ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 3 – PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE DO LOCAL AO NACIONAL
Autores(as)	Cláudia Feres Faria Isabella Lourenço Lins
DOI	
Título do livro	CONFERÊNCIAS NACIONAIS: ATORES, DINÂMICAS PARTICIPATIVAS E EFETIVIDADE
Organizadores(as)	Leonardo Avritzer Clóvis Henrique Leite de Souza
Volume	
Série	
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2013
Edição	1ª
ISBN	978-85-7811-178-6
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

CAPÍTULO 3

PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE: DO LOCAL AO NACIONAL*

Cláudia Feres Faria
Isabella Lourenço Lins

1 INTRODUÇÃO

As conferências de políticas públicas constituem mais uma inovação *institucional* do Brasil democrático. Podem ser definidas como espaços institucionais de participação, representação e deliberação que requerem esforços diferenciados, tanto de mobilização social, quanto de construção da representação política e do diálogo em torno da definição de uma determinada agenda de política pública (Faria, Petinelli e Lins, 2012).

Elas são geralmente convocadas por lei, decreto, portaria ministerial ou interministerial, ou ainda por resolução do respectivo conselho. Os órgãos responsáveis pela convocação e realização das conferências, ao regulamentá-las, detalham os temas, os objetivos e estabelecem as comissões organizadoras. Definem ainda os cronogramas e os regulamentos para implantação das reuniões municipais, estaduais e/ou regionais e nacionais, e para as eleições de delegados (Souza, 2011).

Uma estratégia analítica promissora para avaliar tais inovações é a ideia de *sistema integrado de participação e deliberação*. Oriunda do *giro* ocorrido na teoria deliberativa, a ideia tem como objetivo pensar formas de conectar tipos distintos de ações – participação, deliberação e representação – em um "sistema integrado" que opere em diferentes níveis espaciais para concretizar uma agenda inclusiva (Hendrix, 2006; Mansbridge, 2007; Goodin, 2008; Drysek, 2010; Mansbridge *et al.*, 2012).[1]

A ideia de sistema é usual em algumas áreas de políticas públicas no Brasil. Na saúde, por exemplo, esta noção remonta aos anos 1980, quando os princípios que nortearam a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabeleci-

* Os dados apresentados neste artigo são oriundos da pesquisa Da Constituição do Interesse Público à Busca por Justiça Social: uma análise das dinâmicas participativa e deliberativa nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Políticas Públicas, coordenada por Cláudia Feres Faria e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), por cujo apoio as autoras agradecem.

1. Para uma análise desses modelos, bem como de sua aplicação ao tema das conferências, ver Faria (2010) e Faria, Petinelli e Lins (2012).

dos na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Tais princípios previam um sistema descentralizado, *integrado* e hierarquizado que prestasse serviços de saúde de forma universalizada. Municípios, estados e Federação deveriam funcionar com níveis diferenciados de atribuições segundo competências específicas, mas, ao mesmo tempo, de forma integrada (Arretche, 2000, p. 202-203, grifo nosso).

O que há de comum em ambos os casos é a crença de que diferentes espaços, distribuídos em subunidades que apresentam regras e funções distintas, podem servir como *input* para a ação em outras unidades com funções e responsabilidades diferenciadas (Goodin e Drysek, 2006). Isto não quer dizer que "os componentes envolvidos em um sistema precisem necessariamente ser tão interdependentes que uma mudança em um produza automaticamente uma mudança em todos os outros, embora preveja algum nível de conexão e coordenação entre estas partes" (Mansbridge *et al.*, 2012, tradução nossa).

O desafio deste capítulo é, portanto, utilizar as ferramentas analíticas oferecidas pela ideia de *sistema integrado de participação e deliberação* na dinâmica das conferências de políticas públicas de saúde, buscando investigar exatamente este processo de conexão e coordenação entre as partes, o qual vai do local ao nacional.

Por meio da análise de como os cidadãos participam dos múltiplos espaços que conformam as conferências de políticas públicas, bem como das regras que balizam estas dinâmicas, propõe-se discutir aqui em que medida a conferência de saúde se aproxima da ideia de um *sistema integrado* e concretiza seu objetivo maior, qual seja, a inclusão dos *cidadãos afetados* no processo deliberativo sobre as diretrizes da política de saúde.

A hipótese do artigo é que a mudança de escala impacta em duas vertentes: *i)* na elaboração das regras, impondo um grau de formalismo maior à dinâmica interna das conferências; e *ii)* nos diferentes padrões de ação e interação no interior destes espaços. Assim, justifica-se analisar simultaneamente as regras e as dinâmicas que ali ocorrem para avaliar o alcance de tais mudanças sobre a integração entre os diferentes níveis que irão compor a ideia de sistema.

Acredita-se que, apesar da diferenciação morfológica e funcional, esses níveis se comunicam e funcionam como catalisadores para outros níveis, podendo conformar um processo de "formação da opinião e da vontade" de baixo para cima.

Para aferir em que medida as conferências de saúde cumprem tais objetivos, este capítulo está organizado em quatro seções. Na seção seguinte, analisa-se a ideia de *sistema integrado de participação e deliberação.* Na seção 3, descreve-se como os integrantes das conferências participam, deliberam e representam nos distintos níveis que conformam o processo conferencista (do local ao nacional) – nesta seção, regras e práticas são simultaneamente analisadas, considerando

as mudanças pelas quais elas passam como decorrência da mudança de escala. Na quarta seção, conclusiva, são ressaltados os dilemas e as potencialidades do processo conferencista na área da saúde, à luz da ideia de *sistema integrado de participação e deliberação.*

2 A IDEIA DE SISTEMA INTEGRADO DE PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO

O modelo deliberativo de democracia tem sido marcado por um profícuo debate entre seus proponentes que enseja um conjunto de reflexões não só sobre seus pressupostos básicos, mas também sobre sua operacionalização. Segundo Dryzek (2010), tais mudanças podem ser analisadas sob a forma de *giros (turns).*

A ideia de *sistema deliberativo* é fruto de mais um desses giros. Embora a preocupação maior dos estudiosos da deliberação seja ainda com a prática da deliberação que informa a ação dos cidadãos e de seus representantes, incidindo sobre a qualidade das suas escolhas políticas, a forma de operacionalizá-la vem passando por mudanças. Uma delas é pensar a deliberação "enquanto um entre diversos momentos do processo político" que ocorre tanto dentro quanto fora dos espaços institucionais e que se combina com outras formas de ação. A noção abrangente de democracia deliberativa vem sendo, portanto, substituída pela ideia de deliberação democrática (Mansbridge, 2007).

Esse esforço analítico tem sua origem tanto no problema da escala quanto na diferenciação de formas de ação, dado o reconhecimento de que as democracias requerem mais que instituições: requerem ainda participação e contestação; e impõem mais que processos locais: impõem processos também regionais, nacionais e transnacionais. O grande desafio passa a ser como coordenar estas diferentes práticas em diferentes espaços.

