

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
NÍVEL MESTRADO

GRACIELE MAFALDA DOS SANTOS

**A (IN)EFETIVIDADE DO CONTROLE DEMOCRÁTICO DA
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: uma abordagem a partir do caso do
Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**

São Leopoldo (RS)

2010

GRACIELE MAFALDA DOS SANTOS

**A (IN)EFETIVIDADE DO CONTROLE DEMOCRÁTICO DA
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: uma abordagem a partir do caso do
Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado, Linha de Pesquisa Hermenêutica, constituição e concretização de direitos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Professora Doutora Têmis Limberger

São Leopoldo (RS)

2010

Ficha Catalográfica

S237a Santos, Graciele Mafalda dos

A (in)efetividade do controle democrático da administração pública: uma abordagem a partir do caso do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul / por Graciele Mafalda dos Santos. – 2010.

148 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Direito, São Leopoldo, RS, 2010.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Têmis Limberger, Ciências Jurídicas”.

1. Cidadania – Democracia. 2. Democracia participativa. 3. Participação popular. 4. Controle social. 5. Política pública – Saúde. I. Título.

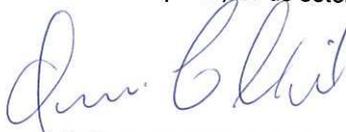
CDU 323.2

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila Rodrigues Quaresma - CRB02/1376

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD
NÍVEL MESTRADO

A dissertação intitulada: **A (IN)EFETIVIDADE DO CONTROLE DEMOCRÁTICO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: uma abordagem a partir do caso do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**”, elaborada pela mestranda **Graciele Mafalda dos Santos**, foi julgada adequada e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora para a obtenção do título de MESTRE EM DIREITO.

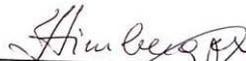
São Leopoldo, 21 de setembro de 2010.



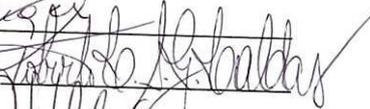
Prof. Dr. André Luis Callegari
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Direito.

Apresentada à Banca integrada pelos seguintes professores:

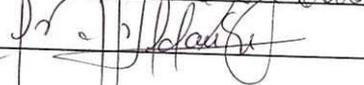
Presidente: Dra. Têmis Limberger



Membro: Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas



Membro: Dra. Jânia Maria Lopes Saldanha



Aos amores da minha vida Halikan, Benício e Maradona.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, pelo amor cotidiano e, principalmente, pelo incentivo aos estudos desde meus primeiros passos.

Ao meu irmão, por sempre torcer pela realização dos meus sonhos.

Aos meus familiares e amigos, pelas palavras de estímulo, assim como pela compreensão diante de minha frequente ausência.

Aos grandes amigos conquistados no curso do mestrado, pelo aprendizado, pelas risadas e, principalmente, pelo fiel companheirismo, em especial a Alexandre Martini, Maiquel Wermuth e Patrícia Maino.

À minha amiga, Eleandra Raquel da Silva Koch, pela disposição em auxiliar sempre que necessário.

À Dra. Têmis Limberger, pela amizade, pelo estímulo e pela sabedoria com que me orientou, bem como pela confiança depositada em meu trabalho.

Aos Conselheiros de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul pela presteza e contribuição para que este trabalho se viabilizasse.

A todos aqueles que acreditaram no meu sonho e me ajudaram, de uma forma ou de outra, a conquistá-lo.

“Democracia com fome, sem educação e saúde para a maioria, é uma concha vazia.”

Nelson Mandela

RESUMO

Diante de uma conjuntura na qual os controles clássicos da Administração Pública apresentam-se insuficientes para o enfrentamento dos cotidianos episódios de má gestão e corrupção envolvendo a máquina estatal, aliada à crise da democracia representativa, há premência de maior capacidade de gestão, de controle e de decisão política na base da sociedade. Neste sentido por meio do estudo realizado desvela-se o entendimento de que para a consolidação do projeto democrático no Brasil, constitui-se condição de possibilidade a admissão da Democracia Participativa em uma relação de complementaridade com os instrumentos da representação. O presente trabalho analisa a importância da participação popular na gestão e no controle dos recursos públicos, enfatizando-se suas virtudes, bem como os limites existentes. São pesquisados os aspectos históricos decorrentes da colonização ibérica, cujas principais consequências políticas dizem respeito à incorporação dos vícios do patrimonialismo, clientelismo e autoritarismo no cenário brasileiro, bem como o atual anacronismo dos instrumentos da democracia representativa, permeado pela interferência do poder econômico, o poder da mídia sobre os eleitores, a fragilidade dos partidos políticos, e a falta de sincronia entre a expectativa dos representados e a atuação dos representantes. Por isso, constata-se que o controle social ainda é frágil. Assim, buscando uma articulação entre a teoria e a prática, o presente trabalho de dissertação ponderou sobre a (in)efetividade do controle democrático numa experiência contemporânea de democracia participativa. A partir de uma abordagem na temática da saúde sobre os limites e potencialidades na atuação do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul estuda-se na prática o controle social, efetuando-se uma análise sobre os elementos concretos que podem contribuir para qualificação do projeto democrático brasileiro, bem como para alçar nosso país a outro patamar de desenvolvimento político e social, construindo uma sociedade mais justa e igualitária.

Palavras-chaves: Controle Social, Conselho Estadual de Saúde, Democracia Participativa, Democracia Representativa, Participação Popular.

ABSTRACT

In the face of a situation in which the classic control of Public Administration shows itself inefficient when coping with the daily episodes of mismanagement and corruption involving the State machine and, together with the crisis of the representative democracy, greater management capacity, control and political decision become urgent on the basis of society. In this sense, this study unveils the understanding that the consolidation of the democratic project in Brazil might be attained through the acceptance of the Participatory Democracy in its supplementary relationship with the instruments of representation. This work analyzes the importance of popular participation in the management and in the control of public resources, emphasizing its virtues as well as its existing limits. This paper researches on historical aspects arising from the Iberian culture, whose main political consequences derive from the assimilation of the patrimonial, clientele and authoritarian vices into the Brazilian scenery. It also analyses the current anachronism of the instruments used by the representative democracy, which is permeated by the interference of economic power, the power of the media on the voters, the weakness of political parties, and the lack of synchrony between the expectations of those represented and the performance of their representatives. For that reason, it is proven that social control is still fragile. Seeking a link between theory and practice, this dissertation pondered the (in) effectiveness of democratic control in the contemporary experience of the participatory democracy. This analysis departs from an approach to the health theme on the limits and potentialities of the work carried out by the Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. A practical study about social control is conducted through a critical analysis of the specific factors that may contribute to the qualification of the Brazilian democratic project, hoping to lead our country to another level of political and social development and to build a more just and egalitarian society.

Keywords: Social Control, State Board of Health, Participatory Democracy, Representative Democracy, Popular Participation.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Relação de entrevistas efetuadas com conselheiros do CES/RS.....72

QUADRO 2 - Pesquisa objetiva aplicada no Conselho Estadual de Saúde/RS.....92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Interadas de Saúde
CES/RS	Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
CIB	Comissão Interinstitucional Bipartite
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNBB	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FEESSERS	Federação Estadual dos Servidores da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
FETAG	Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul
FRACAB	Federação Riograndense de Associações Comunitárias e Moradores de Bairros
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
OP	Orçamento Participativo
ONGs	Organizações Não Governamentais
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINDSEPE	Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do RS
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2. DOS ENTRAVES POLÍTICOS AO (DES)VELAMENTO DO CONTROLE DEMOCRÁTICO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA	17
2.1 A herança burocrática, o patrimonialismo e outros males: os legados da colonização portuguesa	17
2.2 A crise política do estado brasileiro: o anacronismo da democracia representativa	26
2.3. Da insuficiência dos controles clássicos da Administração Pública à emergência do controle social.....	37
2.4. A Democracia Participativa: complementaridade entre a representação e a participação popular	47
3. (IN) EFETIVIDADE DO CONTROLE SOCIAL? UMA ABORDAGEM SOBRE OS LIMITES E POTENCIALIDADES DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL	61
3.1 A Constituição Federal, saúde e a participação popular	61
3.2 Conselho Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: constituição, organização e funcionamento	65
3.3 A (in)efetividade do controle social no âmbito do CES/RS: limites e potencialidades	71
3.3.1. Os procedimentos previstos formalmente e as condições reais.....	73
3.3.2. Controle social e transparência pública	75
3.3.3. Composição do Conselho e a relação com a sociedade.....	78
3.3.4 A paridade na composição do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul é apenas formal?	84
3.3.5 O controle social como processo de educação popular versus os limites técnicos	86
3.3.6. O caráter deliberativo do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.....	89
3.3.7 A efetividade do cumprimento das atribuições do CES/RS	92
3.3.8 Com a introdução do controle social na gestão da saúde do Rio Grande do Sul superou-se a histórica cultura política patrimonialista dos gestores?	99
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICE	123

1 INTRODUÇÃO

A Administração Pública no Brasil enfrenta inúmeros desafios no que se refere ao atendimento das complexas demandas da sociedade. Em que pese os avanços alcançados na última década no combate a miséria e exclusão de parcelas significativas de brasileiros, ainda estamos distantes de uma equiparação a países desenvolvidos.

De outro modo, a capacidade financeira do Estado não possibilita o amplo atendimento de todos os pleitos sociais, mesmo estes sendo plenamente razoáveis. A balança entre necessidade e possibilidade de atendimento é extremamente desigual. Tem-se assim no Brasil uma histórica dívida social, corriqueira nos países cuja colonização foi marcada pela exploração desmedida, desembocando em diferenças abissais entre os mais ricos e os mais pobres.

Destarte, a excelência na gestão dos recursos públicos constitui-se em condição de possibilidade para o enfrentamento de tamanho desafio na busca por uma sociedade mais justa e igualitária. Não é possível que, seja pela má administração dos recursos por parte de governantes incompetentes e desqualificados, seja por esquemas de corrupção, escurram os recursos que faltam, por exemplo, para a melhoria do sistema de saúde ou da qualidade da educação pública do país.

Assim, o debate sobre a necessidade de formalizarem-se estruturas de controle sobre o aparato estatal adquire relevância estratégica. O sistema de controle brasileiro é operacionalizado por meio de várias redes de monitoramento, numa perspectiva de controle de um poder constituído sobre o outro.

Entretanto, em que pese às justificativas que motivaram o sistema de controle concebido para impedir as práticas supracitadas, este, edificou-se sobre os mesmos pilares sobre os quais se fundou o Estado brasileiro, ou seja, com problemas similares.

A estrutura organizacional da Administração Pública brasileira constitui-se, desde sua formação, por herança da colonização ibérica, eivada de características autoritárias, patrimonialistas, e clientelistas. Tais defeitos constituem um ambiente propício para a supremacia

dos interesses privados sobre os interesses públicos. E não só isto, a corrupção instala-se como um fenômeno ‘natural’ aos assuntos ligados a política e a gestão da máquina estatal. Estes vícios, contaminaram a cultura política do país. Assim, o arranjo institucional de controle, nos moldes exclusivamente tradicionais, cujo principal pressuposto de legitimidade é protagonizado pela democracia representativa, não saiu ileso, demonstrando-se anacrônico. Mostrava-se necessário, portanto a qualificação deste sistema.

Em que pese as Constituições no transcorrer da trajetória de formação do Estado brasileiro exporem uma limitada atenção ao tema do controle da legalidade dos atos do administrador público, este só veio a figurar de forma estrutural, a partir da Constituição de 1988.

Na Constituição Federal do país promulgada no fim da década de oitenta, não só os controles clássicos são afirmados e reafirmados, mas, sob o imperativo dos marcos da consolidação da democracia brasileira, enfocou-se o controle social como um pressuposto do Estado Democrático de Direito.

Configura-se neste momento o nascedouro da democracia participativa em ‘*terrae brasilis*’. Esta afirmação é confirmada pelo art. 1º, parágrafo único da CF/88: “*Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos desta Constituição*”.

A partir do marco constitucional referido, o controle social adquire formal e juridicamente status de protagonista na esfera pública. Assim, **apresenta-se o tema geral deste trabalho de dissertação, qual seja, o controle democrático da Administração Pública. A delimitação eleita se refere à análise da (in)efetividade na abordagem de uma experiência concreta de controle social: o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.**

Os objetivos do presente estudo podem ser identificados a partir de três aspectos. O primeiro refere-se ao estudo dos aspectos históricos da colonização portuguesa e suas consequências políticas. O segundo, objetivo constitui-se de um lado na busca pela identificação das principais características que permeiam a crise da democracia representativa, e, por outro lado o estudo da democracia participativa. O terceiro objetivo, numa articulação entre a teoria e a

prática, é verificar numa experiência concreta de controle social, a (in)efetividade da participação popular.

Destarte, no que se refere à estruturação do presente estudo, para uma melhor análise da problemática objeto da pesquisa, optou-se por dividi-lo em duas partes. No primeiro capítulo, trata-se das bases sobre as quais edificou-se a Administração Pública brasileira e conseqüentemente o sistema de controle. A herança portuguesa e os vícios decorrentes desta centralização serão objetos de estudo, relacionando-se com os fenômenos atuais do chamado 'jeitinho brasileiro' e dos episódios corriqueiros de corrupção que impregnam a máquina pública.

Também, analisa-se devido ao papel central que desempenha no atual sistema de controle, a democracia representativa. O sistema de freios e contrapesos por meio do qual os poderes se auto controlam encontra seu principal pressuposto de legitimidade na delegação efetuada pelo povo aos seus representantes.

Os defensores da exclusividade da democracia representativa têm extrema dificuldade de explicar, frente às inúmeras promessas propagadas, a dessintonia entre as demandas dos cidadãos e a ação dos governantes. Cotidianamente observa-se a descrença popular diante da política e em decorrência das instituições que operam a partir do pressuposto da delegação de poder popular. Ao largo de todo o sistema de controle da Administração Pública, vivencia-se uma crise ética do Estado.

Deste modo, compreender os entraves do sistema representativo torna-se fundamental na medida em que se defende a exclusividade do caminho democrático para a qualificação da gestão da Administração Pública. Assim, busca-se investigar a crise do modelo de democracia representativa do Estado brasileiro, e as conseqüentes implicações na tentativa de construção de um novo paradigma democrático para o Brasil.

E por fim, analisa-se a insuficiência da exclusividade dos tradicionais mecanismos de acompanhamento da gestão pública e a necessária complementaridade do controle social. Os controles clássicos apresentam-se anacrônicos diante de um Estado que se agiganta no seu papel de provedor de políticas públicas.

Neste contexto, insere-se uma nova perspectiva de conceber o emergente pluralismo político, bem como o direito à participação e controle dos poderes que constituem o Estado. Desvela-se então a democracia participativa. O desafio de tornar o controle social um exercício permanente, cotidiano, para além da participação nos episódios eleitorais, constitui-se numa exigência do presente contexto.

Qualificar a democracia, a partir de uma perspectiva não apenas formal, mas substancial numa conjuntura de crise política, de vícios históricos que distanciam sociedade e Estado, e que principalmente, estabelece uma relação utilitarista entre representantes e representados, não é empreitada simples. Assim, evidencia-se a necessidade de analisar esta forma de democracia, que combina o instituto da representação, com instrumentos da democracia direta.

No segundo capítulo verifica-se o controle democrático da Administração Pública em uma experiência concreta. A participação popular no setor da saúde é um comando previsto na Constituição Federal de 1988. A partir das Leis 8.192/90 e 10.097/94 desencadeou-se no país a implantação dos Conselhos de Saúde nas três unidades políticas da nação: união, estados e municípios.

Neste sentido, por meio da análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande de Sul, analisam-se os procedimentos de funcionamento prático deste instrumento de controle social, bem como seus limites e potencialidades. A luta pela democratização do controle das políticas públicas de saúde, iniciou-se décadas antes da Constituição de 1988. Entretanto, é a partir deste marco constitucional que se edifica uma das experiências mais consolidadas de controle social existentes na atual conjuntura.

Assim, em que pese o recente período histórico no qual foi implementado, já é possível por meio de uma análise substantiva, estabelecer os principais obstáculos para a consolidação da atuação deste método de participação da sociedade no acompanhamento da gestão dos recursos públicos da saúde.

A opção pelo Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul permite uma análise mais densa sobre o controle social da Administração Pública do que um Conselho Municipal, uma vez que, por um lado no âmbito estadual interage-se com uma complexa rede de movimentos sociais,

populares e sindicais, bem como com fortes entidades representativas dos profissionais da saúde. Também, o segmento dos prestadores de serviços apresentam uma consolidada organização. Por outro lado, o montante de recursos abarcados na elaboração do orçamento estadual da saúde é bastante significativo, considerando a obrigatoriedade de investimento 12 % do Orçamento geral do Estado.

Além disto, o CES/RS foi um dos primeiros conselhos estaduais de saúde a se formar no Brasil, constituindo-se numa experiência pioneira que serviu de modelo para outros estados do país.

Para a elaboração da presente dissertação utiliza-se o *método fenomenológico-hermenêutico*¹, a partir da constatação e da compreensão do fenômeno da participação popular, lançando uma nova proposta à democracia hegemônica e aos controles clássicos da Administração Pública.

Quanto ao *procedimento*, optou-se pelo *método monográfico*, uma vez que não se almejou um estudo enciclopédico, um manual, mas um estudo direcionado a uma temática bem delimitada e específica, o que proporcionou mais segurança à elaboração da pesquisa.

Quanto as *técnicas de pesquisas* utilizadas optou-se por: a) da *pesquisa bibliográfica*: a pesquisa a ser desenvolvida respalda-se no estudo e análise de vasta pesquisa bibliográfica, utilizando-se da doutrina existente acerca da temática proposta, periódicos e doutrina, além dos meios ‘virtuais’, sem prejuízo das demais análises de materiais que não se incluem no perfil desse tipo de pesquisa. Importante ressaltar que não se elegeu uma matriz teórica única, utilizando-se de um referencial teórico plural; b) da *pesquisa documental*: no que se refere ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, adotar-se-á a técnica de análise documental por meio do Regimento Interno do CES/RS, legislação pertinente ao controle social da Saúde, Atas e Resoluções das Plenárias do CES/RS, e c) *pesquisa de campo*: valer-se-á do método de entrevistas estruturadas, de amostragem aleatória, dos conselheiros titulares e suplentes do

¹ O “método fenomenológico” aplicado ao Direito vem sendo desenvolvido no PPGD da UNISINOS, especialmente na obra *Hermenêutica Jurídica e(m) Crise*, de Lênio Luiz Streck.

Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, assim como da observação *'in loco'* de suas respectivas plenárias.

2. DOS ENTRAVES POLÍTICOS AO (DES)VELAMENTO DO CONTROLE DEMOCRÁTICO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

2.1 A herança burocrática, o patrimonialismo e outros males: os legados da colonização portuguesa

A estrutura de controle da Administração Pública encontra-se eivada dos mesmos obstáculos e vícios que permeiam a política, a democracia e o próprio aparato estatal. Assim, torna-se premissa, ao se propor analisar “o controle”, investigar os pilares sobre os quais se estruturou a Administração Pública no Brasil.

Do período Colonial até os dias atuais, passando pela consolidação da independência, pela instauração da República, pelo ciclo democrático inaugurado com a Constituição de 1946, pelo regime militar de 1964-1985 e pela transição para a Nova República, em termos de estrutura administrativa, concepção de organização funcional e patrimonial, e caráter hierárquico, legalista e burocrata, o Brasil não experimentou grandes mudanças paradigmáticas.

Conforme Schwartzman, o Brasil nunca teve uma nobreza digna deste nome, a Igreja foi quase sempre submissa ao poder civil, os ricos geralmente dependeram dos favores do Estado e os pobres de sua magnanimidade. Não se trata de afirmar que, no Brasil, o Estado é tudo e a sociedade nada. O que se trata é de entender os padrões de relacionamento entre Estado e sociedade. Deve-se compreender que o Brasil tem se caracterizado, no transcorrer dos séculos, por uma burocracia estatal pesada, todo-poderosa, mas ineficiente e pouco ágil, e por uma sociedade acovardada, submetida, mas, por isso mesmo, fugidia e frequentemente rebelde².

A estrutura organizacional da Administração Pública brasileira segue, da gênese da nação, o mesmo veio da política nacional – do autoritarismo, do patrimonialismo³ e do funcionalismo –

² SCHWARTZMAN, Simon. **Bases do autoritarismo brasileiro**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1988, p. 14.

³ O termo “patrimonialismo” – um conceito fundamental na sociologia de Max Weber – é usado para se referir a formas de dominação política em que não existem divisões nítidas entre as esferas de atividade pública e privada.

revelador do acentuado grau de centralização política vigente desde que os colonizadores portugueses trouxeram as noções de administração operantes na Península Ibérica⁴.

Segundo Baquero, com a instituição do capitalismo surgiu um Estado de natureza patrimonial⁵, cuja estrutura estamental⁶ gerou uma elite dissociada da nação: o patronato político brasileiro, o qual atua levando em conta os interesses particulares do estamento burocrático ou dos “donos do poder”. O sistema patrimonial coloca os empregados em uma rede patriarcal na qual eles representam a extensão da casa do soberano.

Fala-se de patrimonialismo⁷ ou neopatrimonialismo quando, apesar da existência de procedimentos poliárquicos⁸, continuou-se a instaurar políticas que privilegiam as minorias

Weber *apud* Schwartzman. SCHWARTZMAN, Simon. **Bases do autoritarismo brasileiro**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1988, p. 57.

⁴Para Kelles, atrelado ao histórico aparelhamento autoritário, o Estado burocrático foi se hipertrofiando ao longo da história brasileira, criando raízes e se tornando um modelo de gerenciamento altamente ineficaz. Esse modelo já revelava insuficiência funcional e inadequação ao modelo federativo, principalmente em face da extensão territorial. KELLES, Márcio Ferreira. **Controle da Administração pública democrática: Tribunal de Contas no controle da LRF**. Belo Horizonte: Fórum, 2007, p.175.

⁵ Ainda segundo o referido autor, o patrimonialismo, cuja legitimidade se assenta no tradicionalismo, floresce em uma estrutura social e política que concentra o poder de uma minoria capaz de controlar e estabelecer padrões de conduta a uma maioria que tem uma permanência secular na História do Brasil. O patrimonialismo, típico do Império brasileiro, se caracteriza pela utilização da propriedade pública para fins privados, em que ocorre uma indistinção total entre o Estado patrimonial e a família patriarcal. BAQUERO, Marcello. Obstáculos formais à democracia social. Poliarquia, cultura política e capital social no Brasil. In: GONZÁLEZ, Rodrigo Stumpf. **Perspectivas sobre participação e democracia no Brasil**. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007. p. 58. Já para Costa, não existe separação precisa entre as esferas econômica e política na sociedade, e a busca de poder político não pode ser interpretada como decorrente de interesses autônomos e articulados. Ao contrário, tal busca se submete à lógica do controle direto de uma fonte substancial de riqueza em si: o próprio aparelho estatal. COSTA, Sílvio. **Concepções e formação do estado brasileiro**. São Paulo: Garibaldi, 1999. p. 66.

⁶ Conforme Faoro, a elite das democracias não pode se consolidar num estrato privilegiado, mutável nas pessoas, mas fechado estruturalmente. As instituições normativamente operantes trituram suas veleidades autonomizadoras, veleidades sempre discerníveis na burocracia. No patrimonialismo, no momento da emergência das classes, procuram estas nacionalizar o poder, para apropriá-lo, para que se dilua na elite. O conflito está presente nesse tipo de estrutura, sobretudo quando posta em convívio com o capitalismo industrial, por pressão externa e por efeito de expansionismo internacional deste. A elite política do patrimonialismo é o estamento, extrato social com efetivo comando político, em uma ordem de conteúdo aristocrático. FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 11. ed. São Paulo: Globo, 1995. vol. 2. p. 267.

⁷ Idem, *Ibidem*, p. 59-60. As dimensões histórico-estruturais, como o patrimonialismo, o clientelismo e o personalismo, geram uma assimetria temporal na qual não há uma compatibilidade entre a democracia e as atitudes dos cidadãos, que se orientam muito mais por motivações subjetivas e emocionais. Situações como esta possibilitam o surgimento do que se tem chamado de teoria do desgoverno (SÁNCHEZ-PARGA, 2001, p. 21), na qual a governabilidade serve apenas para tornar “governable el desgobierno”, fruto das políticas neoliberais que incidem diretamente em três dimensões: (1) a exclusão e o empobrecimento de vastos setores da população; (2) a corrupção institucional; e (3) a violência.

⁸ Dahl defende que a Poliarquia é um regime alternativo e que viabiliza a democracia, porque representa a soma das diversas minorias e garante o espaço para a contestação pública e para a participação. Tratar-se-ia, então, da transformação das estruturas legítimas em estruturas adequadas à competição política. DAHL, Robert. **Poliarquia: participação e oposição**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de São Paulo, 2005. p. 29.

influentes, concede-se imunidade a quem atua ou atuou em detrimento do desenvolvimento do país e se institucionaliza uma política de que é “dando que se recebe”.

O patrimonialismo brasileiro se expressa, de acordo com Holanda, por meio da “cordialidade”. O homem cordial é aquele que vê o público como uma extensão do privado, ou seja, vê no Estado uma ampliação do círculo familiar, uma “evolução” da noção de família⁹.

Com isso, o homem cordial estabelece uma relação de similitude entre a gestão pública e a gestão de seus interesses particulares. E é assim que, ao gerir o público, volta-se constantemente – senão precipuamente – ao atendimento dos seus interesses particulares e/ou daqueles que ocupam posições privilegiadas dentro de seu círculo “familiar”, ao arrepio dos interesses objetivos que constituem a noção de “interesse público”.

Essa cultura está impregnada na política do país. Os gestores públicos não atuam como mandatários do poder popular e sob o controle deste. Ao contrário, desenvolvem práticas que indicam uma relação de “proprietários” dos bens e recursos públicos. A consequência é vista no descrédito que a sociedade revela ao analisar a política brasileira.

Para Faoro, “a comunidade política conduz, comanda, supervisiona os negócios, como negócios privados seus, na origem, como negócios públicos depois, em linhas que se demarcam gradualmente¹⁰”. Dessa conduta advém a cultura patrimonialista.

Na monarquia patrimonial portuguesa, o rei, senhor de toda a riqueza, seja ela territorial ou comercial, dirige a economia nacional como se fosse coisa sua – extensão da casa do soberano¹¹. Nesse sentido, Costa explica que a ambiguidade desse tipo de dominação patrimonial

⁹ HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p. 141. Segundo Holanda, “não existe, entre o círculo familiar e o Estado, uma gradação, mas antes uma descontinuidade e até uma oposição. [...] Só pela transgressão da ordem doméstica e familiar é que nasce o Estado e que o simples indivíduo se faz cidadão, contribuinte, eleitor, elegível, recrutável e responsável, ante as leis da Cidade. Há nesse fato um triunfo do geral sobre o particular, do intelectual sobre o material, do abstrato sobre o corpóreo e não uma depuração sucessiva, uma espiritualização de formas mais naturais e rudimentares, uma procissão de duas hipóteses, para falar como na filosofia Alexandrina. A ordem familiar, em sua forma pura, é abolida por uma transcendência”.

¹⁰ FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político**. 11ª ed. São Paulo: Globo, 1995. vol. 2. p. 735.

¹¹ Para Faoro (1995, p. 65), a diferença entre as colonizações inglesa e portuguesa nas Américas decorreria, portanto, da distinta constituição da instituição estatal em cada uma delas. Em Portugal, temos o Estado patrimonial, estamental e centralizador; na Inglaterra, ao contrário, o Estado repele tais características, refletindo o jogo de interesses da sociedade. O primeiro apoia o esforço concentrado necessário às aventuras do capitalismo comercial, e o segundo favorece a livre iniciativa dos interesses sociais que caracteriza o capitalismo industrial.

reside no fato de que a mesma, por um lado, contribui para a estabilização e a flexibilização da economia, de modo a permitir uma notável expansão do capitalismo de tipo comercial, e, por outro, impede o lançamento das bases racionais do capitalismo industrial¹².

A existência de estruturas oligárquicas e da personalização do poder, o mandonismo e a falsificação do voto, e a desorganização dos serviços públicos locais são características do sistema coronelista. Os coronéis faziam favores pessoais de toda ordem, desde conseguir emprego até escrever cartas e recibos. Levavam os eleitores para votar em seus candidatos (voto de cabresto), e, em troca, o governo estatal disponibilizava dinheiro, empregos e favores em geral.

Se o coronelismo declinou significativamente em virtude da crescente industrialização, do aumento do eleitorado urbano, da expansão dos meios de comunicação e dos meios de transporte, a estrutura agrária manteve-se intacta¹³.

Essas relações expressam a histórica atuação autoritária imposta à sociedade brasileira. Do Brasil Colônia aos cinzentos anos da ditadura militar, compõem-se as fragilidades da atuação protagonista de uma cidadania ativa, politizada e ciente de seu papel na formação do Estado democrático de direito.

Conforme Schwartzman, o autoritarismo brasileiro, cujas bases se erguem a partir da própria formação inicial do Brasil como colônia portuguesa, e que evolui e se transforma ao longo de nossa história, não constitui em um traço congênito e insuperável de nossa nacionalidade, mas é certamente um condicionante poderoso em relação a nosso presente e futuro como país¹⁴.

¹² COSTA, 1999, p. 65.

¹³ FAORO, 1995, p. 61.

¹⁴ De acordo com Schwartzman (1988, p. 26), “a complexidade das questões envolvidas nesta discussão deve ser suficiente para deixar claro que, na realidade, o termo ‘autoritarismo’ é pouco mais do que uma expressão de conveniência que utilizamos para nos referir a uma história cheia de contradições e contra-exemplos, onde, no entanto, um certo padrão parece predominar: o de um Estado hipertrofiado, burocratizado e ineficiente, ligado simbioticamente a uma sociedade debilitada, dependente e alienada. É da superação deste padrão histórico e de suas conseqüências que depende nosso futuro”.

Apesar de ser fruto do período em que a sociedade brasileira ainda era essencialmente rural, tal característica não foi suplantada com o processo de urbanização do país, iniciado a partir da declaração da Independência¹⁵. A aristocracia rural e seus descendentes apropriaram-se, a partir da formação dos centros urbanos, dos cargos relativos à “vida” nas cidades, transportando a mentalidade e os preconceitos da primitiva condição. Com isso, todo o aparato administrativo do país, mesmo durante o período republicano, é formado por elementos intrinsecamente relacionados ao velho sistema senhorial do período imperial.

Em tais circunstâncias, o clientelismo¹⁶ surge como decorrência do coronelismo. Esse fenômeno é mais amplo e atravessa toda a história política do país. É um tipo de relação que envolve a concessão de benefícios públicos entre atores políticos. O emprego público irá adquirir importância como fonte de renda nas relações clientelistas.

O clientelismo e o corporativismo constituem uma gramática personalista, baseada nas relações pessoais com padrões institucionalizados de poder político. Para Holanda, as relações pessoais e hierárquicas foram cruciais para a obtenção de favores políticos, transformando as instituições do Estado em mecanismos ou instrumentos de troca de favores¹⁷.

Com a institucionalização da racionalidade burocrática de normas baseadas em relações impessoais, o universalismo de procedimentos e o insulamento burocrático acabam funcionando como medidas de proteção contra o abuso do poder do Estado e se apresentam como alternativas à prática já sedimentada no cotidiano brasileiro. Entretanto, percebe-se a herança do personalismo em diversas terminologias regularmente utilizadas, tais como “você sabe com quem está falando¹⁸” ou o famoso “jeitinho brasileiro¹⁹”.

¹⁵ Conforme Holanda, 2007, p. 82.

