ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 19 – UMA METODOLOGIA PARA A ANÁLISE COMPARATIVA DE PROCESSOS PARTICIPATIVOS: PLURALIDADE, DELIBERAÇÃO, REDES E POLITICAS DE SAÚDE
Autores(as)	Vera Schattan P. Coelho
DOI	
Título do livro	EFETIVIDADE DAS INSTITUIÇÕES PARTICIPATIVAS NO BRASIL: ESTRÁTEGIAS DE AVALIAÇÃO
Organizadores(as)	Roberto Rocha C. Pires
Volume	7
Série	Diálogos para o desenvolvimento
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2011
Edição	1ª
ISBN	978-85-7811-109-0
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 19

UMA METODOLOGIA PARA A ANÁLISE COMPARATIVA DE PROCESSOS PARTICIPATIVOS: PLURALIDADE, DELIBERAÇÃO, REDES E POLÍTICA DE SAÚDE

Vera Schattan P. Coelho

1 INTRODUÇÃO

O capítulo descreve a construção e aplicação de uma metodologia elaborada para permitir a comparação e avaliação de processos participativos. Argumenta-se que a gestão participativa contribui para o aprimoramento da cidadania, dos governos e das decisões. Segundo essa noção, a inclusão de um espectro mais amplo de cidadãos na vida pública intensifica a circulação de informações, amplia a supervisão do processo político e promove um debate público mais consistente, o que presumivelmente resultaria em políticas públicas mais eficazes e mais equitativas.

Isso tudo pode ser verdadeiro em teoria, mas ainda é difícil de demonstrar na prática. Assim, de que modo seria possível promover mecanismos participativos democráticos e eficazes? E de que modo essas experiências democratizantes poderiam ser avaliadas? Em diálogo com o debate internacional que aponta a carência de evidências sobre a efetividade desses processos, buscou-se recuperar aqui discussão conceitual sobre o tema e identificar as variáveis que permitam comparar e testar a efetividade desses processos.

O capítulo aborda tais questões a partir do relato da experiência e dos resultados de um projeto de pesquisa sobre os diversos mecanismos de participação social relacionados às políticas públicas no Brasil, conduzido pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)[1] como parte de um programa internacional no âmbito do Citizenship Development Research Centre, voltado a investigar sob que condições o engajamento dos cidadãos e a inovação institucional contribuem

1. A pesquisa foi realizada com apoio do Development Research Centre Citizenship, Participation and Accountability, do Institute of Development Studies da University of Sussex, Inglaterra, e do Centro de Estudos da Metrópole (CEM).

para promover a governança participativa (KABEER, 2005; LEACH; SCOONES; WYNNE, 2005; NEWELL; WHEELER, 2007).

O conjunto de estudos integrantes desse programa internacional ensejou duas conclusões principais que dizem respeito a todos os interessados em experiências participativas. A primeira é a de que o êxito dos mecanismos participativos depende da combinação de três fatores: gestores públicos comprometidos, cidadãos mobilizados e procedimentos organizacionais inovadores. Isoladamente, cada um desses fatores seria insuficiente para superar as enormes dificuldades envolvidas nos esforços de integrar grupos sociais marginalizados ao processo de elaboração das políticas públicas. Com efeito, o êxito invariavelmente requer a presença simultânea de atores estatais empenhados em construir alianças com a sociedade civil, de cidadãos e organizações civis efetivamente interessados em tomar parte nas políticas públicas e de procedimentos organizacionais que reduzam a assimetria de recursos entre os participantes. Desse modo, os agentes envolvidos na gestão participativa devem envidar seus esforços de uma maneira integrada (COELHO, 2006).

A segunda conclusão deriva do reconhecimento de que a gestão participativa traz à tona questões relacionadas à distribuição de poder. Nesse sentido, é de vital importância assegurar que uma ampla gama de atores seja representada nesses espaços participativos, incluindo grupos sociais marginalizados ou não organizados. É também crucial reconhecer que no âmbito desses fóruns emergem novas formas de representação, na medida em que a sociedade civil vem a ser representada de várias maneiras: por indivíduos, por representantes de organizações não governamentais (ONGs) nomeados, por representantes de associações de bairro eleitos e por membros de entidades coletivas como sindicatos e movimentos sociais. Sob essa perspectiva, os interessados em gestão participativa devem estar preparados para lidar com questões referentes à inclusão e também à representação (CORNWALL; COELHO, 2007).

Com base nesses dois achados, assim como na literatura que discute as características da governança participativa, foi possível desenvolver um modelo para avaliar e comparar experiências participativas, a exemplo daquele que apresentaremos aqui. As informações produzidas por meio dessas avaliações propiciam um entendimento mais preciso sobre o modo como esses fatores interagem e afetam uns aos outros, contribuindo assim para elucidar os interesses aos quais os mecanismos participativos estariam de fato servindo.