No que diz respeito às formas de ação, sabe-se que participação e deliberação operam por meios. Enquanto a primeira pressupõe envolvimento direto, amplo e sustentado dos cidadãos nas questões públicas, a segunda demanda reflexão qualificada sobre as preferências e escolhas políticas dos atores (Papadopoulos e Warin, 2007; Cohen e Fung, 2004; Fishkin,1991). Ambas não podem ser pensadas somente no nível local, mas reclamam espaços mais amplos que, por sua vez, demandam mediações entre os diferentes níveis.

Para dar conta dessa complexidade e, ao mesmo tempo, produzir um julgamento político mais crítico e informado, propõe-se um processo político mais abrangente que envolva tanto a resistência e o conflito quanto o diálogo e a cooperação em diferentes espaços da sociedade. A abordagem sistêmica oferecida visa, assim, compatibilizar diferentes formas de ação que cumprem funções diferentes no sistema proposto. Espaços diferentes com formas de ação e comunicação diferentes devem servir como *inputs* uns para os outros, possibilitando

a formação de baixo para cima de um julgamento público acerca das políticas públicas em questão.

De modo geral, os proponentes dessa ideia[1] definem o sistema integrado como

> um conjunto de partes diferenciadas, mas interdependentes, com funções distribuídas e conectadas de forma a construir um todo complexo. Ele requer diferenciação e integração entre as partes, alguma divisão funcional de trabalho bem como alguma interdependência funcional de forma que a mudança em um componente redundará em mudanças em outros. Ele envolve conflito e solução de problemas políticos baseados na fala. A fala é uma forma de comunicação menos exigente que pode envolver desde a demonstração, a expressão e a persuasão até o próprio debate (Mansbridge *et al*. 2012, p. 7).

O sistema deverá envolver tanto arenas formais de tomada de decisão quanto arenas informais de formulação de temas e problemas concernentes ao interesse público. A ele são imputadas, via de regra, três funções principais: epistêmica, ética e democrática.

A primeira diz respeito à contribuição na produção de opiniões, preferências e decisões com base nos fatos e na lógica argumentativa. "São resultados de considerações substantivas por meio da troca de razões. (...) Porque os tópicos deliberados dizem respeito às questões do interesse comum, as preferências devem ser fundamentadas com base nas preferências e opiniões dos outros" (*op. cit.*, p. 18).

A segunda, o componente ético, está ligada à possibilidade de produção de respeito mútuo entre os cidadãos por meio de um tratamento mais igualitário entre os pares, de forma a que a dominação, decorrente do uso desigual de recursos cognitivos, financeiros e políticos, não se torne predominante.

A função democrática vincula-se à inclusão de múltiplas vozes, interesses e pretensões em bases mais igualitárias. Uma vez que o escopo e o conteúdo da deliberação são afetados por aqueles que participam do processo deliberativo, o sistema, para funcionar adequadamente, não deve excluir qualquer cidadão sem uma justificação que possa ser razoavelmente aceita por todos. "Para incluir *todos os afetados,* o sistema precisa promover e facilitar ativamente a oportunidade igual de participação por meio de diferentes formas de ação que vão desde o protesto até a negociação cooperativa" (*op. cit.*, p. 19).

Para responder aos possíveis conflitos derivados da realização simultânea dessas três funções, sugere-se uma "ecologia deliberativa" por intermédio da qual se analisa o sistema como um todo e não pelas suas partes. Decisões democráticas legítimas serão assim alcançadas sempre que forem dialogicamente gestadas em um

1. Aqui as autoras têm por base duas contribuições mais recentes ao tema, a saber: Mansbridge *et al*. (2012) e Dryzek (2010).

contexto de respeito mútuo entre os cidadãos e por meio de um processo inclusivo de escolha coletiva. Este tipo de legitimidade pode facilitar a cooperação que, por sua vez, promove a deliberação. No entanto, toda vez que este círculo virtuoso se quebrar, formas não dialógicas de ação, como o protesto, podem contribuir para restaurar esta dinâmica ao denunciarem a falta de publicidade ou a fraqueza da deliberação em cumprir suas promessas (Mansbridge *et al.*, 2012, p. 31-32).

Não se advoga aqui por uma abordagem sequencial, ou seja, primeiro a deliberação e posteriormente o protesto, mas por uma dinâmica *sobreposta*, uma vez que estas formas podem e, frequentemente, operam concomitantemente. O diferencial desta proposta é, portanto, a ideia de uma pluralidade de espaços com diferentes padrões de ações que podem contribuir para a formação das capacidades deliberativas em diferentes graus.

Publicidade, reciprocidade, inclusão e controle são os princípios que devem balizar as trocas no interior do sistema. No entanto, se nem todas as suas práticas conseguem alcançar estes princípios, elas precisam ser justificadas com base em tais condições enquanto padrão crítico. É neste sentido que se defende que, mesmo quando as partes não alcançam as condições deliberativas requeridas, o todo será tão mais legítimo quanto mais se aproximar destas mesmas condições.

Logo, pensar as conferências de políticas públicas a partir da ideia de *sistema integrado de participação e deliberação* requer compreender como os atores sociais participam, discutem e deliberam no interior de um contexto específico, caracterizado por múltiplas esferas, com diferentes padrões de ação, mas cujo objetivo final é a produção de uma agenda pública que sensibilize o poder público acerca de suas necessidades reais e simbólicas.

3 PARTICIPAÇÃO, REPRESENTAÇÃO E DELIBERAÇÃO NAS CONFERÊNCIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DO LOCAL AO NACIONAL

3.1 Quando e como as conferências ocorrem?

A 1ª Conferência de Saúde ocorreu em 30 de janeiro de 1941, durante o governo Vargas. Desde sua criação até o ano de 2011 foram realizadas conferências nacionais de saúde e centenas de conferências locais, municipais e estaduais. No que segue, será analisada a dinâmica da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e de suas etapas preparatórias nos níveis local, distrital, municipal e estadual.

A opção pela política de saúde se justifica pelo fato de esta área se apresentar como uma das políticas públicas brasileiras mais consolidadas em termos de descentralização político-administrativa e de participação social (Arretche, 2000; Cortes, 2002; Avritzer, 2007).

As conferências de saúde são convocadas pelo Ministério da Saúde (MS), no âmbito nacional, e pelos órgãos administrativos relacionados a esta política pública nos outros entes federativos, sejam eles secretarias estaduais ou municipais de saúde. A coordenação destes espaços fica a cargo dos conselhos de saúde que, em parceria com os órgãos de gestão pública, estabelecem prazos e a metodologia de discussão, e definem critérios de participação, entre outras medidas institucionais.

As conferências possuem comissões organizadoras que são responsáveis tanto pelo processo de elaboração da metodologia de trabalho quanto de mobilização social. As comissões são divididas em coordenação geral e mais três subcomissões: *i)* temática e relatoria; *ii)* comunicação, divulgação e mobilização; e *iii)* infraestrutura.

