

1727

TEXTO PARA DISCUSSÃO

CONFERÊNCIAS LOCAIS, DISTRITAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE: MUDANÇA DE ESCALA E FORMAÇÃO DE UM SISTEMA PARTICIPATIVO, REPRESENTATIVO E DELIBERATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cláudia Feres Faria
Isabella L. Lins
Evelyn R. Lobão
João Antônio P. Cardoso
Viviane Petinelli

CONFERÊNCIAS LOCAIS, DISTRITAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE: MUDANÇA DE ESCALA E FORMAÇÃO DE UM SISTEMA PARTICIPATIVO, REPRESENTATIVO E DELIBERATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS*

Cláudia Feres Faria**

Isabella L. Lins***

Evelyn R. Lobão***

João Antônio P. Cardoso***

Viviane Petinelli****

* Os dados do presente artigo são resultados parciais 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 pela professora Cláudia Feres Faria e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG). A pesquisa investiga comparativamente as conferências em três áreas distintas de políticas públicas – saúde, assistência social e política para mulheres – em cinco municípios de Minas Gerais. A primeira etapa consistiu em análise documental, seguida por observação *in loco*. A pesquisa acompanhou desde as etapas locais, pré-conferências, etapa municipal, etapa estadual até a etapa nacional de todas as políticas supracitadas por meio de relatórios etnográficos preenchidos durante a realização das mesmas cujas questões dizem respeito aos usos dos distintos tipos de ação em análise.

** Professora adjunta do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

*** Bolsistas de Iniciação Científica da FAPEMIG/UFMG.

**** Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Ciência Política da UFMG.

Governo Federal

**Secretaria de Assuntos Estratégicos da
Presidência da República**

Ministro Wellington Moreira Franco

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Marcio Pochmann

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Geová Parente Farias

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais, Substituto

Marcos Antonio Macedo Cintra

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Alexandre de Ávila Gomide

Diretora de Estudos e Políticas Macroeconômicas

Vanessa Petrelli Corrêa

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Francisco de Assis Costa

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura

Carlos Eduardo Fernandez da Silveira

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

Jorge Abrahão de Castro

Chefe de Gabinete

Fabio de Sá e Silva

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação

Daniel Castro

Texto para Discussão

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

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

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

ISSN 1415-4765

JEL: Z18

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 COMO OPERAM AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO: REGRAS E PROCEDIMENTOS.....	10
3 PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO: CONFERÊNCIAS LOCAIS, DISTRITAIS E CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE	18
4 DINÂMICA DISCURSIVA E DECISÓRIA: OS CASOS.....	32
5 RESOLUÇÕES DAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE	61
6 CONCLUSÕES	67
REFERÊNCIAS	71
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	73

SINOPSE

O objetivo deste trabalho é analisar em que medida a mudança de escala impacta as dinâmicas participativa, representativa e deliberativa das conferências de saúde realizadas em Belo Horizonte nos níveis local, distrital e municipal. Partimos da hipótese de que esta mudança de nível impacta tanto *i*) a utilização das regras, impondo um grau de formalismo maior à dinâmica interna das conferências, quanto *ii*) as diferentes interações que ocorrem no interior destes espaços.

Palavras-chave: Conferências de saúde em Belo Horizonte, sistema integrado, deliberação, participação, representação.

ABSTRACTⁱ

The aim of this paper is to analyze to what extent the scale changing impacts the dynamics of participatory, deliberative and representative of the Health Conference held in Belo Horizonte. The hypothesis is this changing of level - from the local, to district and to municipal level - impact both (1) the rules, imposing a greater degree of formality to the internal dynamics of the conference, and (2) the interactions that occur within these spaces.

Keywords: Health conference in Belo Horizonte, integrated system, deliberation, participation, representation.

ⁱ. *The versions in English of the abstracts of this series have not been edited by Ipea's editorial department.*
As versões em língua inglesa das sinopses (*abstracts*) desta coleção não são objeto de revisão pelo Editorial do Ipea.

APRESENTAÇÃO

As conferências nacionais tornaram-se importantes processos na ampliação da participação social no ciclo de políticas públicas no Brasil. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), por meio de sua Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest), publica, no primeiro semestre de 2012, uma série de textos que visam aprofundar as reflexões a respeito da efetividade destas instituições participativas.

Esse esforço de difusão dos estudos sobre o tema está no âmbito do programa de pesquisa sobre Democracia e Participação desenvolvido pela Diest em parceria estratégica com os seguintes órgãos e instituições: Secretaria Nacional de Articulação Social (SNAS) – Secretaria-Geral da Presidência da República (SGPR); Projeto Democracia Participativa (PRODEP) – Departamento de Ciência Política (DCP) – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais (Pólis); Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC); e Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Com isso, o Ipea pretende fortalecer e incentivar iniciativas que contribuam para a produção de conhecimento sobre o funcionamento do Estado e de suas instituições.

1 INTRODUÇÃO

A ideia de um sistema participativo e deliberativo, cuja origem se encontra nas discussões mais recentes no interior da teoria democrática contemporânea, constitui uma estratégia analítica promissora para avaliar mais uma inovação institucional do Brasil: as Conferências de Políticas Públicas.

Tal ideia pode ser identificada com *o giro* ocorrido na teoria deliberativa. Atenta à necessidade de mobilizar múltiplos tipos de ações em diferentes espaços com o intuito de concretizar sua agenda inclusiva, este campo analítico vem buscando formas de conectar estes tipos de ações em um “sistema integrado de participação e deliberação”

em diferentes níveis espaciais (HENDRIKS, 2006; MANSBRIDGE, 1999; GOODIN, 2008; DRYZEK, 2010).¹

Seguindo Mansbridge *et al.* (2011), pode-se dizer que

(...) um sistema significa um conjunto de partes distintas, mas em algum grau interdependentes, com funções e divisão de trabalho distribuída e conectadas de tal forma que constitui um todo complexo. Ele requer tanto diferenciação quanto integração entre as partes. Requer ainda uma divisão funcional de trabalho e alguma interdependência relacional na medida em que a mudança em um componente resulta em mudanças nos outros componentes (MANSBRIDGE *et al.*, 2011, p. 6 e 7, tradução livre).

A noção de sistema na área de saúde não configura, por sua vez, uma novidade. Os princípios que nortearam a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidos nos anos 1980, na VIII Conferência Nacional de Saúde. Tais princípios preveem um sistema descentralizado, integrado e hierarquizado que preste serviço de saúde de forma universalizada. Municípios, estados e federação devem desempenhar atribuições diferentes segundo competências específicas, mas, ao mesmo tempo, de forma integrada (ARRECTHE, 2000, p. 202-203).²

Neste caso, assim como no outro, acredita-se 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; DRYZEK, 2006). Isto não pressupõe, insiste Mansbridge *et al.* (2011), que os componentes envolvidos em um sistema precisem necessariamente ter uma função única ou ser de tal forma interdependentes que uma mudança em um produza automaticamente uma mudança em todos os outros. Mas, ao mesmo tempo, requer algum nível de conexão e coordenação entre estas partes.

O desafio deste artigo é, portanto, utilizar as ferramentas analíticas oferecidas pela ideia de sistema integrado de participação e deliberação na análise da dinâmica das Conferências de Políticas Públicas buscando aferir exatamente este processo de conexão e coordenação entre as partes.

1. Para uma análise destes modelos, bem como da sua aplicação ao tema das conferências, ver Faria (2010) e Faria, Petinelli e Lins (2011).

2. Para a análise das potencialidades e limites do sistema público de saúde no Brasil, ver Arrecthe (2000).

As conferências de políticas públicas são definidas oficialmente como espaços institucionais de participação e deliberação acerca das diretrizes gerais de uma determinada política pública podendo assumir caráter consultivo ou deliberativo (Brasil, SGPR/SNAS).³

Elas podem ser convocadas por lei, decreto, portaria ministerial ou interministerial ou ainda por resolução do respectivo conselho. Ao regulamentá-la, os órgãos responsáveis pela convocação e realização das conferências 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.⁴

Neste sentido, as conferências constituem espaços de participação, representação e de deliberação que requerem esforços distintos, tanto de mobilização social, quanto de construção da representação política e do diálogo em torno da definição de uma determinada agenda de política pública.

Neste artigo, analisaremos as Conferências de Saúde (CS) realizadas nos níveis local, distrital e municipal em Belo Horizonte.

Partimos da hipótese de que a mudança de escala impacta tanto *i*) a elaboração das regras, impondo um grau de formalismo maior à dinâmica interna das conferências na medida em que passa do nível local para o distrital e deste para o municipal, quanto *ii*) os diferentes padrões de ação e suas interações no interior destes espaços.

Sendo assim, buscaremos retratar em que medida tais regras (seção 2) e as distintas dinâmicas – participativa, representativa e deliberativa (seções 3 e 4) – ocorrem e são conectadas a fim de construir um sistema integrado sobre as questões relativas à saúde pública no município de Belo Horizonte.

Subjacente à ideia de integração está a crença de que, apesar da diferenciação morfológica e funcional, os diferentes níveis comunicam entre si e funcionam como

3. Secretaria-Geral da Presidência da República (SG-PR)/Secretaria Nacional de Articulação Social (SNAS).

4. Para outras definições ver Souza (2011).

catalisadores para outros níveis, podendo conformar, assim, um processo de “formação da opinião e da vontade” de baixo para cima.

Na seção 5 deste artigo, analisaremos ainda os resultados produzidos por esta dinâmica em termos de proposições de políticas e programas para a área de saúde no nível municipal. Os resultados importam, uma vez que a ideia de sistema integrado só faz sentido se for capaz de

acomodar um tipo de deliberação que seja autêntica – induza a reflexão sobre preferências de forma não coercitiva; se for inclusivo – ofereça oportunidade e habilidade para todos os atores afetados [ou seus representantes] participarem – e se ele produzir resultados políticos, sejam eles na forma de leis ou de políticas públicas (DRYZEK, 2010, p. 10).

Na seção 6, conclusiva, serão expostos os dilemas e as potencialidades desta estratégia analítica.

Os dados ora apresentados resultam de análises documentais e da observação *in loco* das CS local, distrital e municipal no município de Belo Horizonte. A pesquisa de campo foi realizada por meio de Relatórios Etnográficos cuja função é avaliar as distintas formas de ação ocorridas no interior destes espaços, bem como suas possíveis conexões.

2 COMO OPERAM AS CS NO MUNICÍPIO? REGRAS E PROCEDIMENTOS

Esta seção tem como objetivo relatar as regras e os procedimentos que balizam e estruturam as dinâmicas participativa, deliberativa e representativa no interior das conferências.

O quadro 1 apresenta as regras que definem as características gerais que orientam as CS nos níveis local, distrital e municipal. As informações foram obtidas nos Regimentos Internos (RIs), na Matriz Orientadora e nos Regulamentos das CS, os quais foram elaborados pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH), tendo como base determinações do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da legislação do SUS.

A variável “Ano/Edição” mostra inovações nas CS de 2011: pela primeira vez, na história de Belo Horizonte, foram realizadas Conferências Locais de Saúde (CLS) em todos os centros de saúde do município. Até então, os encontros eram organizados em Plenárias Locais que congregavam, em média, até três centros de saúde”.⁵

QUADRO 1
Dados gerais das CS de Belo Horizonte

	Conferências locais	Conferências distritais	Conferência municipal
Ano/edição	2011 – 1ª edição	2011 – Edições variam entre as distritais	2011 – 11ª edição
Número de conferências	159 Pré-conferências	9 Conferências distritais	1 Conferências municipais
Data	De 1ª de abril a 15 de maio de 2011	De 3 a 11 de julho de 2011	Dias 22,23 e 24 de julho de 2011
Convocação/coordenação	Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Local de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Distrital de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde de BH
Tema	“Todos Usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro.”		
Eixos	<p>Acesso e acolhimento com qualidade, um desafio para o SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade. – Financiamento. – Gestão do sistema, do trabalho e da educação em saúde. – Pacto pela saúde e relação público x privado. – Participação da comunidade e controle social. 		
Objetivos	<p>As Conferências Locais de Saúde têm como objetivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oferecer subsídios às Conferências Distritais de Saúde, 2. Realizar a eleição de delegados para a participação nas mesmas, conforme o temário relacionado no artigo 4º do Regulamento da XI Conferência, formulando os relatórios respectivos, de acordo com o formato matriz apresentado pela Comissão Temática e Relatoria, bem como 3. Reafirmar, renovar e/ou compor as respectivas comissões locais de saúde. 	<p>As Conferências Distritais de Saúde têm como principais objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discutir os temários da 11ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da 14ª Conferência Nacional de Saúde. 2. Apontar sugestões para a elaboração da política de saúde nos âmbitos distrital, municipal, estadual e nacional, a serem encaminhadas para a 11ª Conferência Municipal, 7ª Conferência Estadual e 14ª Conferência Nacional de Saúde. 3. Eleger delegados (usuários, trabalhadores e gestores) para a 11ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 4. Apreciar e aprovar o Relatório Final da 8ª Conferência Distrital de Saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discutir, aprimorar e deliberar sobre os documentos apresentados para o processo de discussão referente ao temário proposto. 2. Renovar e/ou compor as comissões locais de saúde. 3. Construir uma agenda política na defesa intransigente do SUS, propondo para a sociedade belorizontina e mineira um cronograma de ação e luta nesse sentido. 4. Favorecer a formação e o aparecimento de novos atores sociais para o controle social da saúde na cidade. 5. Eleger os delegados para a 7ª Conferência Estadual de Saúde.

Fonte: RIs, Matriz e Regulamentos das CS e Legislação do SUS.

No que diz respeito às Conferências Distritais de Saúde (CDS), o início dos encontros varia em decorrência da época de criação dos respectivos conselhos. Assim, é possível verificar pelos Regimentos que a Distrital Norte, por exemplo, está na IX edição enquanto as Distritais Barreiro e Nordeste estão na XI e a Distrital Venda Nova, na VIII.