Para ilustrar esses tópicos recorrerei a uma pesquisa realizada com os conselhos de políticas setoriais, que representam, ao menos em termos de escala, o mais importante mecanismo participativo em todo o país. Ao longo dos últimos 20 anos foram constituídos no Brasil mais de 28 mil conselhos em setores como os de saúde, educação e meio ambiente, entre outros. Eles se encontram em todos os

níveis de governo, desde o local até o federal, propiciando fóruns em que cidadãos se juntam a prestadores de serviços e ao poder público na definição de políticas e na supervisão de sua implementação. O projeto Participação e Distribuição: Políticas de Saúde na Cidade de São Paulo envolveu produção de dados e análises, em uma fase inicial, sobre a totalidade dos 31 conselhos gestores "distritais" da cidade e, em fase subsequente, com aprofundamento, sobre seis desses conselhos. Os resultados permitem comparar aspectos referentes ao perfil dos conselheiros, às dinâmicas participativas, às conexões institucionais e às propostas formuladas por esses conselhos.

Na seção seguinte discuto como as variáveis sociais, institucionais e políticas determinaram os diferentes padrões de inclusão encontrados pela pesquisa em conselhos setoriais. Em seguida, abordo a importância e as dificuldades de definir critérios para distinguir e delinear quatro aspectos do funcionamento desses fóruns. O primeiro aspecto, que é o mais frequentemente investigado, diz respeito aos atores sociais que estão sendo incluídos nos conselhos. Contudo, também é fundamental levantar mais informações sobre outros três aspectos: as dinâmicas de participação e deliberação que operam nesses fóruns, as conexões que se estabelecem entre eles e outros atores sociais, políticos e institucionais e o conteúdo dos debates travados. A pesquisa ensejou a elaboração de um modelo voltado a reunir e comparar todas essas informações, o qual é descrito em suas linhas gerais. A seção final apresenta uma breve reflexão sobre os esforços que ainda se requer para que compreendamos melhor como a participação social e a gestão participativa se relacionam com a democratização da política e das políticas públicas.

2 PARTICIPAÇÃO SEM VIESES?

A Constituição de 1988 definiu a saúde como um direito de todos os cidadãos e como um dever do Estado. Também determinou a criação de um sistema de saúde público – o Sistema Único de Saúde (SUS) – com base nos princípios de universalidade e equidade dos serviços de saúde, e o SUS por sua vez introduziu os preceitos de prestação de contas à sociedade e participação popular. No marco desse quadro legal foram instituídos conselhos de saúde como os órgãos responsáveis por promover a participação cidadã na gestão dos serviços de saúde. Atuantes nos âmbitos municipal, estadual e federal em caráter permanente, eles estão incumbidos de apresentar as políticas de saúde à população e transmitir demandas, valores e posicionamentos da população aos vários níveis de governo.

Os conselhos de saúde são compostos por cidadãos, profissionais de saúde, gestores públicos e provedores de serviços de saúde. Atualmente, há mais de 5.500 conselhos de saúde em atividade no país, envolvendo quase 80 mil cidadãos e inúmeras associações. São fóruns em que os participantes discutem questões relativas

à saúde, apresentam propostas e reivindicações às secretarias de saúde e ajudam a definir prioridades e políticas para o setor. As normas operacionais básicas que regulam o SUS estipulam que o número de representantes da sociedade civil deve ser igual àquele do conjunto de representantes dos provedores de serviços, dos profissionais de saúde e do poder público.

A força dos conselhos municipais de saúde deriva amplamente da lei que lhes faculta poder de veto sobre os planos e as prestações de contas das secretarias municipais de saúde: se um conselho rejeita o plano e o orçamento que a secretaria municipal tem de apresentar anualmente, o Ministério da Saúde, que controla aproximadamente 55% do orçamento público do setor, não transfere os respectivos fundos orçamentários ao município. Em várias cidades brasileiras foram criados ainda conselhos locais de saúde (CLSs), que exercem funções semelhantes em âmbito intramunicipal (COELHO; POZZONI; CIFUENTES, 2005).

Com o intuito de conhecer melhor a natureza da participação que vem sendo promovida nesses fóruns, realizamos uma pesquisa com os CLSs da cidade de São Paulo. A pesquisa se desdobrou em duas etapas: a primeira abrangeu os 31 CLSs constituídos nas subprefeituras da cidade, e a segunda enfocou seis CLs situados nas áreas mais pobres da cidade.[2] Durante a primeira etapa, realizada de 2001 a 2005, estávamos particularmente preocupados com o risco de que os conselhos locais fossem cooptados pelo Partido dos Trabalhadores (PT), que, à época, controlava a administração municipal e estava coordenando um intenso processo de descentralização, bem como instituindo centenas de fóruns participativos no município.