De modo geral, as comissões são definidas pelos conselhos e são compostas por parte de seus membros, segundo a paridade instituída na área: 50% de usuários, 25% de gestores/prestadores de serviço e 25% de trabalhadores. Como as conferências de saúde ocorrem em toda a Federação, suas comissões variam no que tange à organização e à atribuição em cada nível de competência. Enquanto no nível local estas comissões organizadoras são as próprias comissões locais de saúde, nos demais níveis elas são independentes e contam com estrutura administrativa própria.

O tema e os seus desdobramentos em diretrizes não variam entre os diferentes níveis do processo conferencista.[2] Em 2011, o tema foi Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro; e o eixo central foi Acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS. Este eixo foi divido em três diretrizes: *i)* Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade; *ii)* Participação da comunidade e controle social; e *iii)* Gestão do SUS (financiamento; pacto pela saúde e relação público *versus* privado; gestão do sistema, do trabalho e da educação em saúde).

A dinâmica por meio da qual se discute e se delibera o temário proposto já mostra a conexão que se estabelece entre um nível e outro: o tema é debatido, reelaborado e votado do nível local até o nacional, possibilitando o desenvolvimento da *expertise* deliberativa dos atores e a reconfiguração de suas preferências e escolhas. Desta forma, é possível afirmar que o temário vai assumindo, ao longo do processo conferencista, a forma de uma representação discursiva (Dryzek e Niemeyer, 2008), centrada não só no sujeito, mas nos discursos gestados e modelados no interior do processo.

Parte das propostas definidas no município deve ser incluída no Plano Municipal de Saúde que serve de subsídio para as discussões e decisões do Conselho Municipal de Saúde e para a Secretaria Municipal de Saúde.

2. No caso da 11ª Conferência Municipal de Belo Horizonte e da 7ª Conferência Estadual de Minas Gerais a diretriz Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) foi subdivida em três e cinco diretrizes.

Outras propostas são encaminhadas para a conferência estadual. O mesmo ocorre no nível estadual cujas orientações são encaminhadas para o estado por meio do Plano Estadual de Saúde, e para a conferência nacional, por meio do *caderno de propostas*.

No nível municipal, as regras determinam que a conferência municipal seja antecedida por pré-conferências, que podem ser locais e/ou distritais. Nem todos os municípios as realizam. Acredita-se que esta variação decorre tanto do grau de mobilização dos atores envolvidos com esta política como do grau de organização e inserção dos conselhos municipais de saúde nos municípios.[3]

A dinâmica interna desses fóruns, que será analisada nas seções seguintes, é dividida em quatro etapas: credenciamento; plenária inicial; grupo de trabalho (doravante GTs); e plenária final, na qual tem lugar não só a decisão final sobre as propostas, mas também a eleição dos delegados para a etapa seguinte.

3.2 O processo de mobilização das conferências: a participação e a representação em termos de números

As conferências contam com a participação de dois tipos de atores: os delegados e os convidados/observadores. Entre os primeiros existe o critério de paridade definido por lei, o qual estabelece que 50% devem ser representantes dos usuários, 25% dos trabalhadores e 25% dos gestores/prestadores de serviço. Somente os delegados têm direito a voz e a voto, ao passo que os convidados/observadores têm direito somente a voz.

Entre os delegados, existem os natos e os eleitos. Os natos correspondem aos conselheiros e às autoridades governamentais, bem como a órgãos e entidades/associações vinculadas à política em debate, enquanto os eleitos são aqueles que participam do processo conferencista. Esta regra pode ferir o princípio da representação eleitoral, uma cabeça um voto, na medida em que oferece direito de vocalização e decisão àqueles que não são eleitos neste fórum. Não obstante, com base no conceito de representação por afinidade (Young, 2002; Avritzer, 2007), a presença com direito a voto daqueles que possuem afinidade com o tema se justifica porque estes apresentam um conhecimento político e técnico diferenciado, derivado de suas trajetórias participativas como conselheiros e/ou profissionais. Por um lado, os últimos possuem conhecimento técnico e burocrático advindos dos cargos que ocupam e da formação que obtiveram para exercer suas funções; por outro, os primeiros qualificam-se a partir da prática participativa nos órgãos de controle, tais como os conselhos de políticas públicas.

3. A pesquisa analisou mais quatro municípios além de Belo Horizonte (2.385.639 habitantes). Destes, Poços de Caldas (153.725) e Montes Claros (366.134) não realizaram pré-conferências, ao passo que Uberlândia (611.903) e Juiz de Fora (520.810) o fizeram.

A 11ª Conferência Municipal de Saúde (CMS) de Belo Horizonte, município com mais de 2 milhões de habitantes, foi precedida pela realização de 159 conferências locais (CLS) e nove distritais (CDS). Estes números referem-se, respectivamente, à quantidade de centros de saúde e ao número de regiões administrativas existentes no município.[4] As CLS mobilizaram 5.399 participantes, e as CDS, 2023.

Do total de participantes das nove CDS realizadas, 756 (37%) representavam o segmento usuário, 595 (29%) o segmento trabalhador e 380 (19%) os gestores e prestadores de serviços. Somavam-se 179 (9%) convidados, 31 (2%) observadores e 82 (4%) partícipes indefinidos. A 11ª CMS contou com 1.161 participantes. Destes, 385 (47%) representavam os usuários, 216 (26%) os trabalhadores, 181 (22%) os gestores e prestadores de serviço, enquanto 45 (5%) eram convidados.

A 7ª Conferência Estadual de Saúde foi precedida por 427 conferências municipais, representando 50% dos municípios que compõem o estado.[5] Os participantes da etapa estadual correspondem aos delegados natos e eleitos nas conferências municipais realizadas em Minas Gerais. Municípios que não realizaram conferências não podem enviar representantes para a conferência estadual. Os dados disponibilizados pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais apontam 1.802 delegados nesta fase da conferência. Destes, 881 (49%) eram representantes dos usuários, 455 (25%) representantes do segmento gestor/prestador, ao tempo em que 466 (25%) eram delegados representantes dos trabalhadores.

O debate na 14ª Conferência Nacional de Saúde foi subsidiado pelas discussões que ocorreram nas 4.347 conferências municipais e nas 27 conferências estaduais realizadas entre abril e outubro de 2011 em todo o país. Neste caso, 78% dos municípios brasileiros realizaram suas respectivas conferências de saúde[6] e enviaram delegados para a etapa subsequente. Todos os estados seguiram o mesmo critério.