5. Informações concedidas pelo CMS-BH.

Em relação ao número de conferências, o nível local realiza tantas conferências quanto os centros de saúde de Belo Horizonte e o nível distrital realiza encontros nos nove distritos de Belo Horizonte antes da realização da CMS.⁶ Nesses três níveis, a convocação e a coordenação dos trabalhos ficaram a cargo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), variando apenas os conselhos atuantes em cada uma delas.

O tema e os seus desdobramentos nos eixos estabelecidos não variam nos três níveis de conferências. A justificação para a ocorrência destes três momentos está expressa nos principais objetivos comuns a elas: todas as conferências visam oferecer subsídios para as discussões das conferências posteriores, o que é feito por meio da elaboração de propostas e consequente desenvolvimento de *expertise* dos atores envolvidos, além de garantir alguma representatividade da população por meio das eleições de delegados. Em nível local, as orientações acerca dos objetivos estão documentadas na Matriz Orientadora para as Conferências Locais. As etapas distritais possuem RI próprio elaborado pelas comissões organizadoras dos respectivos distritos sanitários e a conferência municipal conta com um grau maior de formalismo na medida em que é orientada por um RI, uma Resolução e uma Matriz Orientadora.

As regras acerca das comissões organizadoras são apresentadas no quadro 2. Tais normas definem a estrutura, a representatividade e as atribuições dessas comissões, concedendo maior ou menor autonomia para a atuação de seus membros. Nas conferências locais, as comissões organizadoras são as próprias comissões locais de saúde. Nas conferências distritais e municipal, os conselhos possuem autonomia para eleger a comissão organizadora, a qual é apresentada no RI. Em relação à “representação das comissões organizadoras”, observa-se que as comissões locais possuem regulamentação que postula a representação paritária entre usuários e o conjunto dos demais segmentos. Nos distritos, os RIs analisados apresentam, por vezes, a comissão organizadora sem discriminar a quais segmentos pertencem os atores envolvidos e, nos casos em que discriminam, observa-se que não há critérios de paridade previamente estabelecidos na composição das comissões. Já a CMS discrimina em seu regulamento os membros por segmento da comissão organizadora, sem definir, contudo, nenhum critério representativo.

6. 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 espaços geográfico, populacional e administrativo correspondentes às Administrações Regionais <<http://www.pbh.gov.br/smsa>>

QUADRO 2
Comissões organizadoras das CS de Belo Horizonte

	Conferências locais	Conferências distritais	Conferência municipal
Comissão organizadora	Organização ficou a cargo das comissões locais conforme regulamento da conferência distrital e matriz para conferências locais, elaborado pelo conselho municipal.	As conferências distritais contarão com uma Comissão Organizadora eleita por cada Conselho Distrital de Saúde.	A XI Conferência contará com uma comissão organizadora, eleita pelo plenário do Conselho Municipal de Saúde.
Representação na comissão organizadora	Não estabelecida pelos documentos orientadores. Sabe-se, no entanto, que a representação das comissões locais é determinada por lei, na qual se observa: 50% usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% gestores/prestadores/formadores.	Não estabelecido pelo Regulamento e, portanto, variável em cada distrito sanitário.	36 componentes, sendo 25 usuários, 2 usuários locais, 3 gestores, 1 gestor/prestador e 5 trabalhadores da saúde.
Atribuições	Cumprimento da Matriz Para Conferências Locais, documento emitido pelo Conselho Municipal de Saúde com as etapas a serem cumpridas nas conferências locais.	a) Promover a realização da IX Conferência Distrital de Saúde Norte, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos, financeiros e temáticos. b) Encaminhar a proposta de RI e programação da IX Conferência Distrital de Saúde Norte e apontar as diretrizes para o RI das conferências locais de saúde e aprovação. c) Indicar os convidados. d) Indicar os apresentadores e debatedores dos temas, bem como selecionar ou promover a elaboração de documentos técnicos e textos de apoio. e) Realizar as demais atividades necessárias para o pleno desenvolvimento da IX Conferência Distrital de Saúde Norte.	a) Promover a realização da XI Conferência, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos, financeiros e temáticos. b) Elaborar a proposta de RI e programação da XI Conferência e apontar as diretrizes para o RI das conferências distritais de saúde; c) Indicar os convidados. d) Indicar os apresentadores e debatedores dos temas, bem como selecionar ou promover a elaboração de documentos técnicos e textos de apoio. e) Acompanhar a execução dos recursos financeiros relativos à XI Conferência e a posterior prestação de contas, inclusive os repassados a instituições conveniadas ou contratadas para prestar apoio ao evento. f) Promover a elaboração e publicação dos anais da XI Conferência, de acordo com a programação prévia. g) Realizar as demais atividades necessárias para o pleno desenvolvimento da XI Conferência.
Estrutura	Comissão organizadora corresponde à comissão local de saúde. Sua estrutura é, portanto, invariável e não está definida nos documentos orientadores.	1 – Coordenação Geral. 2 – Comissões: a) Comissão Temática e Relatoria b) Comissão de Comunicação, Divulgação e Mobilização c) Comissão de Infraestrutura. Com pequenas variações entre as 9 regionais.	1 – Coordenação Geral. 2 – Comissões: a) Comissão Temática e Relatoria b) Comissão de Comunicação, Divulgação e Mobilização c) Comissão de Infraestrutura.

Fonte: Regulamento, RIs e Legislação do SUS.

Em relação às atribuições das comissões organizadoras, verifica-se, no quadro 2, que elas crescem, em quantidade, conforme aumenta a escala da conferência e a necessidade de um maior formalismo das dinâmicas nos encontros. As comissões locais devem fazer cumprir a matriz orientadora da dinâmica previamente formatada

enquanto as comissões organizadoras das conferências distritais possuem atribuições mais complexas tais como a elaboração de RI e documentos de apoio. Por fim, a comissão organizadora da conferência municipal tem todas as atribuições das instâncias anteriores e delibera sobre elas apontando, por exemplo, as diretrizes que devem compor os RIs das distritais.

Assim como no caso das atribuições, a estrutura das comissões organizadoras também varia entre os níveis de conferências. No nível local, as comissões organizadoras são as próprias comissões locais de saúde e, por isso, sua estrutura não está definida nos documentos orientadores das conferências dessa etapa, sendo também invariável. A estrutura das comissões organizadoras das distritais, por sua vez, varia de acordo com as demandas de cada distrito, podendo requerer ou não todas as subcomissões. A estrutura da comissão organizadora da etapa municipal conta sempre com uma coordenação geral e com as comissões: Temática e de Relatoria; de Comunicação, Divulgação e Mobilização; e de Infraestrutura, conforme mostrado no quadro 2.

No que se refere aos atores e às formas de seleção dos mesmos, também se observa variação em relação às conferências locais, distritais e municipais. O quadro 3 apresenta as regras que definem o número de participantes e a forma de seleção de delegados nessas conferências. Sobre a participação nas conferências locais, os documentos orientadores instruem as comissões organizadoras a darem ampla divulgação do encontro, de forma a garantir a maior mobilização possível, mas não estabelecem regras acerca do número e/ou do segmento dos participantes. O regulamento das conferências distritais, por outro lado, restringe a participação aos atores que foram eleitos delegados nas conferências locais e, por este motivo, apresenta a composição dos delegados, seus respectivos suplentes e convidados mais próxima à instituída no RI. O número de observadores aptos a participar, porém, não é previsto pelo regimento nesses encontros. A regulamentação da conferência municipal em relação à participação apresenta um nível bem mais expressivo de formalismo na medida em que discrimina o número exato de participantes de acordo com as eleições anteriores nas conferências distritais.

QUADRO 3
Atores e formas de seleção nas CS de Belo Horizonte

	Conferências locais	Conferências distritais	Conferência municipal
Participantes (composição/segmento)	Composição não estabelecida, cabendo à comissão organizadora dar ampla divulgação para que se garanta maior mobilização possível.	Conferência composta pelos delegados eleitos na etapa local – número variável proporcionalmente à população – somado a suplentes e convidados.	A XI Conferência contará com 1.272 delegados eleitos nas conferências distritais respeitando a paridade prevista na Lei Federal nº 8.142/90, na Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde e na Lei Municipal nº 5.903/98, sendo 50% usuários, 25% gestores/prestadores/formadores e 25% trabalhadores da saúde.
Critérios de seleção de delegados	A seleção de delegados de cada Centro de Saúde para as conferências distritais segue critérios definidos por cada regional a qual pertence, mantendo-se, no entanto, a paridade de 50% usuários, 25% gestores/prestadores e 25% trabalhadores da saúde.	As conferências distritais têm número de delegados estabelecido por critérios populacionais. Deve ser realizada respeitando a paridade prevista em lei – 50% usuários, 25% gestores/prestadores e 25% trabalhadores da saúde. Propõe-se em regimento que a eleição seja feita de modo a garantir maior representação possível dos Centros de Saúde.	Enquanto município com mais de 2.000.001 habitantes, Belo Horizonte tem direito a 64 delegados na Conferência Estadual de Saúde. Destes devem ser eleitos: 32 usuários, 16 trabalhadores da saúde e 16 gestores/prestadores/formadores de recursos humanos. Observando assim, os critérios de paridade 50% usuários, 25% gestores/prestadores/formadores e 25% trabalhadores da saúde.

Fonte: Regulamento, RIs e Legislação do SUS.

Deste modo, o número de participantes nos encontros locais é ilimitado e reflete a capacidade de mobilização das comissões locais de saúde, ao passo que, nas etapas distrital e municipal, o número é definido pelos respectivos conselhos de acordo com os recursos disponíveis, a experiência de participação nas conferências anteriores e a infraestrutura do local de realização da conferência (quadro 3). O conselho municipal estabeleceu a participação de 1.272 delegados na etapa municipal, sendo 1.200 delegados eleitos nas distritais e 72 delegados natos. A distribuição dos 1.200 participantes entre as nove regionais seguiu o critério de proporcionalidade populacional de cada distrito, de acordo com o Censo 2010 divulgado parcialmente até a data de elaboração dos regulamentos.⁷ Do mesmo modo, nas conferências distritais, o número de delegados participantes foi estabelecido tendo em vista o número de participantes nos centros de saúde compreendidos na região de abrangência de cada distrito.

No que concerne à dinâmica e às etapas das conferências, tem-se que, nos encontros locais, a matriz orientadora não determina momentos distintos para as 159 etapas, mas determina ações que devem ser coordenadas ao longo da conferência. A dinâmica das conferências distritais e municipais são igualmente formatadas pelos

7. Informação concedida pelo CMS em 17/11/2011.

respectivos regimentos e regulamentos, embora variem consideravelmente na prática (quadro 4).

QUADRO 4
Dinâmica das etapas das CS de Belo Horizonte

	Conferências locais	Conferências distritais	Conferência municipal
Etapas	159	9	1
Dinâmica interna	Credenciamento, leitura das diretrizes a serem discutidas, elaboração de propostas e aprovação via discussão, aceitação ou voto. Eleição de delegados.	Credenciamento; plenária inicial, debate, GTs, plenária final e eleição de delegados.	Credenciamento, solenidade de abertura, plenária inicial/palestras, debate, GTs, Plenária final e eleição de delegados.
Instâncias deliberativas	Elaboração das propostas e aprovação em grupos ou não.	Plenária inicial, GTs e plenária final.	Plenária inicial, GTs, plenária final.

Fonte: RIs e Regulamentos das CS.

Em relação à dinâmica interna dos encontros, nas conferências locais, as instâncias deliberativas não são definidas com exatidão. As dinâmicas ocorrem com considerável grau de informalidade, menor número de participantes e com um grau de flexibilidade maior nas regras relativas ao tempo de fala e à realização de destaques, se comparadas ao das distritais e da municipal, o que possibilita que os atores tenham maior liberdade de ação.

Nas conferências distritais e municipais, após a plenária inicial – que compreende um conjunto de palestras que visam preparar os participantes para a elaboração de propostas – ocorrem os debates, nos quais é possível que os participantes dos diferentes segmentos dialoguem com a mesa diretora e com os palestrantes para tirar dúvidas e expressar e defender a posição de determinado segmento em relação a algum assunto. Além do debate, a plenária inicial se constitui em uma instância com considerável potencial deliberativo por ser neste momento que ocorre a leitura e aprovação do RI.

Nos GTs, os delegados e convidados têm a oportunidade de debater e avaliar mais detalhadamente as propostas oriundas das conferências anteriores, além de apresentar novas propostas. Para a plenária final, a regra institui que todas as propostas elaboradas e aprovadas nos grupos sejam lidas e debatidas. Nela, os participantes podem pedir destaques para esclarecimentos, revisão de redação, acréscimo ou supressão do todo ou de partes, cabendo à mesa diretora a condução de esclarecimentos e a votação da proposta inserida no destaque, caso haja (quadro 4).

Por fim, no que diz respeito à regra acerca da eleição de delegados, o quadro 3 mostra que elas devem ser realizadas separadamente por segmento – trabalhadores da saúde, usuários e gestores – para que cada um escolha quem melhor representa o segmento.

Acerca dos encaminhamentos das resoluções produzidas nas conferências (quadro 5), observa-se que a regra para as conferências locais não determina que os participantes produzam deliberações visando a cada esfera do governo. Já nas conferências distritais, bem como na conferência municipal, este direcionamento é incluído no regulamento. O encaminhamento é precedido pela elaboração de um relatório final pela respectiva comissão organizadora. Nos casos em que as conferências excedam o limite estabelecido de propostas contempladas no regimento das conferências locais e distritais, as comissões organizadoras são instruídas a relatá-las em relatório à parte para posterior avaliação. Em relação à conferência municipal, a regra de encaminhamento das deliberações estabelece a elaboração de relatórios específicos para cada esfera de governo, que contenha propostas de competência exclusiva de cada um deles.