A pesquisa buscou averiguar duas questões principais. A primeira dizia respeito à inclusão de grupos tradicionalmente marginalizados: como verificar, haja vista a informalidade que caracteriza essa forma de participação, se grupos não pertencentes às redes de relações dos gestores públicos têm oportunidade de participar? Em segundo lugar, pressupondo que é possível reconhecer padrões de inclusão distintos – isto é, uma gama mais ampla e plural ou mais reduzida de associações incluídas –, como relacioná-los, conforme sugerido pela literatura, com certas características dos gestores públicos, dos procedimentos organizacionais ou da associatividade (ABERS, 2001; BAIOCCHI, 2001; FUNG, 2004; HELLER, 2001; MELO; BAIOCCHI, 2007; WAMPLER; AVRITZER, 2004)?

Os dados sobre a composição dos 31 CLSs mostraram que alguns deles incluíam representantes de apenas uma ou duas categorias de associações, ao passo que outros incorporavam até sete categorias, inclusive conselheiros sem nenhuma filiação institucional. Os conselheiros se declararam representantes de movimen-

2. Uma descrição detalhada do processo da pesquisa pode ser encontrada em Coelho (2006), e em Coelho *et al.* (2010).

tos populares de saúde, unidades de saúde, associações religiosas, associações de bairro, sindicatos, grupos de defesa de direitos civis, fóruns participativos, movimentos de sem-teto, movimentos de sem-terra, grupos comunitários ou filantrópicos, associações de portadores de deficiência ou como representantes não filiados. Em 16 dos 31 CLSs havia mais de três categorias de associações representadas, e ao menos três delas – grupos comunitários, associações de portadores de deficiência e representantes não filiados – não tinham ligação tradicional com o PT. Dos 15 CLSs com até três categorias de associações, 11 eram amplamente compostos por conselheiros de associações ligadas ao PT.[3]

Nossos achados iniciais sugeriram que a inclusão de um espectro de participantes mais abrangente não podia ser explicada isoladamente nem por procedimentos organizacionais (divulgação do processo seletivo), nem por variáveis políticas (comprometimento dos gestores públicos), nem por variáveis associativas (proporção de participantes em associações civis na região). Desse modo, persistia ainda a questão: como explicar a diferença na gama de associações representadas nos diferentes conselhos?

Para responder a essa questão, analisamos diferentes combinações dessas variáveis e com base nessa análise constatamos um padrão consistente.[4] Nenhuma das três variáveis podia explicar por si só a amplitude de segmentos representados nos conselhos, mas a presença simultânea dessas variáveis em determinada subprefeitura efetivamente propiciava a diversidade.[5]

Para os gestores públicos, preocupados em assegurar que os fóruns participativos não sejam sumariamente dominados por grupos mais organizados e influentes, esses achados sugerem a necessidade de atuar em pelo menos quatro frentes. Os gestores devem divulgar intensamente o processo de seleção e as atividades dos fóruns, buscar meios de envolver os grupos menos organizados, assim como facilitar processos de organização civil, e assegurar a disponibilidade de recursos e informações que apoiam as atividades dos fóruns. Por fim, devem documentar essas ações de modo a promover o conhecimento sobre sua contribuição para a qualidade dos processos participativos. Retornarei a esse último tópico na seção seguinte.

---

3. A pesquisa também constatou que em 29 dos 31 CLSs havia concentração de representantes de unidades de saúde. Seis CLSs incluíam apenas essa categoria de representação. Nas regiões Leste e Sul, essa característica é estreitamente associada à atuação do Movimento Popular de Saúde (MPS), que é extremamente ativo nessas regiões desde os anos 1970 e tem fortes vínculos com o PT (BÓGUS, 1998). Outras categorias historicamente relacionadas com os partidos de esquerda, como as associações religiosas, os fóruns participativos e os movimentos de sem-teto, também eram representadas com maior frequência (em 15, 7 e 10 CLSs, respectivamente).

4. Correlação de Pearson = 0,531. Para presença simultânea de gestores comprometidos e procedimentos eleitorais inclusivos encontrou-se uma correlação de 0,431.

5. Cabe frisar que não foi encontrada associação entre a presença simultânea dessas variáveis e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que computamos para cada uma das 31 subprefeituras.

3 DESDOBRANDO A PARTICIPAÇÃO

Argumentei aqui que seria preciso contemplar diversos fatores para garantir a inclusão de uma gama de atores diversificada nos conselhos de políticas setoriais. Contudo, qual seria o perfil dos conselheiros que representam essas associações? O que vem de fato ocorrendo nesses conselhos? Como os conselheiros se conectam com redes de relacionamento mais amplas? Quais seriam as dinâmicas internas dos conselhos? Eles vêm mesmo gerando insumos para as políticas públicas?

Os autores que analisaram esses conselhos chegaram a conclusões ambivalentes sobre suas características e sua capacidade de influenciar as políticas: ao passo que vários casos apresentaram aspectos precários e conquistas relativamente pequenas, outros tantos foram considerados bem-sucedidos. No entanto, essas conclusões se pautaram por uma série de estudos de caso, até porque não havia instrumentos metodológicos que permitissem um exame sistemático dessas experiências. Com o intuito de preencher essa lacuna, começamos a desenvolver um modelo que propiciasse avaliações e comparações sistemáticas.