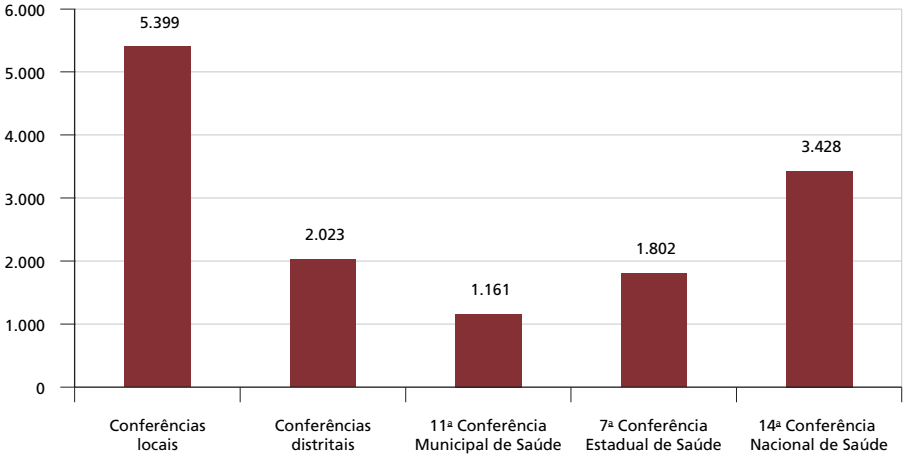
Participaram da etapa nacional 3.696 pessoas. Destas, 2.835 correspondiam a delegados e 511 a convidados. Dos delegados, 1.421(50%) eram representantes dos usuários, 708 (25%) dos trabalhadores e 706 (50%) dos gestores e prestadores. O gráfico 1 mostra o total de participantes em cada etapa do sistema em Belo Horizonte, em Minas Gerais, e no Brasil.

4. Belo Horizonte é dividida em nove administrações regionais, a saber: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Cada uma destas áreas corresponde aos nove distritos sanitários com espaço geográfico, populacional e administrativo relativo às administrações regionais (<www.pbh.gov.br/smsa>).

5. O estado de Minas Gerais é composto por 853 municípios.

6. O Brasil possui 5.564 municípios.

GRÁFICO 1
Total de participantes nas conferências de saúde



Elaboração das autoras.

Os números revelam não só a mobilização que tem início antes mesmo das conferências locais, com as reuniões em bairros nas respectivas comissões locais de saúde do município, mas também a dinâmica representativa por meio da qual vão se constituindo os delegados e vão sendo reconfiguradas as propostas. Tanto delegados quanto propostas passam das conferências locais de saúde para as conferências distritais, municipal e estadual, e chegam à nacional, ocasião na qual o processo conferencista encerra. A mudança de escala impõe, portanto, uma mudança tanto na prática dos atores quanto na construção das propostas. Ambos começam com a presença *de todos os afetados* e, no decorrer do processo, torna-se imperativa a seleção de representantes e discursos.

3.3 Do aprendizado à participação: as conferências locais de saúde

As conferências locais de saúde (CLS) constituem a primeira etapa preparatória para a conferência nacional de saúde.[7] Elas foram implantadas pela primeira vez em Belo Horizonte, sendo realizadas, entre abril e maio de 2011, nas nove regionais do município, em locais como as unidades básicas de saúde (UBS), salões de igrejas, abrigos etc. A informalidade característica desta etapa do processo conferencista pode ser atestada pelos espaços nos quais elas tiveram lugar. Assim como os movimentos de bairro, não houve, neste primeiro momento, a definição de um espaço específico para elas.

O baixo grau de formalismo é também evidenciado pelo modo como os atores participam dessa etapa. Não existem regras definidas para estruturar os debates, por exemplo, tempo de fala e número de destaques. Os participantes proferem

7. A pesquisa acompanhou nove CLS, uma em cada regional do município de Belo Horizonte.

mais depoimentos pessoais do que argumentos formais baseados em justificativas técnicas e políticas. As experiências e relatos pessoais constituem uma das principais estratégias argumentativas dos atores nesta fase, principalmente da parte de usuários e trabalhadores.

A dinâmica dessa etapa começa, assim como a das outras, com a identificação dos atores por segmento. Neste caso, porém, não são cidadãos-delegados, mas cidadãos comuns afetados pela temática em questão. São distribuídos crachás e documentos orientadores. Os primeiros são utilizados na fase decisória do processo, enquanto os segundos representam fontes importantes de informação para subsidiar tanto o processo deliberativo sobre o tema como as diretrizes a serem discutidas na conferência. Um dos documentos distribuídos, o Consolidado de Diretrizes Aprovadas na 10ª Conferência Municipal de Saúde e no Plano Municipal de Saúde, pouco debatido na conferência em apreço, constituiu o único documento de balanço disponibilizado em todos os eventos no período.

A plenária inicial das CLS conforma o primeiro contato de muitos participantes com o temário da conferência. É nesta etapa que as informações e as orientações acerca do tema e das fases subsequentes são discutidas pela primeira vez. Desta forma, ela figura como o primeiro momento de *aprendizado* sobre a dinâmica da conferência. De um modo geral, nesta oportunidade os gestores apresentam o tema da conferência e as diretrizes que serão debatidas em todas as etapas. As técnicas utilizadas nestas apresentações variaram bastante – em alguns casos foram realizadas com o apoio de recursos multimídia. Neste momento, esclareceram-se as dúvidas dos participantes e traduziram-se para uma linguagem mais prática os objetivos das conferências.

A maior parte das CLS acompanhadas não possuía um regimento interno (RI) próprio: a dinâmica das discussões e os critérios para a aprovação das propostas foram estabelecidos *in loco.* Embora nem todas as nove CLS tivessem formado os GTs, cinco delas o fizeram. Nestas, foram organizados os cinco GTs correspondentes às cinco diretrizes presentes no documento orientador. Cada GT deveria elaborar duas propostas para cada uma das diretrizes, totalizando dez propostas em cada CLS.

O número de participantes dos GTs variou de acordo com o número de participantes presentes na conferência, mas todos tiveram um coordenador e um relator. Os primeiros, em sua maioria gestores, eram responsáveis pela leitura e explicação de sua respectiva diretriz. Após a leitura, o grupo debatia as propostas. No geral, as propostas foram discutidas e, quando necessário, reformuladas a partir das ideias que surgiam durante o debate. Ao fim da discussão, os participantes acordavam, via aceitação, com a nova redação final. Algumas propostas foram aceitas da forma como sugeridas inicialmente.

Nas plenárias finais, as propostas elaboradas foram apresentadas para todos os participantes pelos relatores de cada GT e, posteriormente, submetidas à discussão, votação e aprovação. Na maior parte das CLS acompanhadas, a aprovação das propostas se configurou como momentos de aceitação seguidos de votação. Na conclusão da plenária final, em todas as CLS analisadas ocorreram as eleições de delegados(as) para a etapa seguinte. As eleições ocorreram de forma separada e negociada entre os participantes de cada segmento. Cada distrito teve autonomia para definir o número de delegados que seriam eleitos nesta etapa, acatando somente a paridade estabelecida por lei na política de saúde.

3.4 As conferências distritais de saúde: o início do processo representativo

As conferências distritais de saúde (CDS) correspondem à segunda fase preparatória para a CNS. Os participantes desta etapa são eleitos nas conferências locais e trazem demandas, problemas e soluções debatidos nas CLS. As CDS foram realizadas entre os meses de junho e julho de 2011 por meio de uma dinâmica que envolveu dois dias de trabalho. No primeiro, os participantes se credenciavam e participavam de palestras proferidas que não ocorreram na etapa precedente. No segundo dia sucediam as plenárias, os GTs e a eleição de delegados.