QUADRO 5
Encaminhamentos das resoluções das CS de Belo Horizonte

	Conferências locais	Conferências distritais	Conferência municipal
Número de propostas	Todos os centros de saúde devem encaminhar duas propostas para cada um dos cinco eixos em discussão, totalizando dez propostas por Centro de Saúde.	Cada Conferência distrital deve aprovar duas propostas de ação municipal, duas de ação estadual e duas de ação nacional para cada uma das cinco diretrizes, num total de 30 propostas. O total de propostas distritais a serem encaminhadas ao CMS é de 270.	A conferência municipal deve produzir dez propostas em cada um dos cinco eixos temáticos para nível municipal; cinco propostas de cada um dos eixos para o estado e cinco propostas de cada um dos eixos para a União.
Encaminhamento das resoluções	O Relatório Final de cada Centro de Saúde deve conter a formulação de duas propostas por eixo, totalizando dez propostas. Caso o número de propostas discutidas e aprovadas na Conferência Local de Saúde seja superior ao número determinado na matriz apresentada, elas deverão ser encaminhadas, em relatório à parte, para a apreciação do respectivo Conselho Distrital de Saúde. A lista de presença, a relação dos delegados para as Conferências Distritais e a ficha de Cadastramento de Comissão Local de Saúde devidamente preenchidas, deverão acompanhar cada relatório local.	Será elaborado um Consolidado com as propostas aprovadas em plenária para o Conselho Municipal de Saúde. Caso o número de propostas discutidas e aprovadas na Conferência Distrital de Saúde seja superior ao número determinado na matriz apresentada, as mesmas deverão ser encaminhadas, em relatório à parte, para a apreciação do respectivo Conselho Distrital de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, se for o caso. A lista de presença e a relação dos delegados para a Conferência Municipal deverão, obrigatoriamente, acompanhar cada relatório.	Será elaborado relatório da etapa municipal a ser encaminhado à Comissão Organizadora da etapa estadual/federal destacando-se, entre as diretrizes aprovadas nessa etapa, as que subsidiarão as políticas municipais de saúde, bem como as que poderão subsidiar a formulação de políticas estaduais e nacionais de saúde.

Fonte: RIS, Regulamento das CS e Legislação do SUS.

A partir desta análise dos documentos que orientam e formatam as conferências de saúde é possível afirmar que na medida em que há mudança de escala, há concomitantemente um maior grau de formalismo, ou seja, uma sofisticação das regras que passam a discriminar com maior precisão quem serão os atores aptos a participarem das etapas subsequentes e a forma como deverão fazê-lo. As regras definem, portanto, *i*) que os atores que participam da etapa municipal necessariamente precisam ter passado pela conferência local e pela etapa distrital; *ii*) os locais e tempo de debate e tomada de decisão; bem como *iii*) o número de resoluções produzidas que sofre, com a mudança de nível, um processo de racionalização em termos de números e atribuições. É possível afirmar, como decorrência deste processo, que a mudança de escala afeta também o comportamento dos participantes na medida em que a cada etapa que se sucede mudam os repertórios de ação que passam a ser cada vez mais representativos e deliberativos como veremos a seguir.

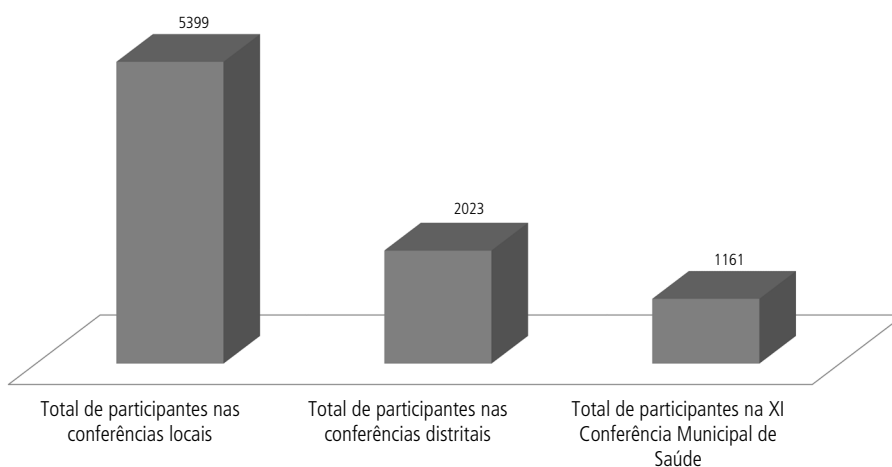
3 PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO: CLS, CDS E CMS EM BELO HORIZONTE

O objetivo da presente seção é descrever e analisar os dados referentes às dinâmicas participativa (subseção 3.1) e representativa (subseção 3.2) no processo das conferências nos seus distintos níveis de competência que, neste caso, correspondem aos níveis local, distrital e municipal. A hipótese-guia deste trabalho é que a mudança de escala, do local para o distrital e deste para o municipal, impõe mudanças nos repertórios de ação no interior destes espaços, assim como muda o grau de formalismo das regras que balizam este processo, como demonstrado na primeira seção deste artigo, e da prática, passando da participação para a representação, da conversa informal para uma forma de interação mais estruturada, permeada pelo conflito e pelas formas deliberativas de resolvê-lo. Vale ressaltar, entretanto, que longe da prática tradicional da representação, na qual o vínculo entre representante e representado se dilui ao longo do tempo, neste caso, a proximidade por meio do encadeamento de espaços participativos – as plenárias – durante todo o processo possibilita uma qualificação da mesma, tornando tais práticas – participativas, representativas e deliberativas – um jogo de soma positiva.

3.1 DINÂMICA PARTICIPATIVA

Tal qual descrito na seção anterior deste artigo, a XI Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte é precedida por uma série de CLS e CDS que ocorrem nas nove regionais da cidade. O gráfico 1 mostra o total de participantes em cada um destes níveis de competência.

GRÁFICO 1
Total de participantes de CLS, CDS e CMS de Belo Horizonte

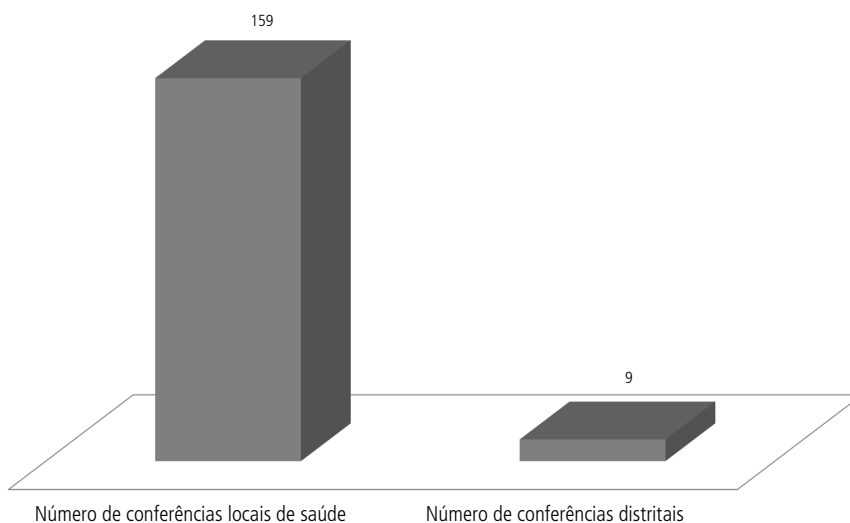


Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.

Participaram da CLS 5.399 pessoas, seguidas de 2.023 participantes nas CDS e de 1.161 participantes na CMS. Estes números revelam não só a mobilização que se inicia antes mesmo das conferências locais, com as reuniões em bairros nas respectivas CLS, mas também a dinâmica representativa por meio da qual vão se constituindo os delegados que passam das CLS para as CDS e destas para a CMS. É possível ver, por meio destes números, como a mudança de escala impõe uma mudança na prática dos atores que começa com a presença de todos os interessados e, com a passagem, torna imperativa a seleção de alguns – delegados – que passam a representar os demais.

Uma vez que a dinâmica participativa se inicia formalmente com as CLS seguidas das CDS, o gráfico 2 retrata o número de conferências locais e distritais realizadas em cada uma das nove regionais existentes no município.

GRÁFICO 2
Etapas preparatórias para a XI CMS de Belo Horizonte



Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.

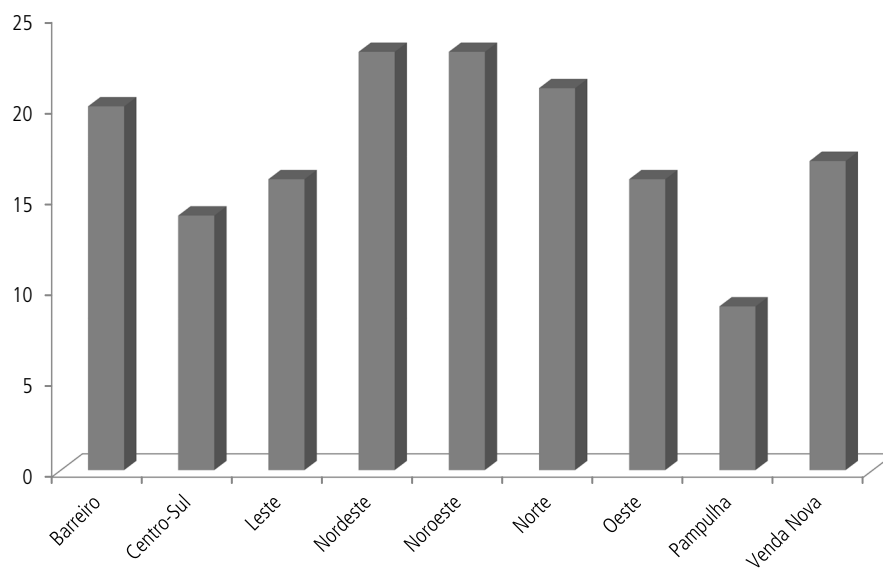
Como podemos ver, foram realizadas, na primeira etapa, 159 CLS entre abril e maio de 2011 e 9 CDS, entre os meses de junho e julho de 2011. O número de CLS realizadas está relacionado à quantidade de Centros de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) existentes em cada regional do município.

Quando avaliamos o número de CLS por distrito sanitário (gráfico 3), constatamos que, em ordem crescente, o Distrito Sanitário de Saúde da Pampulha foi aquele que realizou menos conferências, ou seja, 9 CLS, seguido pelo Distrito Sanitário de Saúde da Centro-Sul com 14 CLS, da Leste e da Oeste com 16 CLS cada um, de Venda Nova com 17 CLS, Barreiro e Norte com 20 CLS cada um e, finalmente, Noroeste e Nordeste com 23 CLS cada.

Como mostra a tabela 1, o número de CLS realizadas nos distritos não revela automaticamente a sua capacidade de mobilização. Embora a regional Nordeste e a Noroeste tenham sido aquelas que realizaram o maior número de conferências, 23 CLS em cada uma, não foram as que mais mobilizaram. A regional que contou com maior número de participantes foi a Norte, apresentando 1.041 participantes. A Noroeste contou com 934 participantes em seus diversos centros, enquanto a Nordeste contou com 660 participantes. Da mesma forma, a regional Pampulha, aquela que realizou o

menor número de conferências locais, não foi a que mobilizou menos, contando com 480 participantes, enquanto a regional Centro-Sul, embora tenha realizado 20 CLS, foi a que mobilizou menos, apresentando 336 participantes.

GRÁFICO 3
Número de CLS realizadas por distrito sanitário



Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.

TABELA 1
Total de participantes das CLS por distrito sanitário

Distrito	Total de participantes
Barreiro	343
Centro-Sul	336
Leste	365
Nordeste	660
Noroeste	934
Norte	1.041
Oeste	609
Pampulha	480
Venda Nova	631
Total	5.399

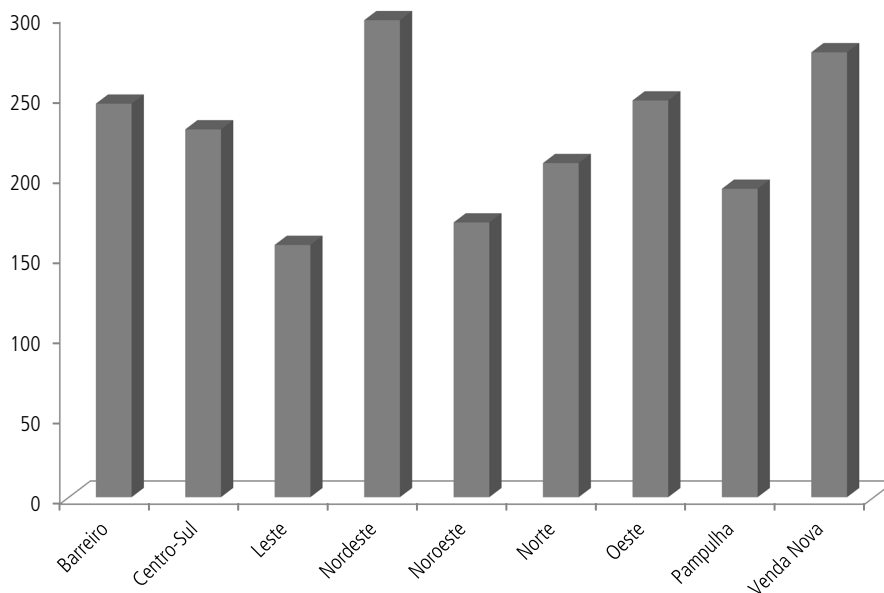
Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.210984

Tal fato pode ser explicado por um conjunto de fatores que envolvem a tradição associativa local, a organização local na área de saúde cuja tradição participativa remonta aos anos 1970, bem como a capacidade de mobilização e de persuasão das comissões locais e distritais de saúde. Se, por um lado, o peso de cada um destes fatores varia, sua importância na dinâmica dos espaços participativos é analiticamente reconhecida (FARIA; RIBEIRO, 2010).

Entre os dias 1º de junho e 2 de julho de 2011 foi realizada a segunda etapa deste processo de aferição da “vontade e da opinião pública” relativa às questões da política de saúde em Belo Horizonte. Foram realizadas neste período as nove CDS em cada um dos nove distritos sanitários de saúde existentes no município. Como já retratado no gráfico 1, esta etapa envolveu 2.023 participantes.