¹⁶ Idem, ibidem, p. 62. Conforme Holanda, o clientelismo é definido como um sistema de intercâmbios generalizados e pessoais, caracterizado por situações que implicam combinações de desigualdade e assimetria de poder. A desigualdade desempenha um papel-chave na sobrevivência, tanto de patrões quanto de clientes, e gera uma série de laços pessoais entre eles, que vão desde o simples compadrio até a proteção e lealdade política.

¹⁷ Idem, ibidem, p.62.

¹⁸ Segundo Matta, o “sabe com quem está falando?” tem inúmeras variantes: “Quem você pensa que é?”, “Onde você pensa que está?”, “Recolha-se a sua insignificância!”, “Mais amor e menos confiança”, “Vê se te enxerga!” “Você não conhece o seu lugar?”, “Veja se me respeita!”, etc. (MATTÁ, Roberto da. **Carnavais, malandros e heróis**: para uma sociologia do dilema brasileiro. 6ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.)

¹⁹ A expressão ‘jeitinho brasileiro’ é utilizada por Matta para descrever a “atitude” dos brasileiros frente a determinadas situações que se aproximam de práticas de corrupção na esfera privada. Para o autor, a verdade é que a invocação da relação pessoal, da regionalidade, do gosto, da religião e de outros fatores externos àquela situação poderá provocar uma resolução satisfatória ou menos injusta. Essa é a forma típica do “jeitinho”, e há pessoas

Nesse sentido, Almeida, a partir da Pesquisa Social Brasileira (PESB)²⁰, foi a campo²¹ buscar empiricamente testar afirmações²² de um Brasil *hierárquico, familista, patrimonialista que aprova tanto o “jeitinho” quanto um amplo leque de comportamentos similares*. Porém, como ressalta o autor, uma qualificação importante precisa ser feita. O país não é monolítico, é uma sociedade dividida entre o arcaico e o moderno²³.

Os dados da referida pesquisa apontam para as seguintes afirmações: as pessoas de escolaridade mais alta tendem a ser menos hierárquicas do que as de escolaridade mais baixa, assim como menos patrimonialistas, ao passo que condenam o chamado “jeitinho brasileiro” de forma mais contundente.

A tolerância, por exemplo, do brasileiro com essa simpática expressão explica por que a corrupção não é simplesmente a obra perversa de políticos e governantes. Em um cenário em que se buscou aferir a diferença entre favor-jeitinho-corrupção, constatou-se a dificuldade dos brasileiros em estabelecer e concordar a respeito de critérios universais sobre o que é certo e o que é errado.

Nesse sentido, para Almeida, os níveis de corrupção estão relacionados à aceitação social do jeitinho. Os dados trabalhados, segundo o autor, são muito claros e permitem concluir que a corrupção não é um fenômeno circunscrito a uma elite política perversa e sem ética, mas revela valores fortemente arraigados na população brasileira²⁴. Questiona o autor, “*a elite política, todos*

especialistas nela. Uma de suas primeiras regras é não usar o argumento igualmente autoritário, o que também pode ocorrer, mas que leva a um reforço da má vontade do funcionário. De fato, quando se deseja utilizar o argumento (ou melhor, contra-argumento) da autoridade contra o funcionário, estamos diante do “sabe com quem está falando?”. Aqui, ao contrário do jeitinho e quase como o seu simétrico inverso, não se busca uma igualdade simpática ou uma relação contínua com o atente da lei que está por trás do balcão. Mas, isso sim, busca-se uma hierarquização inapelável entre o usuário e o atendente. MATTA, Roberto da. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

²⁰ O Banco de dados da PESB está depositado na USP, no Consórcio de Informações Sociais com acesso livre ao público – CIS. Disponível em: <<http://www.nadd.prp.usp.br/cis>>.

²¹ A PESB fez 2.363 entrevistas, entre 18 de julho e 5 de outubro de 2002. Na elaboração da amostra, foram utilizados os dados da contagem de 1996 do IBGE e a divisão político-administrativa brasileira (cinco regiões, 26 estados mais o Distrito Federal e 5.507 municípios, e, desses, 27 foram considerados autorrepresentativos (as capitais dos estados), e 75, não autorrepresentativos.

²² Basicamente, as afirmações testadas são construções teóricas do antropólogo Roberto da Matta.

²³ ALMEIDA, Alberto Carlos. **A cabeça do brasileiro**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2007, p. 275.

²⁴ Algumas notícias de Jornais recuperadas na obra **A cabeça do brasileiro**, 2007, p. 46:

- **Dono admite que barco estava superlotado:** proprietário de embarcação que naufragou em Belém matando 23 pessoas se entrega à polícia; comandante está foragido. O Globo, 20/12/2002, p.19.

sabemos, emerge da população, pelo voto, mas também tem que prestar contas a ela. Que tipo de pressão sofre um político eleito em grande parte por pessoas que formam aqueles 17% que consideram correto usar um cargo público em seu próprio benefício?²⁵

Patrimonialismo e corrupção são ideias afins, e isso significa que quanto mais alguém acha correto e defende valores patrimonialistas, mais tenderá a ser tolerante com a corrupção e métodos correlatos. Essas práticas são mais toleradas, conforme Almeida, entre pessoas de escolaridade mais baixa. Também, constatou-se que a população do Nordeste convive melhor com a corrupção do que os habitantes da região Sul e que os mais velhos ficam menos indignados do que os mais jovens em relação aos escândalos de corrupção²⁶.

Nesse contexto, ao contrário das décadas de 40 e 50 (quando a base patrimonial e a família patriarcal eram responsáveis pela apropriação da coisa pública), os partidos políticos são elementos-chave na apropriação de cargos baseados em uma racionalidade burocrática²⁷.

A corrupção na política pode ser tomada como a principal consequência da relação simbiótica entre o patrimonialismo e o clientelismo. A forma privatística de gestão do *público* que marca historicamente o campo político brasileiro baseia-se precipuamente nas relações pessoais de cordialidade estabelecidas entre aqueles que detêm em suas mãos o monopólio do poder e nas relações de troca de favores entre estes e a população alçada à condição de “clientes”. No Brasil, a corrupção é decorrente principalmente das relações pessoais estabelecidas entre os integrantes da burocracia do Estado.

-
- **Estatal não pode ser moeda de troca política:** presidente da BR Distribuidora diz que dinheiro do órgão já foi usado para bancar campanhas eleitorais. O Globo, 15/12/2002, p.13.
 - **Passe livre para a Fraude.** Falsos estudantes viajam de graça com uniformes e cadernetas vendidos em camelôs. O Globo, 24/12/2002.
 - **Um terço das empresas admite ser corruptora.** Pesquisa feita por ONG e por consultoria mostra ainda que 48% das firmas entrevistadas receberam pedidos de propina. O Globo, 22/11/2002, p.10.
 - **Traficante acusado de financiar quadrilha de 20 policiais é preso.** Anderson Negão disse que entregava a PMs metade de seu faturamento. O Globo, 10/12/2002, p.24.

²⁵ ALMEIDA, Alberto Carlos. **A cabeça do brasileiro**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2007, p. 109.

²⁶ Idem, *ibidem*, p.109.

²⁷ Conforme Baquero, é esse hibridismo que, em parte, justifica o caráter permanente da representação hierárquica e autoritária na política brasileira. Pode-se afirmar que, com a institucionalização da política partidária, organizou-se um sistema político pautado em relações clientelistas em que as províncias solicitavam apoio material ao Estado em troca de apoio eleitoral. BAQUERO, Marcello. Obstáculos formais à democracia social. Poliarquia, cultura Política e Capital social no Brasil. In: GONZÁLEZ, Rodrigo Stumpf. **Perspectivas sobre participação e democracia no Brasil**. Editora Unijuí. Ijuí, 2007, p. 60.

Nesse sentido, podem ser situados os empecilhos para promover a introdução de mecanismos de controle da Administração Pública. Para Kelles, a herança burocrática sempre foi refratária à discussão por agentes externos à estrutura administrativa, porque a máquina burocrática fechada em si mesma não permite acesso aos excluídos da estrutura social e também porque a organização social, fundada no grande capital industrial e financeiro, aliado do Poder Público, nunca cedeu espaço de participação aos diversos segmentos sociais não contemplados na estrutura de poder²⁸.

Ainda, segundo o autor, a burocracia incrustada na máquina pública possui um pernicioso componente de cooptação com o poder e entre os Poderes. Nosso sistema de controle político de um Poder sobre o outro oculta uma prática secular de não ingerência que só se presta para uma recíproca vista grossa²⁹. O controle sobre as contas dos Poderes constituídos é, geralmente, apenas ritualístico e não adentra as diuturnas denúncias de irregularidades anunciadas pela mídia.

Assim, pode-se perceber que a nossa herança colonial e autoritária constitui-se em uma poderosa barreira para a implementação de um verdadeiro projeto democrático. O discurso sobre democracia, participação popular e controle social sempre foi utilizado como mera retórica populista, jamais como um sentimento de nação que busca sua afirmação por meio de um inequívoco processo de abarcamento dos diversos atores sociais, norte precípua da inclusão social.

E não há como pensar em um novo paradigma democrático a partir dos indicadores sociais brasileiros. Conforme os indicadores do PNUD e IPEA³⁰, em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano, que avalia a qualidade de vida de um país, o Brasil está na 63ª posição – índice de 0,792 – em um universo de 177 países pesquisados, o que nos coloca atrás de Sri Lanka, Albânia, Colômbia, Jamaica, Venezuela, México, Trinidad e Tobago, Argentina, Uruguai e Chile.

O país é a oitava nação com maior desigualdade social do planeta com 59,3 pontos, uma colocação inferior apenas à verificada na Guatemala, em Botsuana, Suazilândia, Lesoto,

²⁸ KELLES, Márcio Ferreira. **Controle da Administração pública democrática**: Tribunal de Contas no controle da LRF. Belo Horizonte: Fórum, 2007, p. 22.

²⁹ Idem, ibidem, p. 180.

³⁰ Idem, ibidem. p. 192

República Centro-Africana, Serra Leoa e Namíbia, este último com 70,7 pontos³¹. O elevado déficit social é fator impeditivo de acesso ao espaço público. Hoje, dos 122 milhões de eleitores brasileiros aptos a votar, 8 milhões são analfabetos, 21 milhões são analfabetos funcionais e 42 milhões não completaram o ensino fundamental; ou seja, 70% do eleitorado brasileiro não tiveram acesso à educação fundamental, formando uma legião de excluídos pelo Estado, um autêntico apartheid social³².

A herança explicitada, somada ao quadro social apresentado, acaba por desencadear um processo eivado de empecilhos à consolidação do controle social no país. Ao mesmo tempo em que crescem as pressões para que o desenvolvimento econômico do país seja ladeado pelo desenvolvimento social, compreende-se que quanto mais a sociedade apresentar índices sociais que revelam um baixo grau de condições de exercício real de cidadania, mais se perpetuam as práticas clientelistas e patrimonialistas expressas anteriormente.

Destarte, vislumbra-se que as condições de possibilidade de superação desse padrão histórico passam necessariamente por uma auto-superação da sociedade. Ou seja, enquanto esta não assumir um papel protagonista na condução dos rumos da Administração Pública, não ocorrerão mudanças significativas no modelo vigente.

Dessa forma, um dos principais instrumentos dos cidadãos constitui-se no sufrágio universal. Ainda que de forma não exclusiva, o fato de o Brasil ser uma República, com eleições periódicas para todos os níveis da Administração Pública, seja no executivo, seja no legislativo, revela a possibilidade de tornar possíveis mudanças estruturais a partir da via democrática, uma vez que processos revolucionários não estão na pauta da sociedade brasileira do século XXI.

Desse modo, compreender os entraves do sistema representativo torna-se fundamental na medida em que se defende a exclusividade do caminho democrático para a qualificação da gestão da Administração Pública. Assim, buscar-se-á, a seguir, investigar a crise do modelo de democracia representativa do Estado brasileiro e as conseqüentes implicações na tentativa de construção de um novo paradigma democrático para o Brasil.

³¹ Idem, ibidem, p. 193

³² Idem, ibidem, p. 194.

2.2 A crise política do Estado brasileiro: o anacronismo da democracia representativa

Entre os fundamentos que consolidaram a atual visão de controle da Administração Pública, destaca-se o papel destinado à democracia representativa. O sistema de freios e contrapesos por meio do qual os poderes se autocontrolam encontra seu pressuposto de legitimidade na delegação efetuada pelo povo aos seus representantes. Faz-se, então, necessário analisar alguns aspectos da crise da democracia representativa³³.

No Estado Liberal³⁴, a fórmula política dominante de democracia, consolidada desde meados do século XVIII, é a democracia representativa. Essa democracia apresentou-se como um avanço crucial no pós-Estado absolutista, a partir da premissa de que em nome da “vontade geral dos representados”, dos “interesses coletivos dos representados” os representantes operam e exercem o poder político. Nesse contexto, o homem, mais precisamente, a igualdade entre os homens, passa a ser o centro da legitimidade estatal.

Se, à primeira vista, saúda-se a democracia representativa como uma das principais invenções do Estado Moderno, sendo um sistema logicamente articulado e promissor, pois, diante da impossibilidade logística (dado o quantitativo populacional) de definição direta das decisões, a sociedade elege por sufrágio eleitoral universal, quem são as pessoas que irão representá-la e, mais, qual o programa que estes representantes devem executar. Essas premissas são um prelúdio das promessas propagadas pela democracia representativa.

³³ Para Bobbio, a democracia moderna, nascida como democracia representativa em contraposição à democracia dos antigos, deveria ser caracterizada pela representação política; isto é, por uma forma de representação na qual o representante, sendo chamado a perseguir os interesses da nação, não pode estar sujeito a um mandato vinculado. O princípio sobre o qual se funda a representação política é a antítese exata do princípio sobre o qual se funda a representação de interesses particulares do representado. Esse está sujeito a um mandato vinculado. BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira - 10ªed. São Paulo: Paz e Terra, 2006, p. 36.

³⁴ Idem, ibidem, p. 33. Conforme Bobbio, o Estado liberal é o pressuposto, não só histórico, mas jurídico do Estado democrático. Estado liberal e Estado democrático são interdependentes em dois modos: na direção que vai do liberalismo à democracia, no sentido de que são necessárias certas liberdades para o exercício correto do poder democrático, e na direção oposta que vai da democracia ao liberalismo, no sentido de que é necessário o poder democrático para garantir a existência e a persistência das liberdades fundamentais. Em outras palavras, é pouco provável que um Estado não liberal possa assegurar um correto funcionamento da democracia, e, de outra parte, é pouco provável que um Estado não democrático seja capaz de garantir as liberdades fundamentais. A prova histórica dessa interdependência está no fato de que Estado liberal e Estado democrático, quando caem, caem juntos.

Bobbio relaciona seis promessas³⁵ feitas em nome da democracia, dentre as muitas expectativas e compromissos não cumpridos pelos regimes democráticos modernos. Enumeram-se três: a primeira promessa descumprida é a de que os regimes democráticos seriam monoliticamente unitários, cujo centro exclusivo de poder estaria concentrado no Estado, sem a existência de quaisquer “corpos intermediários” que pudessem interpor-se entre aquele e os cidadãos individualmente considerados. A segunda promessa não cumprida é a de que o mandato popular conferido aos representantes políticos da nação não seria vinculado, mas essencialmente político, quer dizer livre, no sentido de que o eleito, a partir de sua investidura, deixaria de representar o eleitor para transformar-se no legítimo representante dos “interesses gerais” da nação. A terceira promessa igualmente esquecida pela prática democrática diz respeito à indesejável persistência das oligarquias nas democracias contemporâneas.

Em que pese a democracia representativa apresentar-se como o principal pressuposto de legitimidade do poder político exercido pelos governantes, percebe-se que outros atores exercem forte pressão nas decisões de relevância pública. Podem ser aqui citados: o sistema financeiro, os meios de comunicação, bem como os interesses de grupos oriundos da elite oligárquica brasileira. Como os partidos políticos apresentam uma visível fragilidade programática, torna-se difícil definir um programa político que traduza posteriormente o real exercício do poder.

Em *terrae brasilis*³⁶, como bem analisa Bonavides, o regime representativo no Brasil, havendo dominado quatro Repúblicas e mais de um século, “não eliminou as oligarquias, não transferiu ao povo o comando e a direção dos negócios públicos, não fortaleceu nem legitimou nem tampouco fez genuína a presença dos partidos no exercício do poder. Ao contrário, tornou mais ásperas e agudas as contradições partidárias em matéria de participação governativa eficaz”³⁷.

A retomada do processo democrático no Brasil é saudada sem hesitação. No entanto, as eleições, exclusivamente, não garantem a qualidade da democracia. Faz-se necessário que a

³⁵ De acordo com BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira - 10ªed. São Paulo: Paz e Terra, 2006, p. 34-45.

³⁶ Conforme Souza Cruz, “a questão da democracia representativa continua ainda a ser um desafio no Brasil, uma vez que os partidos políticos jamais conseguiram expressar uma linha ideológica clara para o eleitorado, o que faz com que uma reforma política que possa depurar tal situação seja mais do que premente”. SOUZA CRUZ, Álvaro Ricardo de. **Habermas e o Direito Brasileiro**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2006, p. 111.

³⁷ Para tanto ver: BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. São Paulo: Malheiros Editores, 2003, p. 65.

sociedade produza novos mecanismos qualificadores do projeto democrático, buscando a emancipação social e política de milhares de brasileiros excluídos, não de direito, mas de fato da arena decisória dos rumos do país.

Segundo Kelles, nossa modernidade tardia, ainda sem suficiente lastro histórico a validar os valores democráticos comprometidos com os ideais republicanos, tem dificultado a percepção da maneira como as camadas sociais podem e devem se integrar nessa explosão por reconhecimento formal de cidadania³⁸.

Visto que o sufrágio é universal e obrigatório, acaba-se por constatar que a participação se reduz a uma perspectiva formal. Ou seja, não há na prática um exercício substantivo democrático. Conforme Baquero, várias razões têm sido examinadas para explicar a instabilidade política³⁹ e os baixos níveis de legitimidade dos governos em países como o Brasil, que vão desde: (1) uma tradição autoritária; (2) a incapacidade das instituições convencionais em agregar e mediar os interesses entre o Estado e a sociedade de maneira eficiente e eficaz; (3) os elevados índices de corrupção que corroem os princípios democráticos; e, como resultado, (4) diminui a confiança das pessoas no processo democrático.

Nesse último fator, a falta de confiança alimenta a percepção dos cidadãos de que inexistem alternativas significativas ao sistema vigente, o qual reduz a confiança ainda mais. Ao mesmo tempo, sem confiança, as políticas públicas dos governos são vistas como formas de manipulação para ganhar eleições. Assim, a governabilidade e a legitimidade dos governos tornam-se cada vez mais difíceis.

Diante da homogeneização da política, as classes privilegiadas da sociedade, cujos representantes, aliás, têm o acesso facilitado aos meios de comunicação, participam dos processos eleitorais de uma forma muito mais favorável. Somado a essa análise, o custo financeiro de uma candidatura constitui-se em um processo seletivo e excludente, visto que as prestações de contas dos candidatos expressam valores astronômicos e a cada pleito maiores, sendo uma verdadeira raridade constatar-se o êxito eleitoral de um indivíduo alçado das classes populares.

³⁸ Conforme Kelles, 2007, p. 132.

³⁹ BAQUERO, Marcello. Obstáculos formais à democracia social. Poliarquia, cultura Política e Capital social no Brasil. In: GONZÁLEZ, Rodrigo Stumpf. **Perspectivas sobre participação e democracia no Brasil**. Editora Unijuí: Ijuí, 2007.

A origem desses recursos, muitas vezes, revela uma escusa relação entre o representante eleito e os financiadores de sua campanha. Exemplifica-se a partir dos fatos corriqueiros noticiados na imprensa nacional sobre escândalos envolvendo fraudes a licitações públicas, justamente no privilégio ilícito daquelas empresas que financiaram determinado grupo político ora na gestão de determinado órgão público⁴⁰. Assim, um dos critérios para a eleição não é a plataforma política que representa, mas sim as relações que constitui do ponto de vista econômico. Desse modo, poder econômico e corrupção caminham de braços dados.

Diante da corrupção, os eleitores podem se recusar a reeleger certos políticos como representantes das suas próprias escolhas, mas estão sempre na dependência de um conjunto muito limitado de candidatos alternativos e só podem se basear em suposições sobre as escolhas que eles, por sua vez, poderão fazer. Ou seja, a esfera de ação do povo, diante do mau uso dos recursos públicos, em que pesem os diversos instrumentos formalmente constituídos, é limitada.

Nesse sentido, Hirst alerta que, no máximo, o eleitorado⁴¹ rejeita aqueles políticos que a seu ver fracassaram, mas sua escolha de alternativas está sempre limitada a um número muito restrito de organizações. “Uma eleição não é a pura expressão da vontade do povo, mas uma escolha entre um pequeno conjunto de organizações, isto é, os partidos políticos⁴².”

O autor prossegue sua análise afirmando que a democracia representativa tem a virtude limitada de permitir que alguns dos principais responsáveis pela tomada de decisão e pela iniciativa política no Estado sejam trocados periodicamente ou ameaçados com essa troca⁴³. Isso

⁴⁰ Na conjuntura estadual, um dos episódios mais recentes atingiu o Departamento Estadual de Trânsito (Detran), autarquia, do Estado do Rio Grande do Sul. Integrantes da antiga e da atual cúpula do Departamento Estadual de Trânsito (Detran) foram presos pela Polícia Federal (PF) em Porto Alegre, suspeitos de envolvimento em um esquema que teria desviado R\$ 40 milhões dos cofres do Estado nos últimos quatro anos. Conforme a PF, a fraude teve início quando o Detran contratou a Fundação de Apoio Universitário (FATEC), ligada à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), para realizar as provas dos candidatos a obter ou renovar a habilitação. Ilegalmente, a FATEC teria terceirizado a elaboração dos testes para três empresas e um escritório de advocacia. Estes, por sua vez, estariam superfaturando os contratos. TREZZI, Humberto. Fraude no Detran é de R\$ 40 milhões. **Zero Hora**, Porto Alegre, 07 nov. 2007. Disponível em: <http://www.clicrbs.com.br/zerohora/jsp/default2.jsp?uf=1&local=1&source=a1670486.xml&template=3898.dwt&edition=8750§ion=807>>. Acesso em: 4 abr. 2010.

⁴¹ Segundo o entendimento elaborado por Lipovetsky, “nas democracias hipermodernas, predomina o eleitor ‘tático’, que mantém distância e autonomia individualista diante dos partidos que ganham os votos. O momento é da identidade política refletida e desinstitucionalizada”. LIPOVETSKY, Gilles. **A sociedade da decepção**. São Paulo: Manole, 2007, p. 40.

⁴² HIRST, Paul. **A Democracia representativa e seus Limites**. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 1995, p. 34.

⁴³ Idem, *ibidem*, p. 39.

não deveria ser superestimado como forma de controle.

Entretanto, é instigante perceber que políticos envolvidos em escândalos de corrupção na gestão de recursos públicos são reconduzidos a novos mandatos. Em que pese à traição da confiança popular, que lhe conferiu a prerrogativa de conduzir os assuntos inerentes aos interesses públicos, pelo voto, retornam à condição de ordenadores de despesas, secretários, deputados, senadores.

Neste sentido, com o propósito de impedir que políticos com condenação na Justiça possam concorrer às eleições, surgiu a Lei Complementar nº 135, de 4 de junho de 2010, originada de um projeto de lei de iniciativa popular que reuniu 1,9 milhão de assinaturas. Com certeza, iniciativas como esta qualificam o processo democrático, excluindo do cenário político pessoas que não apresentam os requisitos éticos necessários para o exercício de funções públicas.

No entanto, a lei gerou polemica por deixar dúvida quanto a sua validade para as eleições de 2010. Vários candidatos barrados pela lei da Ficha Limpa entraram na justiça para terem o direito a se candidatar alegando que a lei seria inconstitucional ou que ela não poderia valer para aquele ano já que existe uma outra lei contrária a que alterações no processo eleitoral no mesmo ano das eleições. A decisão ainda está pendente no STF⁴⁴.

Nosso sistema atual dispõe os líderes dos partidos no topo de uma máquina administrativa hierárquica; embora sua capacidade de controle e de supervisão seja limitada; eles podem propor políticas por um período de vários anos e forçar a aprovação de algumas delas. A democracia representativa permite o governo de um partido legitimado pelo voto popular, mas esse voto pode “representar” as escolhas de uma minoria do eleitorado ativo.

⁴⁴ O STF atualmente conta com apenas dez ministros, pois o Ministro Eros Roberto Grau aposentou-se voluntariamente em 02/08/2010 e o cargo ainda não foi preenchido. Estando o pleno do tribunal com um número par de ministros e tendo a votação empatado em 5 a 5 surgiu a dúvida de qual resultado declarar. Depois de intensa argumentação dos ministros, Cesar Peluso, o presidente do STF, optou por suspender o julgamento sem a proclamação do resultado. Ricardo Lewandowski, Carmem Lúcia, Joaquim Barbosa, Ellen Gracie e Carlos Ayres Britto (relator do caso) propõem que seja mantida a decisão do TSE, ou seja, que se aplique a Lei Ficha Limpa já neste ano. Já, Antônio Dias Toffoli, Gilmar Mendes e Marco Aurélio sugerem que o tribunal aguarde a nomeação de um novo ministro, para que então o tribunal decida usando o voto do recém-nomeado como voto de Minerva; ou então que tal voto seja dado pelo presidente do Supremo.

Esse quadro, conforme Lipovetsky, acarreta um aumento significativo do abstencionismo. *“A recusa de lançar mão da arma do voto, por vezes, denuncia um descontentamento latente, uma decepção entranhada, uma desconfiança indefinida, algo que caminha em sentido contrário às vias traçadas pelos candidatos ou pela contenda política”*⁴⁵.

De qualquer modo, essas elevadas taxas de abstenção concorrem para aumentar a crise da representatividade democrática.

Outro elemento que merece destaque é o poder dos meios de comunicação nos resultados eleitorais. Em uma sociedade massificada⁴⁶, as mensagens emanadas da imprensa são absorvidas de tal forma que acabam tornando-se imperativas para a construção do senso comum. Dessa forma, investem-se exacerbados recursos na estratégia de marketing das campanhas eleitorais, pois é sabido o poder que esta exerce na escolha do eleitor⁴⁷.

No caso brasileiro, por exemplo, especula-se que os partidos políticos acabem norteando suas coligações, na busca por mais tempo no espaço eleitoral gratuito⁴⁸, uma vez que este é

⁴⁵ Ao se analisar os índices de abstenção no processo eleitoral francês uma sociedade doente de desemprego e desorientada diante da ruína dos projetos políticos estruturantes, só se pode esperar ceticismo, distanciamento dos cidadãos em relação à coisa pública, a decadência da militância partidária. Muitos cidadãos não se importam com a vida política, não estão interessados nas plataformas dos partidos e não confiam em nenhum candidato para governar o país. De cada dez franceses, seis se consideram “um pouco” ou “nem um pouco” interessados pela política; na faixa dos 18 aos 29, mais de 70% tem essa opinião. Filmes, jogos de futebol conseguem índices de audiência claramente maiores do que as emissões de teor político. No momento atual, tem muito mais repercussão o fato de a França não ganhar a Copa do Mundo do que os resultados de uma eleição. Há pelo menos vinte anos a despolitização toma vulto, englobando até mesmo os que acabaram de concluir o curso universitário, depois de longos estudos. LIPOVETSKY, Gilles. **A sociedade da decepção**. São Paulo: Manole, 2007, p. 38.

⁴⁶ São estreitos os vínculos que unem a opinião pública à sociedade de massa, em particular à sociedade midiática, uma sociedade dominada por meios de comunicação que reproduzem e, com isso, forjam uma cultura global pasteurizada, propondo e atingindo a moldagem de uma opinião pública sob medida, controlada, domesticada, infantilizada, incapaz, muitas vezes, de contrapor interesses próprios a interesses alheios, patrocinados como se próprios fossem. BOLZAN DE MORAIS, José de Luis e STRECK, Lênio Luiz. **Ciência Política & Teoria do Estado**. 6ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 192.

⁴⁷ De acordo com Amaral, esse novo papel dos meios de comunicação na sociedade de massa – construir ou reconstruir a realidade – completa o sonho consumista: em síntese e em resumo, a comunicação de massa, a informação, a notícia, como a política, é apenas mais um bem de consumo – um sabonete, um sapato, uma marca de cigarro, um refrigerante, a casa própria, a marca de cerveja – matizado pelo neoliberalismo, isto é, pela apropriação desigual dos bens de consumo, de bens simbólicos e de cidadania. AMARAL, Roberto. A Democracia Representativa está Morta; viva a Democracia Participativa. In: **Direito Constitucional: estudos em homenagem a Paulo Bonavides**. São Paulo: Malheiros, 2003, p. 23.

⁴⁸ Por determinação da Lei 11.300/06 (mini reforma eleitoral), a divisão de dois terços do tempo da propaganda eleitoral gratuita das eleições municipais de 2008 foi de acordo com o número de deputados federais eleitos em 2006. Até o último pleito, a divisão levava em conta a representação de cada partido na Câmara dos Deputados quando do início da legislatura em curso, considerando o número de deputados que tomaram posse naquela data. Essa regra e as

definido pelo número de representantes do partido na Câmara dos Deputados. Aqui, também, o que menos importa é a compatibilidade ideológica dos partidos. Essa constatação também implica diretamente no enfraquecimento das siglas partidárias. A partir dessa degradação do sistema eleitoral, é difícil identificarmos o recorte programático dos partidos políticos do Brasil, seja pelas coligações que efetuam, seja pelo já habitual troca-troca de partidos efetuados pelos eleitos.

Assim torna-se urgente a realização de uma expressiva reforma política⁴⁹ no sistema eleitoral brasileiro. Para Lipovetsky, “enquanto a intensidade da identificação partidária se mostra *em baixa, a subjetivação da identidade política avança. Esse evidente retrocesso do poder de influência dos partidos e das ideologias messiânicas é diretamente proporcional ao crescimento do contingente de eleitores que não seguem a doutrina de nenhum partido*”.⁵⁰

Destarte, percebe-se que o desvanecimento do poder representante do cidadão, limitado na escolha do mandatário, e a liberdade do mandatário agindo sem vínculo com a representação agravam a crise da democracia representativa. Amaral profere uma instigante crítica ao sistema ao alertar que por interferência do poder econômico, sem raiz na vontade popular, mas na esteira de práticas como a compra de votos, campanhas milionárias que se expressam, por exemplo, na disputa entre marqueteiros que transformam o eleitor em consumidor, utilizando todos os instrumentos do mercado para venderem o seu “produto”, constituem-se governantes sem legitimidade real, fraturando a democracia e a representação popular⁵¹.

demais que disciplinam a propaganda eleitoral gratuita estão na Resolução 22.718/08 do Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

⁴⁹ Na reforma política que está em discussão na Câmara dos Deputados do Brasil, destaca-se o Projeto de Lei 1210/07, do deputado Regis de Oliveira (PSC-SP), que substitui mais de 100 propostas que tratavam da reforma política e foram rejeitadas pelo Plenário. A proposta estabelece, entre outras medidas, voto em lista fechada, financiamento público de campanha, cláusula de barreira e proibição de coligação nas eleições proporcionais (para vereador e deputado). Por acordo de líderes, cada ponto da reforma política está sendo votado separadamente, a começar pelas listas preordenadas. Assuntos tratados pelo Projeto de Lei 1210/07: listas preordenadas, financiamento público de Federação partidária, cláusula de barreira, fidelidade partidária, filiação partidária, entre outros.

⁵⁰ LIPOVETSKY, 2007, p. 40.