As conferências foram realizadas em espaços amplos e com recursos próprios para abrigar os participantes destes encontros. Se comparadas à logística da etapa precedente, constata-se que as CDS envolveram mais complexidade do que as CLS, em termos de tempo, espaço e serviços necessários para concretizá-las. No credenciamento desta etapa também foram distribuídos crachás e documentos orientadores.

A plenária inicial se diferencia da conferência anterior em virtude do debate e da votação do regimento interno da conferência, documento que baliza normativamente todo o processo. Em todas as CDS acompanhadas, houve a formação dos GTs nos quais os participantes, em média entre 15 e 25 por grupo, discutiram as cinco diretrizes ou eixos temáticos e elaboraram as propostas a serem encaminhadas para a plenária final.

Os debates foram conduzidos por coordenadores, e as deliberações foram registradas e consolidadas por relatores escolhidos pelos próprios grupos ou definidos previamente pela comissão organizadora. Os primeiros eram constituídos, em sua maioria, por representantes do segmento gestor encarregados de garantir que as discussões ocorressem de acordo com os critérios estabelecidos pelo RI, assim como de prestar esclarecimentos aos participantes.

Nas CDS é permitida a modificação das propostas formuladas nas etapas locais – e também a inclusão de novas. Igual procedimento foi assegurado nas demais etapas do processo conferencista, à exceção da etapa nacional. A apresentação de destaques a favor e contra determinada proposta, bem como a possibilidade

de justificá-los publicamente, marca o processo deliberativo desta etapa. Ali os participantes "dão e recebem razões" acerca de uma proposta a fim de persuadir a plenária e conseguir apoio para seus argumentos.

No que diz respeito ao processo decisório, a aclamação ou o voto finalizam o processo de aferição da "vontade e da opinião" do público presente. Verifica-se considerável variação neste momento: em algumas CDS observaram-se a presença de destaques e a utilização dos crachás no processo decisório. Os destaques correspondiam a: junção entre duas ou mais propostas; elaboração de novas redações; supressão total ou parcial de propostas; e encaminhamento para junção a outras diretrizes. A proposta vencedora era definida por meio de contraste. Em algumas CDS predominou a aclamação (e não a votação) como forma de solução do debate.

Em todas as CDS acompanhadas verificou-se plenária final na qual as propostas elaboradas nos GTs foram lidas, destacadas, discutidas e votadas. No geral, a dinâmica da plenária final obedecia ao seguinte roteiro: *i)* leitura e avaliação de todas as propostas, por diretriz; *ii)* abertura para destaques e debates; *iii)* votações por item; e *iv)* eleição de duas propostas mais votadas em cada diretriz.

Invariavelmente, a plenária final contou com a presença de mesas diretoras à qual estavam presentes representantes dos três segmentos. A eleição dos delegados para a etapa municipal conformou o último momento decisório das CDS. Os representantes foram eleitos pelos pares, seguindo os critérios de paridade e o número de vagas definido pelo Conselho Municipal de Saúde, a partir de critérios demográficos.

3.5 A 11ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Concluídas as etapas preparatórias, a 11ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH) foi realizada no período de 22 a 24 de julho. A análise desta etapa permite identificar um maior grau de institucionalização em relação às etapas anteriores. Do credenciamento à plenária final, as mudanças são perceptíveis, como será analisado a seguir.

No credenciamento os participantes receberam um crachá e uma pasta contendo um conjunto de documentos orientadores e informativos da conferência. Entre eles, destaca-se o RI da 11ª CMS e a Matriz Consolidada dos Relatórios das nove CDS, separadas por competência administrativa e por diretrizes. A matriz consolidada dos relatórios se configura como uma evidência clara de que as conferências constituem internamente um *sistema integrado de participação e deliberação.* As propostas construídas no âmbito local que subsidiaram as discussões nos GTs e nas plenárias finais nas etapas distritais passam, nesta etapa municipal, por mais uma rodada de debates, na qual são selecionadas aquelas consideradas pelos representantes como as mais relevantes para a construção de um SUS de qualidade.

A plenária inicial da CMS-BH apresentou uma dinâmica diferente das plenárias iniciais nas etapas precedentes. A primeira parte desta etapa correspondeu à leitura e à aprovação do RI, seguidas da abertura oficial com o tema da conferência, a cargo de um representante do Ministério da Saúde. A exposição revestiu-se de caráter mais técnico, informativo e solene, se comparada às apresentações feitas nas etapas analisadas anteriormente. No segundo dia de conferência, após a mesa temática, sucederam os GTs.

A quantidade de GTs diferencia essa etapa do processo das demais. Os participantes foram divididos em trinta GTs, sendo seis para cada uma das cinco diretrizes debatidas. O número muito superior de GTs ali é uma decorrência do aumento do número de delegados concentrados em uma mesma conferência. No que diz respeito à distribuição dos participantes nestes grupos, também observou-se mudança: distribuição aleatória, embora paritária. Nas etapas anteriores não havia sequer o critério de paridade, o que gerou, recorrentemente, uma sobrerrepresentação de segmentos, de gênero e de território nos GTs.

O número de participantes por GT variou de 38 a 40. Assim, cada GT abrigou em torno de dezenove usuários, onze trabalhadores, sete gestores e três prestadores. Os facilitadores dos grupos eram, em geral, membros do CMS-BH. Em alguns GTs, os coordenadores procediam primeiro à leitura das propostas por nível de competência e, em seguida, abriam para destaques na forma de observações, pedidos de esclarecimento e/ou mudanças de redação. Uma vez esclarecidas, as propostas eram votadas. Muitas vezes a aprovação das propostas se dava via manifestação verbal, sem levantamento de crachá ou votação.

Os argumentos mobilizados para a defesa ou o repúdio de uma proposta abarcavam tanto questões de cunho local quanto municipal, mas se apresentavam com sofisticação técnica e política, evidenciando um processo de aprendizado decorrente das palestras e das discussões das outras etapas. No decorrer do processo, observou-se uma posição mais informada acerca das leis, decretos, emendas e programas oferecidos pelo SUS.

Embora a nova etapa seja constituída por atores-delegados com mais experiência participativa, conta-se ali também com a presença de novos atores. Esta oxigenação no processo representativo se mostra importante para quebrar o monopólio da representação e trazer novas vozes e práticas à dinâmica em questão.

No final dos trabalhos em grupo, os participantes selecionam, em cada GT, uma comissão especial de relatoria composta paritariamente, cuja função é compatibilizar seus respectivos relatórios, gerando um único relatório sobre as cinco diretrizes debatidas. Esta é mais uma inovação da CMS de Belo Horizonte que não se verifica nas etapas anteriores. Na plenária final, antes do início do debate das propostas aprovadas pelos GTs, foi distribuída uma versão deste relatório – não disponibilizada nas etapas anteriores.

Neste momento, o debate acerca das propostas apresentadas pelos relatores gerou 54 destaques. O tempo regimental disponível para cada fala de defesa ou contrária era de três minutos, mas em muitos momentos o critério não foi seguido pelos participantes. Após os destaques, as propostas eram votadas separadamente por diretriz e nível de competência, segundo a ordem disposta no relatório, assim como nas outras conferências analisadas. De uma forma geral, o processo é aferido por contraste, sem a contagem de crachás.