A regional que apresentou o maior número de participantes, como atesta o gráfico 4, foi o Nordeste, com 297, seguida pela regional Venda Nova, com 277, e pelas regionais: Oeste, com 247; Barreiro, com 245; Centro-Sul, com 229; Norte, com 208; Pampulha, com 192; Noroeste, com 171 e regional Leste, com 157.

GRÁFICO 4
Total de participantes das CDS de saúde por distrito sanitário



Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.

Dos 2.023 participantes, 756 são representantes do segmento usuário, 595 do segmento trabalhador e 380 do segmento gestor/prestador e formador. Cento e setenta e nove são convidados, 31 observadores e 82 não apresentam vinculação com nenhuma destas categorias.

A tabela 2 mostra a discriminação de participantes por segmento e categoria em cada regional. Este fato importa por que as regras de representação na saúde, aplicadas em todos os níveis territoriais, discriminam positivamente o segmento usuários frente aos demais segmentos. Sendo assim, em todas as regionais, o número de usuários deveria ser superior ao número de trabalhadores, gestores/prestadores e formadores. No caso das regionais mencionadas, esta regra não se aplica. É possível ver que em duas regionais – Nordeste e Venda Nova – há sobrerrepresentação dos trabalhadores.

TABELA 2
Participantes das CDS por segmento

	Usuário	Trabalhador	Gestor/Prestador e Formador	Convidados	Observadores	Não definido
Barreiro	107	49	77	0	12	0
Centro-Sul	109	62	40	18	0	0
Leste	59	34	33	31	0	0
Nordeste	95	103	51	44	4	0
Noroeste	61	52	37	8	9	4
Norte	74	54	38	42	0	0
Oeste	97	82	32	36	0	0
Pampulha	60	40	14	0	0	78
Venda Nova	94	119	58	0	6	0
Total	756	595	380	179	31	82

Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.

Ao analisarmos os dados de participação por gênero, chama atenção o número de participantes do sexo feminino nas CDS. Como mostram os dados da tabela 3, o número de mulheres é superior ao de homens em todas as regionais. Além disso, em algumas regionais, como na Nordeste e em Venda Nova, a participação das mulheres é praticamente quatro vezes superior à dos homens. Interessante mencionar que as regionais com mais mulheres são as mesmas regionais onde os/as trabalhadores/as são numericamente mais representados que os usuários.

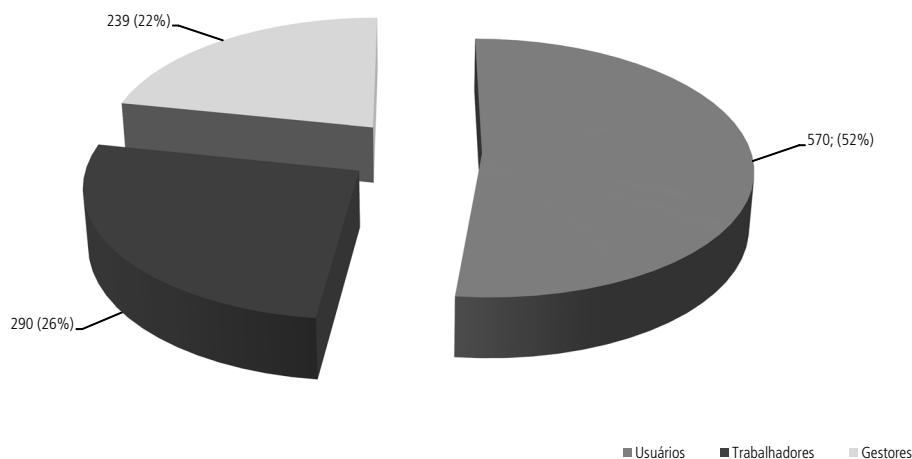
TABELA 3
Participação na CDS por gênero

Distrito sanitário	Mulheres	Homens
Barreiro	166	79
Centro-Sul	182	47
Leste	117	40
Nordeste	233	64
Noroeste	120	51
Norte	145	63
Oeste	179	68
Pampulha	104	88
Venda Nova	216	61
Total	1.462	561

Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.

Nos dias 22, 23 e 24 de julho, foi realizada a conferência municipal, que representou o coroamento deste processo no município. Regimentalmente, esta etapa contava com 636 vagas para o segmento usuário (50%), 318 para o segmento trabalhador (25%) e 318 para o segmento gestor, prestador e formador (25%), seguindo a paridade prevista. Entretanto, conforme revela o gráfico 5, o número de delegados previstos, inscritos e efetivamente presentes foram distintos. Foi inscrito um número menor do que o previsto, sendo 570 (52%) representantes do segmento usuário, 290 (26%) representantes do segmento trabalhador e 239 (22%) representantes do segmento gestor, prestador e formador. Neste caso, usuários e trabalhadores foram sobrerrepresentados, ao passo que gestores/prestadores e formadores estavam sub-representados.

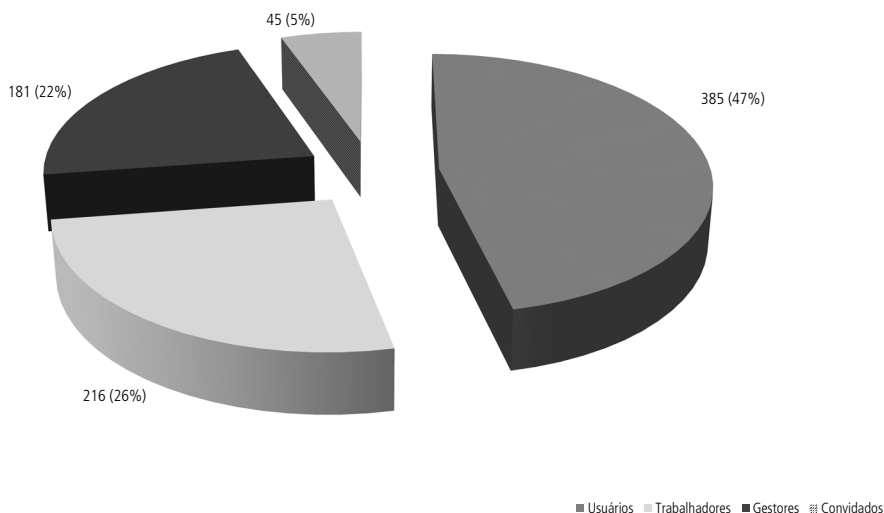
GRÁFICO 5
Participantes inscritos na XI CMS de Belo Horizonte



Fonte: CMS-BH.

Quando observado o número daqueles que efetivamente participaram da XI CMS-BH, a diferença é ainda maior como atesta o gráfico 6. Participaram 385 representantes do segmento usuário (47%), 216 representantes do segmento trabalhador (26%), 181 representantes do segmento gestor/prestador e formador (22%) e 45 observadores (5%). Tais dados mostram que, na prática, ainda que o segmento mais presente na XI CMS-BH seja o segmento dos usuários, tal qual previsto regimentalmente, o segmento proporcionalmente mais presente é o segmento dos trabalhadores que ultrapassou em 1% sua cota regimental enquanto que usuários e gestores/prestadores/formadores apresentaram uma porcentagem menor de delegados, ou seja, 47% e 22%, respectivamente. Isto mostra a capacidade de mobilização e participação dos trabalhadores nesta conferência. Vale mencionar, seguindo Cortes (2009), que este segmento vem ganhando espaço nos conselhos, notadamente no CNS, no qual já ocupou a cadeira de presidente. Tal organização pode refletir na capacidade de mobilização e participação deste segmento também nas conferências.

GRÁFICO 6
Participantes presentes na XI CMS de Belo Horizonte



Fonte: CMS-BH.

Analisando os dados de participação por gênero, verifica-se, tal como nas etapas distritais, que as mulheres estão muito mais presentes do que os homens. A tabela 4 mostra que 761 participantes (66%) da XI CM-BH pertencem ao sexo feminino enquanto 400 (34%) pertencem ao sexo masculino. É possível ver ainda que a participação das mulheres é maior do que a participação dos homens em todos os segmentos. Chama atenção, entretanto, a diferença no segmento trabalhador, no qual ela é proporcionalmente menos equilibrada do que a diferença no segmento gestor/prestador/formador.

TABELA 4
Participantes da XI CMS-BH por segmento e gênero

Segmento	Mulheres	Homens
Usuário	324	252
Trabalhador	238	62
Gestor/Prestador/Formador	176	64
Convidados	23	22
Total	761 (66%)	400 (44%)

Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.

3.2 DINÂMICA REPRESENTATIVA

Temos insistido na ideia de que um sistema que envolve escalas diferentes, neste caso o local, o distrital e o municipal, requer necessariamente a prática da representação que, nas conferências, pode assumir diversas modalidades. Neste trabalho, não pretendemos nomear tais formas, analisar suas motivações ou, ainda, avaliar a qualidade da sua prática, embora reconheçamos a necessidade de tais análises para aferir a legitimidade da mesma no interior destes espaços.⁸ Pretendemos aqui tão somente, como passo inicial, retratar a constituição desta prática que ocorre no nível distrital e municipal, embora não no local, onde a participação, mais que a representação assume um papel de destaque.

É possível afirmar, com base nas observações *in loco*, que a prática representativa toma forma, de fato, na passagem da CLS para a CDS e desta para a CMS.

8. Vários trabalhos exploram estes temas, para tal conferir: Parkinson (2006); Avritzer (2007); Lavallo, Houtzager e Castello (2006); Mendonça (2008) e Almeida (2011).

Na primeira etapa deste processo, observou-se uma dinâmica participativa por meio da qual os atores se apresentam e se reconhecem. Tal qual descrito na primeira seção deste trabalho, não existe limite para a participação que depende da capacidade de mobilização de cada CLS.

A dinâmica representativa, por sua vez, começa a ser gestada no fim desta etapa e é regimentalmente definida. Tanto na etapa distrital quanto na municipal, o número de representantes é definido pelos respectivos conselhos com base “nos recursos disponíveis, na experiência de participação nas conferências anteriores e na infraestrutura do local de realização da conferência” (seção 2). A representação não se constitui, portanto, somente com base no critério populacional, mas leva em conta uma pluralidade de critérios.

A CLS configura-se, assim, um primeiro momento da organização do sistema integrado de participação e deliberação na porta de entrada do sistema de saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS). É neste espaço que a presença de diversas vozes se transforma na representação das mesmas em espaços diferenciados por meio de formas de ação que envolvem tanto a deliberação pública como a negociação.

A tabela 5 retrata o número de delegados eleitos na CLS, por segmento, para participar da etapa seguinte do processo, a CDS.

TABELA 5
Número de delegados eleitos nas CLS por segmento

Distrito sanitário	Usuários	Trabalhadores	Gestores/Prestadores/Formadores
Barreiro	3	1	1
Centro-Sul	4	4	1
Leste	4	1	1
Nordeste	4	2	1
Noroeste	4	2	1
Norte	5	2	1
Oeste	5	2	1
Pampulha	8	4	1
Venda Nova	10	3	1
Total	47	21	9

Fonte: Faria (2011).

Chama atenção, nesta primeira etapa, a variação no número de delegados em todas as regionais. Isto se explica com base nas regras de representação que, neste momento, ao levarem em conta uma pluralidade de critérios – infraestrutura local, experiência participativa e recursos disponíveis – variam em cada distrito.⁹ Mantém-se, no entanto, a paridade de 50% para usuários, 25% para trabalhadores e 25% para gestores/ prestadores da saúde.

Esta pluralidade de critérios pode explicar o fato de Venda Nova e Pampulha apresentarem quase o dobro de representantes dos usuários do que as demais regionais assim como o fato de o número de representantes dos trabalhadores na regional Pampulha e Centro-Sul ser superior ao número destes representantes nas outras regionais.

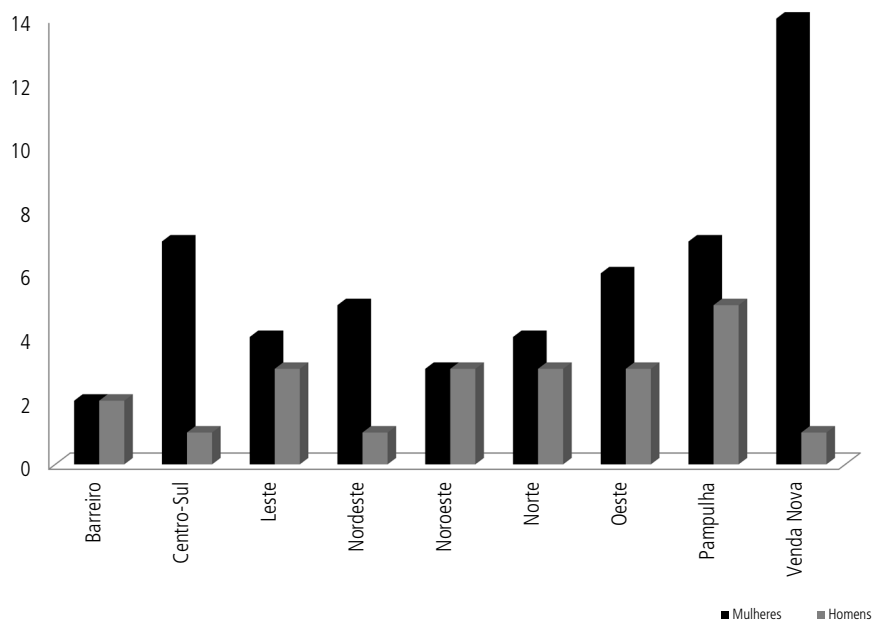
Um dado importante a observar diz respeito à ausência de prestadores nesta etapa das conferências. A representação deste conjunto de atores ficou inteiramente a cargo do gestor, uma vez que eles não se fizeram presentes na etapa anterior. A observação *in loco* nas CLS não identificou ninguém do segmento prestador, seja nas plenárias, seja nas listas de credenciamento.

A proporção de delegadas eleitas nas CLS, por gênero, segue o mesmo padrão da dinâmica participativa, ou seja, as delegadas mulheres nesta etapa são mais que o dobro dos delegados homens. Nas regionais Venda Nova e Centro-Sul a proporção é de 14 para 1 e de 7 para 1, respectivamente, conforme mostra o gráfico 7.