Esse esforço se coadunou com os trabalhos de uma série de pesquisadores que enfatizaram a necessidade de construir modelos que possibilitassem a análise, a avaliação e a comparação tanto dos procedimentos como dos resultados de mecanismos participativos (HOUSE; HOWE, 2000; ABELSON; GAUVIN, 2005; ANSELL; GASH, 2007; ROWE; FREWER, 2004; WYMAN; DALE, 2008). Para avançar nesse sentido, elaboramos um modelo que distingue quatro dimensões das experiências institucionalizadas de participação social:

1) Inclusão – para descrever quem está sendo incluído e o grau de heterogeneidade dos participantes conforme características sociodemográficas, políticas e associativas.

2) Participação – para descrever como a agenda de trabalho é estabelecida e como a organização das discussões e as práticas de deliberação, persuasão, acordos e confrontos se dão nas reuniões.

3) Debates – para identificar os temas presentes na agenda e descrever o conteúdo das discussões, bem como para mapear as proposições que surgem por meio desse processo.

4) Conexões – para descrever os elos com os poderes Executivo e Legislativo nas esferas municipal, estadual e nacional, com outros fóruns participativos, com outras instituições do setor e com outras organizações públicas e privadas.

Indagar sobre essas características não só ajuda a descrever os fóruns, mas também a gerar informações que podem ser utilizados para testar hipóteses sobre o papel da estrutura organizacional e dos atores sociais e estatais na definição do desempenho dos fóruns. A seguir, desdobro essas dimensões e exponho

a forma pela qual esse modelo fornece uma base para desenvolver verificações empíricas e explorações teóricas.

4 O QUE É DESEJÁVEL?

Nesta seção, apresento à luz de uma breve revisão da literatura os debates normativos sobre o que é desejável no escopo das três dimensões que constituem nossos pressupostos acerca dos fóruns participativos. Descrevo então as variáveis que compõem cada uma dessas dimensões e em seguida abordo os indicadores e critérios para a atribuição de valores a cada uma dessas variáveis.

1) Inclusão

Há uma forte controvérsia em torno do tipo de inclusão que deve ser proporcionado por um processo participativo. As normas que regulam os conselhos de saúde no Brasil falam em garantir uma representação adequada da sociedade civil organizada (CORNWALL; SHANKLAND, 2008). Alguns autores, porém, enfatizam a necessidade de promover a inclusão de grupos sociais tradicionalmente marginalizados dos processos políticos, apontando, portanto, para a importância de se dar atenção a segmentos carentes, pouco mobilizados e não organizados (CORNWALL, 2008; GAVENTA, 2006). Outros autores propõem a adoção de um método seletivo aleatório como meio de garantir que o perfil sociodemográfico dos representantes espelhe aquele da população representada (FISHKIN; LUSKIN, 1999). Esse método, argumenta-se, evitaria o favorecimento daqueles com mais recursos, assim como a monopolização dos debates por atores coletivos politizados e com posições fortemente polarizadas.

O quadro 1 apresenta as variáveis e os instrumentos correspondentes a essa dimensão.

QUADRO 1

Indicadores de inclusão

Variáveis	Instrumentos
1. Variação no perfil socioeconômico e demográfico dos participantes	Questionário Informações sobre o perfil socioeconômico e sociodemográfico da população
2. Variação político-partidária dos participantes	Questionário Informações sobre o espectro ideológico-partidário
3. Variação no perfil associativo dos participantes	Questionário

Fonte: Elaboração própria.

Cada uma dessas perspectivas deriva de uma concepção diferente do que seja inclusão. De uma perspectiva legal, definida nas regulações dos conselhos de

saúde, ocorreria maior inclusão quanto mais associações da sociedade civil fossem representadas. Aqueles que postulam a seleção aleatória sugerem que o perfil sociodemográfico dos conselheiros deveria idealmente refletir aquele da população. Para aqueles que defendem a necessidade de incluir os grupos marginalizados, por fim, ocorreria maior inclusão no caso de um perfil socioeducacional que tivesse presença significativa de participantes com baixa renda e baixo grau de escolaridade.

2) Participação

Vários estudos que analisaram experiências participativas ressaltaram que as relações entre os atores são marcadas por grandes assimetrias, que os agentes estatais têm poder excessivo e que os fóruns são frequentemente capturados por certos grupos político-partidários. Muitos autores também ressaltaram que os participantes têm uma relação fortemente caracterizada por antagonismos e cooptações entre si, e que mecanismos não transparentes são empregados para estruturar e conduzir o processo de tomada de decisões (AVRITZER; NAVARRO, 2003; BARNES, 2007; COELHO; NOBRE, 2004; DAGNINO; TATAGIBA, 2007; MAHMUD, 2004; MOHANTY, 2007; ZICCARDI, 2004).