O último momento da plenária final foi a eleição de delegados para a 7ª Conferência Estadual de Saúde. O processo seletivo foi realizado em três plenárias separadas por segmento, coordenadas por membros do CMS de Belo Horizonte. Os critérios foram definidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, com base no número de habitantes. Belo Horizonte contou com a representação de 64 delegados na etapa estadual, divididos paritariamente. No que diz respeito ao gênero, contrariando a tendência de maior participação e representação das mulheres em todos os segmentos nas duas etapas anteriores, nesta chama atenção o número maior delegados do gênero masculino no segmento de usuários.

3.6 A 7ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais

A 7ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) foi realizada durante quatro dias (8 a 11 de agosto de 2011), em um grande galpão da capital mineira localizado no centro de Belo Horizonte. A CES-MG deveria ser composta pelas mesmas fases das conferências que a antecederam: credenciamento, plenária inicial, grupos de trabalho e plenária final. Nesta etapa, entretanto, não houve grupos de trabalho. Nas demais fases também será possível identificar outras diferenças em relação às etapas anteriores.

No que diz respeito aos atores, se comparado à etapa municipal, verifica-se não só maior número de participantes como maior diversidade de perfis entre eles; embora os dados de perfil socioeconômico dos participantes não tenham sido disponibilizados pelo Conselho Estadual de Saúde, é possível afirmar que o tipo de ator presente nesta etapa se diferenciou das anteriores.

No momento de abertura da 7ª CES-MG estavam no plenário, além dos delegados municipais, diversas autoridades como o governador de estado, o prefeito da capital, representantes de ministérios, de secretarias estaduais e municipais, do conselho nacional, sindicatos e, até mesmo, do setor privado que, até então, não tinham comparecido às conferências.

No que diz respeito ao processo, esta conferência, diferentemente das demais, impôs nova metodologia de trabalho a partir da votação do RI. Além de terem sido modificados alguns artigos do RI na plenária inicial, os participantes optaram por não discutir o consolidado de proposta nos GTs e fazê-lo em plenária,

todos juntos. A alegação para tal fato foi a proibição de mudar as propostas. A mesa acatou a orientação do Conselho Nacional de Saúde no sentido de que as propostas não poderiam ser alteradas; somente aceitas ou rejeitadas. A plenária não acatou a decisão e mudou a metodologia do processo: todas as propostas passaram a ser discutidas, destacadas e alteradas por meio de votação na plenária. As 553 propostas foram lidas e destacadas publicamente pelos delegados credenciados em plenária.

Essa mudança na metodologia – da discussão nos grupos de trabalho para a plenária – tornou o processo menos discursivo e mais plebiscitário. Tal afirmação pode ser confirmada pelo número de destaques realizados: das 357 propostas de competência estadual lidas em plenária, 176 foram destacadas (49%); das 192 propostas de competência nacional, 95 foram destacadas (49%). Estes dados, se por um lado mostram a autonomia dos delegados que puderam não só acatar ou rejeitar as propostas, mas também modificá-las, por outro podem comprometer a legitimidade do processo de construção destas mesmas propostas.

A última fase da conferência, a plenária final e a eleição dos delegados, não apresentou diferenças substantivas em relação às etapas anteriores. Foram eleitos para a etapa nacional 236 delegados, entre eles 118 representantes dos usuários, 59 dos trabalhadores e 59 representantes de gestores e prestadores. O critério de distribuição de vagas foi definido pelo Conselho Nacional de Saúde com base no total da população de cada região do país, por estado.[8] Assim como na etapa anterior, nesta também observaram-se mais delegados do gênero masculino do que feminino nos segmentos usuários e gestores/prestadores, mas não no segmento trabalhador.

3.7 A 14ª Conferência Nacional de Saúde

A 14ª Conferência Nacional de Saúde corresponde à última etapa do que vem sendo analisado como um "sistema integrado de participação e deliberação". Foi realizada durante cinco dias (de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011).

O credenciamento teve lugar no primeiro dia. Também como nas demais etapas, neste momento os participantes receberam o regimento, o regulamento e o caderno de propostas para discussão nos GTs. Diversamente das etapas precedentes, esta CNS contou com manifestações públicas de apoio ao SUS organizadas pelos movimentos sociais e sindicatos, por meio dos quais seus líderes se manifestaram contra todas as formas de privatização e terceirização da saúde brasileira. Esta foi a grande demanda durante a conferência: por uma política de saúde pública.

8. O Brasil é dividido em cinco regiões e cada uma possui diferentes números de estados. No caso da região Sudeste, tem-se quatro estados, entre eles Minas Gerais. Em Minas Gerais dividiu-se a população do estado pela população de treze macrorregiões. Cada macrorregião definiu seus critérios para eleição de seus delegados.

O tema sobre a parceria público-privada (PPP)[9] esteve muito presente nos debates das conferências locais, distritais e na municipal, sem, entretanto, ter papel de destaque na etapa estadual. Diferentemente desta última, na etapa nacional este tema ganhou visibilidade por meio da mobilização social fora e dentro do plenário da conferência.

A votação do regimento interno foi marcada por muita polêmica: dos 29 artigos do RI, 24 foram destacados, sendo vinte referentes à metodologia de trabalho e quatro ao conteúdo. Não obstante o RI ter sido objeto de debate virtual antes da conferência, a estratégia não assegurou um acordo em torno de seus procedimentos.[10]

A previsão de votação das propostas por meio eletrônico foi um dos principais pontos de polêmica. Os delegados se manifestaram contra a votação eletrônica, alegando que o processo deve ser secreto, impedindo os participantes de verem o posicionamento das delegações. A mesa colocou em votação o uso dos aparelhos eletrônicos e a maioria votou contra este sistema. Os delegados utilizaram os crachás para votar.

A CNS, assim como a estadual, contou com diversas mesas que discorriam sobre os temas das conferências e subsidiavam seus respectivos debates. Uma das novidades desta etapa foi a presença dos diálogos temáticos, por meio do quais dialogavam estudiosos dos temas relativos à saúde, atores envolvidos com a prática do controle social, assim como gestores públicos.

Os GTs da etapa nacional possuem formato diferente dos GTs das outras etapas. Os delegados e convidados foram divididos em dezessete grupos, cada qual com cerca de duzentos participantes. Os integrantes de cada grupo foram escolhidos *por sorteio* pela comissão organizadora, antes do encontro, obedecendo a paridade entre os segmentos.

Os dezessete grupos de trabalho se reuniram durante dois dias e trabalharam simultaneamente. O material analisado nestes GTs foi o Relatório Consolidado das Conferências Estaduais. Foram enviadas para a Comissão de Relatoria da 14ª CNS cerca de 880 propostas oriundas dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal. A comissão elaborou uma síntese do material por meio da junção das propostas que continham conteúdos semelhantes. Foram identificadas quinze diretrizes estratégicas consolidadas em 348 propostas.

9. Uma parceria público-privada (PPP) ocorre quando uma empresa privada presta um serviço de utilidade à administração pública e à comunidade em troca de uma remuneração periódica paga pelo Estado e vinculada a seu desempenho.