A tabela 6 mostra o número de delegados eleitos na etapa distrital para a etapa municipal por segmento. Assim como na etapa anterior, variam os números de representantes de usuários e de trabalhadores em todas as regionais, ao passo que no segmento gestor esta variação praticamente não ocorre. A variação entre regionais se explica, neste caso, pelo critério utilizado: o número de delegados é proporcional à população de cada distrito, de acordo com os dados do Censo 2010, tal como consta nas regras discriminadas na seção 2 deste artigo.

9. Informação oral prestada pelo CMS-BH.

GRÁFICO 7
Delegados eleitos nas CLS para as CDS por gênero



Fonte: Faria (2011).

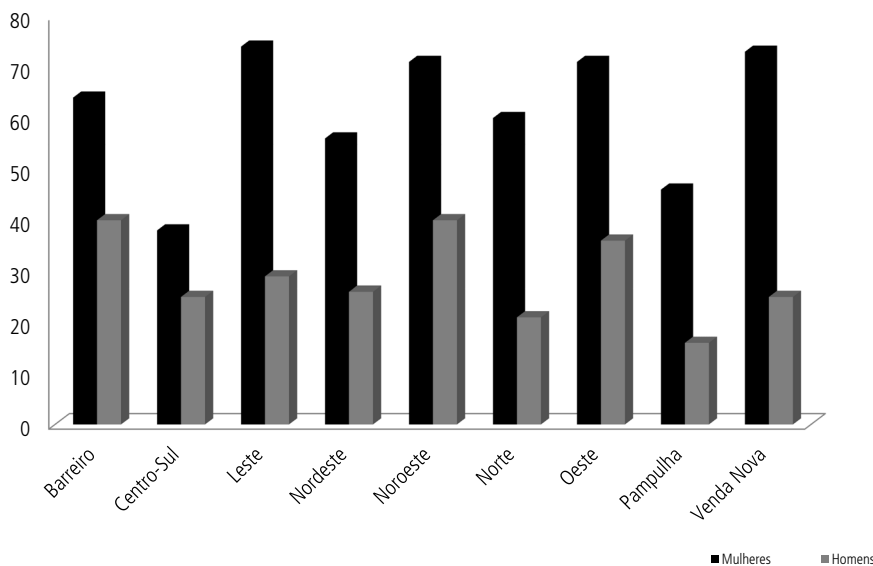
TABELA 6
Delegados eleitos nas CDS por segmento

Distrito sanitário	Usuários	Trabalhadores	Gestores
Barreiro	60	28	14
Centro-Sul	38	5	12
Leste	57	32	14
Nordeste	40	28	14
Noroeste	67	30	14
Norte	45	22	14
Oeste	62	31	14
Pampulha	33	16	13
Venda Nova	55	29	14
Total	457	221	123

Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.

Assim como na primeira etapa, a maioria dos/as delegados/as eleitos/as para a XI CMS, em todas regionais, são mulheres (gráfico 8).

GRÁFICO 8
Delegados eleitos nas CDS para a XI CMS por gênero



Fonte: Faria (2011).

A tabela 7 mostra o número de delegados eleitos na XI CMS para a etapa subsequente, a VII CES de Minas Gerais. Esta etapa municipal difere das outras em muitos aspectos que serão evidenciados ao longo deste artigo mas, neste momento, chama atenção o número de delegados eleitos, que sofre uma redução drástica: 32 representantes de usuários, 16 de trabalhadores e 16 de gestores/prestadores/formadores. O critério de representação, elaborado pela comissão organizadora explica tal fato: o tamanho da população no município passa a determinar o número de delegados a serem eleitos. Como Belo Horizonte tem mais de 2.000.001 habitantes, tem direito a 64 delegados para a CES.

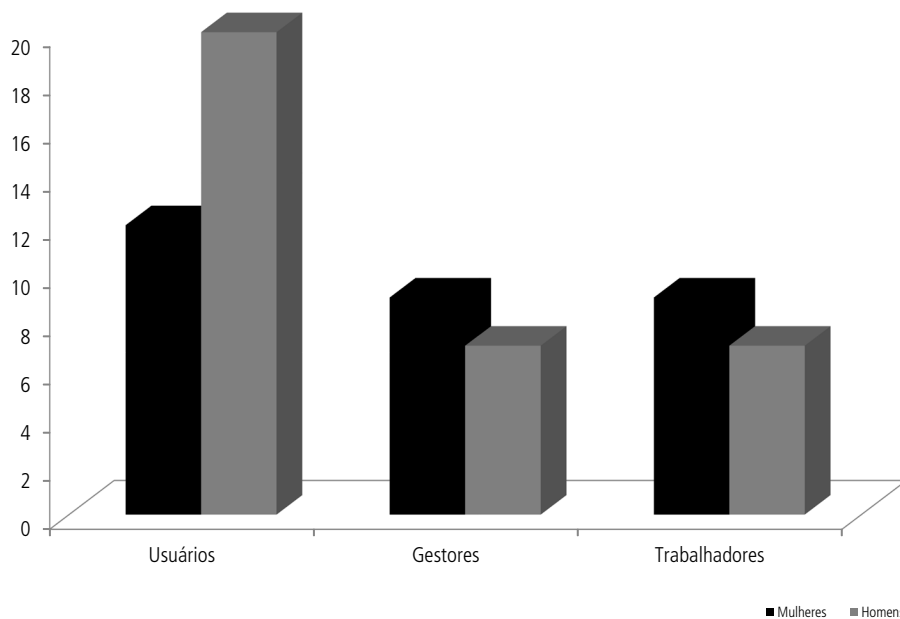
TABELA 7
Delegados eleitos na XI CMS por segmento

Segmento	Nº de delegados eleitos
Usuários	32
Gestores	16
Trabalhadores	16

Fonte: Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Além da consolidação de um determinado critério de representação – aquele baseado na população do território – temos uma mudança significativa no padrão de representação de gênero na mudança da etapa distrital para a municipal. Como vimos, nas etapas anteriores, o número de mulheres, tanto na dinâmica participativa quanto representativa, era significativamente maior do que o número de homens em todas as regionais e em todos os segmentos analisados. Nesta etapa municipal, isto já não ocorre mais para todos os segmentos. Como mostram os dados do gráfico 9, embora as mulheres ainda constituam maioria nos segmentos de trabalhadores e de gestores/prestadores/formadores, o de delegados ultrapassa o de delegadas, no segmento usuário.

GRÁFICO 9
Delegados eleitos na XI CMS para a VII CES de Minas Gerais por gênero



Fonte: Faria (2011) e Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Vários fatores podem ser mobilizados para explicar os dados acima, dentre eles, o tempo e a disponibilidade que as novas etapas das conferências passam a exigir, aliados à ausência de estrutura, como creches e/ou espaços adequados para as mulheres deixarem seus filhos. Trabalhadoras e gestoras participam utilizando seu tempo de trabalho e, neste caso, o custo da participação pode se apresentar menor do que o custo para o segmento das usuárias, justificando assim a manutenção de sua presença expressiva nesta etapa.

Embora plausível, não podemos afirmar com precisão nem que esta é uma tendência real nem que as razões para tal seriam desta natureza. Somente os dados de representação nas conferências estadual e nacional podem confirmar tal tendência, mas estes não são objeto de análise deste artigo. De qualquer forma, é lícito afirmar, com base nos dados já apresentados, que a hipótese deste trabalho acerca do impacto da mudança de escala é confirmada: com a passagem de um nível para outro, mudam tanto as regras do processo quanto as dinâmicas participativa e representativa. O processo participativo torna-se cada vez mais indireto, assumindo uma dinâmica representativa formalmente estruturada por regras previamente definidas.

Na próxima seção deste trabalho mostraremos, por meio da descrição e análise das plenárias e grupos de discussão, como esta mudança impacta também a dinâmica deliberativa.

4 DINÂMICA DISCURSIVA E DECISÓRIA: OS CASOS

Como já ressaltado, o sistema participativo, representativo e deliberativo na política de saúde envolveu, no município de Belo Horizonte, 159 conferências locais, 9 conferências distritais e uma conferência municipal. Destas, a pesquisa acompanhou *in loco* 9 conferências locais, uma em cada um dos 9 distritos sanitários do município, 5 conferências distritais e a XI Conferência Municipal de Saúde.¹⁰ O critério de escolha das conferências locais e distritais observadas foi aleatório.

10. As conferências locais de saúde acompanhadas foram: CLS do C.S. Francisco Barbosa – Regional Barreiro, CLS do C.S. Padre Tarcísio – CRS Centro-Sul, CLS do C.S. Novo Horizonte – Regional Leste; CLS do C.S. Ribeiro de Abreu – Regional Nordeste; CLS do C.S. João XXIII- Vila Oeste – Regional Noroeste; CLS do C.S. Primeiro de Maio – Regional Norte; CLS do C.S. Prof. Amílcar Viana Martins – Regional Oeste; CLS do C.S. Santa Amélia – Regional Pampulha; e CLS do C.S. Santa Mônica – Regional Venda Nova. Entre as conferências distritais acompanhadas estão as CDS do Barreiro, CDS do Leste, CDS do Nordeste, CDS do Norte e CDS de Venda Nova.

Com o intuito de realizar uma análise comparativa entre as etapas local, distrital e municipal, separamos a dinâmica das conferências em quatro momentos: *i*) credenciamento; *ii*) plenária inicial; *iii*) GTs; e *iv*) plenária final.

4.1 A DINÂMICA DISCURSIVA E DECISÓRIA EM NOVE CLS

As CLS constituem uma inovação no processo de constituição e aferição da opinião pública acerca da política de saúde. Realizadas entre os meses de abril e maio de 2011, a maior parte delas ocorreu nas próprias UBSs e nas UPAs de cada regional. Entretanto, quando tais espaços não apresentavam infraestrutura adequada, elas eram realizadas em outros locais como salões de igrejas, abrigos, espaços de convivência, entre outros. Tal fato importa na medida em que se evidencia ainda mais a informalidade destacada desta etapa. Assim como os encontros de bairro, esta etapa das conferências, diferente das outras, acontece onde é possível e não em espaços formalmente designados para o evento.

A primeira etapa das conferências em geral e das conferências locais em particular é o credenciamento, que corresponde ao primeiro momento de identificação dos atores que participam do processo.

Ele começa com a assinatura de uma lista de presença com nome e segmento ao qual as/os participantes pertencem e com a distribuição de materiais como os documentos orientadores e o crachá.

Os documentos orientadores constituem fontes importantes de informação para subsidiar o processo deliberativo, uma vez que apresentam explicações gerais sobre a política de saúde e sobre as diretrizes a serem discutidas nesta conferência.

Nesta etapa, o primeiro documento distribuído continha uma breve explicação sobre cada uma das cinco diretrizes a serem debatidas, enquanto o segundo documento correspondia a um Consolidado de Diretrizes aprovadas e contidas no relatório da X Conferência Municipal de Saúde e no Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

O crachá é o instrumento utilizado na fase decisória do processo. Com ele, os participantes manifestam publicamente seu apoio ou não a uma determinada decisão.

Nesta fase, embora as CLS observadas contassem com a distribuição dos documentos supracitados, apenas duas – CS Ribeiro de Abreu vinculado ao Conselho Distrital de Saúde Nordeste e CS Santa Mônica vinculado ao Conselho Distrital de Saúde Venda Nova – apresentaram crachá. Como se verá, nas fases subsequentes, mais estruturadas e com maior número de participantes em um mesmo local, os crachás passarão a ser usados com maior frequência.

O quadro 6 mostra os recursos utilizados em cada CLS analisada no momento do credenciamento.

QUADRO 6
Recursos utilizados no credenciamento em cada CLS

Etapas/distritos	Credenciamento				
	Lista de presença	Crachás	Documento orientador	RI	Outros materiais
Barreiro	Sim	Não	Sim	n.a.	n.a.
Centro-Sul	Sim	Não	Sim	n.a.	n.a.
Leste	Sim	Não	Sim	n.a.	n.a.
Nordeste	Sim	Sim	Sim	n.a.	n.a.
Noroeste	Sim	Não	Sim	n.a.	n.a.
Norte	Sim	Não	Sim	n.a.	n.a.
Oeste	Sim	Não	Sim	n.a.	n.a.
Pampulha	Sim	Não	Sim	n.a.	n.a.
Venda Nova	Sim	Sim	Sim	n.a.	n.a.

Fonte: Faria (2011).
n.a. = não se aplica.

A segunda etapa da conferência corresponde à plenária inicial. Esta etapa abre oficialmente o processo buscando informar e orientar os participantes acerca do que será debatido e decidido nas etapas posteriores.

De um modo geral, nesse momento, as/os representantes do segmento gestor, mais especificamente as/os gerentes das UBS, fazem uma apresentação do tema geral da conferência de saúde – “Todos usam o SUS!” – e das cinco diretrizes que devem ser debatidas em todas as etapas, ressaltando a importância da participação social para realizar melhorias nos serviços de saúde pública. Ademais, tais atores aproveitam a ocasião para ressaltar a importância das CLS como instrumento de controle e participação social, além de informar e divulgar dia, horário e local em que as reuniões ocorrem.

As técnicas utilizadas nas apresentações do tema da conferência, bem como das diretrizes variaram bastante. Em alguns conselhos de saúde, como o Conselho de Saúde João XXIII – Vila Oeste na regional Noroeste e o Conselho de Saúde Santa Amélia na regional Pampulha, as apresentações foram realizadas com o apoio de recursos multimídia, como *data show*, por meio do qual a gerente e/ou a presidente do Conselho Distrital de Saúde juntamente com profissionais da área explicaram para os participantes o objetivo e o tema da conferência, buscando traduzir, em uma linguagem mais clara e prática, conceitos e termos técnicos contidos no documento orientador como, por exemplo, o significado de seguridade social e seu vínculo com a política da saúde.

No caso da leitura das diretrizes, as/os gestores esclareciam dúvidas dos participantes, bem como sintetizavam o objetivo das diretrizes em uma linguagem mais prática, exemplificando algumas das ideias contidas no texto.