⁵¹ AMARAL, Roberto. A Democracia Representativa está Morta; viva a Democracia Participativa. In: GRAU, Eros e GUERRA FILHO, Willis Santiago (coord.). **Direito Constitucional**: estudos em homenagem a Paulo Bonavides. São Paulo: Malheiros, 2003. p. 44. Para Amaral, o fracasso da democracia representativa, sendo o fracasso de toda a teoria da soberania popular, donde a ilegitimidade do poder que nela se assenta, também está exposto na falência da separação dos Poderes. A teoria tripartite dos Poderes, separados e harmônicos entre si, é, segundo o autor, “uma burla em face da efetiva ditadura dos Executivos e nas Federações, da União sobre os Estados”. O regime representativo no Brasil, como observa Bonavides, havendo dominado quatro Repúblicas e mais de um século, “não eliminou as oligarquias, não transferiu ao povo o comando e a direção dos negócios públicos, não fortaleceu nem legitimou nem tampouco fez genuína a presença dos partidos no exercício do poder. Ao contrário, tornou mais

Neste contexto, grande parte da população, adota posturas não ideológicas. Nesse vazio em que se encontra boa parte dos cidadãos, são as relações nacionais que se materializam com força, manipulando os indivíduos atomizados. Na avaliação de Baquero, “as necessidades mais básicas dos cidadãos são resolvidas impessoalmente, por agências burocráticas, frias e distantes. A informação que o cidadão obtém se dá pelos meios de comunicação de massa, sem que haja uma filtragem da realidade”⁵².

Mesmo as entidades representantes, organizadas em federações ou confederações, são manipuladas pelos interesses do Estado. A autonomia da organização sindical e popular é um tema um tanto complexo e que não tem sido devidamente atendido.

Nesse sentido, sem a existência de uma estrutura intermediária eficiente (partidos), pressuposto essencial do funcionamento da democracia representativa, não há como proteger os cidadãos da manipulação por parte das elites e dos grupos economicamente mais fortes. Sem essa estrutura de intermediação, o sistema político se torna inerentemente instável, pois não tem uma base sólida que lhe dê sustentação. Os partidos não têm seguidores leais, os representantes não sabem a quem representar, as instituições são comandadas por líderes carismáticos, as eleições são dominadas pela paixão e pela demagogia, e o eleitor não tem controle sobre quem votou. Inclusive, na maioria dos casos, o eleitor não lembra sequer em quem votou. É óbvio que a construção da cultura política participativa ou cívica é pouco provável⁵³.

A consequência direta dessas constatações, conforme Baquero, é que a cidadania acaba comprometida⁵⁴. O comportamento político em uma sociedade com essas particularidades é

ásperas e agudas as contradições partidárias em matéria de participação governativa eficaz. Do mesmo passo fez, também, do poder pessoal, da hegemonia executiva e da rede de interesses poderosos e privilegiados, a essência de toda uma política guiada no interesse próprio de minorias refratárias à prevalência da vontade social e sem respaldo de opinião junto das camadas majoritárias da Sociedade”. Trata-se, pois, de um princípio – o instituto representativo, tal o conhecemos no Brasil – incuravelmente eivado de ilegitimidade. Está a sua história republicana reforçando a exclusão social, a exclusão política, a exclusão econômica, a sotoposição das massas por minorias cada vez menores e mais poderosas. Para o autor, nessa “democracia” representativa, o povo é bibelô, mero arabesco, destinado a compor a decoração barroca dos preâmbulos constitucionais, gravados para a retórica populista (2003, p. 20 e 31).

⁵² Conforme Baquero, 2007, p. 67.

⁵³ Idem, *ibidem*, p. 68.

⁵⁴ Nesse sentido, Sarlet resume que a Crise do Estado trouxe, dentre outros reflexos: a) a intensificação do processo de exclusão da cidadania, notadamente no seio das classes menos favorecidas, fenômeno este ligado diretamente ao aumento dos níveis de desemprego e subemprego; b) redução e até mesmo supressão dos direitos sociais prestacionais básicos (saúde, educação, previdência e assistência social), corte ou, pelo menos, a “flexibilização do direito dos trabalhadores”;⁵⁴ c) ausência ou precariedade dos instrumentos jurídicos e de instâncias sociais (as mantidas ou supervisionadas pelo Estado), capazes de controlar o processo, resolvendo litígios dele decorrentes, e

influenciado por quatro elementos: (1) A mobilização política dos cidadãos é mínima. Não existe uma tradição de participação. O resultado é o crescente distanciamento do cidadão da política; (2) O comportamento é imediatista e os eleitores atuam emocionalmente. O modo de manifestação é direto e sem mediações pelas instituições políticas; (3) O comportamento é altamente instável, mesclando um alto ativismo com apatia, uma mescla de ressentimento com impotência; (4) São indivíduos menos vinculados a estruturas de mediação os que são mais atraídos pelos movimentos de massa.

Outro aspecto fundamental na análise da crise da democracia representativa são as condições sociais do povo brasileiro. A democracia representativa pressupõe cidadãos iguais e livres na decisão soberana de seu voto. Santos argumenta que ao declarar não políticas as distinções de nascimento, classe social, educação e ocupação, o Estado capitalista permite que elas operem livremente na sociedade, intocadas pelo princípio da igualdade da cidadania política, que, por essa razão, é meramente formal⁵⁵.

As sociedades que não discutem os seus fundamentos de validade acabam reforçando a vontade dos elitistas, uma vez que para estes a apatia política é desejável, pois diminui a pressão sobre o sistema político. Acreditam que o excesso de participação pode gerar “explosão” ou “sobrecarga” de demandas e ingovernabilidade.

Identifica-se que uma das maiores dificuldades em democracias de baixa intensidade como a nossa é exatamente a de conscientizar a população acerca dos valores republicanos e despertar o sentimento de que as ações do Estado devem estar dirigidas ao povo e que esse deve se apropriar daquelas. Conforme Kelles, *“quando uma sociedade não percebe que as ações estatais são dirigidas a ela é porque há uma interseção ou ruído entre o discurso e/ou ações e o real desejo dos diversos segmentos sociais”*⁵⁶.

manter o equilíbrio social, agravando o problema de falta de efetividade dos direitos fundamentais e da própria ordem jurídica estatal. SARLET, Ingo Wolfgang. Constituição e proporcionalidade: O Direito Penal e os Direitos Fundamentais entre proibição de excesso e de insuficiência. *Revista da AJURIS*, Rio Grande do Sul, Ano XXXII, n. 98, p. 112, jun. 2005.

⁵⁵ Conforme SANTOS, Boaventura de Souza. **Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade**. 9ª ed. Porto: Editora Cortez, 2003. p. 241.

⁵⁶ Kelles, 2005, p.132.

Destarte, torna-se latente a constatação de que a existência de procedimentos democráticos formais não é suficiente para sanar os graves déficits sociais que o país enfrenta. Tornou-se imperativo pensar em formas mais amplas de envolvimento dos cidadãos na política, além da mera seleção de candidatos para cargos públicos. A ênfase que se tem dado às regras e aos procedimentos tem causado uma distorção sobre o papel que os cidadãos deveriam exercer na construção democrática do país.

Assim, na atual quadra da história, as elites dominantes, diante da impossibilidade de segregar o voto popular, procedem, como já se referiu anteriormente, a uma intensa deturpação do processo por meio da interferência do poder econômico, da manipulação da opinião pública pelos meios de comunicação, utilizando-se de partidos políticos fragilizados⁵⁷. Um conjunto de características assegurara as condições políticas para a continuidade das elites dominantes no poder e a consequente exclusão do povo das decisões sobre os rumos do Estado.

Esse quadro levou os conservadores à conclusão de que a democracia é utópica, porque na prática encontra obstáculos intransponíveis, emaranhando-se em conflitos insuperáveis. O povo, julgado incapaz de uma participação consciente, deveria ser afastado das decisões, ficando estas a cargo de indivíduos mais preparados, capazes de escolher racionalmente o que mais convém ao povo.

A liberdade considerada um mal, porque é fonte de abusos, devendo, portanto, ser restringida, a bem da ordem e da paz social. A igualdade, por sua vez, não poderia ser aceita, pois os governantes, que sabem mais do que o povo e trabalham para ele, devem gozar de todos os privilégios como reconhecimento por seus méritos e dedicação.

Entretanto, mesmo com os imensos desafios que se apresentam à consolidação do projeto democrático no Brasil, defende-se que não existe outro caminho a não ser a luta cotidiana pela sua qualificação. Os “problemas” da democracia só serão solucionados com mais democracia.

⁵⁷Diante dos quadros de enfraquecimento do espaço público⁵⁷ da política e da sua economicização, constata-se, ao menos tendencialmente, o desaparecimento de alternativas reais de escolha, posto que se estabelece um estereótipo de desdiferenciação de propostas, de desidentificação de candidaturas, conduzindo o cidadão a um processo de apatia política diante da percepção da total desnecessidade dos próprios instrumentos de escolha dos representantes. BOLZAN DE MORAIS, José de Luis e STRECK, Lênio Luiz. **Ciência Política & Teoria do Estado**. 6ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 157

Assim, se, por um lado, a análise até o momento empreendida poderia conduzir a uma visão extremamente cética do futuro da democracia, opta-se por outro caminho. De acordo com Silva, “do ponto de vista do sujeito, a crise já é o prenúncio de que o espírito humano prepara-se para superá-la, na medida em que rompe com o imobilismo provocado pela ilusão dogmática⁵⁸”. Ou seja, na esteira da crise, podem ser encontradas as condições, não só para superá-la, mas para alçar a democracia, em outro patamar, ainda não concebido no Brasil.

Compreende-se que as insuficiências da democracia representativa não invalidam a necessidade de um novo projeto emancipatório que incorpore eleições periódicas e universais, com regras justas e previsíveis, mas obriga a pensar também em novas e criativas formas de influir e controlar o poder, para torná-lo sempre mais democrático⁵⁹.

Em outras palavras, esses fatos não tornam a democracia representativa menos importante, nem apontam para um tipo de regime político autoritário ou ditatorial, mesmo que estes se apresentem como “defensores” dos interesses da população e dos trabalhadores. Ainda que insuficiente para responder exclusivamente pelo sistema de controle da Administração Pública, a democracia representativa é necessária.

Assim, urge a necessidade de se qualificar a democracia, conciliando e agregando os instrumentos de participação popular aos da representação. É nesse ambiente que se apresenta a democracia participativa como um mecanismo para aperfeiçoar o controle democrático da Administração Pública.

⁵⁸SILVA, Ovídio B. da. Democracia Moderna e Processo Civil. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel e WATANABE, Kazuo (coords.). **Participação e Processo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988, p. 99.

⁵⁹Segundo GENRO, Tarso e SOUZA, Ubiratan de. **Orçamento Participativo: A experiência de Porto Alegre**. 2ª ed. São Paulo: Perseu Abramo, 1997, p. 17 e 18.

2.3. Da insuficiência dos controles clássicos da Administração Pública à emergência do controle social

Na esteira da edificação do Estado Moderno e sob a doutrina de Montesquieu da organização dos poderes⁶⁰, constituiu-se o discurso sobre a necessidade de se formalizarem estruturas de controle sobre o aparato estatal. A teoria dos “freios e contrapesos” consiste no propagado método de recíproco controle efetuado sobre esses poderes.

Dromi reforça a ideia de que existe uma importante razão jurídica e política que pressupõe o controle em todas as instâncias de qualquer ato da Administração Pública. Segundo ele, *“el control se impone como deber irreversible, irrenunciable e intransferible para asegurar la legalidad de la actividad estatal. Sin control no hay responsabilidad. No puede haber responsabilidad pública sin fiscalización eficaz de los actos del Estado”*⁶¹.

A própria Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, já continha, no art. 15, o seguinte preceito: “A sociedade tem o direito de pedir conta, a todo atente, quanto à sua administração”. Esse comando está eivado do significado do controle incidente sobre todas as atividades da Administração Pública.

No Brasil, com suporte na análise empreendida no primeiro capítulo, verifica-se que, pelo fato de a estrutura funcional da máquina administrativa funcionar a séculos com a chancela da burocracia, estabeleceu-se um ambiente extremamente desfavorável no que concerne ao sistema de controle, quer no plano funcional ou protocolar, quer no plano social ou democrático.

⁶⁰ Na obra *Espírito das Leis*, Livro XI, capítulo VI – Da constituição da Inglaterra, Montesquieu desenvolve a teoria da separação e do controle recíproco entre os poderes, ainda que não se refira diretamente à expressão “separação de poderes” (2009, p. 165-175). Nas suas palavras, “quando em uma só pessoa, ou em um mesmo corpo de magistratura, o poder legislativo está reunido ao poder executivo, não pode existir liberdade, pois se poderá temer que o mesmo monarca ou o mesmo senado criem leis tirânicas para executá-las. Também não haverá liberdade se o poder de julgar não estiver separado do poder legislativo e do executivo. Se o poder executivo estiver unido ao poder legislativo, o poder sobre a vida e a liberdade dos cidadãos seria arbitrário, pois o juiz seria o legislador. E se estiver ligado ao poder executivo, o juiz poderia ter a força de um opressor. Tudo então estaria perdido se o mesmo homem, ou o mesmo corpo dos principais, ou o dos nobres, ou o do povo, exercesse estes três poderes: criar as leis, o de executar as resoluções públicas e o de julgar os crimes e a querelas dos particulares”. MONTESQUIEU. **Do Espírito das Leis**. Tradução: Jean Melville. São Paulo: Martin Claret, 2009. p. 166.

⁶¹DROMI, Roberto. **Derecho Administrativo**. Buenos Aires: Ediciones Ciudad Argentina, 1997. p. 743.

A desdiferenciação entre público e privado, o patrimonialismo e a burocracia são marcas presentes, não só nas estruturas da Administração Pública, como também na insuficiência do próprio arranjo institucional do controle brasileiro⁶². Também, constatou-se que o pressuposto de legitimidade do sistema de controle, a democracia representativa, atravessa uma crise estrutural, não respondendo as complexas exigências da contemporaneidade.

Apesar de as Constituições, ao longo da história da formação do Estado brasileiro, revelarem algum tipo de preocupação com o controle da legalidade dos atos do administrador público, este só veio a figurar de forma estrutural a partir da Constituição de 1988. Nesse momento, não só os controles clássicos são afirmados e reafirmados, mas, sob a égide de se constituir nos marcos da consolidação da democracia brasileira, a Carta Magna enfoca o controle social como um pressuposto do Estado Democrático de Direito. Essa afirmação é confirmada pelo art. 1º, parágrafo único da CF/88: *“Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos desta Constituição”*.

O sistema de controle brasileiro⁶³ é operacionalizado por meio de várias redes de monitoramento. Entre as principais⁶⁴, destacam-se: controle interno ou autocontrole, realizado

⁶² A **Administração Patrimonialista**, com um típico regime autoritário, era marcada pelo poder nas mãos de poucos. Os cargos e o dinheiro público eram utilizados como patrimônio particular dos governantes, não havendo diferenciação entre a coisa pública e os bens e direitos particulares, originando daí a corrupção, o nepotismo e o abuso de poder. A **Administração Pública Burocrática** surgiu na primeira metade do século XX e se baseava na racionalidade, por meio da criação e cumprimento das leis, como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista. No entanto, esse modelo de administração criou formalidades excessivas na máquina estatal, voltando-se apenas para a otimização dos meios, desvirtuando-se ao longo do tempo dos resultados, ou seja, de sua missão principal: servir ao interesse público. A **administração pública gerencial** teve início na segunda metade do século XX e surgiu como resposta à evolução econômica e social do estado, diante da globalização e do desenvolvimento tecnológico. Esse modelo de Administração Pública constitui uma evolução na história da Administração Pública, por focar aspectos de eficiência e eficácia, da necessidade de redução do custo da máquina pública e aumento da qualidade dos serviços públicos (INSTITUTO LEGISLATIVO BRASILEIRO, Curso de Desenvolvimento gerencial, 2006). A modernização do sistema de controle veio juntamente com a norma que regulamenta a administração gerencial, especificadamente pelo Decreto-Lei 200/67, que introduziu o controle, preocupando-se não só com o aspecto formal, mas com o acompanhamento da gestão da administração.

⁶³ Não é objeto deste trabalho investigar as diferentes tipologias e classificações dos controles clássicos do aparato estatal. Porém cumpre lembrar as espécies de controle. Há diversos critérios para classificar as modalidades de controle. Quanto ao órgão que o exerce, o controle pode ser administrativo, legislativo ou judicial. Quanto ao momento em que se efetua, pode ser prévio, concomitante ou posterior. Ainda pode ser classificado como interno ou externo, consoante decorra de órgão integrante ou não da própria estrutura em que se insere o órgão controlado. Por último, ainda pode ser controle de legalidade ou de mérito, conforme o aspecto da atividade administrativa a ser controlada.

⁶⁴ Dromi introduz uma forma peculiar de classificação dos controles: horizontais e verticais. Ao se levar em conta a situação dos órgãos que atuam em função do controle, as técnicas podem ser horizontais e verticais. Segundo o autor, “los controles horizontales comprenden la vinculación que guardan los órganos entre sí, en igualdad de situación. Los controles verticales son los derivados de una vinculación jerárquica, tanto política como administrativa, y

pela própria autoridade administrativa; controle pelo Poder Legislativo ou controle político; controle pelo Poder Judiciário ou controle jurisdicional; controle externo pelo Tribunal de Contas e auxílio ao Poder Legislativo.

Também se sobressai o controle efetuado pelo Ministério Público; o controle constitucional da democracia semidireta: plebiscito e referendo; o controle processual: ação popular, ação civil pública, mandado de segurança individual e coletivo, hábeas data, mandado de injunção e defesa do consumidor de serviços públicos; o controle externo do Poder Judiciário e do Ministério Público, instituído pela Emenda Constitucional nº 45, de 31.12.2004, que criou o Conselho Nacional de Justiça e o Conselho Nacional do Ministério Público; e controle democrático ou social, operacionalizado pela sociedade civil.

Ao analisar os controles clássicos da Administração Pública, Kelles efetua uma contundente crítica ao Tribunal de Contas do Brasil, “*incumbido do papel constitucional de exercer o controle externo das entidades públicas no Brasil, os Tribunais de Contas têm se prestado, historicamente, ao controle formal de referidas entidades, numa dimensão meramente organicista e funcionalista*⁶⁵”. Segundo o referido autor, as ações de controle somente serão eficazes à medida que a abertura dos órgãos envolvidos no sistema de controle e monitoramento das contas públicas alcançarem um novo patamar de ação, não apenas protocolares ou formais.

Cumpre-se destacar uma instituição que desempenha importante papel no controle da Administração Pública: o Ministério Público. Em decorrência das funções que lhe foram atribuídas pelo artigo 129 da Constituição, além da tradicional tarefa de denunciar autoridades públicas por crimes no exercício de suas funções, atua como autor⁶⁶ na ação civil pública, seja para defesa de interesses difusos e coletivos, seja para repressão à improbidade administrativa. Na análise da atuação do Conselho Estadual de Saúde, será aprofundada a parceria entre esse órgão e o controle social.

comprende – entre otros-los fenómenos político-administrativos del federalismo, regionalismo, centralización, descentralización, desconcentración y delegación” (1997, p. 744).

⁶⁵ Conforme KELLES, 2007, p. 180.

⁶⁶ Embora outras entidades disponham de legitimidade ativa para a propositura da ação civil pública, a independência do Ministério Público e os instrumentos que lhe foram outorgados pelo referido dispositivo constitucional fazem dele um dos órgãos mais bem-estruturados e aptos para o controle da Administração Pública. DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 672.

Em que pesem as críticas sobre as insuficiências dos controles clássicos do aparato estatal, segundo Moreira Neto, nesse novo contexto juspolítico (Estado Democrático de Direito), a percepção que se deverá ter dos órgãos, como de resto, de quaisquer outros órgãos que passem a exercer as modernas e complexas funções de controles recíprocos das policracias contemporâneas, não será mais a resultante de uma tradicional taxionomia orgânico-funcional constitucionalmente adotada; porém, mais do que isso, a que parta de uma ampla compreensão do que esses órgãos hoje representam como bastiões dos direitos fundamentais e da democracia⁶⁷.

Ou seja, mesmo evitados de insuficiências, os controles clássicos são necessários, entretanto carecem de complementaridade. Entretanto, apesar dessa breve incursão, não se constitui objeto deste estudo o aprofundamento sobre os controles clássicos do aparelho estatal. Brilhantes administrativistas brasileiros se ocuparam de analisar a estrutura e o funcionamento do sistema formal de controle da Administração Pública.

Porém a sucessão interminável de crises políticas e econômicas, associadas a uma história de corrupção, vem demonstrando a toda evidência uma falha crônica no sistema de controle da gestão pública brasileira. Recentes escândalos⁶⁸, como o do “mensalão”⁶⁹, em nível nacional, e o desvio de mais de 40 milhões do DETRAN/RS, além de deixar atônito e desamparado o conjunto da sociedade brasileira, revelam a incapacidade do atual sistema de controle de fornecer as respostas adequadas para o monitoramento do aparelho estatal, marcado pelo gigantismo típico de uma sociedade que demanda mais e melhores serviços públicos, e de forma continuada.

Segundo Kelles, as falhas mais evidentes do atual sistema de controle estão relacionadas ao fato de a economia brasileira, com toda sua complexa rede da cadeia produtiva que envolve,

⁶⁷ MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. O parlamento e a sociedade como destinatários do trabalho dos Tribunais de Contas. In: SOUSA, Alfredo José. **O novo Tribunal de Contas: órgão protetor dos direitos fundamentais**. 2. ed. ampl. Belo Horizonte: Fórum, 2004. p. 33.

⁶⁸ Escândalos como os dos Bancos Marka e Fonte-Cindan, Banco Econômico, Nacional, PC Farias, Meridional, Fórum Trabalhista de São Paulo e Juiz Nicolau dos Santos Neto (“Lalau”), CPI do BANESTADO, CPI dos Anões do Orçamento e, mais recentemente, a CPI dos Correios são tristes exemplos de episódios de desvio de recursos públicos.

⁶⁹ Um dos maiores escândalos na história recente do Brasil resultou na prisão do governador de Brasília. O Ministério Público Federal e a Polícia Federal deflagram, em 27 de novembro, a Operação Caixa de Pandora para investigar suposta caixa 2 de campanha e distribuição de propina para o governador José Roberto Arruda, o vice Paulo Octávio e aliados. **Zero Hora**, Porto Alegre, 24 fev. 2010. Disponível em: <http://zerohora.clicrbs.com.br>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

de forma plúrima, os ciclos econômicos de produção, circulação e consumo, vir avolumando-se de forma marcante nas últimas décadas.

Além disso, o aparelho estatal, em sua dimensão administrativa, legislativa, jurisdicional e de controle, não tem acompanhado o primeiro de forma organizada, de sorte a incorporar métodos de gestão compatíveis com as exigências da contemporaneidade. O autor conclui que *“mesmo entre os setores públicos que cresceram, raros foram os que lograram êxito em uma empreitada modernizante e voltada para o atendimento das necessidades do cidadão e da relação entre a esfera pública e a esfera privada”*⁷⁰.

Torna-se evidente a fragilidade do sistema de controle da Administração Pública alicerçado restritivamente na democracia representativa e nos meios institucionais de acompanhamento da gestão pública. E os problemas, nesse contexto, tendem a proliferar, uma vez que o Estado tem ampliado o seu espectro de atuação. Neste século, em que se inauguram as políticas públicas, estas são muito mais efetivas do que em recentes períodos da nossa história.

Conforme Hirst, há problemas no atual sistema de controle do governo, que o tornam muito distante de uma “democracia adequada”, no sentido de um sistema político em que o Estado está suficientemente sujeito à influência pública e ao debate sobre as políticas públicas⁷¹.

Situa-se três áreas principais de preocupação: a primeira é a tendência da democracia representativa a se converter em “despotismo eletivo” de um governo partidário; os políticos, longe de ser uma defesa básica contra a máquina governamental, exploram ao máximo as possibilidades oferecidas por uma administração centralizada e hierárquica para tentar alcançar um pequeno número de objetivos próprios. A segunda é que a máquina estatal é tão grande que somente uma parcela insignificante das decisões é fiscalizável. A terceira é o controle das informações. Questões relevantes de interesse dos cidadãos não chegam nem perto dos legítimos detentores do poder: o povo.

O mais nefasto nesse debate sobre o controle do dinheiro público consiste no fato de que os recursos que se esvaem pelos ralos da corrupção são os mesmos que faltam para elevar nossa

⁷⁰ De acordo com Kelles, 2007, p. 182.

⁷¹ Conforme HIRST, Paul. **A Democracia representativa e seus Limites**. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 1992. p. 39.

nação a uma condição verdadeiramente soberana, composta de cidadãos emancipados política e socialmente. Educação, saúde, lazer e todas as demais garantias constitucionais, dispostas no art. 5º de nossa Magna Carta, ainda constituem-se em promessas não cumpridas. E, são justamente essas insuficiências, marcas de uma modernidade tardia, que formam um contexto de apatia da sociedade na incidência sobre o destino e controle dos gastos públicos.

Nesse sentido, o desvelamento de uma forma de controle ainda incipiente, atípico, mas extremamente necessário para a concretização do Estado Democrático de Direito⁷², adentra a arena do debate: trata-se do controle social⁷³. Anastásia lembra a importância de o controle social ou democrático ser operacionalizado não apenas nas eleições, mas, sobretudo, no exercício do mandato dos governantes. “O desafio é o de transformar a democracia em um conjunto institucional que permita o exercício continuado do controle dos governantes pelos governados, o que significa torná-la operante também nos interstícios eleitorais⁷⁴.”

A República Federativa do Brasil “(...) constitui-se em Estado democrático de direito”. O termo democrático qualifica o Estado, irradiando, por conseguinte, os valores da democracia sobre todos os seus elementos constitutivos e também sobre a própria ordem jurídica. De acordo com Santos, no Estado Democrático de Direito, é o princípio da soberania popular que impõe a participação efetiva e operante do povo na coisa pública, participação que não se exaure na simples formação das instituições representativas. Deve haver, portanto, a presença do elemento popular na formação da vontade do Estado e da Administração Pública⁷⁵.

Pode-se afirmar que o advento da Constituição de 1988 foi corolário de uma nova concepção de Administração Pública, em que a participação popular e o controle social ganham status de protagonistas na esfera pública. Conforme lembra Torres, “a cidadania ativa ou

⁷²Para Fonseca Dias, o Estado Democrático de Direito é entendido por muitos autores como uma síntese dialética dos momentos anteriores da evolução dos paradigmas de Estado. Trata-se de um conceito novo, apesar de correlacionar preceitos do paradigma do direito formal burguês do direito materializado do Estado Social (2003, p. 151).

⁷³ Em que pese os diferentes entendimentos sobre a diferenciação entre os termos ‘controle social’ e ‘participação popular’, destacando-se o do eminente Ministro do STF Carlos Ayres Britto (RDA 189, pg. 14 à 122) adota-se neste trabalho a compreensão de que o controle social é a expressão da participação popular no controle da administração pública. Ou seja, há uma relação tautológica entre referidos termos como bem define Boaventura dos Santos Souza.

⁷⁴ ANASTÁSIA, Fátima. Teoria democrática e o Novo Institucionalismo. **Cadernos de ciências sociais**, Belo Horizonte, v.8, n.2, p. 43, dez. 2002.

⁷⁵ SANTOS, Boaventura de Sousa. Democratizar a Democracia: os Caminhos da Democracia Participativa. **Col. Reinventar a Emancipação Social**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, vol.1, p. 119, 2002.,

participativa ganha status constitucional em 1988, sendo proclamada em diversos dispositivos da Constituição”⁷⁶.

O art. 1º, parágrafo único da CF/88 expressa “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição”. Destarte, não há incompatibilidade entre a democracia representativa e a participação popular. O que se afigura como possível em uma sociedade plural e marcada pelo direito à diferença é a efetivação de alguns mecanismos de democracia direta contemporânea ou semidireta.

Para Freitas, o princípio da democracia representativa não se deixa ferir, bem interpretado, pelo princípio da democracia direta. Mais: são duas faces do mesmo princípio. Ambas se completam e adensam os princípios fundadores do sistema, desde que compreendidos numa hermenêutica marcada pela circularidade dialética. [...] É certo: o princípio da democracia direta ou participativa requer maior efetividade⁷⁷.

Assim, nota-se que não há incoerência entre representação e os métodos participativos. Pelo contrário, ambas as formas de democracia constituem-se em imperativos constitucionais, devendo, portanto, ser lidas dessa perspectiva, sem se valorizar mais uma ou outra.

De acordo com Soares, a participação é “fenômeno complexo, multiface, cujo conteúdo está em construção ao longo da história. [...] O controle dos cidadãos é modo de participação popular, é expressão do poder político, o mesmo que cria normas e dá forma às instituições, não se traduzindo de modo algum em mera faculdade”⁷⁸. Ou seja, não pode o direito a participação ser entendido como uma concessão de determinado grupo ideológico ou de alguns governantes. O direito a participação é princípio constitucional.

Do mesmo modo, Ferraz assevera que o descrédito da sociedade nas fórmulas tradicionais (formais) de exercício de controle sobre o poder demonstra a necessidade de um incremento desses novos canais participativos de controle social, “*pois o robustecer do regime democrático depende de recuperação do déficit de legitimidade da ação estatal, o que é alcançado não*

⁷⁶ TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de direito constitucional, financeiro e tributário**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000. p. 100.

⁷⁷ FREITAS, Juarez. A democracia como princípio jurídico. In: FERRAZ, Luciano e MOTTA, Fabrício (coord.). **Direito Público moderno**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003. p.170.

⁷⁸ SOARES, Fabiana de Menezes. **Direito Administrativo de Participação**. Belo Horizonte: Del Rey, 1997. p. 77.

somente pela melhoria do desempenho da máquina pública, mas, sobretudo pela redefinição da relação com a sociedade, mediante a criação de canais de negociação, tornando acessíveis as informações e transparentes as ações governamentais”⁷⁹.

Se o principal pressuposto de legitimidade do sistema tradicional de controle da Administração Pública constituía-se na democracia representativa, no alvorecer deste século, não é mais suficiente isoladamente. À medida que aumenta a complexidade das relações sociais, econômicas e políticas, faz-se necessária a qualificação dos procedimentos controle. Dessa forma, defende-se o ingresso da participação popular em uma perspectiva de complementaridade com os tradicionais canais de representação.

Conforme Kelles, na formulação do relatório das Nações Unidas, na prática, tanto o Estado como o mercado são freqüentemente dominados pelas mesmas estruturas de poder. Isso sugere uma terceira noção mais pragmática: que o povo deveria controlar tanto o Estado como o mercado, que precisam trabalhar articulados, com as populações recuperando suficiente poder para exercer uma influência mais efetiva sobre ambos⁸⁰.

Destarte, ao passo que, após a abertura democrática do país, se desenvolveram novas formas de reivindicar, também, surgiram, contemporaneamente, novas formas de controle da Administração Pública, a qual passou a ser monitorada por diversos outros organismos da sociedade civil organizada. Assim, audiências públicas, ONGs, associações de bairros, movimentos sociais e sindicais passaram a ter assento nas instâncias próprias de deliberação das referidas políticas e trouxeram maior amplitude ao controle do poder público; agora, não mais sujeito apenas aos controles tradicionais.

Na Constituição Federal de 1988, alguns dos mais importantes mecanismos de controle democrático que se encontram à disposição do aparelho estatal são: o plebiscito (consulta popular sobre a adoção de uma decisão política sem caráter primariamente normativo); o referendo (consulta popular sobre um texto normativo proposto pelo Estado ou por certo número de cidadãos, podendo ser obrigatório ou facultativo); e a iniciativa popular (refere-se à legitimidade

⁷⁹FERRAZ, Luciano de Araújo. **Novos rumos para o controle da administração pública pela auditoria de gestão e eficiência administrativa**. Belo Horizonte: UFMG, 2003. p. 146.