10. Em uma parceria entre o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG) e o Projeto Democracia Participativa (PRODEP/UFMG) promoveu-se um fórum virtual de debate sobre RI da conferência nacional nos dias que a antecederam.

Os GTs contaram com a coordenação de uma mesa escolhida pela comissão organizadora. Como definido no RI, os participantes não podiam formular novas propostas, podendo apenas: *i)* suprimir totalmente a proposta; *ii)* suprimi-la parcialmente; ou *iii)* manter a proposta. Alguns GTs foram muito polêmicos e conflituosos, ao passo que outros, não. A maioria deles utilizou a votação eletrônica.

Assim como nas demais etapas, a plenária final foi realizada no último dia do encontro, obedecendo ao seguinte critério: só seriam debatidas as propostas que obtivessem entre 50% a 70% dos votos dos delegados em cada GT, e em menos de nove GTs. As propostas aprovadas por mais de 70% dos delegados, em pelo menos nove GTs, foram consideradas aprovadas e não foram submetidas à apreciação da plenária.

Das 342 propostas votadas nos GTs, 252 (90%) foram aprovadas com manutenção total do texto ou com supressão parcial, por unanimidade dos GTs, e por isso não foram submetidas à plenária final. Doze propostas (5%) foram aprovadas com supressão total da proposta por unanimidade dos GTs. Somente dezenove propostas não obtiveram mais de 70% dos votos dos delegados em pelo menos nove GTs e, por isso, foram submetidas à apreciação da plenária.

Igual procedimento de votação utilizado nos GTs ocorreu na plenária final, não havendo assim mudança na redação das propostas. A votação foi feita com crachá e o resultado obtido com visualização por meio de contraste.

Antes do início do voto, foi distribuído um caderno com um balanço sobre a votação nos GTs que deveria subsidiar o debate em plenária. Nesta etapa, a exposição e a troca de argumentos evidenciavam que os atores ali presentes possuíam alguma trajetória participativa. Mesmo aqueles que poderiam estar participando pela primeira vez da conferência nacional assumiam uma postura mais informada, proveniente do processo de aprendizado que começou nos bairros do seu município de origem e terminou na conferência nacional. Nela observou-se também que as defesas e as fundamentações das propostas baseavam-se em argumentos técnicos e políticos, voltadas para a solução de problemas nacionais, e não mais para problemas locais e/ou regionais, alicerçadas em defesas de relatos pessoais.

4 CONCLUSÕES: CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E SISTEMA INTEGRADO DE PARTICIPAÇÃO, REPRESENTAÇÃO E DELIBERAÇÃO

Este capítulo buscou avaliar as conferências de saúde em suas diversas etapas – do local ao nacional –, à luz da ideia de *sistema integrado de participação e deliberação*. Tal como ressaltado, a ideia defende a conexão e a coordenação de um conjunto de práticas sociais (participação, representação e deliberação) exercidas em diferentes espaços, como forma de incluir uma pluralidade de vozes no processo de formação da opinião pública, de baixo para cima, acerca de determinado problema.

A partir da análise das regras e das dinâmicas das conferências de saúde é possível afirmar que, à medida que se verifica mudança de escala, observa-se concomitantemente uma sofisticação das regras, as quais passam a discriminar com maior precisão quem serão os atores aptos a participar das etapas – e a forma como deverão fazê-lo.

As regras estabelecem: *i)* a necessidade de os atores partícipes da etapa nacional terem integrado as conferências estadual, municipal, distrital e local; *ii)* os locais e o tempo de debate e de decisão; e *iii)* o número de resoluções produzidas que sofre um processo de racionalização com a mudança de nível de competência – em termos de números e atribuições. É possível afirmar, como decorrência deste processo, que a mudança de escala afeta também o comportamento dos participantes, pois a cada etapa que se sucede mudam os repertórios de ação, os quais passam a ser mais e mais representativos, embora nem sempre mais deliberativos.

A análise da dinâmica interna das conferências e das configurações institucionais permite afirmar que tais espaços são ocupados por estas distintas formas de ação, e que elas se conectam por meio de diferentes mecanismos, os quais envolvem desde as eleições dos delegados até a consolidação dialógica das propostas.

É possível colocar aqui que a participação é mais manifesta nas etapas iniciais, como nas CLS. Estas, se comparadas às demais etapas, podem ser caracterizadas por um grau de informalidade maior, ausência de instâncias claramente deliberativas, número consideravelmente menor de participantes, e grau de flexibilidade considerável no uso das regras relativas ao tempo de fala e à realização de destaques. Os atores experimentam maior liberdade de vocalização, embora não de decisão. Trata-se, assim, de uma *fase de aprendizado,* aberta a todos os cidadãos que se interessam pela temática, por meio da qual têm a oportunidade de aprender acerca do processo e do temário em questão. Esta fase termina com a instauração do processo representativo, pelo qual os delegados são eleitos. A partir deste momento, as demais etapas passam a congregar atores que atuam em nome de outros localizados nos distritos, municípios e estados.

No que diz respeito à dinâmica representativa, chama atenção o vínculo prioritariamente territorial em sua constituição. A definição dos representantes a partir da CDS é definida com base no cálculo populacional de cada território. Além disso, o processo conferencista promove também outro tipo de representação, esta mais vinculada aos discursos que conformam o debate acerca das propostas. Este debate, que começa na base local, vai ganhando densidade por intermédio do confronto e da negociação entre diferentes opiniões, interesses e perspectivas, até o nível nacional.

O perfil de gênero dos delegados também muda com a mudança de escala. Enquanto na etapa distrital predomina a representação feminina nos três segmentos,

nas fases subsequentes (da municipal à nacional) os delegados do gênero masculino tornam-se predominantes, notadamente no segmento usuários.

A dinâmica representativa parece não comprometer o padrão inclusivo gerado pelo processo conferencista. No que diz respeito aos atores, dados relativos à etapa nacional sobre a frequência da participação dos delegados nas conferências mostram que, dos 29% respondentes, 41% participavam pela primeira vez da conferência de saúde, ao passo que 59% já haviam participado antes. Tais dados revelam a capacidade destes espaços para inserção de novas vozes à dinâmica representativa que se instala no decorrer processo conferencista.[11]

Constata-se também, com a mudança de escala, uma variação no padrão de argumentação. Enquanto as CLS e as CDS caracterizam-se como espaços nos quais predomina o discurso informal, marcado pelos depoimentos e experiências pessoais acerca da vivência diária com os serviços e programas oferecidos pelo SUS no município, as demais etapas assumem novas características: a conversação cotidiana vai cedendo lugar aos discursos mais estruturados, baseados em argumentos mais técnicos e politizados. Os argumentos de cunho pessoal já não bastam para justificar e persuadir os outros atores no momento do debate em torno da importância de uma determinada proposta. Além da vivência, torna-se necessário o embasamento técnico e político na defesa e na justificação de cada uma delas. Esta mudança não compromete em nada a ideia de sistema, uma vez que a variação nos padrões de conversação – da fala cotidiana à argumentação racional – é defendida por esta ideia.