No que diz respeito à formação da mesa diretora, apenas em duas CLS acompanhadas houve a formação da mesma. Na CLS do Conselho de Saúde Santa Mônica, vinculado à distrital Venda Nova, a mesa foi composta por três membros: a gerente da UBS, segmento gestor, a presidente da CS e conselheira distrital, representante dos usuários e a secretária executiva da CS e conselheira distrital, representante do segmento trabalhador. No conselho de saúde Prof. Amílcar Viana Martins, vinculado à distrital Oeste, a mesa diretora foi composta por quatro membros: o gerente da UBS, uma representante do Conselho Distrital da Regional Oeste, um conselheiro municipal e um conselheiro local.

Entre as conferências analisadas, apenas em três foi realizada, na plenária inicial, a leitura do RI: CS Ribeiro de Abreu, CS Primeiro de Maio e CS Novo Horizonte, vinculadas aos Conselhos Distrital Nordeste, Norte e Leste, respectivamente. Não obstante, esse documento, oriundo do Regulamento das Conferências Distritais, não foi entregue aos participantes e passado em telão via *data show* para que todos os participantes pudessem visualizá-lo e debatê-lo. Nas duas primeiras, a leitura do RI foi realizada pelos representantes do segmento gestor. Na etapa local do CS Novo Horizonte essa leitura foi realizada pelo presidente do conselho distrital Leste, representante do segmento usuário.

Como o RI estabelece as regras e os critérios acordados para o funcionamento da dinâmica da conferência, sua ausência em seis conferências locais acompanhadas

demonstra, mais uma vez, o grau de informalidade das mesmas. Nestas, a dinâmica das discussões e os critérios para a aprovação das propostas foram estabelecidos pelos representantes do segmento gestor juntamente com algum membro da CLS ou do conselho distrital responsável pela realização da conferência. Vale ressaltar que sua ausência nessas etapas não foi questionada por nenhum participante destas etapas.

A plenária inicial deve se constituir em momento durante o qual os temas e as diretrizes das conferências são esclarecidos por meio de palestras e debates. No entanto, nem todas as plenárias iniciais constituíram um momento de apresentação aprofundada destes temas e das diretrizes da CS, ao contrário. Na maior parte das vezes, esta apresentação foi rápida, sem que os representantes do segmento dos usuários se manifestassem. Suas intervenções demandavam quase sempre esclarecimentos pontuais como informações sobre alguma palavra, expressão ou ideia presente no documento orientador.

As intervenções orais, na maioria das CLS acompanhadas, eram precedidas do nome do participante e do segmento ao qual pertence.

O último momento da plenária inicial corresponde, em geral, à explicitação dos critérios para a discussão das propostas que, em alguns casos, envolve a formação de GTs. O quadro 7 mostra os recursos utilizados em cada CLS analisada no momento da plenária inicial.

QUADRO 7
Recursos utilizados na plenária inicial das CLS

Etapas/distritos	Plenária inicial			
	Leitura RI	Palestras/exposição do tema	Leitura do documento orientador	Recursos multimídias
Barreiro	n.d.	Sim	Sim	Não
Centro-Sul	n.d.	Sim	Não	Não
Leste	Sim	Não	Não	Não
Nordeste	Sim	Sim	Sim	Sim
Noroeste	n.d.	Sim	Sim	Sim
Norte	Sim	Não	Não	Não
Oeste	n.d.	Sim	Sim	Não
Pampulha	n.d.	Sim	Não	Sim
Venda Nova	n.d.	Não	Não	Não

Fonte: Faria (2011).

n.d.= não disponível.

Os GTs correspondem, portanto, à terceira etapa deste processo e, ao mesmo tempo, ao primeiro momento do processo deliberativo.¹¹ Estes espaços reúnem um número determinado de participantes, que variam com o número de participantes nas conferências, com o objetivo de debaterem as propostas para a política em questão. Orientados por um conjunto de diretrizes previamente definido e pelas informações repassadas na plenária inicial e pelos coordenadores dos grupos, os participantes devem e podem, mediante trocas de argumentos, defender ou modificar publicamente as propostas. Os argumentos oferecidos ajudam a subsidiar, de forma não coercitiva, a reflexão dos atores em questão que, no processo em curso, podem modificar ou reforçar suas opiniões acerca de um determinado problema.

Embora nem todas as nove CLS acompanhadas formassem GTs, em cinco delas observamos os cinco GTs correspondentes às cinco diretrizes presentes no documento orientador. Na maioria dos casos, a orientação era 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. Sendo assim, encontramos GTs formados por 5 a 12 participantes sem apresentar qualquer critério de paridade para a representação dos segmentos.

Em cada GT foi escolhido um coordenador, um relator e uma pessoa responsável por anotar as propostas elaboradas. Algumas vezes, optou-se por escolher também um mediador para o grupo. Os coordenadores dos grupos são responsáveis pela leitura e pela explicação da sua respectiva diretriz. Após a leitura, o grupo passa a debater as propostas que estão relacionadas com o tema.

Embora todos os grupos apresentassem coordenadores que, em muitas CLS eram responsáveis também pela redação das propostas aprovadas no GT, apenas na etapa local no conselho de saúde Ribeiro de Abreu, regional Nordeste, a coordenação do GT foi previamente estabelecida. Nos demais, os coordenadores são escolhidos, pelos pares, no momento da formação do GT.

11. Estou seguindo aqui a definição de Dryzek (2010) sobre deliberação, ou seja, para o autor a "deliberação é *um tipo de comunicação* que induz, de forma não coercitiva, a reflexão sobre as preferências dos atores sociais envolvidos" (p. 2, grifo nosso).

Os debates nos GTs foram, quase sempre, solucionados por meio de aceitação. 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. Nem todas as propostas foram debatidas, sendo aceitas como estavam.

A pesquisa buscou acompanhar duas diretrizes específicas em todo o processo: a diretriz 4: pacto pela saúde e relação público x privado¹² e a diretriz 5: participação da comunidade e controle social. A primeira se justifica devido às mudanças substantivas que ela provoca na forma de financiamento e gestão na área de saúde e a segunda em função da centralidade que o tema assume na política em geral e nestes espaços em particular.

Se, por um lado, é possível afirmar que esta discussão esteve presente nas nove CLS analisadas, apresentando inclusive manifestações contrárias à diretriz 4, por outro, o debate destes temas na maioria dos GTs não foi devidamente estruturada como ocorrerá nas etapas subsequentes. Os participantes falavam desarticuladamente, introduzindo temas não correlacionados com o que estava sendo debatido e, muitas vezes, sem intervenções dos coordenadores. Muitos participantes não se manifestavam oralmente enquanto alguns monopolizavam as discussões.

Nas CLS dos conselhos de saúde Santa Mônica, regional Pampulha; Francisco Barbosa, no Barreiro; Padre Tarcísio, na Centro-Sul; e João XXIII – Vila Oeste na regional Noroeste, não houve a formação de GTs. Um único GT foi formado com todos os participantes. Nele foram discutidas todas as diretrizes. Em geral, a aprovação das propostas ocorreu por aclamação.

Na etapa local do conselho de saúde Padre Tarcísio, regional Centro-Sul, a maioria das sugestões de propostas foi enunciada pela presidente da comissão local de saúde, representante dos usuários. A coordenadora do debate, gerente da UBS, e a relatora da conferência, representante dos trabalhadores, fizeram considerações sobre os cinco subtemas do consolidado, procurando explicitar os problemas e as possíveis soluções envolvendo o temário proposto. Estas considerações foram seguidas por

12. Uma parceria público-privada se configura quando uma empresa privada assume o compromisso de disponibilizar à administração pública e à comunidade um serviço de utilidade. Em contrapartida, esse parceiro recebe uma remuneração periódica paga pelo Estado e vinculada ao seu desempenho.

propostas elaboradas pelos participantes e incluídas no relatório final da reunião. Assim que anunciadas, as sugestões de propostas eram formatadas e redigidas pela relatora. As sugestões enunciadas pelas participantes não foram questionadas e a aprovação ocorreu de maneira rápida com o propositor(a) relacionando um problema e/ou relatando-o conforme acreditava que o mesmo deveria ser resolvido e o representante do segmento gestor consolidando-o em forma de um texto. Não houve votação das propostas nesse encontro.

Na conferência local do conselho de saúde João XXIII – Vila Oeste, regional Noroeste, as propostas foram enunciadas pela gerente da UBS que as formulou juntamente com a assistente social, com base na análise de todas as atas das reuniões da CLS. Ao analisar esses documentos, elas transformaram em propostas as principais reclamações e sugestões discutidas nas reuniões mensais da comissão. Após a leitura das propostas, em média três por diretriz, os presentes aprovavam verbalmente duas propostas para cada diretriz. A gerente deixou claro que essas propostas eram apenas sugestões e que os presentes poderiam modificá-las. A maioria das propostas foi aceita da forma em que foram apresentadas pela gerente.

O quadro 8 mostra os recursos utilizados em cada CLS analisada no momento do GT.

QUADRO 8
Recursos utilizados nos GTs das CLS

Etapas/distritos	Grupos de trabalho			
	Apenas um GT	Cinco GTs	Leitura do documento orientador	Contagem dos votos das propostas aprovadas
Barreiro	Sim	n.a.	Não	n.a.
Centro-Sul	Sim	n.a.	Sim	n.a.
Leste	n.a.	Sim	Sim	n.a.
Nordeste	n.a.	Sim	Sim	n.a.
Noroeste	Sim	n.a.	n.a.	n.a.
Norte	n.a.	Sim	Sim	n.a.
Oeste	n.a.	Sim	n.a.	n.a.
Pampulha	Sim	n.a.	Sim	n.a.
Venda Nova	n.a.	Sim	Sim	n.a.

Fonte: Faria (2011).
n.a. = não se aplica.

A plenária final corresponde à última etapa da conferência e se constitui também em mais um momento deliberativo do processo de “formação da opinião e da vontade pública” acerca da política em debate.

Nesta ocasião, todas as propostas podem ser novamente debatidas e modificadas mediante troca de argumentos em público. Esta etapa é fundamental no processo deliberativo das conferências, uma vez que reúne as propostas anteriormente discutidas e pactuadas nos grupos para mais uma rodada de reflexão e debate em torno das diretrizes. Por meio de pedidos de *destaques* é possível apresentar ainda novos argumentos acerca da plausibilidade (ou não) desta ou daquela proposta, justificar publicamente posições e definir, por meio de aclamação ou votação, qual será a melhor.

Os destaques são organizados por tempo de três minutos para a defesa ou rejeição da proposta e mais três para a réplica, constituindo, assim, o instrumento de organização das discussões. Posteriormente segue-se a consulta ao plenário que se realiza mediante levantamento do crachá, verificação por *contraste* ou contagem de crachás.

Nas plenárias finais das CLS acompanhadas, as propostas elaboradas foram apresentadas para todos os participantes pelos relatores de cada GT e, posteriormente, submetidas a discussão, votação e aprovação. Os relatores de cada GT se põem diante dos participantes e realizam a leitura das propostas. Além dessa leitura, em alguns casos como no CS Santa Mônica, no CS Novo Horizonte e no CS Prof. Amilcar Viana, vinculados às regionais Venda Nova, Leste e Oeste respectivamente, os relatores também ficaram responsáveis por justificar as propostas e relatar as situações e as experiências que motivaram o grupo a elaborar as propostas apresentadas, evidenciando, assim, sua necessidade.

Na maior parte das CLS acompanhadas, a aprovação das propostas se alternou entre momentos de aceitação seguidos de votação. A ordem de discussão e votação das diretrizes seguiu, no geral, a ordem em que essas estavam dispostas no documento orientador. Em poucos casos – na regional Leste e Centro-Sul – houve, neste momento, intervenções que geraram propostas alternativas ou redefinição na alocação delas entre as cinco diretrizes discutidas pelos participantes.

Embora não muito comum, em uma das CLS – CS Santa Mônica – houve discussão em praticamente todas as propostas apresentadas. Neste caso, foi perceptível

um embate entre usuários e trabalhadores quanto à qualidade dos serviços prestados à população daquela unidade. Entretanto, esta discussão não foi organizada por tempo e pedidos de destaque. Na CLS Prof. Amilcar Viana, regional Oeste, apenas uma proposta foi alvo de debate e críticas que geraram a reelaboração da mesma pelo GT que a formulou. Entretanto, houve ainda casos em que os presentes não se manifestaram, em qualquer momento, contrários às propostas escolhidas para o relatório final.

Em quatro CLS acompanhadas – Santa Mônica, regional Pampulha; Francisco Barbosa, no Barreiro; Padre Tarcísio, na Centro-Sul; e João XXIII – Vila Oeste, na regional Noroeste – não houve plenária final. Isto se deu em decorrência do baixo número de participantes das conferências. Nestes casos, os participantes se organizaram em apenas um grupo onde as diretrizes foram lidas e as propostas foram elaboradas e aprovadas simultaneamente.

Em várias ocasiões da plenária final, as intervenções realizadas pelos usuários assumiram a forma de depoimentos e/ou narrativas pessoais.¹³ Em alguns casos, estes participantes relatavam situações vividas por eles ou por algum parente próximo como forma de sensibilizar os outros participantes sobre a necessidade de aprovar esta ou aquela proposta. Assim como os usuários, representantes dos trabalhadores também relatavam suas condições de trabalho e buscavam persuadir os participantes da importância das propostas que apresentavam. Estas outras formas de justificação das demandas evidenciam que além do argumento formal, outras formas de apelo são mobilizadas pelos participantes para persuadirem seus pares sobre a importância das propostas em debate como tem sugerido um conjunto de autores que se preocupam com a constituição da formação da opinião pública (YOUNG, 2002; DRYZEK, 2010; CHAMBERS, 2003).

As intervenções dos representantes dos gestores, por sua vez, assumiam, em geral, uma forma mais técnica. Intervieram com o intuito de prestar esclarecimentos e solucionar dúvidas relativas aos serviços disponibilizados no SUS. Buscavam reformular as propostas a fim de atender às reivindicações que surgiam durante o debate em torno da aprovação das propostas e, em outros momentos, exerciam o papel de mediador, tentando solucionar situações conflituosas.