Entretanto, todos esses pesquisadores estão de um jeito ou de outro lidando com os desafios de se organizar o debate público de um modo que assegure o rigor analítico em face dos problemas e das potenciais soluções, a consideração cuidadosa e respeitosa de diversos pontos de vista, a garantia de oportunidades suficientes para que os participantes se pronunciem e o reconhecimento – ainda que sem necessariamente implicar assentimento – dos diferentes modos de discurso e compreensão dos participantes (DRYZEK, 2001).

Diversos autores afirmam que procedimentos organizacionais podem contribuir para tornar ambientes altamente assimétricos e conflituosos mais próximos das condições ideais de debate público (ANSELL; GASH, 2007; COELHO; FAVARETO, 2008; LIERES; KAHANE, 2006; ROWE; FREWER, 2004). Aponta-se o fato de que lideranças facilitadoras são importantes para ampliar a participação daqueles que contam com menos recursos. Argumenta-se ainda que as informações devem emanar tanto dos saberes especializados quanto dos próprios valores e conhecimentos dos participantes, garantindo-se um fluxo de informações de mão dupla. Outros aspectos ressaltados relacionam-se à transparência e à estrutura das reuniões. Nesse sentido, é importante verificar quem coordena a agenda, como o processo se desdobra e quem fala e é ouvido. Deve-se ainda observar, com referência à qualidade do debate, se as discussões são deliberativas, se ocorrem negociações com frequência, se o ambiente é de diálogo ou de confrontação, se as decisões são tomadas mediante votações ou acordos consensuais.

Em suma, até que ponto o processo de seleção dos representantes, a presença de facilitação, a disponibilidade de informações, o método de tomada de decisões e a sua divulgação contribuem para o estabelecimento de um processo democrático? A partir desse conjunto de questões definimos as nove variáveis apresentadas no quadro 2.

QUADRO 2
Indicadores de participação

Variáveis	Instrumentos
1. Procedimentos de seleção	Minutas, observação de campo
2. Facilitação	Observação de campo
3. Agenda (quem a coordena, questões sob discussão)	Minutas, análise das discussões, observação de campo
4. Fornecimento de informações	Minutas, análise das discussões
5. Intervenções nos debates	Minutas, análise das discussões
6. Ambiente (deliberações, persuasão, confrontação)	Minutas, análise das discussões, observação de campo
7. Método de tomadas de decisão	Minutas, observação de campo
8. Prestação de contas aos públicos representados	Questionário, observação de campo
9. Satisfação com o desempenho do conselho	Questionário

Fonte: Elaboração própria.

3) Debates

É preciso examinar o teor das novas informações geradas e das decisões tomadas. Vários autores avaliam processos participativos com base em seu potencial de trazer à tona informações sobre as demandas da população e sobre a qualidade dos serviços que ela recebe, bem como de informar a população sobre o que está sendo debatido em termos de políticas de saúde (COELHO *et al.*, 2010). Para avaliar a natureza da contribuição dada pelos conselhos distinguimos três temas de discussão:

- questões de saúde, relativas a políticas e programas de saúde e problemas no acesso a atendimentos e serviços;
- questões de participação, referentes a procedimentos para a realização de eleições e reuniões; e
- problemas locais, tais como aqueles relativos a abastecimento de água, infraestrutura urbana e segurança. Com base nesse ponto de partida, definimos as quatro variáveis apresentadas no quadro 3.

QUADRO 3

Indicadores de debates

Variáveis	Instrumentos
1.Aspectos relativos às políticas e aos serviços de saúde	Minutas das reuniões
2. Problemas locais	Minutas das reuniões
3. Influência política: discussão sobre participação em outros fóruns e processos decisórios	Minutas das reuniões
4. Aspectos relativos a procedimentos: discussões referentes à organização, à participação e aos procedimentos eleitorais	Minutas das reuniões

Fonte: Elaboração própria.

4) Conexões

O que nos habilita a descrever, comparar e avaliar processos participativos no tocante às suas ligações com os processos de formulação e implementação de políticas públicas? Também sob esse aspecto não há resposta simples, já que existe uma considerável divergência quanto ao tipo de conexão e ao nível de coordenação considerados desejáveis.

Examinamos as conexões estabelecidas entre os conselhos e os processos de formulação e implementação de políticas públicas que ocorrem nos poderes Executivo e Legislativo das esferas municipal, estadual e federal, bem como suas conexões com outros fóruns participativos, com outras instituições do sistema de saúde e com outras organizações públicas e privadas. Com base nesse ponto de partida, definimos as cinco variáveis apresentadas no quadro 4.

Os argumentos e quadros apresentados sintetizam e sistematizam parte importante dos debates normativos e dos esforços de pesquisa empreendidos na área de participação social. No próximo item apresento o modo pelo qual operacionalizamos a comparação dessas várias dimensões.