⁸⁰ Kelles, 2007, p. 167.

constitucionalmente assegurada para que uma parcela do povo apresente ao Legislativo uma proposta de lei.

São esses instrumentos da democracia semidireta, que, diferentemente dos instrumentos de controle processual – ação popular, ação civil pública, mandado de segurança individual e coletivo, habeas data, mandado de injunção e a defesa do consumidor de serviços públicos –, são exercitados diretamente pelo povo, por meios das multifacetadas formas de participação social. Em que pese a subutilização desses mecanismos, considera-se um progresso, principalmente após sombrios anos de ditadura, que a Carta Maior do país os preveja formalmente.

Avrtizer também destaca o art. 14 da Constituição da República de 1988 que garante a iniciativa popular para processos legislativos. Por seu turno, o art. 29, sobre a organização das cidades, requer a participação de representantes de associações populares no processo de organização das cidades, e outros artigos requerem a participação das associações civis na implementação das políticas de saúde e assistência social⁸¹. A inclusão das opiniões dos diversos atores sociais na elaboração da LDO, mediante processos, como orçamento participativo, audiências públicas, conferências e conselhos municipais, apontando prioridades, apresentando e disputando reivindicações, são os maiores exemplos dessa nova realidade.

Perez ressalta a importância dos institutos participativos organizados em conselhos, comissões ou comitês participativos, os quais se caracterizam por ser órgãos colegiados, ora com função deliberativa, ora com função meramente consultiva, que reúnem representantes da Administração Pública e da sociedade, com ou sem paridade de representação, participando do processo decisório de uma determinada área de interesse da Administração⁸². São eles:

– Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM (Lei nº 7353 de 29.08.1985);

– Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (Lei nº 8242 de 12.10.1991);

⁸¹ AVRITZER, Leonardo. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: SANTOS, Boaventura de Souza. **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 57.

⁸² PEREZ, Marcos Augusto. **A administração pública democrática**: institutos de participação popular na Administração pública. Belo Horizonte: Fórum, 2004. p. 98.

- Conselho Nacional do Idoso (Lei nº 8842 de 04.01.1994);
- Conselho Federal Gestor do Fundo de Defesa dos Direitos Difusos (Lei nº 9008 de 21.03.1995);
- Conselho Nacional da Seguridade Social (Lei nº 8212 de 24.07.1991);
- Conferência de Saúde (Lei nº 8142 de 28.12.1990);
- Conselho de Saúde (Lei nº 8142 de 28.12.1990);
- Conselho Nacional de Educação (Lei nº 9131 de 24.11.1995);
- Conselho Curador do Fundo de Desenvolvimento Social (Lei nº 8677 de 13.07.1993);
- Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo do Trabalhador – CODEFAT (Lei nº 7998 de 11.01.1990);
- Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS (Lei nº 8742 de 07.12.1993);

O presente estudo detalhará no seu terceiro Capítulo os procedimentos, as potencialidades e os desafios do funcionamento do Conselho Estadual de Saúde. O “acontecer” do controle social sobre a gestão da saúde pública será objeto de análise e de reflexões.

Entretanto, Freitas faz um alerta, afirmando que o controle social não pode ser de fachada ou simples ornamentação de estruturas avessas à cidadania protagonista, sendo incompatível com meras discussões ou audiências públicas concebidas, de antemão, para a esterilidade. Essencial, pois, a conquista de autêntica verticalização inclusiva, isto é, de expansiva vinculação ético-jurídica entre a atuação do controlador social e a dos que exercem poderes-deveres no seio do aparato⁸³.

Assim, os chamados direitos sociais das minorias se agregaram à ideia de democracia participativa, de controles recíprocos das polícracias contemporâneas, gerando o controle democrático. Esse movimento é corolário de uma evidência cada vez mais nítida. Só é possível

⁸³ Freitas, 2003, p. 177.

assegurar participação política com a abertura do espaço político, com a inserção dos diversos grupos que formam e estruturam a sociedade em um ambiente democrático. Não é mais possível creditar o controle da Administração Pública exclusivamente a estruturas institucionais do Estado ou à hegemonia parlamentar. É por isso que, no próximo item, aprofundar-se-á o estudo sobre a Democracia Participativa.

2.4. A Democracia Participativa: complementaridade entre a representação e a participação popular

A análise empreendida sobre a necessidade de qualificar o controle, não só dos recursos públicos, mas de toda gestão pública com participação ativa da sociedade, tangenciada pelo diagnóstico da crise da democracia representativa, imprime a necessidade de se repensar o *modos operandi* dos instrumentos democráticos no Brasil. A teoria que introduz essa nova concepção de gestão do Estado é a chamada democracia participativa. Estudá-la, portanto, é imperioso para todos que estão comprometidos com a construção de um novo paradigma democrático para o país.

Na definição mínima de democracia, não bastam nem a atribuição a um elevado número de cidadãos do direito de participar direta ou indiretamente da tomada de decisões coletivas, nem a existência de regras de procedimento como a da maioria. Bobbio define uma terceira condição, a de que aqueles, que são chamados a decidir ou a eleger os que deverão decidir, sejam colocados diante de alternativas reais e postos em condição de poder escolher entre uma e outra. Para que se realize essa condição é necessário que aos chamados a decidir seja garantido o assim denominado direito de liberdade de opinião, de expressão das próprias opiniões, de reunião, de associação, etc⁸⁴.

⁸⁴ BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira - 10ªed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. p. 32-33.

A definição anterior é correta, mas insuficiente. O ideal democrático tradicional não se preocupou em constituir *formas efetivas* de “participação igual” ou pelo menos “mais iguais” nas decisões públicas. Na verdade, a realidade do mundo moderno e a grande exclusão social proporcionada por regimes tanto democráticos como autoritários apontam para a necessidade de mudar esse conceito. Para buscar, principalmente, um conceito de democracia, no qual a conquista do governo, por meio do voto popular, “não esgote a participação da sociedade, mas, ao contrário permita iniciar outro processo, gerando dois focos de poder democrático: um, originário do voto; outro, originário de instituições diretas de participação”⁸⁵.

Conforme Pateman, o termo “participação” entrou em voga na década de 60 a partir, principalmente, da luta do movimento estudantil e de outros movimentos sociais. Para a autora, França, os Estados Unidos e a Grã-Bretanha foram precursores na generalização da utilização do termo, que passou a ser empregado por diferentes pessoas, em diferentes situações. Sua principal contribuição foi a busca pela resposta ao seguinte questionamento: “qual o lugar da ‘participação’ numa teoria da democracia moderna e viável?”⁸⁶

Nessa quadra da história, é tão contundente o discurso da importância da participação popular na condução dos governos que se torna difícil imaginar uma teoria que ressalte possíveis malefícios desta. Nos palanques eleitorais, na mídia, é recorrente a defesa da aproximação da sociedade civil e da Administração Pública. No entanto, para um conjunto de renomados teóricos da intitulada “teoria contemporânea da democracia”, a participação popular em larga escala não é algo desejável, enfatizando os perigos inerentes que essa ampla participação poderia acarretar no sistema democrático.

Essa concepção se desvela tanto em uma crítica aos chamados “teóricos clássicos”⁸⁷

⁸² Cf. GENRO, Tarso e SOUZA, Ubiratan de. **Orçamento Participativo: A experiência de Porto Alegre**. 2ª ed. São Paulo: Perseu Abramo, 1997. p. 19.

⁸⁶ PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Tradução: Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 09. Um dos grandes expoentes dessa vertente é Schumpeter. Conforme Pateman, o ponto de partida de sua análise é um ataque à noção de teoria democrática, enquanto uma teoria de meios e fins. Para ele, democracia é um método político para a tomada de decisões, sem compromissos com outros ideais. Na teoria de Schumpeter, o único meio de participação aberto ao cidadão (também não defende o sufrágio universal) é o voto para escolha dos líderes; ou seja, a participação não é um tema central de sua produção teórica. Além disso, o controle desses líderes eleitos, na sua concepção, ocorre apenas a partir da substituição ou não nas futuras eleições.

⁸⁷ Apesar da característica de participação direta, a experiência da Pólis Grega não contém uma expressão de universalidade. Conforme Amaral (2003, p. 47), “a democracia grega, como a romana, era uma democracia de

quanto em uma preocupação com a estabilidade do sistema político na dicotomia entre democracia e totalitarismo. A alegada não obviedade da relação entre participação e democracia e a opinião de que a participação de pessoas de baixa renda poderia levar a uma instabilidade no sistema, bem como ao perigo do totalitarismo, fizeram com que esses teóricos afastassem a participação do núcleo estruturante da democracia⁸⁸.

Para enfrentar essa concepção e defender a participação como elemento estruturante da democracia, Pateman ampara-se em Rousseau, considerando-o “o teórico por excelência da participação”. Para a autora, sua contribuição, elaborada em um contexto eminentemente rural, e, por isso, transportada para a conjuntura “moderna”, foi fundamental para a concepção de uma teoria da democracia participativa.

Rousseau sustenta que certas condições econômicas são necessárias para um sistema participativo⁸⁹. Sua teoria, contudo, não exige igualdade absoluta, como, muitas vezes, se afirma, mas destaca que as diferenças existentes não deveriam conduzir à desigualdade política. Em termos ideais, “deveria existir uma situação em que nenhum cidadão fosse rico o bastante para comprar o outro e em que nenhum fosse tão pobre que tivesse que se vender”⁹⁰.

Com a participação dos indivíduos, as decisões são imbuídas de maior legitimidade para a sua implantação. A lógica de operação do sistema participativo é “forçar” a deliberar de acordo com o seu senso de justiça, de acordo com o que Rousseau chama de “vontade constante”, pois seus concidadãos podem sempre resistir à implementação de demandas não equitativas. Como

proprietários de terras (na pólis da Antiguidade uma condição para o exercício pleno da cidadania era a propriedade de um lote agrícola [Kleros,'fundos'] e de escravos”.

⁸⁸ Conforme Pateman, o colapso da República de Weimar, com altas taxas de participação das massas com tendência fascista, e a introdução de regimes totalitários no pós-guerra, baseados na participação das massas, ainda que uma participação forçada pela intimidação e pela coerção, realçam a tendência de se relacionar a palavra “participação” ao conceito de totalitarismo, mais do que ao de democracia (1992, p.10-11).

⁸⁹ Ressalta-se que o termo democracia é utilizado pelo autor na obra *O Contrato Social* para definir um sistema em que os cidadãos são executores de leis que eles mesmos elaboraram, e, por isso, seria um sistema próprio apenas para os Deuses. “Se existisse um povo de deuses, governar-se-ia democraticamente. Um governo tão perfeito não convém aos homens.” O sistema político defendido por ele, apesar de ter como pressuposto a participação, não recebe o nome de democracia. ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O Contrato Social**. Tradução: Mário Franco de Sousa. Lisboa: Presença, 1973. p. 61.

⁹⁰ Rousseau instiga-nos à seguinte reflexão: “Quereis dar consistência ao Estado? Aproximai os extremos tanto quanto for possível; não suporteis nem os opulentos nem os mendigos. Estes dois estados, naturalmente inseparáveis, são igualmente funestos no bem comum; de uns saem os fautores da tirania e dos outros os tiranos; entre eles sempre se faz o tráfico da liberdade pública, um compra-a e o outro vende-a” (1973, p.62).

resultado de sua participação na tomada de decisões, o indivíduo é ensinado a distinguir entre seus próprios impulsos e desejos, aprendendo a ser tanto um cidadão público quanto privado.

Conforme Pateman, “a única política a ser aceita por todos é aquela em que os benefícios e encargos são igualmente compartilhados, o processo de participação assegura que a igualdade política seja efetivada nas assembleias em que as decisões são tomadas”⁹¹.

Nessa perspectiva, o principal resultado é que as decisões podem ser consideradas sempre justas, uma vez que formadas a partir da vontade geral, afetando a todos de modo igual. Todos os interesses individuais são considerados.

No sistema político de Rousseau, destacam-se três funções fundamentais da participação. A autossustentabilidade constitui-se na primeira função⁹², cumprida na consolidação da democracia. Uma vez estabelecido o sistema participativo, ele se torna autossustentável, porque as qualidades exigidas de cada cidadão para que o sistema seja bem-sucedido são aquelas que o próprio processo de participação desenvolve e estimula; quanto mais o cidadão participa, mais ele se torna capacitado para fazê-lo. Os resultados humanos obtidos no processo de participação fornecem uma importante justificativa para um sistema participativo.

A segunda função⁹³ da participação na teoria de Rousseau consiste no fato de que as decisões coletivas são aceitas mais facilmente pelo indivíduo do que as centralizadas nos governantes. Como já referido anteriormente, esse fato proporciona uma legitimidade maior para a implementação das decisões.

A integração completa é a terceira função⁹⁴ da participação. Essa característica da participação fornece a sensação de que cada cidadão isolado pertence a sua comunidade. Ou seja, a participação integra o indivíduo a sua sociedade e constitui o instrumental para transformá-la em uma verdadeira comunidade.

⁹¹ PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Tradução: Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 37.

⁹² Idem, *ibidem*, p. 38.

⁹³ Idem, *ibidem*, p. 41.

⁹⁴ Idem, *ibidem*, p. 41.

Outro aspecto que dialoga com as funções expostas na teoria de Rousseau é a estreita ligação entre participação e controle, vinculando-se à noção de liberdade do autor. Tanto a sensação de liberdade do indivíduo quanto sua liberdade efetiva aumentam por sua participação na tomada de decisões, porque tal participação dá a ele um grau bem real de controle sobre o curso de sua vida e sobre a estrutura do meio em que vive. Caso seja necessário um sistema indireto, argumenta também Rousseau, a liberdade exigiria que o indivíduo exercesse uma boa dose de controle sobre os que executam as leis e sobre os representantes⁹⁵.

Quando o cidadão se sente parte integrante, protagonista da decisão sobre a qual também será afetado, recepciona positivamente as suas consequências. Por outro lado, toda decisão tomada coletivamente reforça o interesse público, uma vez que se dissocia do indivíduo atomizado e passa a constituir a vontade geral.

No mesmo viés, Pateman ressalta a importância da contribuição de Stuart Mill em relação à Teoria da Democracia Participativa. É reforçada a ideia de que, ao mesmo passo que as qualidades e características psicológicas dos indivíduos são importantes para o desenvolvimento de um tipo de caráter “ativo”, ou seja, do espírito público, as instituições também são responsáveis em larga medida para que se desenvolva o “agir político” dos indivíduos.

Retoma-se também o caráter educativo da participação desenvolvido por Rousseau no que se refere à concepção de que, quando o indivíduo se ocupa somente de seus assuntos privados, não participando das questões públicas, sua autoestima é afetada, transformando-se em pessoas “egoístas e covardes, em seu cuidado descomedido com o conforto pessoal⁹⁶”.

Mesmo com as dificuldades cotidianas de conciliar as demandas pessoais com a participação voluntária nos assuntos públicos, quando esta acontece, despem-se os cidadãos de um olhar individualista, passando-se a ponderar sobre o que é mais importante para o bem-estar geral. Esse processo é educativo, uma vez que quanto mais há a apropriação das demandas alheias, mais se constrói a ideia de sociedade propriamente dita, invertendo-se um paradigma de raciocínio historicamente enraizado.

⁹⁵ Idem, *ibidem*, p. 39.

⁹⁶ Idem, *ibidem*, p. 45.

Conforme Mill, quando o cidadão participa das atividades públicas, realiza um exercício extremamente importante, qual seja o de pesar interesses que não são os seus; guiar-se, no caso de pleitos conflitantes, por outra regra que não as suas parcialidades pessoais; a aplicar, em todos os casos, princípios e máximas que têm como razão de ser o bem comum⁹⁷. O exercício de colocar-se no papel do outro, de saber das suas necessidades, de ponderar sobre o bem-estar geral, contribui para a edificação de uma nova forma de conceber o exercício da política.

Além de ratificar as observações de Rousseau, Pateman salienta que Mill acrescenta um aspecto importante à Teoria da Democracia Participativa: a necessidade da participação se fortalecer no âmbito municipal. É nesse lócus que as decisões se apresentam claras no seu cotidiano, e, por isso mesmo, que os indivíduos conseguem problematizar e aprender melhor os aspectos inerentes à democracia.

Quanto mais perto da realidade, do cotidiano real, mais aptos estarão os cidadãos de contribuir nas decisões políticas. Entretanto, a introdução de novos mecanismos de comunicação, principalmente a Internet, revolucionou e rompeu paradigmas em relação às noções de distância entre cidades, estados, países ou, até mesmo, continentes. Não há barreiras para a interação entre os povos. Nesse sentido, defende-se que esses instrumentos sejam utilizados como potencializadores da participação popular.

Ainda que Pateman sirva-se das contribuições teóricas de Mill, esta não se abstém de proferir importante crítica àquele autor. Apesar do discurso ‘pró-caráter educativo da participação, efetuado por Mill, este se contradiz ao reconhecer no “saber” acadêmico a máxima para a condução dos assuntos públicos. Os cargos políticos, segundo essa visão, deveriam ser ocupados pelos mais sábios e cultos, por ele denominados “elite educada”⁹⁸. No entanto, defendia que essa elite deveria prestar contas à maioria. Aqui, reside a principal contradição da teoria da

⁹⁷ MILL, Stuart. Liberdade e representação. In: WEFFORT, Francisco C. (org.). **Os Clássicos da Política**. São Paulo: Ática, 2005. p. 223.

⁹⁸ Para Mill, os votos deveriam ser contados com pesos diferentes, dependendo de quem os tivesse dado. O argumento em favor dessa medida é sutil. À medida que os interesses privados tendem a se polarizar em dois grandes blocos, qual seja, o das classes proprietárias e o dos trabalhadores assalariados, é necessário que o fiel da balança esteja nas mãos de um terceiro grupo, que, por suas condições específicas, esteja pessoalmente comprometido com a justiça: as elites culturais. MILL, Stuart. Liberdade e representação. In: WEFFORT, Francisco C. (org.). **Os Clássicos da Política**. São Paulo: Ática, 2005. p. 197.

participação de Mill: a conciliação entre a dominação da elite educada e a imposição de prestação de contas à maioria.

Outro aspecto dissonante entre Rousseau e Mill consiste no fato de o segundo não defender a necessidade de igualdade política para a efetivação da democracia. Além disso, Mill não compartilha da mesma concepção de participação⁹⁹. Para ele, a função dos representantes é discutir, quanto a legislar, seria uma função inerente a comissões técnicas especiais.

Essa é uma visão elitista, que apenas desloca o critério econômico para o critério intelectual. Além disso, a defesa de que a falta de “saber técnico” inviabiliza a participação é contraditória com a afirmação do caráter educativo dessa experiência. Entende-se que os “problemas” da democracia só se resolverão com mais democracia. Participação e controle social são exigências inafastáveis no desvelamento deste século.

Santos explica que a democracia participativa possui um caráter contra-hegemônico¹⁰⁰ em relação à democracia liberal e que, ao largo da formação de uma concepção hegemônica da democracia como prática restrita de legitimação de governos, surgiu, também, no período pós-guerra, um conjunto de concepções alternativas contra-hegemônicas, entendendo a democracia como forma de aperfeiçoamento da convivência humana¹⁰¹.

Assim sendo, a democracia participativa ou, como alguns autores denominam, democracia deliberativa é considerada como um modelo ou ideal de justificação do exercício do poder político, pautado no debate público entre cidadãos livres e em condições iguais de participação. Defende-se que a legitimidade das decisões políticas advém de processos de discussão que, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa,

⁹⁹ Apesar de Mill defender que a participação, por menor que seja, é útil no que se refere à admissão de todos a uma parte do poder soberano do Estado, ressalta que essa é viável apenas em um âmbito de cidades pequenas. Para ele, “é impossível a participação pessoal de todos, a não ser numa parcela muito pequena dos negócios públicos, o tipo ideal de um governo perfeito só pode ser o representativo”. MILL, Stuart. *Liberdade e representação*. In: WEFFORT, Francisco C. (org.). **Os Clássicos da Política**. São Paulo: Ática, 2005. p. 223.

¹⁰⁰ De acordo com Santos, em *Democratizar a Democracia*, p. 43 “estamos entendendo o conceito de hegemonia como a capacidade econômica, política, moral e intelectual de estabelecer uma direção dominante na forma de abordagem de uma determinada questão, no caso a questão da democracia. Entendemos, também, que todo o processo hegemônico produz um processo contra-hegemônico, no interior do qual são elaboradas formas econômicas, políticas e morais alternativas. No caso do debate atual sobre a democracia isso implica uma concepção hegemônica e uma concepção contra-hegemônica de democracia”.

¹⁰¹ Idem, *ibidem*, p. 50.

da autonomia e da justiça social, conferem um reordenamento na lógica de poder político tradicional¹⁰².

Dawbor defende que na sociedade que desponta para o terceiro milênio mais capacidade de governo significará maior capacidade de gestão e de decisão política na própria base da sociedade. “O problema pode ser colocado da seguinte forma: como se pode continuar a raciocinar de forma autoritária do poder, quando a complexidade, diversidade e ritmo de mudança da sociedade exigem formas de regulação extremamente ágeis, flexíveis e ajustadas a situações muito diferentes?”¹⁰³.

Para responder a essa indagação, defende-se que a democracia necessária para o século XXI é justamente essa combinação da democracia representativa e democracia direta. Não como sistemas alternativos (no sentido de que onde existe uma não pode existir a outra), mas como sistemas que se integram reciprocamente. Com uma fórmula sintética, pode-se dizer que, em um sistema de democracia integral, as duas formas de democracia são ambas necessárias, mas não são consideradas, em si mesmas, suficientes¹⁰⁴.

Para Santos, há duas formas possíveis de combinação entre a democracia participativa e democracia representativa: coexistência e complementaridade. Coexistência implica uma convivência, em níveis diversos, das diferentes formas de procedimentalismo, organização administrativa e variação de desenho institucional. Já a complementaridade implica uma articulação mais profunda. Pressupõe o reconhecimento pelo governo de que o procedimentalismo participativo, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte do processo de representação e deliberação tais como concebidos no modelo hegemônico de democracia¹⁰⁵.

A superação da visão dominante de democracia exige o rompimento de alguns paradigmas. Por certo, o principal deles consiste em banir o pensamento hegemônico de que o

¹⁰² Cf. LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa**: a experiência da democracia participativa de Porto Alegre, p. 19.

¹⁰³ DOWBOR, Ladislau. **A Reprodução Social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998. p. 353.

¹⁰⁴ Conforme BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira - 10ªed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. p. 65.

¹⁰⁵ Conforme SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizar a Democracia: os Caminhos da Democracia Participativa**. **Col. Reinventar a Emancipação Social**, vol.1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 77.

povo não está suficientemente preparado para incidir diretamente nas decisões do Estado (entendido aqui como decisões de todos os poderes) e que, por consequência, a democracia representativa constitui-se no último estágio de evolução da democracia.

No Brasil, em que pese a insipiência das experiências de democracia participativa, ela se apresenta como uma alternativa real entre a insuficiência do sistema representativo, como fonte única de legitimidade política, conforme demonstrado no subitem 2.2 deste trabalho, e a democracia direta plena, invenção edificada na Polis grega. Pode-se afirmar que a democracia participativa passa a configurar-se como uma síntese entre a forma direta e a representativa, não desconsiderando os representantes, mas aproximando a sociedade da arena decisória.

Conforme Moreira Neto, a democracia participativa realiza o princípio constitucional democrático em sua essência, o que se manifesta pelo princípio da legitimidade, ou seja, pela conformidade do agir do Estado com a vontade popular; como decorrência do Princípio da cidadania, que aduz o reconhecimento do poder político do povo não só sobre a escolha de dirigentes públicos, mas sobre a decisão acerca da coisa pública¹⁰⁶.

Defende-se, assim, a existência do princípio constitucional da participação política. Esse constitui verdadeira ampliação juspolítica da cidadania pela definição constitucional do Estado como Democrático de direito e pela declaração da origem do poder político no povo por meio da representação e participação, cujas formas (direta e semidireta) se aplicam à Administração Pública.

Conforme Freitas, o princípio da participação constitui-se em parte integrante do conceito de direito fundamental à boa administração, cuja concretização tende a melhor fiscalizar a conduta do agente público, em termos de eficiência e de eficácia, “assim como representa valioso estratagema para fazê-la substancialmente legítima e democrática”¹⁰⁷.

No acompanhamento do orçamento público, por exemplo, o controle direto da sociedade quanto à observância dos fins estabelecidos pela Constituição, sem prejuízo das outras

¹⁰⁶ MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Direito da Participação Política**: legislativa, administrativa, judicial (fundamentos e técnicas constitucionais da legitimidade). Rio de Janeiro: Renovar, 1992. p. 343.

¹⁰⁷ FREITAS, Juarez. **Discricionariedade Administrativa e o Direito Fundamental a Boa Administração Pública**. 2ª edição. São Paulo: Malheiros Editora, 2009. p. 46.

modalidades de controle, apresenta-se como um importante instrumento destinado a aproximar as decisões governamentais às escolhas públicas. Nesse raciocínio, pode-se afirmar que o “controle social opera inclusivamente, de modo a almejar irrenunciável meta de universalização¹⁰⁸”.

Para Freitas, a maximização do interesse público, sem ser objetável subproduto do utilitarismo, revela-se poderoso critério para aferir se as escolhas públicas acontecem segundo padrão de racionalidade aberta, ainda que só se logre desvendá-lo analogicamente¹⁰⁹.

Consequentemente torna-se imprescindível fortalecer a fiscalização participativa da gestão pública, inclusive para propiciar a ultrapassagem da Democracia apenas formal, sem desconstituir nenhum dos demais controladores. Entretanto, em que pesem os tradicionais canais de participação garantidos na Constituição Federal de 1988, o país não assistiu à utilização, em escala razoável, de tais instrumentos. Porém a democracia brasileira reinventou-se a partir de medidas inovadoras que surgiram e tornaram-se exemplos emblemáticos do compromisso de representantes com a transparência e com a aproximação entre representantes e representados.

Como exemplo, mencionam-se os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, que surgiram para discutir temas pontuais, como, por exemplo, as temáticas da saúde, educação, cultura, assistência social, entre outros, produzindo para os governantes diretrizes gerais e específicas, bem como exercendo o controle social do dinheiro público aplicado nesses setores. O debate sobre o controle social na área da saúde será objeto do item 3 deste trabalho, verificando, na prática, a efetividade ou não da participação popular.

Ressalta-se, também, a criação das Comissões de Legislação Participativa¹¹⁰, uma iniciativa inaugurada pela Câmara dos Deputados que, rapidamente, espalhou-se por dezenas de estados e municípios. A ideia consiste em viabilizar a participação da sociedade nos trabalhos legislativos. A comissão recebe ideias enviadas por organizações da sociedade, sem a necessidade de coleta de assinaturas, e as aprecia. Aprovadas nas reuniões internas, as proposições passam a tramitar normalmente, como proposta parlamentar comum.

¹⁰⁸ Idem, *ibidem*, p. 47

¹⁰⁹ Idem, *ibidem*, p. 47.

¹¹⁰ Idem, *ibidem*.

Nesse contexto, destaca-se o desenvolvimento de um processo de participação popular que se tornou referência mundial, destacado pela ONU¹¹¹, e símbolo de controle social sobre a aplicação das verbas públicas. É a experiência do Orçamento Participativo. Para além do debate “genético-autoral” desse método participativo, acredita-se que a principal referência da origem do orçamento participativo é Porto Alegre, em 1989 uma cidade de 1,4 milhão de habitantes e capital do Estado do Rio Grande do Sul.

Atualmente, além ter sido adotada como método de gestão pública em dezenas de cidades¹¹² no país, por diferentes siglas partidárias, a experiência do Orçamento Participativo brasileiro serve de modelo para sua execução em outros locais, como é o caso de Saint-Denis (França), Rosário (Argentina), Montevideu (Uruguai), Barcelona (Espanha), Toronto (Canadá), Bruxelas (Bélgica).

O Orçamento Participativo é uma forma de gestão pública, por meio da qual a população, de forma direta, define as prioridades para investimento que farão parte da Proposta Orçamentária que o Executivo enviará para o Poder Legislativo, dentro do rito orçamentário anual. Apesar de não existir uma fórmula-padrão, havendo peculiaridades específicas nas diferentes experiências de implementação, pode-se distinguir alguns princípios estruturantes.

De acordo com Santos, o OP se manifesta em três das suas características principais: (1) participação aberta a todos os cidadãos sem nenhum status especial atribuído a qualquer organização, inclusive as comunitárias; (2) combinação de democracia direta e representativa, cuja dinâmica institucional atribui aos próprios participantes a definição das regras internas; e (3) alocação dos recursos para investimentos, baseada na combinação de critérios gerais e técnicos,

¹¹¹ Conforme a ONU, a experiência é uma das 40 melhores práticas de gestão pública urbana no mundo. O Banco Mundial reconhece o processo de participação popular de Porto Alegre como um exemplo bem-sucedido de ação comum entre Governo e sociedade civil. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_novo/Sítio Oficial da Prefeitura de Porto Alegre](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_novo/Sítio%20Oficial%20da%20Prefeitura%20de%20Porto%20Alegre)>.

¹¹² Destaca-se que apesar do OP ser comumente implementado nas esferas municipais, há uma experiência de caráter estadual. No período de 1999 a 2002, no Estado do Rio Grande do Sul, na gestão do governador Olívio Dutra, o referido processo foi adotado em nível estadual, reuniu nos seus quatro anos de implementação 12% da população gaúcha e 16% do eleitorado, em um total de 1,2 milhões de cidadãos. Foi realizado entre 1999 e 2002 um total de 2.824 Assembleias Públicas nas 23 regiões e nos 497 municípios do Estado do RS, em um total acumulado de 57.193 delegados eleitos.

ou seja, compatibilização das decisões e regras estabelecidas pelos participantes com as exigências técnicas e legais da ação governamental, respeitando também os limites financeiros¹¹³.

A atuação política, além de conferir legitimidade às decisões, é, em si mesma, uma solução pedagógica, pois devolve à grande massa o interesse pela política, o trato da coisa comum, levando-a a um aprendizado permanente pelo *trial and error*¹¹⁴ e pelo exercício do senso comum¹¹⁵. Habermas questiona qual seria a alternativa senão colocar o destino nas mãos dos seus próprios titulares. A medida da nossa democracia tanto mais se aprofunda quanto mais se desenvolve a autonomia do cidadão¹¹⁶.

No entanto, no bojo dessa nova democracia, será necessário um novo cidadão, não aquele cidadão subestimado, que somente é lembrado a cada processo eleitoral, ou mesmo referenciado para a execução de uma ação dos poderes instituídos. Mas sim um cidadão verdadeiramente comprometido com a construção da sociedade em que vive. Um cidadão culto, politizado, participante, com disposição para controlar as ações dos representantes, não suscetíveis à massificação dos meios de comunicação e, principalmente, proativo. Segundo Silva, o pressuposto básico para o estabelecimento de uma democracia consistente e durável deve ser buscado não apenas na formação juridicamente perfeita do dispositivo estatal, mas, fundamentalmente, no estabelecimento de condições sócio-culturais que possibilitem o surgimento de verdadeiros e autênticos cidadãos¹¹⁷.