No que diz respeito à elaboração das propostas, é possível afirmar que os atores possuem um grau relativo de autonomia no processo. Se, por um lado, as diretrizes chegam formatadas por outras instituições envolvidas na política de saúde, como conselhos, secretarias e/ou ministérios, os participantes das conferências, por outro lado, ao formularem novas propostas, alteram o conteúdo e/ou a forma daquelas já existentes, tornando-se copartícipes da elaboração de diretrizes da política de saúde em diferentes níveis da Federação. Ademais, ao debaterem e alterarem publicamente os regimentos internos do processo, também reforçam sua autonomia, prescrevendo as regras às quais eles mesmos irão se submeter.

Na verdade, essa autonomia varia a depender da dinâmica de cada etapa. Nas locais, distritais e municipal os atores podem construir suas propostas mais livremente, ao passo que nas etapas estadual e nacional as regras prescritas se limitam à aceitação ou à negação das propostas oriundas das etapas anteriores. Este foi o motivo pelo qual os participantes da 7ª CES-MG romperam com o regulamento da conferência estadual e impuseram uma nova dinâmica à etapa, tal qual retratado na seção 3.6 deste capítulo.

11. Questionário aplicado aos participantes da 7ª Conferência Estadual de Saúde-MG pelo Conselho Estadual de Saúde.

Contrariando as recomendações da comissão organizadora, a plenária dessa conferencia deliberou pela supressão dos GTs e decidiu, por maioria absoluta, debater e votar todas as propostas em plenário. O resultado da decisão pode ser aferido pelo número de destaques realizados em cada etapa do processo conferencista. Se comparados os números de propostas destacadas nas diferentes etapas, percebe-se que, enquanto no nível municipal verificaram-se 54 propostas, na etapa estadual observou-se um total de 271 e, no nível nacional, 19. O menor número encontra-se na etapa nacional, que congrega o maior número de conferências estaduais, ou seja, 27 delegações. Este processo de racionalização do debate e da possibilidade de mudança das propostas se justifica tanto em função da legitimidade do que foi construído nas etapas anteriores como do número de pessoas nos GTs.

Enquanto nas etapas distritais e municipais os grupos eram formados aleatoriamente por até 45 pessoas, no caso da etapa nacional foram compostos por duzentos delegados sorteados. É fato que este número reduz consideravelmente o tempo de debate. Daí a proibição da inclusão de novas propostas e da alteração substantiva na redação. Entretanto, se, por um lado, é fundamental respeitar as opiniões construídas publicamente nas etapas precedentes, mantendo assim a conexão necessária para formar um julgamento público acerca da temática debatida em todo o território nacional, por outro, é igualmente necessário qualificar este processo atentando para a pluralidade de identidades, opiniões e saberes que a etapa nacional congrega. Pequenas mudanças institucionais, por exemplo, o aumento do número de GTs ou a definição de uma porcentagem de propostas que poderiam ser alteradas, podem resgatar a autonomia decisória dos participantes, sem comprometer a legitimidade de seu processo de construção. A ideia de construção de um sistema legítimo precisa estar atenta para a conexão entre a dinâmica dos diversos fóruns com o todo. Neste sentido, além das regras da representação de atores, é necessário ter em conta as formas como se (re)configuram as propostas, dado que estas constituem o principal elo entre uma etapa e outra.

Desse modo, vale mencionar o papel exercido nesse processo pelos conselhos de políticas públicas. Tais instituições, responsáveis por convocar as conferências e definir a metodologia de trabalho, são fundamentais na constituição do processo conferencista. As conferências, além de funcionarem como mais um minipúblico por meio do qual os atores refletem sobre as propostas para um SUS de qualidade nos diferentes âmbitos da Federação, podem cumprir também a função de reestruturar o processo em questão. Se assim for, a ideia de sistema integrado de participação e deliberação ganha com esta interlocução um novo aporte, uma vez que a conexão deixa de se verificar somente entre as etapas das conferências, conforme mostrado neste capítulo, mas também entre as diferentes instituições participativas que conformam a política de saúde no país.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro; São Paulo: Revan; FAPESP, 2000.

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. **Dados**: revista de ciências sociais, v. 50, n. 3, p. 443-464, 2007.

_____. **A dinâmica da participação no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

COHEN, J.; FUNG, A. Radical democracy. **Swiss journal of political science**, v. 10, n. 4, p. 26-46, 2004.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no sistema único de saúde. **Sociologias**, ano 4, n. 7, p. 18-49, 2002.

DRYZEK, J. S. **Foundations and frontiers of deliberative governance**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

DRYZEK, J. S.; NIEMEYER, S. Discursive representation. **American political science review**, v. 102, n. 4, p. 481-493, 2008.

FARIA, C. F. **Do ideal ao real**: as consequências das mudanças conceituais na teoria da democracia deliberativa. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA – ABCP, 7., 2010. Recife: GT – Teoria Política, 2010.

FARIA, C. F.; PETINELLI, V.; LINS, I. L. Conferências de políticas públicas: um sistema integrado de participação e deliberação? **Revista brasileira de ciência política**, n. 7, p. 249-284, 2012.

FISHKIN, J. S. **Democracy and deliberation**: new directions for democratic reform. New Haven: Yale University Press, 1991.

GOODIN, R. E. **Innovating Democracy.** New York: Cambridge University Press, 2008.

GOODIN, R.; DRYZEK, J. Deliberative impacts: the macro-political uptake of mini-publics. **Politics society**, v. 34, n. 219, 2006.

HENDRIKS, C. Integrated Deliberation: civil society´s dual role in deliberative democracy. **Political studies**, v. 54, p. 486-508, 2006.

MANSBRIDGE, J. Deliberative democracy or democratic deliberation? *In*: ROSENBERG, S. W. (Ed.). **Deliberation, participation and democracy**: can the people govern? New York: Palgrave Macmillan, 2007.

MANSBRIDGE, J. *et al*. **A systemic approach to deliberative democracy**. 2012. Mimeografado.

PAPADOPOULOS, Y.; WARIN, P. Are innovative, participatory, and deliberative procederus in policy making democratic and effective? European **Journal of political research**, n. 46, p. 445-472, 2007.

SOUZA, C. H. L. Conferências e os desafios metodológicos de seu estudo. *In*: PIRES, R. R. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011.

YOUNG, I. M. **Inclusion and democracy**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ALMEIDA, D. C. R. **Repensando representação política e legitimidade democrática**: entre a unidade e a pluralidade. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde em Minas**. *In*: CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 7., 2011. Belo Horizonte: CNS, 9 ago. 2011a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/09_ago_04.html>.

_____. **Regimento interno**. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14., Brasília: CNS, 2011b.

CHAMBERS, S. Deliberative democratic theory. **Annual review of political**, n. 6, p. 307-326, 2003.

FARIA, C. F.; RIBEIRO, U. C. Entre o legal e o real: o que dizem as variáveis institucionais sobre os Conselhos Municipais de Políticas Públicas? *In*: AVRITZER, L. **A dinâmica da participação no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.