QUADRO 4

Indicadores de conexões

Variáveis	Instrumentos
1. Hierarquia: definições legais, delegação vertical e horizontal	Legislação e entrevistas em profundidade
2. Variação na gama da rede de relações: conexões com gestores públicos	Questionários e minutas
3. Variação na gama da rede de relações: conexões com políticos	Questionários e minutas
4. Variação na gama da rede de relações: conexões com fóruns participativos	Questionários e minutas
5. Variação na gama da rede de relações: conexões com outras organizações, unidades de saúde e órgãos governamentais	Questionários e minutas

Fonte: Elaboração própria.

4.1 Comparando os aspectos

O modelo que permite comparar experiências participativas foi elaborado em duas etapas. Primeiramente tomamos uma versão, entre as várias apresentadas, do que se deveria entender por promover "mais inclusão", "mais participação" e "mais conexões" e detalhamos os indicadores associados a cada uma dessas variáveis. Em seguida, definimos critérios que permitissem a atribuição de valores (0 ou 1) para cada indicador.

Exploremos um exemplo. A segunda variável da dimensão participação é facilitação. Essa variável fornece informações sobre as estratégias empregadas para contrabalançar as assimetrias entre os participantes. O indicador expressa a presença ou ausência de um facilitador qualificado coordenando os trabalhos do fórum. A presença de um facilitador qualificado é associada a maiores oportunidades de que participantes com diferentes perfis profissionais e socioeconômicos intervenham nos debates e é codificada com valor 1, ao passo que à ausência é atribuído valor 0.

Uma vez que diversas das variáveis anteriormente descritas são contínuas, apresentamos a seguir uma breve explicação dos dois procedimentos metodológicos que podem ser adotados, na maioria dos casos, para convertê-las em variáveis dicotômicas (com valor 0 ou 1).[6]

6. Uma descrição mais detalhada do modo pelo qual cada variável foi calculada no estudo empírico que conduzimos pode ser encontrada em <http://www.centrodametropole.org.br/v1/dados/saude/Anexos_Artigo_Saude_CDRCCEM.pdf.>

1) Para características populacionais como sexo, idade ou cor, identifica-se o perfil da população na área de abrangência de cada conselho e mede-se a compatibilidade da distribuição observada nos conselhos com a da distribuição observada na respectiva população – sendo considerada compatível uma distribuição com até 10 pontos percentuais (p.p.) acima ou abaixo daquela da população. Se o perfil de um conselho é compatível com o da população, atribui-se valor 0 ou 1 conforme o critério adotado. Em nosso estudo, por exemplo, atribuímos valor 1 aos conselhos em que a distribuição por sexo era compatível com a da população, assim como àqueles em que o perfil educacional apresentava presença significativa de participantes com baixo grau de escolaridade. Esse procedimento se baseou em nosso pressuposto normativo de que é importante assegurar uma presença equilibrada de homens e mulheres e uma presença significativa de participantes com baixo grau de escolaridade.[7]

2) A fim de avaliar as conexões dos conselhos com os gestores da área da saúde, por exemplo, computamos o total dos nomes de gestores citados nas entrevistas e minutas referentes aos conselhos sob estudo e atribuímos valor 1 aos conselhos em que foram feitas citações em número acima da média.

Esse modelo foi aplicado em seis CLSs situados em áreas pobres da cidade de São Paulo, que apresentam IDHs semelhantes. Três métodos foram empregados para colher informações: análise da legislação, análise das minutas das reuniões e deliberações dos conselhos e realização de entrevistas e aplicação de questionários aos conselheiros, usuários e gestores do sistema de saúde. O material coletado foi sistematizado em dois bancos de dados, um para as entrevistas e outro para as minutas. Os dados foram organizados em tabelas referentes a cada dimensão.

Este trabalho permitiu verificar empiricamente como as variáveis sob estudo influenciavam umas às outras e apontou algumas relações interessantes. Ao analisarmos os resultados relativos à dimensão da inclusão, por exemplo, constatamos que não havia correlação positiva entre a presença de pluralidade associativa ou político-partidária e a presença significativa de participantes com baixa renda e baixo grau de escolaridade. Esse achado reforça a necessidade de atentar para as implicações de se adotar processos seletivos baseados em representação associativa, como ocorre no âmbito do SUS.

A posterior análise das minutas possibilitou a sistematização das discussões, deliberações e proposições feitas pelos conselhos. As entrevistas com gestores públicos

7. Para características demográficas atribuímos valor 1 a conselhos que refletiam o perfil populacional. Para variáveis socioeconômicas adotamos um critério diferente: atribuímos valor 1 a conselhos com presença significativa de representantes com baixa renda e baixo grau de escolaridade

ajudaram a identificar quais dessas proposições foram incluídas no processo deliberativo das políticas públicas de saúde. É importante ressaltar que os conselhos com presença significativa de participantes com baixa renda e baixo grau de escolaridade foram aqueles que tiveram melhor desempenho na articulação de alianças com gestores públicos para a captação de recursos para construção de hospitais e centros de saúde, bem como os que obtiveram melhores resultados no monitoramento dos serviços de saúde.