O cidadão da democracia participativa deve exercer sua cidadania nos vários espaços de sua atividade social, não exclusivamente no âmbito do partido ou na episódica convocação dos pleitos eleitorais. Sem se tornar o cidadão total, tão temido pelos que impugnam a democracia direta, ele deixará de ser o cidadão mínimo das democracias políticas, que pagam com crescentes tensões e inquietações sociais essa falta de espaço político deferido ao indivíduo no seu

¹¹³ Conforme SANTOS, Boaventura de Sousa. Democratizar a Democracia: os Caminhos da Democracia Participativa. **Col. Reinventar a Emancipação Social**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, vol.1, p. 66, 2002.

¹¹⁴ *Trial and error* significa aprendendo, tentando até acertar. Ou seja, é uma concepção de que a participação não é algo pronto e acabado, pelo contrário, é uma construção constante, permanente, baseada na experiência concreta.

¹¹⁵ Cf MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Direito da Participação Política**: legislativa, administrativa, judicial (fundamentos e técnicas constitucionais da legitimidade). Rio de Janeiro: Renovar, 1992. p. 20.

¹¹⁶ Cf. SOUZA CRUZ, Álvaro Ricardo de. **Habermas e o Direito Brasileiro**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006. p. 211.

¹¹⁷ SILVA, Ovídio B. da. Democracia Moderna e Processo Civil. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel e WATANABE, Kazuo (coords.). **Participação e Processo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988. p. 108.

quotidiano naquilo que se mostrar relevante nos muitos papéis sociais que ele é forçado a desempenhar.

O nascimento desse novo cidadão depende, porém, de dois emblemáticos pressupostos: educação e informação. Não vingará uma cultura de democracia participativa em uma sociedade com índices de analfabetismo como o nosso e com precários ensinos fundamental, médio e acadêmico. Será necessária uma reestruturação completa no sistema educacional brasileiro, com acesso verdadeiramente universal, superando as paliativas políticas afirmativas de quotas ou outros instrumentos compensatórios.

Por outro lado, também não há como se conceber um cidadão atuante e protagonista, se esse não estiver devidamente imbuído de informações acerca dos atos dos poderes instituídos. De acordo com Limberger, *“um dos grandes objetivos das democracias atuais é possibilitar uma rede de comunicação direta entre a Administração e os administrados que redunde em um aprofundamento democrático e em uma maior transparência e eficiência na atividade pública”*. A sociedade democrática reivindica o pluralismo informativo, o livre acesso e a circulação de informações¹¹⁸.

Nesse sentido, torna-se fundamental essa reformulação do sistema democrático, sem abandonar o modelo representativo, mas lhe agregando novos institutos, mediante os quais possam ou devam ser recolhidas manifestações de vontade de pessoas ou entidades, que, embora não formem parte do governo, são especialmente interessadas nas decisões a serem tomadas. Eis a ideia de participação semidireta, eis a concepção de Democracia participativa: a participação no controle das decisões políticas e administrativas e, até mesmo, no controle dos resultados dessas decisões¹¹⁹.

Desse modo, a defesa de que o controle sobre os governantes pode ser suficiente, exclusivamente a partir da possibilidade de substituição destes nos períodos eleitorais, é extremamente anacrônica diante dos marcos atuais de exigências democráticas da sociedade civil.

¹¹⁸ LIMBERGER, Têmis. Transparência na gestão fiscal e efetividade: a importância da cultura constitucional e orçamentária. In: STRECK, Lênio Luiz, e BOLZAN de MORAIS, José Luis (orgs.). **Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 290.

¹¹⁹ Cf MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Direito da Participação Política**: legislativa, administrativa, judicial (fundamentos e técnicas constitucionais da legitimidade). Rio de Janeiro: Renovar, 1992. p. 37.

Em que pese o controle social não estar consolidado e, em vários aspectos, ter um caráter ainda incipiente, não há espaço para menosprezá-lo ou torná-lo dispensável. Pelo contrário, no âmbito de um Estado democrático de direito, a tarefa é tornar a participação popular uma realidade. Esse é o comando legal emanado pela nossa Carta Magna.

Assim, com suporte na pesquisa empreendida no item 2, buscar-se-á analisar uma experiência concreta de controle social e participação popular: o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. A partir da ponderação dos procedimentos, dos limites e das potencialidades desse caso, verificar-se-á a efetividade do controle democrático da Administração Pública.

3. (IN) EFETIVIDADE DO CONTROLE SOCIAL? UMA ABORDAGEM SOBRE OS LIMITES E POTENCIALIDADES DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL

3.1 A Constituição Federal, saúde e a participação popular

No final do regime militar, as pressões por mais participação afetavam todas as áreas de políticas públicas no Brasil. Ao mesmo tempo em que se iniciavam reorganizações institucionais setoriais, diferentes atores políticos demandavam e propunham a democratização do sistema político. Conforme Cortes, a área da saúde, em contraste com outras áreas, foi a que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos de participação¹²⁰.

Em fins da década 70, o panorama interno brasileiro apresentava o esgotamento do modelo burocrático-autoritário do governo militar e a fragilidade do modelo intervencionista do Estado. Destarte, a década 80 iniciou-se com uma forte crise de governabilidade, acarretando em uma intensa discussão em torno do papel do Estado. Na esteira das propostas de reformas sociais e econômicas, a presença marcante dos interesses do mercado¹²¹. Entretanto, ao lado dessa articulação das forças conservadoras, identificava-se a formação de uma comunidade política, muito articulada que defendia a democratização do acesso a serviços, combinada à democratização da gestão em saúde.

A comunidade, usualmente denominada movimento sanitário, viria a ter papel decisivo, não apenas na construção do Sistema Único de Saúde, mas também na definição do modo como a

¹²⁰ De acordo com CORTES, Soraya. **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 19.

¹²¹ Conforme Paim, diante da crise econômica do final dos anos 70, o governo militar necessitava reduzir os custos com os serviços de saúde contratados no setor privado e conter a demanda por cuidados de saúde hospitalares e especializados. Como estratégia, o governo ofereceu mais cuidados básicos de saúde à população visando também aumentar a sua legitimidade. Em 1980, o governo construiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Pré-saúde), visando à ampliação da cobertura de cuidados primários de saúde por meio da integração dos subsectores saúde pública e previdência social. O programa acatava algumas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), como aumentar o controle do setor público sobre o sistema de saúde, promover a descentralização operacional e a participação comunitária, e integrar as atividades de promoção, recuperação e reabilitação de saúde. PAIM, Jairilson S. As Políticas de Saúde e a Conjuntura Atual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p. 8-15, 1989.

participação seria incorporada como elemento constituinte do desenho institucional do sistema. Conforme Cortes, dois programas federais e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na década de 80, e as provisões legais e administrativas, do início dos anos 1990, podem ser considerados como as fundações sobre as quais o SUS foi erigido. Os programas foram as Ações Integradas de Saúde e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde¹²².

As “AIS” tinham por princípios: a universalidade do sistema; a integração da atenção à saúde; a regionalização e hierarquização dos serviços; a descentralização das ações e do poder decisório; a democratização pela participação social; e o planejamento e o controle efetivo do setor público sobre o conjunto do sistema¹²³.

Com o objetivo de aperfeiçoar e consolidar as “AIS”, foi criado, em 1987, o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde. O “SUDS” estabeleceu a obrigatoriedade da inclusão de setores da sociedade nas comissões interinstitucionais, recomendando a criação de Conselhos de Saúde nos três níveis de governo¹²⁴.

Mas foi a partir do advento da Constituição de 1988 que o processo reformador no setor da saúde foi consolidado, constituindo-se em um importante marco na luta pelo acesso e pela democratização do controle das políticas públicas de saúde no Brasil. Os mecanismos participativos institucionalizaram-se em diversos momentos do processo de planejamento e de implementação de políticas públicas¹²⁵ e passaram a integrar estruturas gerenciais de organizações públicas.

¹²² Conforme CORTES, Soraya. **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 47.

¹²³ Idem, *ibidem*, p. 48. Por intermédio das AIS, foi criada a Programação e Orçamento Integrada (POI), cujo objetivo era controlar os recursos financeiros repassados por aquelas aos estados e municípios por meio da fiscalização sobre gastos desses recursos. Entretanto, apesar de terem iniciado um importante processo político de controle, mantiveram baixíssima capacidade decisória.

¹²⁴ Idem, *ibidem*, p. 49. Conforme a autora, fortes resistências ao programa teriam redundado no fracasso e na implementação do SUDS. Entre os que se posicionavam contrários ao novo sistema, encontravam-se empresários do complexo médico-hospitalar e da medicina liberal, burocratas ligados ao INAMPS e parlamentares, especialmente deputados federais do então Partido da Frente Liberal (PFL).

¹²⁵ Segundo BUCCI políticas públicas são programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do estado e as atividades privadas para a realização de objetivos relevantes e politicamente determinados. BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito Administrativo e Políticas Públicas*. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 241. Ainda conforme a autora, as políticas públicas não são categoria definida e instituída pelo direito, mas arranjos complexos típicos da atividade político-administrativa, que a ciência do direito deve estar apta a descrever, compreender e analisar, de modo a integrar à atividade política os valores e métodos próprios do universo jurídico. BUCCI, Maria Paula Dallari. *O conceito de política pública em direito*. In *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. Maria Paula Dallari Bucci (organizadora). São Paulo: Saraiva, 2006, p. 31.

A constitucionalização do Sistema Único de Saúde, pelo menos no plano formal, garantiu o acesso universal à saúde, que passou a ser definida como resultado das condições de vida e como direito a ser assegurado pelo Estado pelo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços. Em um país onde ainda coexistem pessoas cujas diferenças de condições sociais são abissais, em que pesem as deficiências e os limites que o referido sistema possa apresentar, não há dúvidas sobre a relevância social do seu significado¹²⁶.

Na esteira do acesso universal a saúde, a Constituição de 1988 também inovou ao prever o controle social dessa política. E é justamente nesse fato que reside o cerne da presente pesquisa. Esse controle é um dos elementos centrais da estratégia de implementação do SUS, na medida em que determina que a população tem o direito de definir as prioridades das ações de saúde e acompanhar, fiscalizar as ações desenvolvidas pelos gestores. O art. 198 da Constituição Federal do Brasil expressa que as “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: II- participação da comunidade”.

A participação, a partir desse comando legal, não é mais mera recomendação, mas uma determinação constitucional. No mesmo sentido, a Lei nº 8080/90, que disciplina a organização e a gestão do sistema, preconizando as diretrizes da universalidade, integralidade, descentralização e participação, ratifica a compreensão do artigo constitucional supracitado. “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS – são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios: VIII – participação da comunidade”¹²⁷.

Apesar de essa ser a primeira proposta de operacionalização dos mecanismos participatórios, os artigos referentes a esse tema foram todos vetados pelo Presidente da República, na época, Fernando Collor de Mello¹²⁸.

¹²⁶ O Brasil apresenta-se precursor em relação a potências mundiais, como, por exemplo, os Estados Unidos, na elaboração de um sistema público de acesso universal no âmbito da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido como um conjunto de ações e de serviços de saúde a ser prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por entidades a eles vinculadas.

¹²⁷ Art. 7º da Lei 8080/90.

¹²⁸ WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social:** (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI, 2002. p.119.

É a partir do advento da Lei 8.142/90, no bojo da reestruturação institucional da política setorial, que se regulamenta o controle social no setor da saúde. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, discorre sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O Art. 1º dispõe que o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.

As antigas Comissões institucionais foram então transformadas em Conselhos de Saúde. Esses Conselhos¹²⁹, instituídos na esfera nacional, estadual e municipal, foram definidos como instâncias colegiadas, de caráter permanente e deliberativo para exercer a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância do governo correspondente.

Conforme o parágrafo segundo do artigo supracitado, o Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Os Conselhos de Saúde, constituídos nos estados e municípios, são condição para o recebimento de verbas federais. De acordo com essa lei, os Conselhos devem contar com a representação¹³⁰ dos usuários do sistema, dos representantes dos governos, dos prestadores de serviço de saúde – públicos, privados e filantrópicos – e dos profissionais e trabalhadores em saúde. Aos usuários, são reservados 50% da composição. Os demais segmentos de representação

¹²⁹ Existe Conselho de Saúde nos 5.559 municípios do país e nas 27 unidades da Federação, e há o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que já existia, adaptando-se às novas normas legais e regulamentando, por meio de resoluções, o funcionamento das instâncias colegiadas de participação social em saúde. ESCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229.

¹³⁰ Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) reúnem 72.184 conselheiros titulares, dos quais 36.638 representam o segmento dos usuários do SUS, quantidade superior a de vereadores existentes nos países, a qual atinge pouco mais de 50.000. Além disso, existem 720 conselheiros estaduais e 48 conselheiros nacionais titulares de saúde, totalizando 72.952 conselheiros de saúde titulares. ESCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio De Janeiro: Cebes, 2009. p. 229.

se dividem entre os outros 50%. Essa composição encontra-se disposta no art. 1º, § 4º. “A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.”

Destarte, como bem expressa o art. 196 da CF/88, a saúde é direito de todos e dever do Estado. E, por tratar-se do bem de maior relevância, a vida, que o controle dessa política pública torna-se proeminente. Se, como decorrência dos episódios de corrupção e desvio de dinheiro público, diagnosticamos o cruel retrato das insuficiências na educação, na habitação, no saneamento básico, entre outros, essa prática nefasta submete o povo brasileiro, na área da saúde, ao risco de vida, seja pela falta de consultas, remédios, leitos hospitalares, seja pelas deficiências em uma política de saúde preventiva.

No âmbito estadual, a implementação do SUS está ao encargo de três instâncias: Secretaria Estadual de Saúde (planejamento e execução das ações), Conselho Estadual de Saúde (deliberação e controle das ações) e Comissão Intergestores Bipartite¹³¹ (negociação dos aspectos operacionais do SUS). Percebe-se, então, a importância do Conselho Estadual de Saúde como pilar estratégico do SUS, responsável pelas ações de controle dessa política pública. Justifica-se a relevância de desvendar essa estrutura de controle social, no tocante à sua constituição, organização e funcionamento.

3.2 Conselho Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: constituição, organização e funcionamento

O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul foi criado por meio da Lei Estadual nº 10.097 de 31 de janeiro de 1994. Logo após o estabelecimento do convênio de estadualização da saúde entre os governos federal e estadual, ocorreu a reorganização da Comissão Interinstitucional de Saúde que já existia desde 1987, com a atribuição de deliberar sobre a

¹³¹ A comissão Intergestores Bipartite (CIB) é o foro integrado por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e por representantes dos municípios e das secretarias municipais de saúde. É a instância responsável pela negociação dos aspectos operacionais do SUS, constituída para agilizar a municipalização da saúde e o enquadramento dos municípios às três modalidades de gestão – incipiente, parcial e semiplena.

política estadual de saúde, transformando-se no Conselho Estadual. Este se encontra instalado funcionalmente no 20º andar do Centro Administrativo do Estado do Rio Grande do Sul.

O Regimento Interno do CES/RS foi aprovado em 20 de maio de 1994, definindo que este é uma instância colegiada do Sistema Único de Saúde, tendo funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras, assim como de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, no controle e na avaliação da política estadual de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

O mesmo regimento define uma composição paritária entre o segmento de usuários, 26 representantes, e os demais segmentos, 11 representantes da área governamental, 05 representantes da área dos prestadores de serviço de saúde e 10 representantes dos profissionais da saúde, somando um total de 52 conselheiros. Também são elencadas, taxativamente, em cada um dos segmentos, quais as entidades¹³² que devem compor o Conselho. Estas são nomeadas pelo Governador do Estado para um mandato de dois anos, mediante indicação formal dos respectivos órgãos e entidades que representam.

¹³² O Regimento Interno define a seguinte composição para o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul:

Representantes da Área Governamental – Total 11

03- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente; 01- Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico do Ministério da Saúde; 01- Universidade do Estado do Rio Grande do Sul; 01- Federação da Associação dos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul; 01- Associação dos Secretários Municipais de Saúde; 01- Secretaria da Educação; 01- Companhia Rio-grandense de Saneamento; 01- Secretaria do Planejamento e Administração; 01- Secretaria da Justiça do Trabalho e da Cidadania.

Representantes da Área dos Prestadores de Serviço de Saúde – Total 05

01- Federação das Misericórdias do RS; 01- Associação dos Hospitais do RS; 01- Associação Gaúcha dos Prestadores de Serviço de Saúde Ambulatoriais; 01- Sindicato dos Laboratórios; 01- EMATER/RS.

Representantes da Área dos Profissionais da Saúde – Total 10

01- Representação dos Médicos; 01 Representação dos Odontólogos; 01- Representação dos Enfermeiros; 01- Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul; 01- Representação dos Assistentes Sociais; 01- Representação dos Nutricionistas; 01- Representação dos Psicólogos; 01- Representação dos Farmacêuticos-Bioquímicos; 01- Representação dos Veterinários; 01- Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.

Representantes da área da Sociedade civil organizada – 26

02- Federação Riograndense de Associações comunitárias e de Moradores de Bairros – FRACAB; 02- Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul – FETAG/RS; 02- Central Única dos Trabalhadores do Estado do Rio Grande do Sul – CUT; 02- Central Geral dos Trabalhadores – CGT; 01- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; 01- Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio Grande do Sul – FETAPERGS; 02- Representação dos Portadores de Doenças; 01- Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul – FIERGS; 01- Federação das Associações Comerciais do Rio Grande do Sul – FEDERASUL; 01- Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul – FARSUL; 01- Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural – AGAPAN; 01- Ação Democrática Feminina Gaúcha – ADFG – Amigos da Terra; 05- Conselhos Regionais de Saúde; 01- Representação das Pessoas Portadoras de deficiências; 01- Representação das entidades de Defesa ao Consumidor; 01- Fórum Gaúcho de Saúde Mental; 01- Sindicato dos Servidores Públicos do Estado – SINDSEPE/RS.

O Conselho é constituído por órgãos responsáveis por processar e otimizar as suas competências. São estes: Plenário, Mesa Diretora, Secretaria Executiva¹³³, Assessoria técnica¹³⁴, Comissões Especiais e Comissão de Fiscalização.

As atividades do CES/RS são administradas por uma Mesa Diretora¹³⁵, composta paritariamente de seis Conselheiros Titulares, de forma a reproduzir a mesma representatividade dos segmentos que compõem o Conselho. A eleição da mesa é efetuada pelo Plenário para um período de dois anos por voto aberto e pelo sistema de proporcionalidade direta, garantida a paridade, e é formada pelos cargos de Presidente, Vice-Presidente e quatro Coordenadores (Quadro 1). A Mesa Diretora reúne-se regularmente às quintas-feiras.

Em que pese a inexistência de vedação para que o representante do governo assumira a função de presidente do Conselho, verifica-se que, na história do CES/RS, em apenas um mandato tal fato ocorreu.

Na observação efetuada sobre o funcionamento do CES/RS, constata-se que a mesa diretora, não obstante a soberania do Plenário, é a principal instância executora do controle social. Muitos conselheiros são do interior do Estado e, por isso, não têm a possibilidade de acompanhar cotidianamente a atuação do Conselho. Por outro lado, verifica-se que majoritariamente os membros que compõem a mesa diretora são profissionalizados de entidades e sindicatos ou exercem funções de chefia no governo do Estado, apresentando mobilidade para se fazer presentes nas reuniões e operações do CES/RS.

Esse órgão, portanto, acaba exercendo função de destaque, não só porque tem a competência de organizar a pauta de discussões a ser apresentada ao Plenário, mas

¹³³ A Secretaria Executiva prestará apoio técnico, administrativo e operacional a todos os órgãos do CES/RS, especialmente à Mesa Diretora, a quem está subordinada.

¹³⁴ Dentre as competências da Assessoria Técnica, destacam-se as de examinar, orientar e apresentar parecer técnico aos assuntos pertinentes encaminhados a CES/RS, bem como desenvolver estudos com vistas à elaboração de planos e projetos relativos à política estadual de saúde, quando solicitado pelos órgãos do CES/RS.

¹³⁵ De acordo com o art. 14 do Regimento Interno do CES/RS, a Mesa Diretora apresenta as seguintes atribuições: cumprir e fazer cumprir as deliberações do Plenário e do Regimento interno, organizar a pauta das reuniões plenárias, bem como elaborar as atas das mesmas, convocar e dirigir as reuniões ordinárias e extraordinárias do CES/RS, promover a implementação administrativa, econômico-financeira e técnico-operacional do CES/RS, dar amplo conhecimento público de todas as atividades e deliberações do CES/RS e representar diretamente ou por delegação o CES/RS.

principalmente pela tarefa de representar institucionalmente o CES/RS e de dar conta de todas as questões executivas.

De outra forma, o Plenário é o órgão deliberativo máximo do CES/RS, constituído por 52 (cinquenta e dois) conselheiros titulares e os seus respectivos suplentes, representantes dos diferentes segmentos. O carácter deliberativo do Conselho constitui-se em uma das principais qualificações do patamar em que se encontra o controle social das políticas públicas. Até a Constituição Federal de 1988, além de incipiente, o controle social era apenas indicativo ao poder público. Esse diferencial confere uma maior legitimidade aos Conselheiros e um apoderamento da sociedade no que diz respeito ao controle democrático da Administração pública.

Quanto à composição do Plenário, os procedimentos são bastante rígidos. A ampliação ou qualquer outra alteração na composição deverá ser previamente deliberada pelo Plenário, com aprovação de dois terços de seus integrantes, em reunião extraordinária, para posterior regulamentação mediante projeto de lei.

As reuniões do Plenário ocorrem quinzenalmente, observando-se a seguinte ordem de tarefas: abertura e verificação do número de conselheiros presentes com direito a voto; leitura, discussão e aprovação da Ata da reunião anterior; leitura do expediente, comunicações, requerimentos, moções, indicações e proposições; distribuição entre os conselheiros de processos para elaboração dos respectivos pareceres; discussão e deliberação plenária sobre a matéria em pauta; indicação de pauta para a reunião subsequente e assuntos gerais.

Quando instalado o Plenário, verifica-se o quorum mínimo de cinquenta por cento de seus conselheiros, e, em caso negativo, após 30 minutos, com a presença de um terço dos conselheiros com direito a voto, são então abertos os trabalhos. Nas plenárias assistidas¹³⁶, no transcorrer do presente trabalho, observou-se um intenso debate entre os Conselheiros. Aos representantes do governo foram direcionados vários questionamentos, demonstrando uma postura proativa do CES/RS. Entretanto, o exercício do controle social, na prática, desvela uma assimetria na participação dos conselheiros. Nota-se que os que possuem um maior aporte de informações acabam por traduzir nas intervenções realizadas um debate mais qualificado.

¹³⁶ No desenvolvimento do trabalho de campo, foram observadas as plenárias realizadas nos dias 25 de fevereiro e 18 de março. Ambas ocorreram no Auditório localizado no 20º andar do Centro Administrativo do Rio Grande do Sul.

Os debates travados pelo CES/RS nas Plenárias são registrados em Atas, e as deliberações proferidas são consubstanciadas em resoluções que são encaminhadas ao governo para homologação. O prazo para a homologação é de 30 dias.

Conforme o Regimento Interno, no caso do governo não observar o prazo estabelecido, as resoluções devem retornar ao Plenário para reexame da matéria, quando, então, irão precisar, para aprovação, da presença mínima de cinquenta por cento de todos os conselheiros e do voto de dois terços dos conselheiros presentes. Após a decisão, é novamente encaminhado para homologação do gestor estadual que deverá fazê-lo em 15 dias.

A homologação das resoluções é um importante ponto para análise. O poder deliberativo traduzir-se-ia pelo ato de o governo acatar as decisões oriundas do controle social. Entretanto, este é um tema polêmico já que não há mecanismo que vincule as decisões do CES/RS, nem sanções aos governantes pela omissão do ato homologatório. Esse tópico será melhor apreciado no próximo item.

Outra importante instância do CES/RS são as comissões de fiscalização temáticas e especiais que funcionam como forças auxiliares do CES/RS. Estas podem regulamentar o seu funcionamento por meio de regimentos próprios, nos quais a paridade de representações por segmento nas composições é recomendada. A Comissão de Fiscalização de caráter permanente tem por objetivo o acompanhamento dos serviços prestados pelo SUS. As fiscalizações normalmente ocorrem em serviços ou estabelecimentos denunciados por irregularidades em seu funcionamento.

Já as comissões especiais¹³⁷ ocupam-se de processar demandas e estudos específicos. São elas: Comissão de Acompanhamento ao Processo Orçamentário, Comissão de Assistência Complementar, Comissão de Assistência Farmacêutica, Comissão de Educação Permanente para o Controle Social, Comissão de Etnias, Comissão de Saúde da Mulher, Comissão de Saúde Mental, Comissão DST/AIDS, Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST,

¹³⁷ As Comissões Temáticas e Especiais são constituídas para analisar problemáticas e sugerir ações e estratégias que sirvam de subsídios para a decisão no Plenário. Essas comissões têm caráter temporário, podendo permanecer em atividade por um breve ou longo período, em função da relevância do tema no planejamento de ação estratégica continuada ou enquanto houver necessidade de aprofundar a discussão de uma determinada questão até a tomada decisão.

Comissão Permanente de Fiscalização, Grupo de Trabalho e Estudos dos Conselhos Regionais de Saúde e Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS.

Na avaliação dos conselheiros entrevistados, a atuação das Comissões constitui-se em requisito fundamental para a qualificação dos debates do CES/RS. Com a concentração de esforços e aporte de tempo em uma determinada temática específica da saúde, acarreta-se um aprimoramento da análise e das decisões que instâncias maiores irão adotar.

De porte desse arranjo estrutural, o CES/RS possui um vasto e relevante campo de atuação. Conforme Wendhausen, o Conselho apresenta uma série de características necessárias para o exercício de suas atribuições. Nesse sentido, destaca a *representatividade*, que diz respeito à relação do conselheiro com suas bases, de modo que atue como seu interlocutor; a *legitimidade*, que é a condição que um conselheiro, ou mesmo uma decisão, adquire quando verdadeiramente representa as ideias de um grupo ou de toda a sociedade; a *autonomia*, um conselho que possui autonomia é aquele que tem condições administrativas, financeiras e técnicas adequadas ao seu funcionamento. Isso deve ser garantido pelas Secretarias de Saúde nos âmbitos estaduais e municipais sem que esse trabalho seja confundido com o trabalho das secretarias¹³⁸.

Também são consideradas propriedades relevantes a *organicidade*, que se caracteriza pelo grau de organização em que o trabalho do conselho acontece: a frequência às reuniões, a presença regular dos conselheiros, o uso do regimento interno; a *permeabilidade*: que diz respeito a sua capacidade de estabelecer um canal de recepção das demandas sociais locais, as quais deverão pautar as discussões e decisões do conselho; a *visibilidade*, que caracteriza a transparência de atuação do conselho em frente à sociedade, depende da relação com os canais locais de comunicação, bem como da criação de seus próprios canais de comunicação, tais como boletins informativos e outros tipos de publicação; a *articulação*, que se expressa pela capacidade do conselho em estabelecer relações não só com outros conselhos, municipais, estaduais e nacional, mas também com conselhos de outras áreas sociais, instituições de saúde e ainda Câmara de Vereadores, Assembleia Legislativas¹³⁹.

¹³⁸ WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social: (des) caminhos da participação em saúde.** Itajaí: UNIVALI, 2002. p. 122.

¹³⁹ Idem, *ibidem*, p. 122.

Dentre as principais competências atribuídas legalmente¹⁴⁰ ao conselho destacam-se as de acompanhar, analisar e fiscalizar o SUS no Rio Grande do Sul, bem como controlar a movimentação e o destino dos recursos na execução orçamentária da Secretaria de Saúde, atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política estadual de saúde, fiscalizar as unidades do setor privado prestador de serviços de saúde contratados para atuar de forma complementar ao SUS. Também, entre as funções estratégicas, figuram a de definir critérios para a celebração de contratos entre o setor público e o privado e a de apreçar e aprovar previamente convênios e termos aditivos a serem firmados pela Secretaria da Saúde. Ressalta-se que o artigo que trata das competências do CES/RS teve o cuidado de ressaltar que a atuação do conselho não interfere nas funções do poder legislativo: “Art. 3º - Ao CES/RS, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo...”.

A análise do conjunto das prerrogativas do Conselho Estadual de Saúde confere uma dimensão da importância do seu papel no controle democrático da Administração Pública, no tocante às políticas públicas da área da saúde. As ações relevantes do gestor público encontram-se submetidas ao crivo do CES/RS. Nesse sentido, apresenta-se a necessidade de se averiguar a efetividade dessa atuação. Ou seja, até que ponto o controle democrático é viável, efetivamente, no plano real ou apenas constitui-se em uma promessa propagada pelo advento da Constituição Federal. E, mais, quais os limites e potencialidades que essa experiência de controle social desvela para uma análise dialética. É disso que se ocupa o próximo item.

3.3 A (in)efetividade do controle social no âmbito do CES/RS: limites e potencialidades

O presente diagnóstico baseou-se, para além da tradicional pesquisa doutrinária, na análise das leis que normatizam o controle social no âmbito da saúde, no Regimento Interno, em Atas e nas Resoluções do Conselho Estadual de Saúde elaboradas no período de 01 de janeiro de

¹⁴⁰ O Art. 3º do Regimento Interno do CES/RS define um total de 18 competências aos Conselheiros.

2009 a 31 de dezembro de 2009, bem como nas entrevistas realizadas com conselheiros Estaduais de Saúde (Quadro 1).

QUADRO 1 – Relação de entrevistas efetuadas com conselheiros do CES/RS

Nº	Sexo	Nível de Ensino	Segmento	Atua na (o)	Entidade que representa
1	M	Médio	Profissionais	Mesa Diretora	FEESSERS
2	M	Superior	Usuários	Mesa Diretora	SINDSEPE
3	M	Superior	Usuários	Mesa Diretora	GAPA
4	F	Médio	Usuários	Plenário	FETAG
5	F	Superior	Usuários	Plenário	CNBB
6	F	Superior	Profissionais	Plenário	CRESS
7	M	Médio	Usuários	Plenário	FRACAB
8	M	Superior	Prestador	Mesa Diretora	Hospitais Filantrópicos
9	F	Superior	Governo	Plenário	SES
10	M	Superior	Governo	Mesa Diretora	SES

Para a amostragem, foram selecionados 20% do Conselho Estadual de Saúde, observando-se a paridade de sua composição. Para a seleção dos entrevistados, foi adotado o método aleatório simples¹⁴¹. Os entrevistados 1, 2, 5 e 7 também compõem a Comissão Permanente de Fiscalização. Os entrevistados 1 e 2 compõem a Comissão de Acompanhamento ao Processo Orçamentário. E os entrevistados 2, 5 e 7 compõem a comissão de Educação Permanente para o Controle Social. O conselheiro número 9, representante do segmento governo, apesar de haver se comprometido a participar da presente pesquisa, não retornou os questionários, apesar do contato empreendido.

A partir das entrevistas realizadas, verificou-se, de acordo com a amostragem selecionada, que 70% dos representantes possuem nível superior, 90% têm mais de 40 anos e 40% possuem filiação partidária.

3.3.1. Os procedimentos previstos formalmente e as condições reais

Sem dúvida, a constituição do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul introduziu uma série de procedimentos que inexistiam antes da previsão formal do Controle Social. Para o representante da FEESSERS, um dos grandes fatores positivos do trabalho do CES/RS é que foi democratizado o debate sobre a saúde. Os usuários a partir da instituição dos Conselhos têm, agora, um acesso maior aos seus direitos¹⁴².

Entretanto, as condições estruturais do CES/RS ainda são insuficientes se as relacionarmos com as atribuições previstas legalmente. Conforme o representante do SINDSEPE, em que pese o Regimento Interno prever estrutura administrativa ao Conselho, como o governo é o ordenador de despesas, a autonomia do CES/RS acaba limitada, pois tanto a liberação de veículos, aprovação de diárias, ou qualquer outro custo, depende da “vontade” do gestor. Por isso

¹⁴¹ A amostragem aleatória consiste na seleção das unidades amostrais em que cada uma tem iguais possibilidades de seleção.

