existem obstáculos políticos no cotidiano do gestor em optar por escolher as políticas deliberadas nas CFNS para transformá-las em ação?

²¹ Conferência Nacional de Saúde

²² Conselho Nacional de Saúde

- 2- O programa de formação técnica de nível médio na saúde- PROFAPS;
 - ✓ A formulação do programa foi motivada a partir da decisão aprovada na CFNS?
 - ✓ Como se deu essa ação?
 - ✓ Na fase de elaboração, conversou-se com o conselho nacional de saúde responsável por consolidar as deliberações da conferência?
 - ✓ A burocracia (área técnica) empenha-se para que as decisões de políticas públicas tomadas nos espaços de participação social sejam implementadas?
- 3- As propostas aprovadas na CFNS são factíveis?
 - ✓ Refletem os anseios dos cidadãos usuários de serviço, visto que a CFNS compõe-se por representação dos segmentos sociais na saúde?
 - ✓ As pautas das conferências sempre retomam alguns temas das anteriores, por quê?
- 4- Autonomia do gestor X decisões tomadas CFNS;
 - ✓ As decisões da CFNS são bases de fundamentos para o gestor na hora de elaborar uma política?

ANEXO C – Questionário aplicado ao Conselho Nacional de Saúde

QUESTIONÁRIO

Proposição da 13ª Conferência Nacional de Saúde relativa às atribuições do CNS – eixo III – a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde - item – 32. É a seguinte;

“Que o Conselho de Nacional de Saúde regule a criação e a ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área da saúde”.

a) Quem entrevistar? Dirigentes, Técnicos do CNS.

1- As deliberações da 13ª CFNS são incluídas na agenda da burocracia?

- ✓ Quando entra na agenda da questão política? Que mecanismos são utilizados para isto?
- ✓ Qual a trajetória percorrida pelas deliberações da CFNS? Conferência X agenda política do MS X implementação da ação?
- ✓ As decisões tomadas na CFNS são encaminhadas às áreas técnicas de referência para que o gestor viabilize a sua implementação?
- ✓ Quem decide/escolhe a que vai ser implementada?
- ✓ O conteúdo/assunto abordado influi na escolha da deliberação ser implementada?
- ✓ Qual o empenho da burocracia/área técnica para que isto aconteça?
- ✓ Quais os desafios, obstáculos, fatores que auxiliam ou dificultam, uma vez que se decidiu pela implementação?
- ✓ O CNS faz monitoramento/acompanhamento das deliberações das CFNS?

2- **Na formação da agenda da burocracia, o gestor estabelece alguma relação com o CNS para isto?**

- ✓ Há consulta aos resultados da CNS quando da elaboração de um programa pela área técnica do MS?
- ✓ Membros participantes do CFNS influenciam, fazem pressão na formação da pauta do órgão depois de aprovadas às decisões na CFNS?
- ✓ Qual o nexó entre o que foi deliberado e os projetos da gestão do órgão? O que faz com que uma decisão entre, apenas, na agenda de prioridades da burocracia? E não a torne em uma ação;

3- Qual o itinerário percorrido pelas decisões até tornarem-se políticas públicas?

- ✓ Tem um fluxo já estabelecido?
- ✓ Qual a trajetória que uma decisão perfaz até virar uma ação efetiva?
- ✓ Quais processos/procedimentos que são adotados?
- ✓ Quem se envolve diretamente nesta fase da ação?
- ✓ Quais os canais à disposição do CNS para dar efetividade às decisões da CFNS?
- ✓ Como aperfeiçoar os canais por onde passam as deliberações?

4. Em que medida, a CFNS da maneira como é conformada/estruturada contribui para efetividade/implementação das políticas pública?

5. Como fica a questão da autonomia da CFNS frente ao poder público responsável por encaminhar as suas decisões?

6. Quais são os desafios a superar no processo de implementação da decisão?

7. O que ocorre com as decisões que não são implementadas?

8. Questões relacionadas à deliberação da 13ª CFNS sob a responsabilidade do CNS de viabilizá-la;

- ✓ Como está a efetividade dessa decisão?
- ✓ O CNS regula cursos em todos os níveis de ensino?
- ✓ Quais cursos o CNS regula?
- ✓ Qual instrumento é utilizado para por em prática uma decisão com esta?
- ✓ O CNS precisa do aval da cúpula da burocracia para encaminhar decisões da CFNS que fazem parte da sua área de competência?
- ✓ Dentro dos espaços de decisão do próprio CNS, há dificuldade na efetividade das ações a ele demandas por outra instituição de participação social?