Para melhor compreender esses resultados, pesquisamos a história do envolvimento da sociedade civil com questões de saúde pública nas diferentes áreas sob estudo, e constatamos que histórias locais caracterizadas por maior experiência de mobilização social eram um dos fatores relevantes para o êxito do envolvimento dos representantes com baixa renda e baixo grau de escolaridade nos conselhos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comecei aqui por indagar como é possível promover mecanismos participativos democráticos e eficazes. Para explorar essa questão apresentei o processo e os resultados de um programa de pesquisa sobre gestão participativa no Brasil, que propiciou a elaboração de um modelo voltado à avaliação e à comparação de experiências participativas.

Esses resultados mostraram que mesmo numa única cidade pode-se encontrar grandes diferenças nas características e dinâmicas de CLS. Identificamos determinados padrões que nos permitiram considerar alguns deles mais inclusivos, participativos ou conectados do que outros. Para fazer essa avaliação, baseamo-nos na literatura que discute os riscos e as potencialidades associadas à participação social e numa pesquisa empírica que nos permitiu descrever e analisar diversas dimensões procedimentais nos conselhos.

Apesar das complexidades de lidar com diferentes concepções sobre o que venha a ser uma gestão participativa efetiva, bem como com os riscos de recorrer em demasia a pressupostos normativos acerca da governança democrática, creio que os achados aqui apresentados abrem um claro caminho para aqueles interessados em identificar empiricamente os atores e as diretrizes organizacionais que contribuem para incorporar uma pluralidade de grupos num debate produtivo sobre questões públicas. Esse caminho se pauta por dois princípios. Um deles é a necessidade de desdobrar meticulosamente os processos e procedimentos mediante os quais os mecanismos participativos estão sendo construídos no tocante às dimensões aqui abordadas: inclusão, dinâmicas de participação e deliberação, conexões e debates. O outro é a permanente necessidade de examinar a pertinência desses processos e procedimentos em face de asserções normativas claramente apresentadas.

Cabe fazer um comentário final de ordem prática. Uma das maiores dificuldades que encontramos ao longo desses anos para aprimorar a dimensão comparativa do nosso programa de pesquisa foi a falta de documentação sobre as experiências participativas. De um modo geral elas são documentadas de maneira muito precária. No caso dos CLSs aqui enfocados, coube a nós descrever todas as características dos conselheiros – inclusive idade, sexo e grau de escolaridade –, além das características básicas dos próprios conselhos. A qualidade das minutas das reuniões também se mostrou irregular: algumas eram bastante detalhadas, enquanto outras traziam muito poucas informações sobre o conteúdo das discussões.

Assim, da perspectiva do conhecimento, um esforço sistemático por parte daqueles envolvidos na organização de fóruns participativos no sentido de documentar melhor o perfil dos participantes e registrar o que foi discutido e decidido nas reuniões, bem como quais métodos foram empregados, pode contribuir imensamente para um avanço da investigação sobre como a participação social e a gestão participativa se relacionam com a democratização da política e das políticas públicas. Da perspectiva das políticas públicas, um maior investimento na síntese e no relato das discussões e das propostas feitas pelos participantes ajudaria muito a resgatar a riqueza do envolvimento de cidadãos, gestores, pesquisadores e provedores de serviços nos debates sobre as políticas, bem como a preparar esses materiais de modo a serem usados com maior eficácia em outras etapas do processo de elaboração das políticas

REFERÊNCIAS

ABELSON, J.; GAUVIN, F. **Assessing the impact of public participation**: concepts, evidence, and policy implications. Hamilton, Canadá: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, 2005.

ABERS, R. **Inventing local democracy**: grassroots politics in Brazil. Boulder: Westview, 2001.

ANSELL, C.; GASH, A. Collaborative governance in theory and practice. **Journal of Public Administration Research and Theory Advance Access**, v. 18, n. 4, p. 543-571, 2007.

AVRITZER, L.; NAVARRO, Z. (Org.). **A inovação democrática no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

BAIOCCHI, G. Participation, activism e politics: The Porto Alegre experiment and deliberative democratic theory. **Politics and Society**, v. 29, n. 1, p. 43-72, 2001.

BARNES, M. Whose spaces? Constestations and negotiations in health and community regeneration forums in England. In: CORNWALL, A.; COELHO, V. S. (Org.). **Spaces for change? The politics of participation in new democratic arenas**. Londres: Zed Books, 2007. p. 240-259.

BÓGUS, C. M. **Participação popular em saúde**. São Paulo: Annablume, 1998.

COELHO, V. S. Democratization of Brazilian health councils: the paradox of bringing the other side into the tent. **International Journal of Urban and Regional Development**, v. 30, n. 3, p. 656-671, 2006.