¹⁴² Entrevista 01, profissionais/FEESSERS, 2010.

é que se diz que o político dá com uma mão e tira com a outra, uma vez que concedeu a autonomia, mas esta está veiculada à autorização do governo¹⁴³.

No mesmo sentido, o representante do GAPA denuncia que são raros os Conselhos Municipais que possuem o mínimo de estrutura de funcionamento, como uma sala, secretária executiva ou mesmo assessoria técnica¹⁴⁴.

O Estado não supre o controle social das condições necessárias para o seu pleno funcionamento. E, sem esse suporte, a atuação acaba por ser fragilizada. Além disso, os conselheiros exercem suas atribuições voluntariamente, conciliando a dedicação ao CES/RS com suas atividades profissionais. Assim, com uma disponibilidade restrita de tempo e uma estrutura inadequada, percebe-se o afloramento de dificuldades na consolidação da democracia participativa. Serão realizadas análises destas no decorrer deste capítulo.

No ano de 2009, além das reuniões ordinárias, pela extensão da demanda, fez-se necessária a convocação de plenárias extraordinárias. Conforme o representante da FEESERS, as entidades demandam os assuntos ao Plenário, a Mesa Diretora estabelece prioridades, mas o Plenário é soberano para definir os assuntos. A demanda de temas do CES/RS é muito grande. Em decorrência disso, no exercício de 2009, foi necessário convocar quatro plenárias extraordinárias¹⁴⁵.

Destaca-se que, no período analisado, a questão mais polêmica foi o orçamento destinado às políticas de saúde. Apesar do Plano de Saúde ter sido aprovado pelo CES, o número de ressalvas foi extenso. Entre outras, as principais observações são referentes ao não cumprimento do percentual de 12% em políticas de saúde e a inobservâncias das discussões feitas em todas as regiões do Estado do Rio Grande do Sul. Conforme o representante do SINDSPE, foi apontada a necessidade de investimento na construção de hospitais regionais, que desafogariam a chamada “ambulancioterapia” (procedimento de trazer os doentes do Estado inteiro de ambulância a Porto Alegre); entretanto, tais investimentos não foram incluídos no Orçamento em questão¹⁴⁶.

¹⁴³ Entrevista 02, usuários/SINDSEPE, 2010.

¹⁴⁴ Entrevista 03, usuários/GAPA, 2010.

¹⁴⁵ Entrevista 01, profissionais/FEESERS, 2010.

¹⁴⁶ Entrevista 02, usuários/SINDSEPE, 2010.

3.3.2. Controle social e transparência pública

O Conselho Estadual de Saúde introduz uma nova dinâmica de apresentação das informações inerentes às políticas públicas de saúde. Essa ocorre seja por meio da divulgação de dados nos sítios eletrônicos, seja pela submissão de relatórios, diretrizes e contratos à análise dos conselheiros.

O tema da transparência pública tornou-se relevante em um contexto de necessária otimização dos recursos públicos. Por um lado, há diversos comandos legais¹⁴⁷, que obrigam os gestores públicos a disponibilizarem publicamente os dados referentes à administração, e, por outro lado, há um tensionamento por parte da sociedade, seja a partir de entidades, sindicatos, organizações não governamentais, seja pelos inúmeros conselhos de gestão de políticas públicas, para que essas previsões sejam efetivamente atendidas.

Um dos principais sinais do início da superação de uma gestão patrimonialista é disponibilizar à sociedade todos os dados referentes à Administração Pública. A socialização das informações constitui-se em condição de possibilidade para a edificação do controle social. O sigilo na condução dos assuntos de interesse público já não é tolerado na sociedade que desponta neste início de século.

A transparência das informações não está no espectro discricionário dos governantes. É um imperativo constitucional. O art. 37 da Constituição Federal de 1988 dispõe “que a Administração Pública direta e indireta de qualquer dos poderes da união, dos estados, do Distrito federal e dos municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, **publicidade** e eficiência” (grifos meus). Assim, exigir publicidade dos atos de governo é importante não apenas, como se costuma dizer, para permitir ao cidadão conhecer os atos de

¹⁴⁷ Uma das referências mais antigas relacionadas com o tema da transparência pública é encontrada na Declaração dos Direitos do Homem de 1789. Esta, no seu art. 15, dispõe que “a sociedade tem direito de pedir conta a todo agente público de sua administração”.

quem detém o poder e assim controlá-los, mas também porque a publicidade é, por si mesma, uma forma de controle, um expediente que permite distinguir o que é lícito do que não é¹⁴⁸.

Destarte, principalmente por meio da massificação da Internet, os dados podem ser acessados simultaneamente à sua disponibilização. Ou seja, o advento da comunicação virtual possibilitou a disseminação das informações em tempo real, abrangendo todo o território brasileiro.

O governo federal, por exemplo, por meio da Portaria Interministerial nº 140 de 16 de março de 2006, disciplinou a divulgação de dados e de informações pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal por meio da rede mundial de computadores. As intituladas páginas de Transparência Pública contêm informações sobre a execução orçamentária e financeira, licitações, contratos, convênios, despesas com passagens e diárias dos órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta e indireta.

Já o governo do Estado do Rio Grande do Sul disponibiliza a partir do portal Transparência RS os gastos realizados pelos três poderes, executivo, legislativo e judiciário, bem como Tribunal de Contas/RS e Ministério Público. Também, é possível, por meio dessa ferramenta, acessar a transferência de recursos aos municípios e às entidades não governamentais.

O CES/RS destaca-se como uma experiência concreta de acesso aos dados públicos e de análise dos mesmos. De acordo com o representante da FEESERS, antes da Lei 8.142/90, não existia controle social na saúde. A lei foi um divisor de águas, inaugurando um novo período no qual a sociedade tem acesso às informações da gestão e do destino dos recursos públicos. Ou seja, pode-se afirmar que aumentou a transparência da gestão da saúde¹⁴⁹.

Já, para o representante do GAPA, com a instituição da Lei que cria os Conselhos de Saúde nas três unidades da Federação, talvez não se possa afirmar que aumentou a transparência dos atos da gestão, mas, com toda a certeza, pode-se dizer que ficou mais difícil de omitir

¹⁴⁸ Cf. BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira - 10ªed. São Paulo: Paz e Terra, 2006, p. 42.

¹⁴⁹ Entrevista 01, profissionais/FEESERS, 2010.

informações públicas. A transparência pública depende muito mais da ação da gestão do que de uma ação do Conselho¹⁵⁰.

A partir da dinâmica de reuniões do Conselho, das Comissões, da Mesa Diretora e do Plenário, há uma constante análise sobre os programas em execução. Destaca-se o tema do financiamento como um dos debates mais relevantes e polêmicos em tela. Segundo a conselheira, representante do CRESS, a Lei 8.142/90 democratiza o tema da saúde no Brasil. Seja pela previsão de deliberação sobre o orçamento, seja pela composição dos Conselhos, a transparência da gestão da saúde foi qualificada. Pode ainda não estar completamente consolidada, mas há um acesso inegável às informações¹⁵¹.

Essa afirmação é ratificada pela representante da CNBB. Para a mesma, apesar de não ser um controle ideal, pode-se afirmar que o CES/RS “foi fundamental para o aumento na transparência dos recursos públicos da saúde no RS”¹⁵².

Com o advento do controle social na área da saúde, o gestor deve submeter a proposta orçamentária à apreciação do CES/RS. Entretanto, a previsão do procedimento a ser seguido não é garantia de observância do mesmo. Esse é o entendimento do representante do SINDSEPE, que denuncia que o gestor ou demora a fornecer as informações ou simplesmente as sonega. O acompanhamento se dá a partir dos dados gerais. E, ao não cumprir, o gestor não sofre nenhuma penalidade. Não há previsão legal de sanção para os casos de não atendimento das solicitações do CES/RS. O que pode ser feito então é se recorrer ao judiciário ou ao Ministério Público¹⁵³.

Assim, verifica-se que o debate sobre a elaboração e execução do orçamento constitui-se em um dos temas mais polêmicos do CES/RS. Seja pelas ações na justiça, buscando-se o cumprimento dos percentuais previstos em lei para a área da saúde, seja pela recente auditoria¹⁵⁴

¹⁵⁰ Entrevista 03, usuários/GAPA, 2010.

¹⁵¹ Entrevista 07, Profissionais/CRESS, 2010.

¹⁵² Entrevista 05, usuários/CNBB, 2010.

¹⁵³ Entrevista 02, usuários/SINDSEPE, 2010.

¹⁵⁴ O Conselho de Saúde do RS recebeu o Relatório da Auditoria de nº 8236, realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS/SGEP/MS sobre a Gestão do SUS pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Conforme o Presidente do CES/RS, esse relatório, suas informações e conclusões demonstram claramente o que o CES/RS vem denunciando desde muitos anos: que o Gestor Estadual do SUS não prioriza as Ações e os Serviços Públicos em Saúde – ASPS no RS, com inegáveis prejuízos à Saúde pública dos cidadãos gaúchos. Essa auditoria, referente aos anos de 2006 e 2007, em relação aos recursos mínimos Constitucionais a serem aplicados na saúde, nada apresenta de novidades. O CES/RS vem denunciando desde 2003 o descumprimento da Emenda Constitucional

do DATASUS, constata-se a resistência existente na democratização da deliberação sobre o destino dos recursos públicos. E, em que pesem tanto o orçamento da saúde quanto os relatórios de gestão serem reiteradamente rejeitados pelo CES/RS, esses são aprovados pela Assembleia Legislativa, e o Tribunal de Contas acaba quitando as contas dos gestores.

Assim, percebe-se que a complementaridade entre a democracia representativa tradicional e a democracia participativa ainda não foi equacionada no que se refere aos limites de suas atribuições e à resolução de suas contradições. Nesse caso, Conselho Estadual de Saúde e Assembleia Legislativa têm a atribuição de aprovar o orçamento da saúde. Entretanto, no caso de contradição, quem tem legitimidade de deliberação? Esta ainda é uma indagação que ensejará discussão para a formação de um possível consenso, apesar de a democracia “tradicional” ter, nos casos concretos, obtido êxito nas suas posições.

Entretanto, para além dos limites e das insuficiências apontados, é inegável que a atuação do CES/RS conferiu um aumento da transparência das informações referentes à gestão das políticas de saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

3.3.3. Composição do Conselho e a relação com a sociedade

A atuação do Conselho de Saúde inaugura uma nova perspectiva de relação entre a sociedade e o Estado. Se, para os ditames da democracia representativa, tem-se a histórica dicotomia entre os políticos e os eleitores, sendo dos primeiros a prerrogativa de conduzir a vida pública, com a democracia participativa, há uma inversão dessa lógica. Sem afastar a importante função do poder público legitimamente eleito, tanto para as funções executivas quanto legislativas, a atuação do Conselho qualifica o controle democrático da gestão pública.

A inclusão da participação popular paritária, por meio de organizações representativas, significa uma inovação nesse sistema, na medida em que admite outra forma de intervenção

29 pelo Governo do Estado, sendo o Estado do RS o que menos investe em ASPS no Brasil segundo o SIOPS – Sistema de Informação em Orçamento Público de Saúde. Somente nos anos de 2006 e 2007, esse valor representa algo em torno de 1,9 bilhões de reais.

política. A expressão Democracia Participativa, como já se analisou no presente trabalho, não esgota o diferencial desse processo e se caracteriza por ser uma forma suplementar de exercício do poder político.

Assim, pode-se antever como característica dessa forma de poder a abertura de oportunidade para a participação coletivizada. Ao se integrar voluntariamente a uma organização, a pessoa supera sua dimensão individual e passa a ser membro de um ente coletivo. Não significa, com isso, que não haja alienação ou mesmo autoritarismo nesse processo. O que pode ser observada é a natureza coletiva desse ser político. Sua interveniência também é guiada por uma perspectiva política, mas seu limite esgota-se na implementação do projeto político pretendido, e não no exercício direto de cargos públicos.

Conforme o representante do SINDSEPE, por meio do Conselho, “mesmo com um poder limitado, a sociedade tem a possibilidade de controlar os governantes”. O grande desafio é que esse controle não seja restrito a entidades representativas, mas que possa ser composto da participação popular direta. Os cidadãos ainda estão muito distantes do Conselho.

Uma das possíveis causas desse distanciamento é o desencantamento com a falta de resultados concretos. A inobservância de deliberações do conselho, com certeza, gera credibilidade e desconstituição. O CES/RS só vai se consolidar se, por um lado, abrir-se mais para a sociedade em geral, buscando uma participação popular efetiva e, por outro, se as entidades que a compõem comprometerem-se mais com a defesa da política e das diretrizes do SUS. Ou seja, as entidades devem ultrapassar a atuação corporativa de defesa apenas de seus interesses¹⁵⁵.

Conforme se observou no item anterior, a composição do CES/RS é definida pela Lei Estadual nº 10.097 de 31 de janeiro de 1994 e ratificada pelo Regimento Interno, aprovado em 20 de maio de 1994. Esses normativos definem taxativamente quais são as entidades representativas que devem compor o Conselho, e eventuais mudanças podem ser operadas somente após o devido processo legislativo. Destarte, pode-se afirmar que daí decorre uma das fragilidades do CES/RS. Algumas entidades no transcorrer dos anos não demonstram mais interesse em ocupar a

¹⁵⁵ Entrevista 02, usuários/SINDSEPE, 2010.

vaga e atuar no Conselho. Há, inclusive, o fato de uma entidade sindical que não mais existe¹⁵⁶. Em decorrência desse engessamento da constituição, percebe-se certo esvaziamento político do CES/RS.

Para o representante do GAPA, o fato de a Lei estadual nominar taxativamente as entidades que compõem o CES/RS ocorreu em decorrência do receio de que, a cada mudança do gestor estadual, houvesse uma ingerência sobre a nominata de entidades que constituem o conselho. Naquele contexto, como não se sabia direito qual seria a efetividade da atuação do conselho, buscou-se, na lei, uma forma de desatrelar a sua composição do gestor estadual. Entretanto, hoje, há um entendimento de que há condições reais de autonomia do conselho para sua autogestão. O movimento social e popular está mais consolidado do que na década de 90. Assim, poderia se seguir, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde, um procedimento de eleição do CES/RS a cada gestão, sendo que a lei apenas continuaria a definir os segmentos e a paridade na composição¹⁵⁷.

No mesmo sentido, o representante do SINDSEPE explica que foi um equívoco a previsão na Lei Estadual nº 10.097 de 31 de janeiro de 1994 de listar taxativamente as entidades que deveriam compor o conselho. Talvez, na época, a mediação política fora possível; entretanto, hoje, é uma questão engessante. A luta no momento deve ser pela alteração desse artigo da lei, transferindo essa previsão para o Regimento Interno do CES/RS. Assim, no caso de alguma entidade manifestar a desistência em participar ou faltar mais de 03 vezes sem justificativa, poder-se-á proceder à sua substituição¹⁵⁸.

Em uma importante contribuição, o representante da FESSEERS defende que o ideal seria que, antes de cada gestão, ocorresse uma conferência estadual de saúde que definisse quais entidades deveriam participar do CES/RS, e a lei definiria o número e a paridade na composição¹⁵⁹.

¹⁵⁶ Trata-se da Central Geral dos Trabalhadores – CGT, que, a partir de 2007, passou a constituir, juntamente com outras centrais, a UGT – União Geral dos Trabalhadores.

¹⁵⁷ Entrevista 03, usuários/GAPA, 2010.

¹⁵⁸ Entrevista 02, usuários/SINDSEPE, 2010.

¹⁵⁹ Entrevista 01, profissionais/FEESSERS, 2010.

Outro aspecto que merece atenção é a relação entre as Entidades que compõem o CES/RS e a população. Em que pese o Conselho representar os interesses da sociedade civil, representada em 50 % dos assentos, com paridade em relação ao governo, prestadores e profissionais, ainda é incipiente a relação direta daquele com os cidadãos em geral.

Conforme a representante do CRESS, o CES/RS ainda é muito distante da população. O dia e o horário das plenárias, quinta-feira às nove horas, horário comercial, não contribuem para a participação da sociedade. Entretanto, destacam-se as Plenárias descentralizadas como uma importante iniciativa de aproximação do CES/RS junto aos cidadãos¹⁶⁰.

Não se identificou, na análise da atuação do Conselho, uma política contundente de aproximação deste com a população. A aproximação da população da pauta do Conselho depende de uma atuação do mesmo, e não de uma concessão do poder público. Uma postura protagonista, e não submissa, constitui-se em condição de possibilidade para a consolidação da democracia participativa.

A participação popular nos assuntos públicos não é apenas responsabilidade exclusiva dos governantes. Essa afirmação da representante da CNBB remete para o fato de a sociedade civil organizada possuir constitucionalmente a atribuição de gestionar e contribuir para a democratização do Estado¹⁶¹.

Entretanto, como a composição do Conselho não é feita a partir de um sufrágio universal, mas sim por meio de diferentes entidades representativas, pode-se explicar que essas se motivem por interesses específicos de sua base de constituição e, mais, que o retorno a essas bases não necessariamente signifique um retorno à sociedade como um todo. Além disso, as demandas do CES/RS são de tal quantidade e magnitude que os Conselheiros ainda não se debruçaram a desenvolver canais permanentes de diálogo com a sociedade. Em que pese essa constatação, destaca-se a realização das Conferências de Saúde¹⁶² em todos os níveis da federação. Outra iniciativa que merece referência é a Caravana em defesa do SUS¹⁶³.

¹⁶⁰ Entrevista 07, Profissionais/CRESS, 2010.

¹⁶¹ Entrevista 05, usuários/CNBB, 2010.

¹⁶² As Conferências de Saúde são previstas pela Lei nº 8.142/90. Conforme o § 1º, a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as

Para o representante do GAPA, uma das formas de tornar o CES/RS mais efetivo seria um maior compromisso das grandes entidades. Se nas décadas de 80 e 90 os movimentos sociais, sindicais e populares mobilizaram-se para garantir o controle social da saúde, o que se percebe na conjuntura atual é um descompromisso dos mesmos. Uma das causas dessa falta de comprometimento pode ser acarretada ao fato de, apesar do CES/RS ter um caráter deliberativo, por lei, na prática, muitas de suas decisões não são acatadas ou, pior, temas relevantes, que deveriam ser encaminhados ao Conselho, não seguem esse rito. E, como não há sanção administrativa aos gestores, o descrédito só tende a aumentar¹⁶⁴.

O representante da FEESSERS endossa esse entendimento. A participação é um dos grandes problemas do CES/RS. Algumas entidades deixaram de participar das reuniões, inviabilizando muitas vezes o quorum do Plenário. Há entidades que compareceram apenas na fundação do Conselho e nunca mais se fizeram presentes. Uma mudança na Lei que define a composição do Conselho é fundamental para reconstituí-lo e principalmente garantir que este tenha condições de cumprir suas atribuições. Algumas entidades, inclusive, já oficializaram a opção por não participar do CES/RS; no entanto, a substituição não pode ser feita em razão da falta de faculdade legal para tal ato¹⁶⁵.

Uma questão importante, destacada pela representante do CRESS, seria o compromisso que os conselheiros deveriam ter em preparar a sua sucessão. O fato de os suplentes serem treinados contribuirá para uma transição que não desqualifique ou desacelere o atendimento das atribuições do CES; ou seja, não haveria descontinuidade na atuação¹⁶⁶.

diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

¹⁶³ A Caravana em defesa do SUS seguiu o cronograma organizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Conselho Estadual de Saúde. Essa foi realizada no dia 06 de novembro de 2009 no auditório Dante Barone, na Assembleia Legislativa, Porto Alegre. A Caravana contou com a presença de mais de 600 participantes, entre representantes dos mais diversos segmentos. Dentre os avanços do SUS no Rio Grande do Sul, os participantes destacaram o Controle Social, a Vigilância em Saúde e a Assistência em saúde. Como desafios a serem vencidos, cabem a reestruturação dos conselhos municipais de saúde, a organização das centrais de regulação dos serviços de saúde, a lei de responsabilidade fiscal aplicada à área da saúde, e a implantação do SUS como disciplina pedagógica no ensino escolar para promoção da cidadania. Na Caravana, o Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, reafirmou a sua posição dizendo que “é impossível fortalecer o SUS, sem o fortalecimento do setor público”.

¹⁶⁴ Entrevista 03, usuários/GAPA, 2010.

¹⁶⁵ Entrevista 01, profissionais/FEESSERS, 2010.

¹⁶⁶ Entrevista 07, Profissionais/CRESS, 2010.

Desse modo, entende-se que o debate sobre a composição do conselho é eminentemente um tema político. A defesa ou não da previsão taxativa das entidades que devem compor o Conselho se dá a partir de uma análise de correlação de forças entre representantes dos usuários, profissionais, prestadores e governo.

Em que pese a polêmica da composição, considera-se mais importante o mote do (des)compromisso das entidades que constituem o CES/RS, não só do ponto de vista da participação efetiva nas reuniões, mas da defesa das diretrizes do SUS. Um olhar mais desvinculado dos interesses corporativos e segmentados é condição de possibilidade para uma representação real da sociedade civil. Ao contrário, dar-se-á uma simples soma de conveniências parciais. A representação nos Conselhos acaba por apresentar os mesmos problemas, as mesmas dificuldades e as mesmas características da representação político-partidária em seu conjunto.

Destaca-se também a necessidade de incluir no segmento dos usuários grupos populacionais que vivenciam processos de exclusão social. Para Escorel, apesar do fato de que as entidades representativas deveriam representar também os setores desorganizados e sem voz ativa na esfera pública, é pouco provável que o cidadão incluído e organizado em seu sindicato ou associação de categoria ocupacional consiga representar interesses tão distintos dos seus como os demandados pelos excluídos¹⁶⁷.

Assim, é urgente a aproximação do CES/RS da população. A simples composição por meio de entidades não é suficiente para garantir uma interlocução com a sociedade em geral. A criação de canais de comunicação e a realização de audiências e caravanas da saúde constituem-se em mecanismos que devem ser aperfeiçoados com vistas à consolidação do CES/RS como um mecanismo acessível ao conjunto dos cidadãos.

¹⁶⁷ ESCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 238.

3.3.4 A paridade na composição do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul é apenas formal?

Um das previsões legais mais comemoradas em relação ao Controle Social no setor da saúde é a definição, já referida no item anterior, de uma composição paritária; ou seja, os usuários em mesmo número que a soma dos representantes do governo, profissionais e prestadores. Essa configuração permite uma condição de possibilidade de igualdade na esfera decisória. Entretanto, o que se torna fundamental analisar é se essa igualdade é apenas formal ou se produz consequências reais.

Para a representante da CNBB, a paridade não é completamente observada. A Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde estabelece uma composição de 50% para usuários, 25% para trabalhadores e 25% dividido entre governo e prestadores de serviços. Entretanto, a grande maioria dos Conselhos municipais ou estaduais, e inclusive o CES/RS, apenas observa a paridade de 50% de usuários¹⁶⁸. Nesse sentido, corrobora o representante da FEESSERS. Em que pese a lei definir os percentuais de distribuição das vagas do Conselho, observa-se, principalmente, nos Conselhos Municipais, que o gestor acaba indicando também os representantes dos profissionais ou, até mesmo, dependendo da hegemonia política municipal, cargos em comissão para as vagas dos usuários¹⁶⁹.

A igualdade numérica de conselheiros entre segmentos, que configura a paridade formal, não implica no equilíbrio de poder para a tomada de decisão. Essa questão jamais será resolvida exclusivamente por meio da composição do Conselho. O mapa de forças políticas é sempre contextual. Merece atenção esse caráter ficcional da distribuição do poder pela paridade. O formalismo pode servir com cortina de fumaça para dissimular desigualdades e ampliar o poder de quem esteja em melhor condição nessas arenas políticas.

Vários fatores podem contribuir para uma paridade real entre os segmentos que compõem o CES/RS. O acesso às informações é um dos elementos que implica em diferenças políticas entre os segmentos. Seja pelo domínio da máquina pública, pelo poder econômico para produzir,

¹⁶⁸Entrevista 05, usuários/CNBB, 2010.

¹⁶⁹Entrevista 01, profissionais/FEESSERS, 2010.

sistematizar e armazenar dados ou, ainda, pelo enraizamento social necessário a um diagnóstico preciso, a questão central é compreender que informação implica poder. O segmento dos usuários, sem dúvida, é o que menos domina as nuances técnicas das políticas públicas de saúde.

Outro aspecto importante nesse equilíbrio é a disponibilidade de tempo. Funcionários públicos podem dispor do tempo que for necessário às atividades de conselheiro, se isso for prioridade da administração. No caso das entidades prestadoras de serviço, a representação costuma ser incorporada à carga de trabalho de alguns dos funcionários. Tal não ocorre quando se trata de militantes de um movimento popular.

A dispensa do trabalho nos horários das reuniões, que é uma prerrogativa jurídica incluída na lei de criação do conselho, não chega a resolver o problema de profissionais autônomos ou mesmo dos trabalhadores de empresas privadas, que não costumam aceitar o ônus da cedência de seus empregados. Além disso, o tempo necessário à participação nos Conselhos não se reduz às reuniões. É necessário estudar documentos, articular-se com outros representantes, entidades e instituições, informar-se.

De acordo com Scorel, “mecanismos e situações de profissionalização dos conselheiros são extremamente criticados, como a não rotatividade ou o pagamento de jeton¹⁷⁰. Entretanto, percebe-se que essas críticas são geralmente proferidas aos representantes dos usuários, uma vez que os demais têm uma flexibilidade maior em relação ao tempo disponível para atuação no conselho. A participação nas reuniões e outras tarefas são parte de suas atividades profissionais.

Outro aspecto importante é que a homogeneidade/heterogeneidade própria dos segmentos por seu turno implica em uma diferença no embate de poder. Os representantes governamentais estariam unificados pelo Plano de governo ou mesmo pela subordinação ao Executivo. Já os segmentos de profissionais e usuários são motivados por inúmeros interesses, desde os corporativos até os pessoais.

O representante do SINDSEPE defende que a diferença entre a atuação dos diferentes segmentos é que, para os usuários, todas as pautas são relevantes, sendo que sua participação é

¹⁷⁰ ESCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 237.

constante. Já, para os representantes do governo, os prestadores e os profissionais, a participação está diretamente ligada à pauta da Plenária. Quando o assunto é de interesse do governo, que deve, por exemplo, aprovar algo, a participação é maciça. Quando há um assunto de interesse de uma entidade profissional, da mesma forma, há uma mobilização geral. De resto, a participação é extremamente frágil¹⁷¹.

Destarte, o caminho para a paridade real entre os segmentos que compõem o CES/RS pressupõe um conjunto de condições materiais que somente a previsão numérica não é capaz de suprir. O acesso às informações, de forma homogênea, a disponibilidade suficiente de tempo para a análise dos temas e das articulações políticas, a formação técnica ou o suporte para a apreciação da pauta são alguns exemplos de elementos centrais de predisposição dos conselheiros. A Administração Pública brasileira não se edificou, conforme se analisou no subitem 2.1 deste trabalho, com base em pilares democráticos. Pelo contrário, o afastamento entre a sociedade e o Estado favoreceu historicamente as posturas patrimonialistas e clientelistas dos gestores públicos.

3.3.5 O controle social como processo de educação popular versus os limites técnicos

No estudo efetuado no subitem 2.4 desta dissertação, no tocante à Democracia Participativa, estabeleceu-se que a participação popular consiste em um processo de educação política continuada. A atuação na análise e deliberação de questões relevantes para a qualificação da gestão pública e otimização dos recursos públicos aproxima o cidadão do aparato estatal e promove uma maior transparência dos atos dos gestores.

Essa característica pedagógica da participação pode ser transposta, no tempo e no espaço, para os conselhos gestores de maneira geral e, no caso específico, para os Conselhos de Saúde. Conforme Escorel, são instâncias que têm o potencial de – no próprio exercício de cidadania – promover o aprimoramento do sentido público de quem participa, de conferir um novo significa à

¹⁷¹Entrevista 02, usuários/SINDSEPE, 2010.

política e, assim, possibilitar, de forma qualitativamente inovadora, que se exerça um papel na gestão pública. Entretanto, o controle social nesse aspecto apresenta algumas dificuldades¹⁷².

Se, por um lado, o discurso elitista de que o povo não está preparado para a gestão da coisa pública apenas reforça uma visão conservadora, que afasta o Estado da sociedade, por outro lado, são latentes os entraves cotidianos na viabilização do controle social. Para uma correta tomada de decisões e um eficiente cumprimento das competências atribuídas ao Conselho, torna-se fundamental o domínio das informações. Ter o controle dos dados significa possuir a condição de tomar decisões fundamentadas, definir prioridades, reverter os problemas detectados, bem como aprimorar processos.

O Conselho precisa ter o domínio dos dados da saúde, tanto em relação à demanda de políticas quanto em relação aos serviços oferecidos, para tomar decisões de nível superior, de direcionamento político. Para isso, torna-se fundamental a concepção de um diagnóstico do setor, não apenas como uma burocracia a ser cumprida pelo conselho, mas como uma importante ferramenta para o controle da política. Um sistema de informações permanente, não apenas um relatório estático. E, principalmente, informações que vão além dos dados oferecidos pelo próprio gestor. É importante que o Conselho mantenha autonomia em relação ao governo na formação de suas convicções. Isso não significa um antagonismo em relação às decisões governamentais, mas para se viabilizar um controle social efetivo a independência é fundamental.

Codificar e compreender as informações também se constituem em requisitos essenciais para que os conselheiros exerçam suas funções. Nesse contexto, podem-se destacar dois entraves principais. O primeiro diz respeito ao tempo disponível para assimilar as informações. A função do Conselheiro é apenas uma entre as demais tarefas desempenhadas cotidianamente. Esses não têm dedicação exclusiva para essa tarefa, tampouco recebem proventos por essa atribuição. Os Conselheiros acumulam esse desempenho com suas tarefas profissionais. Assim, o tempo disponível para a análise dos documentos e para a maturação das convicções é exíguo.

¹⁷² ESCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 245.

Um segundo obstáculo está relacionado com o teor das informações manejadas pelos conselheiros. Se, para os Conselheiros das diferentes políticas públicas, os termos técnicos trazem dificuldades para a compreensão dos documentos analisados, no setor da saúde, esse problema é majorado. A terminologia do setor da saúde é altamente especializada e composta de referências não utilizadas no cotidiano dos cidadãos. Para a representante do CRESS, não há um meio termo na apresentação de dados ao Conselho. Ou o governo o infantiliza, pormenorizando demais as informações, ou torna-as incompreensíveis, dado o número de termos técnicos¹⁷³.

Assim, fazem-se necessárias, por um lado, a operacionalização e a qualificação dos apoios técnicos previstos no Regimento Interno do CES e, por outro, uma compreensão por parte do gestor público de articular materiais com acessibilidade de entendimento. Na medida do possível, além da contratação de assessorias especializadas, o Conselho pode pedir o apoio das universidades para a interpretação dos dados.

O representante do GAPA ratifica essa avaliação e afirma que, por ser conselheiro voluntário, ele desempenha outras funções profissionais e particulares. Ele também não é um especialista da área da saúde. Ele sabe dizer se o sistema de saúde atende bem ou não a população. E, em que pese o processo de formação ser importante, há que se ponderar o fato de que a atuação do conselheiro é transitória. Ou seja, tanto o seu mandato no Conselho como na entidade que representa não são permanentes. Nesse sentido, ao lado da formação do conselheiro, é fundamental a constituição de uma estrutura de apoio técnico permanente que tenha a possibilidade de auxiliar os conselheiros nas suas atribuições, mas também possuir a memória e o acúmulo da atuação do Controle Social¹⁷⁴.