13. Para definição de narrativas e sua centralidade no processo inclusivo nos espaços participativos ver Young (2002).

O critério de 70% de aprovação das propostas para constar no relatório final não precisou ser utilizado em nenhuma CLS acompanhada. A aprovação das propostas na plenária final ocorria, geralmente, por aclamação. No caso das CLS em que foram disponibilizados crachás para a votação, os participantes os levantavam e o gestor verificava, por comparação, se o número de crachás levantados correspondia ao número mínimo necessário para a aprovação das propostas.

Os relatórios finais com as propostas aprovadas geralmente eram criados no fim da CLS. Apenas em uma CLS acompanhada, vinculada à distrital Noroeste, a gerente deixou para o dia seguinte a formulação do relatório a ser encaminhado para a etapa distrital da conferência.

O coroamento desta etapa ocorre com a apresentação e votação das/dos respectivos/as representantes de cada segmento.

No fim da plenária final, ocorreram as eleições para delegados(as) para a etapa seguinte – a CDS – em todas as CLS analisadas. As eleições ocorreram de forma separada e negociada entre os participantes de cada segmento. Em algumas, as chapas com os nomes dos candidatos já estavam relativamente articuladas.

O quadro 9 mostra os recursos utilizados em cada CLS analisada no momento da plenária final.

QUADRO 9
Recursos utilizados na plenária final das CLS

Etapas/distritos	Plenária Final				
	Leitura das propostas pelos relatores dos GTs	Destaques	Crítérios para destaques	Contagem dos votos das propostas aprovadas	Eleição de delegados
Barreiro	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	Sim
Centro-Sul	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Leste	Sim	Sim	Sim	n.a.	Sim
Nordeste	n.a.	Sim	Sim	n.a.	Sim
Noroeste	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	Sim
Norte	Sim	n.a.	n.a.	n.a.	Sim
Oeste	Sim	Sim	Sim	n.a.	Sim
Pampulha	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Venda Nova	Sim	Sim	Sim	n.a.	Sim

Fonte: Faria (2011).
n.a. = não se aplica.

4.2 A DINÂMICA DISCURSIVA E DECISÓRIA EM CINCO CDS

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 da palestra e do coquetel de abertura. No segundo, ocorriam as plenárias, os GTs e a eleição de delegados. As conferências se realizaram em espaços como a Universidade Católica de Minas Gerais – Campus São Gabriel, o Centro Mineiro de Resíduos, as Escolas Municipais e o Espaço BH Cidadania. Todos eles, locais amplos, previamente determinados, com recursos próprios para abrigar as/os delegados/as e participantes destes encontros. Se comparado à logística da etapa precedente, constatamos que as CDSs envolveram mais complexidade do que as CLS, se diferenciando das mesmas em termos de tempo, espaço e serviços necessários para concretizá-las.

No que diz respeito ao credenciamento, em todas as CDS analisadas foram registradas informações a respeito dos delegados: nomes e segmentos, instituições ou unidades de atendimento às quais representavam e GTs dos quais participariam ou subtemas sobre quais acompanhariam as discussões.

Os nomes dos participantes eram escritos nos crachás, assim como os grupos temáticos ou subtemas. Nas reuniões do Barreiro, Leste, Nordeste e Norte, os crachás dos delegados eram de cores diferentes dos usados pelos convidados e observadores. Nas conferências das regionais Nordeste e Norte, os crachás apresentavam cor diferente para cada segmento representado. Em Venda Nova, os crachás de delegados e de convidados não apresentavam diferenças entre si, tornando mais difícil evitar que, durante as votações, os convidados também participassem do processo de votação. O crachá, como vimos, é um recurso importante, uma vez que o processo de definição das propostas é realizado por contraste aferido mediante o levantamento dos mesmos nas plenárias.

É comum também, neste momento, a distribuição dos materiais informativos que devem orientar a participação e a discussão dos participantes. Geralmente esses materiais são distribuídos juntamente com os crachás. Estavam incluídos neste material o “Documento orientador (adaptado) para a XI Conferência Municipal de Saúde” e o Consolidado das Propostas Locais – documentos contendo as deliberações das conferências locais de saúde da regional, selecionadas e redigidas por uma comissão

de relatoria do conselho distrital de saúde. O RI foi entregue somente na conferência da regional Norte e apenas para a mesa diretora e para os integrantes da comissão organizadora.

Parte deste material já era conhecida pelos participantes, uma vez que já haviam sido disponibilizados nas etapas locais e, nessa ocasião, foram lidos e, por vezes, esclarecidos.

Vale a pena chamar atenção para o fato de que a leitura oral desses documentos e os esclarecimentos prestados publicamente nas etapas locais e distritais constituem uma tentativa importante de diminuir um dos maiores empecilhos à participação equitativa dos representantes da sociedade civil nesses espaços: a falta de qualificação técnica e política.

O desconhecimento de determinadas leis, resoluções e emendas que regulamentam a política de saúde, bem como dos programas e dos serviços já ofertados pelo SUS podem impedir uma participação efetiva dos representantes desse segmento. Sendo assim, prejudicam o envolvimento destes atores no debate, na fundamentação de seus argumentos no momento da defesa de suas propostas, levando-os a se sentirem constrangidos mediante as falas dos atores com maior *expertise* técnica.

Sabe-se que a legitimidade do processo deliberativo depende, dentre outras coisas, das justificativas apresentadas em público pelos atores em debate. Tais justificativas devem ser duplamente acessíveis para que este processo seja inclusivo: além de pública, ela deve ser inteligível, ou seja, seu conteúdo deve ser compreensível para todos que dele participam (GUTMAN; THOMPSON, 2004). Sendo assim, para que os representantes da sociedade civil não atuem como meros observadores e ouvintes do processo, esta “fase de aprendizado” é fundamental na medida em que ela socializa um dos recursos fundamentais para a dinâmica deliberativa: as informações.

Na medida em que a mudança de escala impacta também a *performance* oral dos participantes, os recursos informacionais passam a ter maior peso. Nessa etapa, depoimentos pessoais e relatos de experiências vão cedendo lugar para discursos mais embasados tecnicamente. Os primeiros já não servem tanto para fundamentar os argumentos e persuadir os outros atores no momento do debate acerca da importância de uma determinada proposta. Além da vivência, torna-se necessário o embasamento técnico e político na defesa e na justificação das propostas.

Vale a pena salientar que, em todas as conferências distritais acompanhadas, houve delegados natos, ou seja, participantes que não foram eleitos nas conferências locais. Eles são em geral conselheiros distritais e membros do distrito sanitário. Nas regionais Barreiro, Leste e Norte estes delegados eram ainda representantes de outras instituições, além das unidades de atendimento filiadas ao SUS, dos conselhos distritais e do distrito sanitário. É exatamente nestas reuniões das regionais Leste e Barreiro que os percentuais do segmento gestor/prestador/formador, dentre todas as demais CDS, foram maiores (aproximadamente 33% e 26%, respectivamente).

Muitos destes delegados natos apresentam um conhecimento político e técnico diferenciado dos demais delegados em função das suas trajetórias participativas, como conselheiros distritais e/ou profissionais, como os gestores municipais do distrito em questão. Enquanto esses últimos possuem um conhecimento técnico e burocrático, advindos dos cargos que ocupam e da formação que obtiveram para exercer tais funções, os primeiros adquiriram tal qualificação a partir da participação nos órgãos de controle como os conselhos de políticas públicas.

O quadro 10 mostra os recursos utilizados no credenciamento em cada CDS analisada.

QUADRO 10
Recursos utilizados no credenciamento em cada CDS

Etapas/Distritos	Credenciamento				
	Lista de presenças	Crachás	Documento orientador	RI/regulamento	Outros materiais
Barreiro	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Leste	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Nordeste	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Norte	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Venda Nova	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Faria (2011).

Nas plenárias iniciais das CDS acompanhadas, houve palestras sobre os temas e objetivos da XI CMS de Belo Horizonte, com explicações sobre o tema central e sobre as cinco diretrizes preparadas para os encontros desta edição. Tais palestras fazem parte da “fase de aprendizado” mencionada acima, uma vez que elas constituem mais um recurso informacional para as dinâmicas posteriores.

As mesas de abertura foram compostas por conselheiros (locais, distritais e municipais) dos três segmentos da área, vereadores, gerentes de órgãos administrativos e unidades básicas de saúde, sindicalistas, membros de entidades militantes de causas sociais, entre outros. Os conselheiros distritais eram os membros mais recorrentes destas mesas em função do lugar que ocupam na organização desta etapa e do envolvimento que possuem nas entidades representativas da área.

Em todas as CD observadas, o coordenador da mesa deu início ao evento fazendo um discurso sobre a conferência distrital, expondo os temas e objetivos do evento e ressaltando a sua importância. Em seguida, cada um dos membros da mesa ou oradores convidados discursou. Das cinco conferências distritais acompanhadas, apenas na regional Leste não foi realizada a leitura e aprovação do RI. Como informado pelo secretário executivo do conselho distrital, não foi sequer elaborado um RI, embora a conferência tivesse um regulamento a seguir. Já na conferência da regional Norte, embora apresentado, o RI foi entregue somente para a mesa diretora e para os integrantes da Comissão Organizadora.

Equipamentos multimídia como *notebooks*, *data show* e telões foram utilizados em todas as regionais para projeção das apresentações em *powerpoint*. Estas tecnologias permitiram que todos os presentes acompanhassem melhor as palestras, transmitidas em uma linguagem clara e objetiva e, por vezes, associadas a exemplos práticos sobre o assunto em questão.

Em quatro das conferências distritais acompanhadas (Barreiro, Leste, Nordeste e Venda Nova), houve a possibilidade de esclarecer dúvidas após as palestras de abertura. Neste momento, os(as) participantes solicitavam explicações aos oradores e apresentaram também reclamações, elogios, acusações, pedidos, sugestões e/ou comentários. Ocorreram debates em torno de vários assuntos, dentre os quais se destacaram: *i*) as cinco diretrizes temáticas e o tema principal da conferência; *ii*) a formatação da conferência; *iii*) a diretriz; *iv*) a parceria público-privada (PPP) (manifestações de oposição e de defesa); *v*) a capacitação e valorização dos trabalhadores de saúde; *vi*) a insuficiência de funcionários nas unidades de atendimento de saúde pública; *vii*) os problemas de infraestrutura nas unidades de saúde; *viii*) o descaso com os pacientes; *ix*) os pontos positivos do SUS; e *x*) os avanços e as conquistas a serem feitas.

Vale ressaltar que os assuntos debatidos não eram os mesmos em todas as conferências acompanhadas; entretanto, é possível identificar algumas regularidades, principalmente nas regionais Nordeste e Venda Nova.

As manifestações orais mais recorrentes registrados durante os debates com os palestrantes, assim como os segmentos que mais as proferiram foram: *i)* segmento trabalhador: declarações de repúdio à PPP, ênfase e argumentos favoráveis à valorização dos trabalhadores de saúde; *ii)* tipos de declarações comuns aos representantes dos trabalhadores e usuários: alegações de precariedade do atendimento de saúde e de falta de funcionários, problemas de infraestrutura dos centros de saúde e cobranças de melhorias; *iii)* segmento usuário: atenção insuficiente das unidades de atendimento e dos profissionais para com os usuários do SUS (casos de mortes de pacientes crônicos, insatisfações com o tratamento, insensibilidade dos funcionários para atender aos pacientes, falhas médicas e de outros funcionários das unidades de atendimento); e *iv)* segmento gestor/prestador/formador: defesas da PPP, tentativas de amenizar a precariedade do SUS expressada pelos trabalhadores e usuários, tentativas de persuadir outros participantes a mudarem o enfoque de suas considerações e proposições e explicações sobre o funcionamento da política de saúde e das conferências.

O quadro 11 mostra os recursos utilizados na plenária inicial em cada CDS.

QUADRO 11
Recursos utilizados no credenciamento em cada CDS

Etapas/distritos	Credenciamento			
	Leitura RI	Palestras/exposição do tema	Leitura do documento orientador	Recursos multimídias
Barreiro	Sim	Sim	Sim	Sim
Leste	Não	Sim	Sim	Sim
Nordeste	Sim	Sim	n.d.	Sim
Norte	Sim	Sim	n.d.	Sim
Venda Nova	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Faria (2011).

n.d. = não disponível.

Assim como no credenciamento e na plenária inicial, em todas as conferências distritais acompanhadas, houve um momento reservado para os 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.

Entre as CDS acompanhadas, apenas no Barreiro e em Venda Nova a definição dos GTs que iriam participar foi uma prerrogativa dos próprios delegados. Nas reuniões da regional Leste, Nordeste e Norte, a distribuição foi feita pela comissão organizadora. De acordo com o secretário executivo do conselho distrital de saúde Leste, a distribuição dos nomes dos participantes nos cinco GTs era realizada de forma aleatória.

A despeito de sua importância, esta distribuição é feita muitas vezes sem a devida atenção dos organizadores/as das conferências. Sua importância está diretamente relacionada à qualidade da dinâmica discursiva nestes grupos. A busca por uma deliberação mais justa nos GTs, contemplando as diferentes vozes presentes nestes espaços, requer uma representação equilibrada dos segmentos, de gênero e, posteriormente, nas etapas seguintes, do território dado que estes espaços passam a ser formados por diversas delegações que representam regionais, municípios e estados diferentes. Não obstante, é muito comum encontrarmos GTs formados por desequilíbrios entre os segmentos, desequilíbrios de gênero e territoriais.

Nas cinco conferências acompanhadas, foram realizados os cinco GTs encarregados, cada um deles, da discussão de um eixo temático. Na regional Nordeste, entretanto, foram realizados sete grupos: quatro para as diretrizes Financiamento e Pacto pela Saúde e Relação Público *versus* Privado e os demais para as outras diretrizes. Em todas as regionais foram utilizados o documento Consolidados das Propostas das etapas locais elaborado pelas comissões de relatoria do conselho distrital.