COELHO, V. S.; FAVARETO, A. Questioning the relationship between participation and development: a case study of the Vale do Ribeira, Brazil. **World Development**, New York: Elsevier, v. 36, p. 2.937-2.952, 2008.

_____. *et al*. Mobilization and participation; a zero sum game? In: _____.; LIERES, B. von (Org.). **Mobilising for democracy**: citizen engagement and the politics of public participation. Londres: Zed Books, 2010.

_____.; NOBRE, M. **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: 34 Letras, 2004.

_____.; POZZONI, B.; CIFUENTES, M. Participation and public policies in Brazil. In: GASTIL, J.; LEVINE, P. (Org.). **The deliberative democracy handbook**: strategies for effective civic engagement in the 21st century. San Francisco: Jossey-Bass, 2005. p. 174-184.

CORNWALL, A. **Democratising engagment**: what the UK can learn from international experience. Londres: Demos, 2008.

_____.; COELHO, V. S. (Org.). **Spaces for change? The politics of participation in new democratic arenas**. Londres: Zed Books, 2007.

_____.; SHANKLAND, A. Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. **Social Science & Medicine**, v. 66, p. 2.173-2.184, 2008.

DAGNINO, E.; TATAGIBA, L. **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007.

DRYZEK, J. S. Legitimacy and economy in deliberative democracy. **Political Theory**, v. 29, n. 5, p. 651-669, 2001.

FISHKIN, J.; LUSKIN, R. The quest for deliberative democracy. **The Good Society**, v. 9, n. 1, p. 1-9, 1999.

FUNG, A. Survey article: Recipes for public spheres: eight institutional design choices and their consequences. **Journal of Political Philosophy**, v. 11, p. 338-367, 2004.

GAVENTA, J. **Triumph, deficit or contestation? Deepening the deepening democracy debate**. Londres: Institute of Development Studies, 2006 (IDS Working Paper, n. 264).

HELLER, P. Moving the state: the politics of democratic decentralization in Kerala, South Africa e Porto Alegre. **Politics & Society**, v. 29, n. 1, p. 131-163, 2001.

HOUSE, E.; HOWE, K. **Deliberative democratic evaluation checklis**t. Evaluation Checklist Project, 2000. Disponível em: <www.wmich.edu.edu/evalctr/checklist>

KABEER, N. (Org.). **Inclusive citizenship**: meanings and expressions. Londres: Zed Books, 2005.

LEACH, M.; SCOONES, I.; WYNNE, B. **Science and citizens**: globalization and the challenges of engagement. Londres: Zed Books, 2005.

LIERES, B.; KAHANE, D. Inclusion and representation in democratic deliberations: lessons from Canada's Romanow commission. In: CORNWALL, A.; COELHO, V. S. (Org.). **Spaces for change? The politics of participation in new democratic arenas**. Londres: Zed Books, 2006. p. 131-151.

MAHMUD, S. Citizen participation in the health sector in rural Bangladesh: perceptions and reality. **IDS Bulletin**, v. 35, n. 2, p. 11-18, 2004.

MELO, M. A.; BAIOCCHI, G. Symposium on deliberative democracy and local governance: towards a new agenda. **International Journal of Urban and Regional Research**, v. 30, n. 3, p. 587-671, 2007.

MOHANTY, R. Gendered subjects, the state and participatory spaces: the politics of domesticating participation in rural India. In: CORNWALL, A.; COELHO, V. S. (Org.). **Spaces for change? The politics of participation in new democratic arenas**. Londres: Zed Books, 2007. p. 76-94.

NEWELL, P.; WHEELER, J. **Rights, resources and the politics of accountability**. Londres: Zed Books, 2007.

ROWE, G.; FREWER, L. Evaluating public-participation exercises. **Science, Technology & Human Values**, v. 29, n. 4, p. 512-556, 2004.

WAMPLER, B.; AVRITZER, L. Públicos participativos: sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático. In: COELHO, V. S.; NOBRE, M. **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: 34 Letras, 2004. p. 210-238.

WYMAN, M.; DALE, J. **Evaluation report on preparing for an influenza pandemic**: public consultation on publicly-funded antivirals for prevention. Paper para Public Health Agency of Canada, Toronto, 2008.

ZICCARDI, A. (Org.). **Participación ciudadana y políticas sociales en el ámbito local**. Cidade do México: UNAM, 2004.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

FUNG, A.; WRIGHT, O. E. **Deepening democracy**: institutional innovation in empowered participatory governance. Londres: Verso, 2003.

COELHO, V. S.; SILVA, N. Has the distribution of public health services become more equitable? Reflecting on the case of São Paulo. In: SHANTAYANAN, S.; WIDLUND, I. (Org.). **The politics of service delivery in democracies**: better services for the poor. Estocolmo: Ministry for Foreign Affairs, 2007. p. 136-149.