Já, para o representante da FEESERS, o aprendizado dos conselheiros se dá no cotidiano das funções desempenhadas. Os conselheiros mais antigos passam a experiência aos novos. Ressalta-se também que, por meio da Comissão de Educação para o Controle Social, viabilizam-se as jornadas de formação para os conselheiros, que se constituem em uma importante ferramenta de ensino popular¹⁷⁵.

¹⁷³ Entrevista 07, Profissionais/CRESS, 2010.

¹⁷⁴ Entrevista 03, usuários/GAPA, 2010.

¹⁷⁵ Entrevista 01, profissionais/FEESERS, 2010.

Destaca-se, também, no processo de qualificação dos conselheiros, o papel desempenhado pelas comissões temáticas do CES/RS. Constituídas a partir de temas específicos, possibilitam um aprofundamento do debate de temas relevantes. Segundo a representante do CRESS, as comissões têm um papel estratégico no CES/RS, uma vez que os conselheiros destinam um tempo maior na análise de temas específicos, qualificando a atuação dos mesmos¹⁷⁶.

Entretanto, Escorel faz um alerta de que a pedagogia da cidadania às vezes é substituída pela capacitação dos conselheiros em aspectos de ordem eminentemente técnica de responsabilidade de funcionários remunerados para esse fim, o que desqualifica a representação política que é o verdadeiro papel a ser desempenhado e dessa forma não aprimora nem a cidadania do representante, nem a instância democrática¹⁷⁷.

Assim, tendo em vista os limites técnicos analisados, entende-se que a participação popular de fato é um processo de educação continuada. Os problemas da democracia só se resolvem com mais democracia. Uma sociedade, que incorpora a sua dinâmica de funcionamento à participação nas atividades públicas, cada vez mais se apropria do aparato estatal. Mesmo sabendo-se que a excelência do controle social ainda é uma meta distante, é fundamental continuar a seguir nessa direção, uma vez que o Estado só estará verdadeiramente a serviço de toda a população quando esta dominar o seu funcionamento e estiver, de forma protagonista, definindo os seus rumos.

3.3.6. O caráter deliberativo do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

O exercício do poder deliberativo dos Conselhos passa, fundamentalmente, pelo controle das políticas colocadas sob sua responsabilidade. Entretanto, até onde vai o espaço de poder de cada Conselho? Inicialmente, é necessário considerar o âmbito de atuação dos conselhos e a

¹⁷⁶Entrevista 07, Profissionais/CRESS, 2010.

¹⁷⁷ ESCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 245.

abrangência das decisões relativas à política em questão. A dificuldade central é a demarcação dos limites da política pública sob responsabilidade do Conselho. Na normatização da administração pública, as competências ainda são demarcadas mais pelos órgãos do que pela definição da política em questão.

Dessa forma, torna-se fundamental avaliar se os mecanismos existentes para garantir a execução das decisões do Conselho são exitosos. Há que se falar na existência de um poder vinculante das decisões do Conselho. Como não há previsão legal de sanção em caso de não cumprimento de decisão do Conselho, constata-se uma fragilidade no sentido de obrigar o gestor público a acatar as deliberações.

Ao se considerar as resoluções aprovadas pelo CES/RS no exercício financeiro de 2009 e devidamente homologadas pela Secretaria Estadual de Saúde, verifica-se uma realidade nada alentadora. Entre o início de janeiro e final de dezembro de 2009, foram debatidas e aprovadas 13 resoluções. Destas, 08 foram tempestivamente homologadas pela SES/RS. Ou seja, praticamente 40% das resoluções não foram homologadas.

Os conselheiros entrevistados têm uma visão consensual: a falta de sanção aos gestores é uma das principais causas da desconsideração do caráter deliberativo do CES/RS. E, mais, essa postura desencadeia uma reação desmobilizadora. Assim, do que adianta reunir, debater, decidir, se o governo não respeita as decisões das quais não tem concordância.

Para a representante do CRESS, o governo não respeita o CES/RS, principalmente, no que se refere a questões emblemáticas, como o orçamento. Há outros casos simbólicos de desrespeito ao controle social. Na atual gestão, enquanto o Conselho estava reunido em plenária, o governo ordenou a derrubada de paredes visando confiscar uma parte do espaço destinado ao CES/RS e remanejá-la para outro setor. Esse fato foi denunciado em rádios, no Conselho Nacional de Saúde e no Ministério Público¹⁷⁸.

Já, o representante do SINDSEPE afirma, em relação às resoluções que o governo somente homologa as que vão ao encontro de sua política. Caso contrário, posterga e, na maioria das vezes, não homologa resoluções contrárias às opiniões do governo. O grande problema é que

¹⁷⁸Entrevista 07, Profissionais/CRESS, 2010.

nestes casos não há previsão de sanção para o gestor. As resoluções aprovadas deveriam ter autoaplicabilidade direta¹⁷⁹.

Da mesma forma, a representante da CNBB denuncia que o fato de não haver sanções quando do não cumprimento de decisões do CES/RS gera uma acomodação por parte dos gestores. Existiram casos inclusive de não cumprimento de determinações do Ministério Público e, da mesma forma, nada aconteceu¹⁸⁰.

Segundo a representante da FRACAB, há um esvaziamento do CES/RS pela descrença de decisões não cumpridas. Mas, também, há um distanciamento do Conselho em relação à população. “Uma das formas de tentar melhorar esta relação está sendo buscada a partir da descentralização das reuniões do conselho pelo interior do Estado, permitindo um acesso mais facilitado aos cidadãos do interior¹⁸¹.”

O CES/RS, em sua resolução CES/RS 07/2009, reprova o relatório de Gestão 2008, justamente por entender que a prestação de contas do Gestor Estadual não possibilita avaliar os impactos das ASPS e que os recursos financeiros aplicados em saúde demonstram claramente que o governo não prioriza essas ações em sua gestão.

Introduz-se, dessa forma, um tema polêmico: a qualificação jurídica do Conselho. Em princípio, os Conselhos não são dotados de personalidade jurídica (expressa num CNPJ), embora permaneçam, ainda assim, órgãos públicos autônomos. Entretanto, há uma controvérsia em relação à “personalidade judiciosa”, que lhes daria a possibilidade de acionar a justiça como parte ativa em processos de defesa de suas decisões. Isto é, em caso de descumprimento de uma decisão, seja no âmbito do poder público ou não, quem pode recorrer à Justiça exigindo o cumprimento?

O problema coloca-se importante na medida em que os principais envolvidos nesse tipo de conflito são os gestores públicos. Ao se considerar que os Conselhos utilizam-se da personalidade jurídica da Administração Pública à qual são vinculados, seria criado um impasse se a administração não acatasse suas decisões. Como a justiça aceitaria uma ação em que o

¹⁷⁹Entrevista 02, usuários/SINDSEPE, 2010.

¹⁸⁰Entrevista 05, usuários/CNBB, 2010.

¹⁸¹Entrevista 05, usuários/FRACAB, 2010.

proponente é, ao mesmo tempo, vítima e réu¹⁸²? Os Conselhos ficariam relegados a reclamar o cumprimento de suas decisões no âmbito administrativo, em que o réu (prefeito, governador ou presidente) tem ascendência.

3.3.7 A efetividade do cumprimento das atribuições do CES/RS

No desenvolvimento do trabalho de campo, foi aplicado, aos conselheiros selecionados na amostragem efetuada, questionário objetivo, tendo como escopo as competências definidas pelo regimento interno do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Os representantes, conforme sua militância cotidiana no CES/RS, avaliaram, considerando cada atribuição estipulada, se o Conselho “cumpre”, “cumpre razoavelmente” ou “não cumpre” a referida função. Os resultados encontram-se dispostos no Quadro 2.

QUADRO 2 - Atribuições dos conselheiros conforme o Regimento Interno do CES/RS

I. Acompanhar e controlar a movimentação e o destino dos recursos na execução orçamentária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente	%
Cumpre	22
Cumpre Razoavelmente	67
Não Cumpre	11

¹⁸² Um acórdão aprovado por unanimidade pelo Tribunal de Justiça de São Paulo manifestou-se a este respeito: “Embora efetivamente despersonalizados, porque, como parte das entidades que integram, eles são meros instrumentos de ação dessas pessoas jurídicas, os órgãos mantêm relações funcionais entre si e com terceiros, das quais resultam efeitos jurídicos internos e externos na forma legal ou regulamentar. Por terem prerrogativas funcionais próprias, quando infligidas por outro órgão admite-se a defesa delas até mesmo por mandado de segurança”. BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (7ª Câmara). Apelação Cível nº 010.649.5/8-00, Desembargador Jovino Sylos, Santos/SP.

II. Definir critérios para a celebração de contratos entre o setor público e entidades privadas no que tange à prestação de serviços	%
Cumpre	0
Cumpre Razoavelmente	78
Não Cumpre	22

III. Avaliar as unidades do setor privado prestador de serviços de saúde que serão contratadas para atuar de forma complementar no SUS, bem como acompanhar, controlar e fiscalizar a atuação das mesmas	%
Cumpre	11
Cumpre Razoavelmente	44,4
Não Cumpre	44,4

IV. Aprovar critérios e valores, complementares à tabela nacional de remuneração de serviços, e os parâmetros estaduais de cobertura assistencial	%
Cumpre	11
Cumpre Razoavelmente	67
Não Cumpre	22,2

V. Promover a ampla descentralização das ações e serviços de saúde, bem como dos recursos financeiros¹⁸³	%
Cumpre	33,3
Cumpre Razoavelmente	22,2
Não Cumpre	11,1

VI. Atuar para o desenvolvimento e formação dos conselhos regionais, nacionais e locais de saúde¹⁸⁴	%
Cumpre	44,4
Cumpre Razoavelmente	33,3
Não Cumpre	11,1

VII. Apreciar e aprovar previamente convênios e termos aditivos a ser formados pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente	%
Cumpre	33,3
Cumpre Razoavelmente	33,3
Não Cumpre	33,3

¹⁸³ Três conselheiros não responderam esse quesito por o considerar “não aplicável”.

¹⁸⁴ Um conselheiro não respondeu esse quesito por o considerar “não aplicável”.

VIII. Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política estadual de saúde	%
Cumpre	55,5
Cumpre Razoavelmente	44,4
Não Cumpre	0

IX. Acompanhar, analisar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul	%
Cumpre	33,3
Cumpre Razoavelmente	67
Não Cumpre	0

X. Estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar o Plano Estadual de Saúde, bem como acompanhar e avaliar sua execução	%
Cumpre	44,4
Cumpre Razoavelmente	55,5
Não Cumpre	0

XI. Apreciar e aprovar a proposta do plano plurianual da lei de diretrizes orçamentárias do orçamento anual e do plano de investimentos da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente	%
Cumpre	66,6
Cumpre Razoavelmente	33,3
Não Cumpre	0

XII. Apreciar e aprovar o plano de aplicação e a prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde, bem como acompanhar e fiscalizar sua movimentação	%
Cumpre	44,4
Cumpre Razoavelmente	33,3
Não Cumpre	22,2

XIII. Apreciar e aprovar os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde, representados pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente¹⁸⁵	%
Cumpre	66,6
Cumpre Razoavelmente	22,2
Não Cumpre	0

¹⁸⁵ Um conselheiro não respondeu esse quesito por o considerar “não aplicável”.

XIV. Apreciar, analisar e deliberar sobre as políticas setoriais de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar a sua implantação	%
Cumpre	44,4
Cumpre Razoavelmente	55,5
Não Cumpre	0

XV. Estabelecer critérios, bem como acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde, credenciado mediante contrato e convênio para integrar o Sistema Único de Saúde no Estado.	%
Cumpre	11,1
Cumpre Razoavelmente	66,6
Não Cumpre	22,2

XVI. Aprovar o regulamento, a organização e as normas de funcionamento das Conferências Estaduais de Saúde reunidas, ordinariamente, e convocá-las extraordinariamente.	%
Cumpre	100
Cumpre Razoavelmente	0
Não Cumpre	0

XVII. Formular diretrizes e instruções para a formação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde¹⁸⁶	%
Cumpre	77,7
Cumpre Razoavelmente	11,1
Não Cumpre	0

XVIII. Outras atribuições, definidas e asseguradas em atos complementares, baixadas pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, que se referirem à operacionalidade e à gestão do Sistema Único de Saúde – SUS	%
Cumpre	44,4
Cumpre Razoavelmente	55,5
Não Cumpre	0

Nota-se que a avaliação dos conselheiros em relação ao desenvolvimento de suas atribuições é acentuadamente crítico. Apesar de as produções acadêmicas saudarem esse processo de controle social, percebe-se que os atores sociais intrinsecamente envolvidos não possuem o mesmo otimismo ao avaliar a efetividade do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Principalmente no tocante às atribuições que se relacionam com a aprovação e controle do orçamento da saúde, análise de contratos e convênio, fiscalização do SUS e das unidades do setor privado que atuam de forma complementar ao sistema público, constata-se um entendimento de que o CES/RS não cumpre ou não cumpre razoavelmente suas tarefas.

¹⁸⁶ Um conselheiro não respondeu esse quesito por o considerar “não aplicável”.

Entretanto, ressalta-se que essas atribuições são justamente aquelas que dependem da submissão do gestor estadual. Ou seja, nas atribuições que estão ao alcance do CES/RS, independentemente do governo, como a organização das conferências de saúde ou a elaboração de diretrizes para os conselhos regionais de saúde, a avaliação é significativamente positiva.

Na verdade, mais que uma crítica, uma possível displicência dos conselheiros no desempenho de suas funções, é uma veemente crítica a essa pseudoautonomia do controle social, uma vez que está condicionada ao encaminhamento de informações e à submissão tempestiva de planos, contratos e convênios, entre outros.

3.3.8 Com a introdução do controle social na gestão da saúde do Rio Grande do Sul superou-se a histórica cultura política patrimonialista dos gestores?

Os idealizadores do processo de participação popular na gestão da saúde, conforme Cortes, tinham a expectativa de que a articulação entre os gestores e as burocracias governamentais de um lado, e os interesses de trabalhadores, usuários e beneficiários de políticas públicas, de outro, afetaria positivamente a sensibilidade dos governos às demandas por democratização do acesso a serviços e bens. Também se esperava que as burocracias estatais viessem a se responsabilizar por suas ações, que os interesses racionalmente excluídos do processo de decisão passariam a ser considerados, e que gestores de políticas públicas e burocracias governamentais seriam induzidos a tomar decisões levando em conta tais interesses¹⁸⁷.

Entretanto, apesar de ser a área da saúde, em relação a outras políticas públicas, a que possui um maior número de dispositivos legais no sentido de garantir a participação popular e principalmente reconhecer o seu caráter deliberativo, ainda não se pode afirmar que esse processo esteja completamente consolidado. Destarte, sustentar que o controle social nas políticas de saúde

¹⁸⁷ De acordo com CORTES, Soraya. **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p 20.

do Rio Grande do Sul é efetivo ou inefetivo constitui-se em tarefa improvável de ser cumprida. Afirma-se isso porque se compreende que não existe uma resposta singular para essa análise.

Conforme se analisou no decorrer deste trabalho, são inúmeros e históricos os empecilhos que compõem o contexto no qual se desenvolve a atuação do Conselho Estadual de Saúde. A concepção de que o povo não está suficientemente preparado para intervir e controlar os atos da Administração Pública está enraizada na cultura política brasileira. Da mesma forma, a hegemonia parlamentar apresenta dificuldades de se relacionar com a democracia participativa. Nesse sentido, em que pesem as previsões legais existentes, o caminho para a consolidação do controle social é longo.

O gestor público também está assimilando essa nova dinâmica de encaminhamento e gestão das políticas públicas de saúde, tendo o Conselho Estadual papel protagonista na aprovação e no controle da referida temática. Antes da instituição da participação popular na gestão pública, cabia exclusivamente ao governo a decisão sobre alocação do orçamento, diretrizes dos programas, enfim, condução das questões da saúde. Com o advento da introdução do controle social, a mudança é radical. Nesse sentido, é plausível a resistência, a inobservância dos prazos, o não atendimento dos procedimentos previstos.

Os conselheiros, principalmente representantes dos usuários, têm uma visão extremamente crítica em relação à postura do governo. Para o representante do SINDSEPE, a relação do Conselho com o governo é de “faz-de-conta”. Eles fazem de conta que prestam contas, e o Conselho faz de conta que fiscaliza. Ainda não há eficácia na atuação deste controle social. E afirmar isto não é desmerecer ou dizer que não é importante a função do Conselho. Pelo contrário, somente por meio de uma análise crítica, poder-se-á avançar¹⁸⁸.

A dificuldade de relação entre o governo e o Conselho Estadual é, também, expressa na avaliação do representante do GAPA. As pautas das Plenárias do CES/RS são decorrentes da incidência das demandas do governo. Ou seja, não é o controle social que pauta o gestor, mas sim o gestor que pauta o controle social. E muitas vezes os assuntos são encaminhados intempestivamente apenas para o cumprimento de determinações formais. Exemplo disto é a aprovação do Plano Estadual de Saúde. Este foi encaminhado, no ano de 2009, com um prazo

¹⁸⁸ Entrevista 02, usuários/SINDSEPE, 2010.

inconcebível para sua avaliação. E, apesar de ter sido aprovado, no número de ressalvas de itens não aprovados o descaracterizou completamente¹⁸⁹.

O representante do governo, por sua vez, acredita que há uma expectativa demasiada sobre a atuação do controle social. “É uma relação muitas vezes complicada pela dificuldade de compreensão das limitações impostas pela Administração Pública e que nem sempre são bem assimiladas pelos Conselheiros¹⁹⁰”.

Entretanto, em que pese o conjunto de limites impostos à participação popular, entende-se a necessidade de se defender as práticas de democracia participativa pelos benefícios decorrentes da mesma. Ainda que de forma incipiente e não consolidado, o controle social na área da saúde tornou o debate mais democrático; ou seja, um número maior de cidadãos e entidades apropriou-se de informações que há tempo eram prerrogativa de poucos. A transparência dos atos públicos, ainda que não ocorra de forma plena, é uma realidade, seja pela divulgação dos dados na Internet, seja pelas discussões que ocorrem nas comissões, plenárias, caravanas e conferências.

E o fato de ainda existir fragilidade no caráter deliberativo do Conselho apenas reforça o entendimento de o quanto as posturas patrimonialistas se solidificaram ao longo da história da Administração Pública no Brasil. Embora essa cultura política esteja presente em todos os âmbitos da sociedade brasileira, espera-se um virtuosismo inexistente no universo representativo brasileiro.

Há possibilidades de interferência na política de saúde, mas elas são exercidas por indivíduos e grupos portadores da mesma cultura política que prepondera na sociedade brasileira, mesmo após duas décadas de democratização do país. Esse intervalo pouco representa quando se analisam mudanças de ordem cultural e os valores sociais existentes.

Para Escorel, a conquista de canais de participação da população em assuntos que dizem respeito a políticas públicas, constituindo novas arenas de luta e demandando novas práticas de ação esbarraram, entre outras, nas dificuldades decorrentes de problemas enraizados na própria

¹⁸⁹ Entrevista 03, usuários/GAPA, 2010.

¹⁹⁰ Entrevista 10, governo/SES, 2010.

cultura política nacional do clientelismo, paternalismo, resolução dos negócios públicos por meio de procedimentos particularistas¹⁹¹.

Conforme Cortes, chegar à conclusão de que os mecanismos participativos não são deliberativos, de que as deliberações ocorrem em outros espaços políticos ou, na melhor das hipóteses, de que maior ou menor proporção das decisões acontece fora dos espaços colegiados de decisão, apenas permite que se verifique o quanto estão presentes, na cultura política das instituições públicas brasileiras, padrões de comportamento tradicionais, clientelistas, autoritários ou mesmo patrimonialistas.

Nesse sentido, a autora alerta que “esse tipo de abordagem obscurece a compreensão do que mecanismos de participação institucionalizados apresentam de novidade, de mudança em relação aos padrões estruturados de relação entre Estado e Sociedade civil no país¹⁹²”.

Da mesma forma, a representante da FRACAB reconhece que o controle social no âmbito da saúde, com todas as deficiências que possa apresentar, foi fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Como o CES tem um poder de mobilização considerável, na eminência de um ataque formal ao SUS, o controle social articula-se para se contrapor a essa ofensiva¹⁹³.

Percebe-se, então, que as tarefas são desafiadoras para consolidação do controle social nas políticas públicas de saúde. Entretanto, sendo esta direito constitucional dos cidadãos, garantidor do acesso a vida, e, diante de uma conjuntura de recursos financeiros escassos, a participação popular na gestão e no controle desse setor é uma condição de possibilidade para a edificação de uma sociedade mais justa e igualitária.

Reforçar a estrutura administrativa do CES/RS, investir em formação técnica dos seus conselheiros, consolidar seu caráter deliberativo e aproximar cada vez mais este do conjunto da sociedade constituem-se em algumas das tarefas urgentes e necessárias do próximo período. Da mesma forma que o SUS é um direito de todos, também é um dever de toda a sociedade defendê-

¹⁹¹ ESCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 236.

¹⁹² De acordo com CORTES, Soraya. *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 21

¹⁹³ Entrevista 03, usuários/FRACAB, 2010.

lo. E consolidar o seu controle é uma das formas mais efetivas de consolidá-lo como sistema público de acesso universal. Esta é uma tarefa de todos!

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de controle da Administração Pública no Brasil, principalmente a partir do advento da Constituição de 1988, recebeu um importante reforço: a participação popular. Este é um evento relevante em um contexto no qual as exigências contemporâneas de otimização dos recursos públicos são afrontadas constantemente por lamentáveis episódios de corrupção.

Por meio da análise empreendida ao longo da presente dissertação, verificou-se uma naturalidade nas práticas de má gestão dos recursos públicos e eventos de corrupção no cotidiano das administrações públicas. A desdiferenciação entre público e privado encontra justificativa na gênese do Estado brasileiro.

A estrutura funcional da máquina administrativa que funciona há séculos com a chancela da burocracia desencadeou um ambiente extremamente desfavorável no que concerne o sistema de controle, quer no plano funcional ou protocolar, quer no plano social ou democrático. O patrimonialismo e o clientelismo são marcas presentes na insuficiência do arranjo institucional de controle, parte de uma herança marcante da colonização ibérica.

O patrimonialismo, típico do Império brasileiro, caracteriza-se pela utilização da propriedade pública para fins privados, em que ocorre uma indistinção total entre o Estado patrimonial e a família patriarcal. Essa forma de gerir o público é constitutiva da histórica política brasileira. De outro modo, com a industrialização, o fenômeno do clientelismo aflorou, traduzindo-se na concessão de favores públicos entre os atores políticos.

Essas características dizem respeito não apenas aos governantes, mas às elites dominantes, a classe política *strictu sensu*. A benevolência com que a sociedade brasileira enfrenta o famoso “jeitinho” ou, até mesmo, os constantes episódios de corrupção, indica um forte indício de que tais vícios são constituidores da sociedade como um todo.

Nesse sentido, para superar tal paradigma é necessário cruzar um caminho tortuoso e complexo. Defende-se que esse caminho é o da radicalização da democracia. O controle social não pode ser visto mais como uma concessão de bons gestores, mas como um dever da

sociedade. A política, por sua vez, deve voltar a ser o lócus das discussões de interesse público, e não a síntese de atos perniciosos.

Entretanto, constatou-se que o pressuposto de legitimidade do sistema clássico de controle, a democracia representativa, atravessa uma crise estrutural, não respondendo as complexas exigências da contemporaneidade. O processo eleitoral no Brasil, bem como o exercício dos respectivos mandatos, apresenta-se anacrônico diante do desafio de produzir uma democracia substancial. Ou seja, não se cumpriram as propagadas promessas da democracia representativa.

A visível insuficiência da exclusividade do sistema representativo demonstra-se, entre outros, a partir da fragilidade dos partidos políticos, da interferência do poder econômico nos pleitos eleitorais, na dessintonia entre representantes e representados. Os políticos, nas pesquisas de opinião pública, apresentam fortes índices de rejeição, figurando como personalidades não confiáveis.

No Brasil, há o entendimento de que a política não é algo sério, e os políticos apenas lembram-se do povo nos períodos eleitorais, pensando, após, exclusivamente nos seus interesses. De outro lado, o pensamento conservador hegemônico entende que o povo não possui as condições políticas e técnicas para assumir uma postura protagonista na gestão dos rumos do Estado.

Destarte, a partir da inexistência de uma estrutura intermediária eficiente (partidos) no que tange à clareza programática, bem como à respectiva ideologia, pressuposto essencial de funcionamento da democracia representativa, não há como proteger os cidadãos da manipulação por parte das elites dominantes. Raros são os partidos que têm militantes orgânicos. Para manter suas bases eleitorais, os políticos frequentemente utilizam-se de expedientes clientelistas, estabelecendo uma relação comercial com a sociedade. Assim, as eleições acabam dominadas pelo poder econômico, comandadas por líderes carismáticos e pela demagogia, e o eleitor não tem controle sobre quem votou. Inclusive, na maioria dos casos, o eleitor não lembra sequer em quem votou.

É inequívoco que, nesse contexto, a construção da cultura política participativa ou cívica é pouco provável. Identifica-se que uma das maiores dificuldades em democracias de baixa intensidade como a nossa é exatamente a de conscientizar a população acerca dos valores republicanos e despertar o sentimento de que as ações de Estado devem estar dirigidas ao povo e que devem ser apropriadas por ele. Porém, em uma sociedade competitiva, com altos índices de desemprego, as pessoas tendem a desenvolver características individualistas. Não há tempo para dedicar-se aos assuntos públicos. Estes pertencem ao Estado e aos políticos. A política acabou se tornando algo privativo aos políticos.

Esse quadro levou os conservadores à defesa de que a democracia é utópica, porque, na prática, encontra obstáculos intransponíveis, emaranhando-se em conflitos insuperáveis. O povo, julgado incapaz de uma participação consciente, deveria ser afastado das decisões, ficando estas a cargo de indivíduos mais preparados, capazes de escolher racionalmente o que mais convém ao povo. Para eles, a liberdade é considerada um mal, porque fonte de abusos, devendo, portanto, ser restringida, a bem da ordem e da paz social. A igualdade, por sua vez, não poderia ser aceita, pois os governantes, que sabem mais do que o povo e trabalham para ele, devem gozar de todos os privilégios como reconhecimento por seus méritos e sua dedicação.

Esse pensamento, no entanto, foi derrotado pelas vias democráticas. A maior prova disso é o forte conteúdo participacionista presente na Constituição de 1988. Em que pese o reconhecimento da importância da democracia representativa, mesmo com suas visíveis insuficiências, sustenta-se a necessidade de complementação a partir de métodos e de instrumentos de participação popular. Por meio de diversos dispositivos legais, a Carta Magna garante a participação popular e o controle social.

Apesar dos inúmeros entraves da democracia representativa e do entendimento de que essa, em uma perspectiva exclusivista, nesta quadra da história, é anacrônica, não se deve menosprezá-la como instrumento de realização do Estado democrático. Ao contrário, a conquista do sufrágio universal para todos os níveis da administração só foi possível devido à luta de milhares de brasileiros nos terríveis anos da ditadura militar. Muitos tombaram no caminho para garantir o direito à democracia.

Compreende-se, assim, que as insuficiências da democracia representativa não invalidam a necessidade de um novo projeto emancipatório, que incorpore eleições periódicas e universais, com regras justas e previsíveis, mas obriga a pensar também em novas e criativas formas de influir e controlar o poder, para torná-lo sempre mais democrático. Nessa perspectiva, tem-se que qualificar a democracia existente, e não descartá-la.

Seja pelos vícios perniciosos já referidos, constituidores de nossa herança colonizadora e justamente por isso tão difíceis de ser combatidos, seja pela crise que atravessa o seu principal pressuposto de legitimidade, a democracia representativa, constatou-se a insuficiência dos métodos clássicos de controle da Administração Pública.

Em que pese existir um complexo arranjo de controle da máquina estatal, organizado a partir da concepção de controle de um poder sobre o outro, e, portanto, autônomo para apontar a inoperância da gestão ou possíveis desvios de recursos públicos e proporcionar o resguardo dos interesses da sociedade, a realidade que se desvela é antagônica. As manchetes da imprensa nacional não deixam dúvidas sobre a incapacidade dos métodos tradicionais de controle, citando-se os esquemas de corrupção que se proliferam a índices assustadores.

Mesmo com a atuação de importantes órgãos, autônomos, inclusive, dos poderes constituídos, como o Ministério Público e os Tribunais de Contas, o país não consegue se libertar das “sanguessugas” do dinheiro público. De um lado, o Estado vê sua estrutura funcional sendo agigantada. A criação de novos ministérios, secretarias estaduais e municipais, cargos de confiança e o aumento significativo de concursos públicos para a contratação de novos servidores não foram acompanhados do reforço na estrutura de controle da máquina estatal. Ou seja, para os governantes, investir no controle dos seus atos não é prioridade. Dessa forma, torna-se praticamente inviável um sistema eficaz.

Nesse sentido, apresenta-se a importância de se aliar aos controles clássicos do Estado um elemento estratégico: a participação popular. Tornar o controle social um exercício permanente, cotidiano, para além da participação nos episódios eleitorais, constitui-se em uma exigência do presente contexto. O desafio é o de transformar a democracia em um conjunto institucional que permita o exercício continuado do controle dos governantes pelos governados. É qualificar a

democracia a partir de uma perspectiva não apenas formal, mas substancial. É consolidar a visão da democracia participativa.

A democracia participativa é considerada como um modelo de justificação do exercício do poder político, pautado no debate público entre cidadãos livres e em condições iguais de participação. Defende-se que a legitimidade das decisões políticas deve advir de processos de discussão que, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e da justiça social, conferem um reordenamento na lógica do poder político tradicional.

Entende-se, dessa forma, que a democracia participativa é uma forma contra-hegemônica de democracia, porque supera a visão elitista da política como algo de poucos detentores do saber. Apesar da compreensão de que é necessário constituir condições reais para a viabilização da participação, principalmente no que diz respeito ao acesso mínimo a políticas de saúde, educação, habitação, lazer, entre outros, não tendo como criar expectativas de participação política, sem a devida inclusão social, a prática da participação, por si só, é uma forma de educação popular.

A democracia participativa não foi algo dado pelos governantes; somente foi conquistada por meio de muita luta dos movimentos sindicais, sociais, estudantes, que já não concebiam uma forma autoritária de gestão. Assim, quando os governantes já não proferem discursos políticos sem defender a participação do povo, é uma expressão da vitória de uma concepção de democracia.

É evidente que a participação popular não pode se resumir a discursos de ocasião, permeados por posturas oportunistas e populistas. Ou seja, não pode a democracia participativa acabar por se constituir de mera retórica ou se encerrar em previsões legais sem efetividade, apenas existindo na perspectiva do dever-ser, e não do ser. Assim, torna-se imperioso analisar as experiências concretas de democracia participativa. Verificar seus limites e suas possibilidades contribui para a consolidação de um novo projeto democrático para o país.

O Brasil possui inúmeras práticas de participação direta. Em que pesem alguns dos principais métodos constitucionais, como o plebiscito, o referendun e as emendas populares, não

serem utilizados de forma a se incorporar no cotidiano da gestão pública, outros mecanismos alçaram o Brasil ao status de referência internacional. O Orçamento Participativo é o maior exemplo dessa constatação. Democratizar o debate e o acompanhamento do orçamento público já é uma realidade em diversas cidades brasileiras e inclusive no exterior.

No mesmo viés, os Conselhos constituídos para a gestão de diferentes políticas públicas constituem-se em um importante reforço aos controles clássicos da Administração Pública. Para além da previsão constitucional da participação da sociedade na gestão de políticas sociais específicas, inúmeras leis e decretos consubstanciaram o direito a participação, regulamentando a composição, os procedimentos e as competências dos respectivos Conselhos.

Entretanto, a questão que se coloca é se as previsões legais são suficientes para garantir a eficácia do controle democrático da Administração Pública. E, mais, após 20 anos de vigência da intitulada Constituição democrática, pode-se afirmar que o Brasil goza de um processo participativo efetivo e concreto? Destarte, o presente trabalho de dissertação analisou a efetividade do controle democrático da Administração Pública a partir da perspectiva da atuação do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

A análise da legislação, a pesquisa bibliográfica, o exame dos documentos produzidos pelo CES/RS (atas e resoluções) e, principalmente, a pesquisa de campo empreendida junto aos Conselheiros permitem a elaboração de algumas conclusões. O processo de controle social na temática da saúde é permeado de inúmeros obstáculos e limites. Mas, sem sombra de dúvidas, apresenta também importantes atributos.

Há que se reconhecer que Conselhos e Conferências de Saúde constituem uma proposta vigorosa de distribuição de poder, assim como a existência de grandes avanços realizados no âmbito da participação social em saúde nos últimos 20 anos, comparando-se com outros setores dentro do próprio país e com outros países.

Frisa-se que a atuação do CES/RS é amparada por um conjunto de dispositivos legais que lhe conferem a legitimidade necessária para o exercício de suas competências. O art. 198, II, da Constituição Federal de 1988, as Leis 8.142/90 e 10.097/94 e o Regimento Interno constituem

seus principais pressupostos legais. Entretanto, para se ter alcançado esse patamar legal foi necessária uma intensa mobilização social, ou seja, não foi algo dado, mas sim conquistado!

Assim, a participação não é um evento que depende da vontade do governante em voga. A participação é um comando legal. E, mais do que isso, na área específica da saúde, a organização em Conselhos e Conferências prevê o caráter deliberativo das decisões advindas do controle social. Os conselheiros, quando emitem decisões a partir de resoluções, não estão meramente aconselhando ou apontando de forma indicativa o gestor público. O suporte legal dos Conselhos de Saúde define que as resoluções possuem força de decisão. A inobservância das resoluções deve-se a outros fatores, não à falta de previsão legal.

O CES/RS apresenta uma estrutura administrativa regular. Este se encontra logisticamente disposto no Centro Administrativo do Rio Grande do Sul, junto a todas as demais principais estruturas tradicionais de poder do governo do Estado. Conta com um quadro permanente de secretárias, estagiários e um assessor jurídico, constituindo-se em apoio técnico e administrativo aos Conselheiros. Apesar da avaliação dos conselheiros de que a estrutura não é a ideal, verifica-se o funcionamento regular das tarefas burocráticas do Conselho.

Quanto à atuação do CES/RS, compreende-se, após o estudo realizado, que a experiência de controle social na saúde é elemento fundamental na democratização do Estado e na socialização das informações públicas. Muitas vezes, alguns procedimentos previstos legalmente não são atendidos pelo gestor ou, por inexistirem sanções administrativas ou de responsabilização pessoal pelo descumprimento de decisões dessa instância do poder, os governantes ignoram determinadas resoluções.

Porém o simples fato de existir um conjunto de cidadãos, representando entidades, movimentos sociais e sindicais, bem como demais formas de organização da sociedade, engajados na defesa dos interesses da sociedade, comprometidos com o controle sobre o destino dos recursos públicos e com a constituição de políticas e diretrizes para a saúde, contribui para o aumento da transparência dos atos do gestor, acarretando em melhorias no Sistema Único de Saúde e, principalmente, constituindo um canal de defesa dos usuários do SUS, qual seja, toda a sociedade brasileira.

Outro aspecto que merece ser saudado consiste na capacidade que o controle social possui de qualificar no transcorrer dos procedimentos participativos os integrantes do CES/RS. Trata-se de um processo de educação popular. Quanto mais a sociedade apropria-se de dados, conhece os meandros da Administração Pública, debate coletivamente os rumos das políticas públicas de saúde, mais acumula e qualifica o processo democrático.

Defende-se que a democracia participativa é uma experiência pedagógica em constante qualificação. Por mais que os conselheiros não dominem aspectos técnicos, inerentes ao saber dos profissionais da saúde, pelo simples fato de ser usuários das políticas públicas, eles possuem condições reais de avaliar os índices de satisfação dos serviços oferecidos. Mais do que isso, possuem qualidades concretas de contribuir, no sentido de ajustar os rumos dos investimentos para as áreas de maior carência e necessidade, sob o ponto de vista daqueles que mais precisam.

As conquistas da participação popular também constituem um importante instrumento da luta contra a formação patrimonialista e clientelista do Estado brasileiro. As decisões dos conselheiros, representantes da sociedade, interrompem uma prática histórica de troca de favores entre a classe política e a sociedade. Com esse processo participativo, a sociedade passa a constituir a classe política e intervir nos rumos do Estado.

Não é um favor do governante de oferecer serviços de saúde qualificados, é um dever constitucional. E, ao passo que a sociedade fiscaliza o desenvolvimento das políticas, acaba desencadeando um processo que vincula os governantes a desenvolverem e garantirem o direito desta à “boa administração”.

Entretanto, com o objetivo de qualificar o controle social, é imperioso aprofundar os limites estudados neste trabalho, que situou fragilidades, inoperâncias, insuficiências técnicas e principalmente diagnosticou que os vícios estudados, decorrentes da colonização ibérica, encontram-se tão enraizados na cultura política da Administração Pública que acabam por provocar entraves aos processos participativos. Nesse sentido, cinco aspectos merecem atenção por se compreender que são condições de possibilidade para o avanço do controle social na temática da saúde.

O primeiro deles diz respeito às insuficiências apresentadas pelos conselheiros referentes à formação específica para o desempenho das competências elencadas pelo Regimento Interno do CES/RS. Por um lado, destaca-se a necessidade de se investir substancialmente em uma política de formação. A área da saúde é caracterizada por uma linguagem extremamente técnica e especializada, e os governantes, quando apresentam relatórios ou os submetem à aprovação dos conselheiros de políticas específicas, por vezes, não atentam para o fato de estes não dominarem os meandros específicos da área da saúde; ou pior, utilizam-se desse expediente para dificultar o contraditório, o debate.

Defende-se que não é dever ou qualidade necessária do conselheiro o domínio técnico da saúde, tal qual um profissional da área. O CES/RS deve ser aportado de assessoria técnica profissionalizada permanente com o objetivo de assessorar as decisões dos conselheiros. E, em casos específicos, defende-se que deve ser contratada consultoria para subsidiar as deliberações do controle social.

Assim, quando se reporta a necessidade de se constituir uma política de formação, refere-se à formação para o controle social. Não deve o Conselheiro ficar adstrito a terminologias técnicas, mas sim entender o papel para o qual foi designado. O Conselho não pode representar preferencialmente os interesses de uma associação ou sindicato, nem mesmo os interesses corporativos de uma entidade ou do próprio governo. O Conselho deve representar os interesses da sociedade, buscando a qualificação dos serviços de saúde para todos. Essa é visão universal que deve ser incorporada, ou seja, o entendimento da supremacia do interesse público sobre o privado.

O segundo entrave a ser superado dialoga com a composição do CES/RS. A Lei Estadual 10.097 e o Regimento Interno do Conselho elencam taxativamente quais entidades devem compô-lo. Se, em um período de incertezas, diante da insipiência do Estado democrático de direito, justificava-se arrolar as entidades que deveriam compor o conselho, principalmente com o receio de manobras governistas no sentido de descaracterizar o controle social, contemporaneamente, apresenta-se como uma disposição anacrônica.

Conforme se identificou no trabalho de campo realizado junto aos conselheiros, algumas entidades não apresentam mais interesse em participar do CES/RS, tendo inclusive formalizado

solicitação de desligamento. Outras sequer existem, como é o caso da Central Geral dos Trabalhadores. De outra forma, outras entidades que demonstram interesse de colaborar com o controle social da saúde não podem ingressar no conselho.

Assim, defende-se a alteração da lei estadual, delegando-se à Conferência Estadual de Saúde a prerrogativa para alteração do Regimento Interno, na definição da composição do CES/RS. Destarte, respeitando a paridade prevista entre o segmento dos usuários e os demais segmentos, deve ser avaliado constantemente o compromisso das entidades com o Conselho, podendo-se fazer, caso necessário, os devidos ajustes.

Um terceiro limite analisado criticamente consiste na necessidade de se instituírem mecanismos para vincular o administrador público às resoluções do Conselho. Não pode o caráter deliberativo do controle social tornar-se letra morta da lei. Em que pesem os diversos dispositivos legais afirmarem que as decisões do CES/RS são comandos, e não indicativos ao gestor, constatou-se que a realidade não é nada promissora.

Os gestores, cientes da falta de sanções administrativas ou qualquer outro mecanismo que os interpelem em face da inobservância das resoluções, tratam, frequentemente, com desídia e desprezo as considerações do Conselho. Esse fato desencadeia uma perigosa reação desmobilizadora da atuação do controle social.

O sentimento de incredibilidade gerado contribui para o esvaziamento das plenárias e é uma das principais causas de afastamento de conselheiros. Há casos em que mesmo após decisão judicial não houve resultados concretos. Essa realidade é um tanto cômoda para os gestores. Defende-se, assim, que deve ocorrer alteração na Lei Estadual para que sejam previstas as consequências da inobservância das resoluções do Conselho.

O quarto aspecto diagnosticado se refere à inexistência de regulamentação nos casos de contradição entre decisões emanadas pela democracia participativa e aquelas proferidas pela democracia tradicional, a democracia representativa ou mesmo pelos controles clássicos do Estado. Em que pese à defesa da complementaridade entre uma e outra, percebe-se que, na falta de dispositivos que regulem os conflitos, acabam, por fim, valendo as decisões proferidas pelas instituições clássicas.

Exemplo disso, são os casos em que a previsão orçamentária, encaminhada para a análise do Conselho, não foi aprovada, mas, depois de encaminhada à Assembleia Legislativa, tornou-se Lei Orçamentária. Outro exemplo são os Planos de Gestão da Saúde, que tratam da aplicação dos respectivos recursos. Apesar de terem sido rejeitados pelo CES/RS, foram devidamente aprovados pelo Tribunal de Contas do Estado.

Não se pode conceber que a democracia participativa tenha espaço apenas quando não conflitar com os mecanismos tradicionais de representação ou mesmo de controle do Estado. Devem ser estabelecidos instrumentos de mediação nos casos de antagonismo, sob pena de esvaziamento do controle social em face aos reiterados episódios de desrespeito de suas decisões.

E, por fim, compreende-se que o quinto e talvez mais complexo limite constatado na abordagem realizada sobre o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul diz respeito à fragilidade da aproximação deste com a população. Em que pese tratar-se de um mecanismo de participação popular, o CES/RS na avaliação dos próprios conselheiros, mantém uma relação distante do conjunto da sociedade. Por um lado, os entraves anteriores contribuem para a formatação deste último. Por outro lado, o controle social não está imune às deficiências caracterizadoras da cultura política do país.

Os vícios analisados, componentes da história deste país, e a crise pela qual atravessa a democracia representativa constituem um ambiente inibidor da participação popular. Os impactos são vivenciados no desenvolvimento de experiências contra-hegemônicas, como o controle democrático da saúde pública pelos Conselhos.

Em que pesem esses limites e a avaliação, a partir da abordagem do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de que ainda não se goza de uma efetividade plena, autônoma, participativa e deliberativa do controle democrático, defende-se que a participação popular é o único meio para a edificação de um Estado que sirva aos interesses de todos. Compreende-se que a experiência do CES/RS contribuiu consideravelmente ao longo dos 16 anos de sua existência para a qualificação do Sistema Único de Saúde neste Estado.

A solução para a superação dos limites está no próprio exercício da participação, na reflexão sobre a prática e no aprendizado de cidadania existente na prática participativa. Os

conselhos e conselheiros devem refletir e analisar suas práticas de atuação e, em um amplo debate com seus representados e com outros setores sociais, inserir formas de aprimoramento da pedagogia cidadã da participação, aliando-se e qualificando-se cada vez aos controles tradicionais da Administração Pública.

Neste sentido, para além da constituição de movimentos organizados para a defesa da participação popular e da conscientização e socialização do debate a partir das Conferências, Audiências Públicas e da instituição de uma forte política de divulgação das competências do Conselho e principalmente dos direitos dos usuários do SUS, defende-se que um mecanismo que pode potencializar a ação do CES/RS como também dos Conselhos Municipais consiste na criação de ouvidoria populares.

A população precisa dispor de um canal de acesso direto com as instâncias de controle social. É preciso valer-se dos instrumentos disponibilizados pelos meios de comunicação, em especial a internet. Os usuários que vivenciam no dia a dia as mazelas do Sistema Único de Saúde são ao mesmo tempo os destinatários finais das políticas públicas, mas também seus principais fiscais. Neste sentido, constituir uma rede estruturada que proporcione o relato sobre as situações de violação dos direitos dos usuários, e principalmente que a partir deste, encaminhe as providências necessárias e o retorno desta ao cidadão contribuirá para consolidação do controle democrático.

O projeto democrático em reconstrução no Brasil é recente se comparado às democracias dos países desenvolvidos. Pouco mais de 20 anos são insuficientes para banir históricas práticas perniciosas, que distorceram a política, o papel do Estado e a função dos representantes. Lutar pelo aprimoramento dos instrumentos democráticos é uma tarefa de todos.

A sociedade brasileira deve assumir o papel protagonista de consolidar os valores democráticos expressos na Constituição Federal. E este é um exercício cotidiano, seja na correção de pequenos desvios como os externados por meio do “jeitinho brasileiro”, seja no combate incansável às práticas de corrupção.

Apesar da área de saúde apresentar a estrutura mais avançada de participação entre as políticas sociais no Brasil com organização nas três esferas de poder, ainda possui um longo caminho a trilhar.

Destarte, o grande desafio é, no caso em tela, transformar os Conselhos de Saúde em verdadeiras esferas públicas nas quais o exercício da democracia participativa legitime e amplie a efetividade dos seus processos e das diretrizes produzidas, resultando em políticas de saúde que reduzam as iniquidades sociais. Esta é uma tarefa de todos!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Alberto Carlos. **A cabeça do brasileiro**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ANASTASIA, Fátima. Teoria democrática e o Novo Institucionalismo. **Cadernos de ciências sociais**, Belo Horizonte, v.8, n.2, dez. 2002.

AMARAL, Roberto. A Democracia Representativa está Morta; viva a Democracia Participativa. In: GRAU, Eros e GUERRA FILHO, Willis Santiago (coord.). **Direito Constitucional: estudos em homenagem a Paulo Bonavides**. São Paulo: Malheiros, 2003.

ARAÚJO, Florivaldo Dutra de. **Conflitos coletivos e negociação na função pública: contribuição ao tema da participação em direito administrativo**. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

AVRITZER, Leonardo. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: SANTOS, Boaventura de Souza. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

BAQUERO, Marcello. Obstáculos formais à democracia social. Poliarquia, cultura política e capital social no Brasil. In: GONZÁLEZ, Rodrigo Stumpf. **Perspectivas sobre participação e democracia no Brasil**. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007.

BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade Líquida**. Tradução: Plínio Dentzein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira -10ªed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

BOLZAN DE MORAIS, José de Luis e STRECK, Lênio Luiz. **Ciência Política & Teoria do Estado**. 6ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 241.

_____ **O conceito de política pública em direito**. In Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. Maria Paula Dallari Bucci (organizadora). São Paulo: Saraiva, 2006, p. 31.

COSTA, Sérgio. **Contextos da Construção do espaço público**. São Paulo: Novos Estudos, 1997.

COSTA, Sílvio. **Concepções e formação do Estado brasileiro**. São Paulo: Garibaldi, 1999.

DAHL, Robert. **Poliarquia: participação e oposição**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de São Paulo, 2005.

DIAS, Maria Tereza Fonseca. **Direito administrativo pós-moderno**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

DOWBOR, Ladislau. **A Reprodução Social**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes 1998.

DROMI, Roberto. **Derecho Administrativo**. Buenos Aires: Ediciones Ciudad Argentina, 1997.

ESCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia e LOBATO, Lenaura. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 11. ed. São Paulo: Globo, 1995. vol. 2

FERRAZ, Luciano de Araújo. **Novos rumos para o controle da Administração Pública pela auditoria de gestão e eficiência administrativa**. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

FREITAS, Juarez. A democracia como princípio jurídico. In: FERRAZ, Luciano e MOTTA, Fabrício (coord.). **Direito Público moderno**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

_____. **Discrecionabilidade Administrativa e o Direito Fundamental a Boa Administração Pública**. 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2009. p. 46.

GENRO, Tarso e SOUZA, Ubiratan de. **Orçamento Participativo: A experiência de Porto Alegre**. 2ª ed. São Paulo: Perseu Abramo, 1997.

HIRST, Paul. **A Democracia representativa e seus Limites**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

KELLES, Márcio Ferreira. **Controle da Administração Pública democrática: Tribunal de Contas no controle da LRF**. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

LIMBERGER, Têmis. Transparência na gestão fiscal e efetividade: a importância da cultura constitucional e orçamentária. In: STRECK, Lênio Luiz e BOLZAN de MORAIS, José Luis (orgs.). **Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

LIPOVETSKY, Gilles. **A sociedade da decepção**. São Paulo: Manole, 2007.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. **Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência da democracia participativa de Porto Alegre**. 2002. Tese (Doutorado em Ciências

Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Direitos Humanos, São Paulo, 2002..

MATTA, Roberto da. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

_____. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

MEDAUAR, Odete. **Direito Administrativo Moderno.** 6ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

MILL, Stuart. Liberdade e representação. In: WEFFORT, Francisco C. (Org.). **Os Clássicos da Política.** São Paulo: Ática, 2005.

MONTESQUIEU. **Do Espírito das Leis.** Tradução: Jean Melville. São Paulo: Martin Claret, 2009.

MORAES, Alexandre de. Constitucionalização do Direito Administrativo e princípio da Eficiência. In: FIGUEIREDO, Carlos Maurício e NÓBREGA, Marcos (orgs.). **Administração Pública: direito administrativo, financeiro e gestão pública: prática, inovações e polêmicas.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Direito da Participação Política:** legislativa, administrativa, judicial (fundamentos e técnicas constitucionais da legitimidade). Rio de Janeiro: Renovar, 1992.

_____. O parlamento e a sociedade como destinatários do trabalho dos Tribunais de Contas. In: SOUSA, Alfredo José. **O novo Tribunal de Contas: órgão protetor dos direitos fundamentais.** 2.ed. ampl. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática.** Tradução: Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEREZ, Marcos Augusto. **A Administração Pública democrática**: institutos de participação popular na Administração Pública. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O Contrato Social**. Tradução: Mário Franco de Sousa. Lisboa: Presença, 1973.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O Contrato Social**. Tradução: Ciro Mioranza. 2ª ed. São Paulo: Escala. 1ª ed. São Paulo: Russel, 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Democratizar a Democracia: os Caminhos da Democracia Participativa. **Col. Reinventar a Emancipação Social**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. vol.1.

_____. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 9ª ed. Porto: Editora Cortez, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. Constituição e Proporcionalidade: o direito penal e os direitos fundamentais entre proibição de excesso e de insuficiência. **Revista da AJURIS**, ano XXXII, n. 98, jun. 2005.

SCHWARTZMAN, Simon. **Bases do Autoritarismo Brasileiro**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

SILVA, Ovídio B. da. Democracia Moderna e Processo Civil. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel e WATANABE, Kazuo (coords.). **Participação e Processo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.

SOARES, Fabiana de Menezes. **Direito Administrativo de Participação**. Belo Horizonte: Del Rey, 1997.

SOUZA CRUZ, Álvaro Ricardo de. **Habermas e o Direito Brasileiro**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2006.

TORRES, Ricardo Lobo. **Tratado de direito constitucional, financeiro e tributário**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: UNIVALI, 2002.

APÊNDICE

Quadro 1. Mesa Diretora do CES/RS. Período 2008 a 2010

Nome	Função	Segmento	Entidade de Representação
Carlos Alberto Ebeling Duarte	Presidente	Usuários	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS -GAPA
Paulo Humberto Gomes da Silva	Vice-Presidente	Usuários	Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do RS - SINDSEPE
Carlos Airton Weber do Santos	Coordenador	Profissionais	Federação Estadual dos Servidores da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - FEESSERS
Délcio Cruz	Coordenador	Usuários	Associação em Defesa do Consumidor -ADECONV
Jairo Tessari	Coordenador	Prestadores	Federação dos Hospitais Filantrópicos
Marly Moraes Lima	Coordenador	Governo	Secretaria Estadual de Saúde - SES
Nelson Danilevicz	Coordenador	Profissionais	Sociedade de Engenharia do Rio Grande do Sul - SERGS
Odil Gomes	Coordenador	Usuários	Federação Riograndense de Associações Comunitárias e Moradores de Bairros - FRACAB

Fonte: CES/RS

Quadro 2. Presidentes da Mesa Diretora do CES/RS. Período 1994 a 2010

Período	Presidente	Segmento	Entidade de Representação
1994 – 1996	Adalgiza B. Araújo	Usuários	Sindicato dos Servidores Públicos Estado RS
1996 – 1997	Sérgio Paulo Cunha	Governo	Secretaria Estadual da Educação
1997 – 1998	Lúcio Barcelos	Usuários	Sindicato dos Servidores Públicos Estados RS
1998 – 2000	Adalgiza B. Araújo	Usuários	Sindicato dos Servidores Públicos Estados RS
2000 – 2002	Adalgiza B. Araújo	Usuários	Sindicato dos Servidores Públicos Estados RS
2002 – 2004	Luís Bolzan	Profissionais	Sindicato dos Psicólogos
2004 – 2006	S.Cachanoski	Usuários	Conselho Regional Saúde 11 ^a Região
2006 – 2008	Maria Helena Lemos da Silva	Usuários	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
2008 – 2010	Carlos Duarte	Usuários	GAPA

Fonte: CES/RS

ANEXO

Roteiro para entrevistas

Entrevista Nº:

Nome do Conselheiro (a):

Segmento:

Entidade que representa:

Função no CES/RS:

Idade:

Escolaridade:

Tem filiação partidária? Qual partido?

Questões Gerais

1. Através da ação do Conselho Estadual de Saúde pode-se afirmar que aumentou a transparência da gestão dos recursos públicos? Porquê?
2. Quais os aspectos positivos da introdução do controle social na gestão da saúde? E quais os principais desafios?
3. De que maneira o controle social poderia ser reforçado/consolidado no âmbito do Conselho Estadual de Saúde?
4. Como é a relação do Conselho com a Comunidade?

Questões Específicas

5. Como é definida a pauta das plenárias do CES?
6. Como você avalia a participação (do ponto de vista quantitativo e qualitativo) dos diferentes segmentos do conselho: governo, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários?
7. Em 2009, quais as questões mais relevantes discutidas pelo CES? Há conflito de posições entre os conselheiros devido o segmento que representam?

Levando-se em conta o Regimento Interno do CES/RS

- 8 – Há efetividade no procedimento previsto no Art. 39, §§ 1º e 2º “sobre a homologação das resoluções do CES” ? Em caso de conflito entre a SES e o CES como é solucionado?
- 9 – Quanto às competências previstas no Art. 3º, qual sua avaliação sobre a efetividade do desempenho das referidas funções do CES?

10 – Quanto a Comissão de fiscalização - Arts. 23 a 27 do Regimento Interno, qual a efetividade de sua ação?

11- Como é avaliado a relação do CES/RS com a SES/RS?



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Mensagem de veto

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das

através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o [inciso I do art. 198 da Constituição Federal](#), sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. [\(Vetado\)](#).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV Da Competência e das Atribuições

Seção I Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. ([Vide Decreto nº 1.651, de 1995](#))

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V
Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
[\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), com o qual funcionará em perfeita integração. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999\)](#)

CAPÍTULO VI
DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
[\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002\)](#)

CAPÍTULO VII
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO
[\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

Art. 19-L. [\(VETADO\)](#) [\(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005\)](#)

TÍTULO III
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I
Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II
Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - [\(Vetado\)](#)

III - [\(Vetado\)](#)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. [\(Vetado\)](#).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas

automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º [\(Vetado\)](#).

§ 5º [\(Vetado\)](#).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada

de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. [\(Vetado\)](#).

§ 1º [\(Vetado\)](#).

§ 2º [\(Vetado\)](#).

§ 3º [\(Vetado\)](#).

§ 4º [\(Vetado\)](#).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º [\(Vetado\)](#).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. [\(Vetado\)](#)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. [\(Vetado\)](#).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. [\(Vetado\)](#).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. [\(Vetado\)](#).

Art. 49. [\(Vetado\)](#).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. [\(Vetado\)](#).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. [\(Vetado\)](#).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a [Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954](#), a [Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975](#), e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Este substitui o publicado no D.O.U. de 20.9.1990



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Vide Lei nº 8.689, de 1993

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#).

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o [Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990](#);

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o [§ 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#);

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra



Estado do Rio Grande do Sul
Ministério Público

Legislação

[Voltar](#)

Lei Estadual nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994.

Cria o CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Faço saber, em cumprimento ao disposto no artigo 82, inciso IV da Constituição do Estado, que a Assembléia Legislativa aprovou e eu sanciono e promulgo a Lei seguinte:

Art. 1º - Fica criado, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual de Saúde - CES/RS, nos termos da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 2º - O Conselho Estadual de Saúde, instância colegiada do Sistema Único de Saúde, terá funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras, assim como de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, controle e avaliação da política estadual de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Art. 3º - O Conselho Estadual de Saúde tem caráter permanente e será integrado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Parágrafo único - A representação dos usuários dar-se-á sempre de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 4º - O Conselho Estadual de Saúde será constituído por 52 (cinquenta e dois) Conselheiros titulares e os respectivos suplentes, tendo a seguinte composição:

I - Representantes da área governamental

- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente 03

- Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico

do Ministério da Saúde/RS 01

- Universidade Federal do Rio Grande do Sul 01

- Federação das Associações dos Municípios do

- Secretaria da Educação	01
- Companhia Riograndense de Saneamento	01
- Secretaria do Planejamento e da Administração	01
- Secretaria da Justiça, do Trabalho e da Cidadania	01
TOTAL	11

II - Área dos Prestadores de Serviço de Saúde

- Federação das Misericórdias RS	01
- Associação dos Hospitais do RS	01
- Associação Gaúcha dos Prestadores de Serviço de Saúde Ambulatórias	01
- Sindicato dos Laboratórios	01
- Associação Riograndense de Empreendimento de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER/RS	01
TOTAL	05

III - Área dos Profissionais de Saúde

- Representação dos Médicos	01
- Representação dos odontólogos	01
- Representação dos Enfermeiros	01
- Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul	01
- Representação dos Assistentes Sociais	01
- Representação dos Nutricionistas	01
- Representação dos Psicólogos	01
- Representação dos Farmacêuticos-Bioquímicos	01
- Representação dos Veterinários	01
- Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais ..	01
TOTAL	10

- Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairros - FRACAB	02
- Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul	
- FETAG/RS	02
- Central Única dos Trabalhadores do Estado do Rio Grande do Sul - CUT	02
- Central Geral dos Trabalhadores - CGT	02
- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	01
- Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio Grande do Sul - FETAPERGS	01
- Representação dos Portadores de Doenças	02
- Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul - FIERGS .>>>>>.....	01
- Federação das Associações Comerciais do Rio Grande do Sul	
- FEDERASUL	01
- Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul - FARSUL	01
- Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural - AGAPAN ...	01
- Ação Democrática Feminina Gaúcha - ADFG Amigos da Terra	01
- Conselhos Regionais de Saúde	05
- Representação das pessoas portadoras de deficiências	01
- Representação das entidades de defesa ao consumidor	01
- Fórum Gaúcho de Saúde Mental	01
- Sindisepe	01
TOTAL	26

Parágrafo 1º - A ampliação ou qualquer outra alteração na composição do Conselho Estadual de Saúde, deverá ser previamente deliberada por seu Plenário, para posterior regulamentação, mediante Projeto de Lei.

Parágrafo 3º - Os órgãos e entidades referidos neste artigo poderão propor a substituição de seus respectivos representantes.

Parágrafo 4º - Será dispensado o Conselheiro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas, no período de 01 (um) ano.

Art. 5º - As decisões do Conselho Estadual de Saúde serão consubstanciadas em Resoluções.

Parágrafo único - O Secretário da Saúde e do Meio Ambiente, na qualidade de Gestor do Sistema Único de Saúde/RS, terá o prazo de 30 (trinta) dias para homologar sobre as Resoluções.

Art. 6º - O Conselho Estadual de Saúde será constituído por Plenário, Mesa Diretora, Secretaria Executiva, Assessoria Técnica, Comissões Especiais e Comissão de Fiscalização.

Parágrafo 1º - O Plenário constitui-se em instância máxima de deliberação do Conselho Estadual de Saúde.

Parágrafo 2º - Os membros da Mesa Diretora, inclusive seu Presidente, serão eleitos entre os Conselheiros Titulares, que compõem o Plenário do Conselho Estadual de Saúde, mediante voto direto, para um período de 02 (dois) anos.

Parágrafo 3º - Para a composição da Mesa Diretora do CES, deverá sempre ser respeitada a paridade referida no parágrafo único do artigo 3º desta Lei.

Art. 7º - A competência, as atribuições e a estrutura administrativa, financeira e operacional do Conselho Estadual de Saúde serão regulamentadas em regimento interno, elaborado e aprovado pelo seu Plenário, nos termos da Lei.

Art. 8º - Ao Conselho Estadual de Saúde compete, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo:

I - VETADO

II - VETADO

III - VETADO

IV - VETADO

V - VETADO

VI - VETADO

VIII - atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul;

IX - acompanhar, analisar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul;

X - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar o Plano Estadual de Saúde, bem como acompanhar e avaliar sua execução;

XI - apreciar e aprovar a proposta do Plano Plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e do orçamento anual da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente;

XII - apreciar e aprovar o Plano de Aplicação e a prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde, bem como acompanhar e fiscalizar a sua movimentação;

XIII - apreciar e aprovar os Relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pelo Gestor Estadual;

XIV - apreciar, analisar e deliberar sobre as políticas setoriais de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar sua implementação;

XV - estabelecer critérios, bem como acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde, credenciado mediante contrato e convênio para integrar o Sistema Único de Saúde no Estado;

XVI - aprovar o regulamento, a organização e as normas de funcionamento das Conferências Estaduais de Saúde reunidas, ordinariamente, e convocá-las extraordinariamente;

XVII - formular diretrizes e instruções para a formação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde;

XVIII - outras atribuições, definidas e asseguradas em atos complementares, baixadas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, que se referirem à operacionalidade e à gestão do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 9º - Caberá ao poder executivo, através da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, órgão responsável pela execução e gerenciamento do Sistema Único de Saúde, garantir ao Conselho Estadual de Saúde todo o apoio administrativo, operacional, econômico-financeiro, recursos humanos e material, necessários ao seu pleno e regular funcionamento.

Art. 10 - VETADO

Parágrafo único - VETADO

Art. 11 - Caberá ao Gestor Estadual do Sistema Único de Saúde - Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente - a responsabilidade de convocar e instalar o Plenário do Conselho Estadual de Saúde, no prazo improrrogável de até 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação desta Lei.

Art. 12 - VETADO

Art. 13 - O Plenário do Conselho Estadual de Saúde, nos termos do artigo 7º, terá prazo de 60 (sessenta) dias, após a publicação desta Lei, para elaborar o seu Regimento Interno.

Art. 14 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15 - Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO PIRATINI, em Porto Alegre, 31 de janeiro de 1994.