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, em sua maioria, representantes do segmento gestor. Eram encarregados de garantir que as discussões ocorressem de acordo com os critérios estabelecidos, de assegurar que as deliberações fossem concluídas nos prazos estabelecidos, de explicar a dinâmica e as regras dos debates e de prestar esclarecimentos aos demais participantes.

Em todas as regionais os coordenadores também participaram do processo deliberativo e fizeram sugestões de modificação, de supressão ou de encaminhamento de propostas para as discussões de outros eixos temáticos. Estes atores desempenharam considerável capacidade de influência sobre os demais participantes. Por vezes, foram

arbitrários e unilaterais nas definições dos critérios para o debate e na escolha de algumas propostas a serem submetidas a regime de votação.

Em todas as reuniões, foram estabelecidos critérios para o debate. Na regional Barreiro, por exemplo, as discussões foram organizadas por meio das seguintes regras: *i*) os participantes que manifestassem o interesse em realizar alguma intervenção oral eram inscritos pelo(a) coordenador(a) da reunião; *ii*) a ordem das falas era definida por ordem de inscrição; e *iii*) cada interventor tinha, no máximo, três minutos para pronunciar-se para a plenária. No entanto, nem todos os grupos seguiram tais critérios. No debate acerca da diretriz Pacto pela Saúde e Relação Público *versus* Privado (PPP), o critério sobre tempo de fala não foi respeitado, levando os coordenadores a perderem o controle da dinâmica de atividades.

Na reunião da Leste, os participantes deveriam realizar “destaques”, por meio dos quais propunham modificações, supressões ou encaminhamentos aos itens contidos no consolidado de propostas locais. A ordem das falas também foi estabelecida pela ordem de inscrição e cada interventor disporia também de três minutos para justificar a sua sugestão, bem como dois minutos para réplica.

Na Nordeste, os participantes se manifestaram na ordem de suas inscrições. Porém, não havia critério de tempo para as intervenções. Alguns grupos – 2, 3, 5 e 6 –, que discutiram as diretrizes 2 e 4, foram orientados a não alterar as propostas, somente agrupá-las ou selecioná-las e dar uma redação melhor. Nos demais grupos isto não ocorreu.

Na Norte, houve cronometragem do tempo em que cada participante poderia se manifestar. Também foi estabelecido um horário-limite para o término dos debates. As exposições de destaques foram concedidas na mesma ordem em que estes foram realizados.

Em Venda Nova, não houve critérios de tempo para as falas dos participantes. Em todas as regionais houve modificações nas propostas contidas nos consolidados das etapas locais e criação de novas propostas.

Este ponto se mostra altamente relevante, uma vez que a criação e modificação das propostas revelam o nível de discricionariedade dos participantes das conferências. Se, por um lado, as diretrizes chegam formatadas por outras instâncias envolvidas na política de saúde como conselhos, secretarias e/ou ministérios, os participantes ao formularem propostas concretas e ao alterarem o conteúdo ou a forma daquelas já existentes tornam-se copartícipes da elaboração de diretrizes da política de saúde em cada nível da federação. A ideia de um sistema integrado ganha aqui mais uma sustentação empírica, visto que as discussões no nível local ultrapassam, como afirmou Pogrebinski (2011), fronteiras geográficas, incidindo em outros níveis da federação, como o regional, o estadual e finalmente o nacional.

A concretização desta ideia, não obstante, exige uma dinâmica discursiva e decisória bem desenhada, obrigando-nos a analisar os recursos discursivos e decisórios utilizados nesta etapa.

No que diz respeito ao processo discursivo, a apresentação de destaques a favor e contra uma determinada proposta, bem como a possibilidade de justificá-los publicamente, em tempo determinado, apresenta-se como um recurso importante desta dinâmica, já que 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 este processo de aferição da “vontade e da opinião” do público presente.

Os instrumentos disponíveis para a concretização de ambos variaram muito entre as regionais. Nas conferências do Barreiro e da Leste, reuniões em que foi observada uma dinâmica de destaques às propostas dos consolidados, o processo decisório foi concluído após a realização de todos os destaques mediante levantamento dos crachás dos delegados. A proposta vencedora era definida por meio do contraste. Em ambas as conferências, os destaques contavam com as seguintes possibilidades: junção entre dois ou mais itens, modificação dos textos das propostas, elaboração de novas redações, substituição de um item pelo outro, supressão total ou parcial e encaminhamento para junção a outras diretrizes.

Nas reuniões da Nordeste e da Norte, os participantes votaram levantando as mãos e os crachás e, em ambas as conferências, predominou a aclamação (e não a votação) como forma de solução do debate.

Em Venda Nova, a reunião do grupo observado (grupo temático 5) não contou com nenhum critério de ordenação das falas e do debate. A coordenadora chegou a escolher quais itens seriam votados para a definição das propostas estaduais e não houve discussão para a definição das nacionais. Todo o processo decisório foi concluído por meio de regimes de aclamações e votação. Em alguns casos, a coordenadora entendeu que não seria necessário votar e os itens foram considerados aprovados. Também não foram fornecidas informações sobre a dinâmica do processo.

Nos debates dos grupos de três das conferências acompanhadas foi observada a polêmica em torno das PPPs: Barreiro, Nordeste e Norte. No Barreiro, foi constatado que a maioria dos participantes era contrária às PPPs. A visão dos participantes, principalmente dos trabalhadores, sobre o setor privado é de um empresariado repleto de interesses “egoístas”, cujo objetivo é somente o lucro. Os defensores deste ponto de vista advogavam, assim, a constituição de um sistema público de saúde de qualidade e independente de investimentos privados.

Na regional Leste, embora o debate do grupo não tenha ficado exclusivamente em torno da PPP, algumas declarações contra a terceirização dos serviços públicos de saúde foram explicitados. Apenas dois participantes (um usuário e um trabalhador) manifestaram-se contrários. Os demais integrantes ou se declararam favoráveis ou incorporaram as parcerias em suas falas sem apresentar justificações concretas. Na regional Nordeste, alguns dos delegados dos grupos que discutiram a PPP estavam reclamando da ausência de algumas das propostas elaboradas nas conferências locais e alegaram que a comissão de relatoria retirou aquelas que se posicionavam contra a PPP. Reivindicações de cancelamento da parceria foram feitas em todas as regionais. Porém, somente na Norte foi realizado um regime de votação para que os participantes pudessem decidir entre a aprovação ou não da proposta da PPP. O resultado da votação foi a favor da PPP: 22 votos a favor e 12 contra.

O quadro 12 mostra os recursos utilizados nos GTs em cada CDS analisada.

QUADRO 12
Recursos utilizados nos GTs em cada CDS

Etapas/distritos	Grupos de trabalho							
	Apenas um GT	Cinco GTs	Leitura do consolidado de propostas	Presença de coordenador e relator	Debates das propostas	Limite de tempo	Mudanças nas propostas	Solução do debate
Barreiro	n.a.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Voto
Leste	n.a.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Voto
Nordeste	n.a.	Sim	Sim	Sim	Sim	n.a.	Sim	Voto e aclamação
Norte	n.a.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Voto e aclamação
Venda Nova	n.a.	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Voto e aclamação

Fonte: Faria (2011).
n.a. = não se aplica.

Em todas as CDS acompanhadas houve plenária final onde as propostas elaboradas nos GTs foram lidas, avaliadas, destacadas, discutidas e votadas. De todas as conferências, a única em que não houve discussão, destaque e regime de votação das propostas foi a de Venda Nova. Geralmente a dinâmica da plenária final seguia o 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. As votações eram realizadas mediante levantamento dos crachás de delegados.

Invariavelmente, a plenária final contou com a presença de mesas diretoras compostas por conselheiros distritais, um conselheiro municipal, gerentes de distrito sanitário e um gerente regional. Estavam presentes representantes dos três segmentos nas mesas diretoras. Os coordenadores das conferências eram sempre os gestores encarregados de garantir que as discussões ocorressem segundo os critérios estabelecidos, de assegurar que as deliberações fossem concluídas nos prazos, de explicar a dinâmica e as regras dos debates e de prestar esclarecimentos aos demais participantes.

Em todas as regionais, foram utilizados *datashow* e telões para dar maior visibilidade às deliberações dos GTs que foram encaminhadas pelos relatores dos grupos. Em quatro CDS (Barreiro, Leste, Nordeste e Norte), a leitura das propostas dos grupos foi feita pelos relatores dos GTs. Após esta leitura, os participantes podiam requerer destaques nas propostas, solicitar explicações e esclarecimentos, justificar a inclusão de alguns itens nos relatórios, criticar e sugerir mudanças ou supressões. Em Venda Nova, as propostas foram apenas lidas, sem que fossem realizados regimes de votação para a ratificação das mesmas.

As propostas, bem como a leitura das mesmas, seguiram a ordem da diretriz temática e o nível de competência em três CDS acompanhadas: Barreiro, Leste e Nordeste. Nas conferências do Barreiro, da Nordeste e da Norte, a mesa diretora concedeu tempo diferenciado para os destaques das propostas. No Barreiro, apesar de a mesa diretora ter convidado os participantes a fazerem intervenções, poucas mudanças foram feitas às propostas. A quinta diretriz foi apenas ratificada, uma vez que ninguém se manifestou. Na Leste, cada proposta poderia receber um número ilimitado de destaques, seguida de réplicas (contra-argumentação). Os destaques poderiam ser apresentados em, no máximo, dois minutos e as réplicas, em um minuto. No meio do processo deliberativo (a partir da discussão da terceira diretriz), muitos delegados começaram a se retirar da plenária. O número de participantes caiu consideravelmente ao longo do evento. O mesmo ocorreu na conferência do Barreiro, a partir da discussão da quarta diretriz.

Na Nordeste, a coordenadora convidava os participantes a explicitarem suas dúvidas e intervenções. Não houve restrições para o uso dos destaques, mas não foi permitida a elaboração de propostas novas. Limite de tempo foi colocado somente para a diretriz 4 – Pacto pela Saúde e Relação Público-Privada.

Na Norte, os destaques podiam ser apresentados em dois minutos. No entanto, a observação deste critério não foi constante. A gerente regional de saúde Norte – coordenadora da mesa – e a presidente do conselho distrital de saúde Norte entrevistaram em vários momentos para esclarecer dúvidas e expor seus argumentos contra ou a favor das propostas apresentadas. Foram recorrentes, também, na discussão da diretriz 4, tentativas, por parte destas gestoras, de conformar o debate. As discussões calorosas sobre esta diretriz contavam com intervenções contrárias e favoráveis às PPPs. Não obstante a votação e a aprovação do primeiro item (que dispunha da aprovação das parcerias), o debate não deixou de ser polemizado e diversos argumentos foram mobilizados para reivindicar uma disposição contrária à da resolução: o cancelamento definitivo dos contratos com o setor privado. Assim como na Leste, as votações foram realizadas em três fases: *i*) a coordenação da mesa diretora conclamava à votação aqueles que fossem favoráveis à solução política apresentada por determinada proposta; *ii*) em seguida, eram convidados a levantarem seus respectivos crachás aqueles que discordassem da redação das propostas; *iii*) por fim, manifestavam-se (também levantando os crachás) aqueles que decidiram abster-se.

Em Venda Nova, o único processo decisório realizado foi a leitura e aprovação (mediante votação) de uma moção de repúdio à Lei Orgânica de Belo Horizonte nº 01/2009. A moção foi aprovada por unanimidade. Houve, no entanto, leitura das propostas elaboradas nos GTs por seus respectivos relatores.

A polêmica em torno da PPP foi observada em três das conferências distritais acompanhadas. Nenhum ator se posicionou a favor do estabelecimento de contratos com o setor privado sem que os mesmos fossem controlados pela sociedade civil por meio de órgãos de controle e de participação social e do setor público. Para todos os defensores das PPPs, a gestão pública desta parceria é imprescindível. Os defensores eram grupos compostos pela maioria dos gestores, alguns usuários e poucos trabalhadores (principalmente médicos), ao passo que, entre os opositores, destacam-se os trabalhadores e, além deles, muitos usuários.

O debate em torno deste tema foi mais intenso na Nordeste e na Norte. Na Leste, não teve muitas oposições e muitos usuários declararam desconhecer as parcerias. Após explicações do coordenador, foram apresentadas algumas manifestações de contrariedade. O presidente da CDS Leste alegou que a CMS-BH realizou algumas plenárias para divulgar o assunto e aprovar as PPPs. Na Nordeste, uma representante do segmento trabalhador fez a leitura de uma moção de repúdio contra a parceria pública. Na Norte, a PPP assumiu uma importância central, na medida em que foi a diretriz que apresentou o maior número de destaques, 14 intervenções. Destas, sete foram realizadas por usuários, dois por representantes do segmento gestor e cinco por representantes do segmento trabalhador.

A última fase desta etapa é a eleição de delegados/as. O número de delegados é definido pela CMS-BH com base na população de cada distrito sanitário. De um modo geral, os segmentos devem se reunir e decidir entre si quem será o candidato a delegado.

O quadro 13 mostra como a plenária final foi estruturada em cada CDS analisada.

QUADRO 13
Recursos utilizados na plenária final em cada CDS

Etapas/distrito	Leitura das propostas pelos relatores dos GTs	Mesa diretora	Recurso multimídia	Destaques	Tempo para destaques	Votação das propostas aprovadas	Eleição de delegados
Barreiro	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Leste	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Nordeste	Sim	Sim	Sim	Sim	n.a.	Sim	Sim
Norte	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Venda Nova	Sim	Sim	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	Sim

Fonte: Faria (2011).
n.a. = não se aplica.

4.3 A DINÂMICA DISCURSIVA E DECISÓRIA DA CMS

Após a realização das etapas preparatórias que mobilizaram 5.399 participantes nas conferências locais e 2.023 nas conferências distritais, a XI CMS de Belo Horizonte corresponde à última parte do processo que vem sendo analisado como um “sistema integrado de participação, deliberação e representação” no nível municipal.

A análise dessa etapa permite identificar um maior grau de institucionalização em relação às etapas anteriores. Do credenciamento a plenária final, as mudanças são perceptíveis, como será demonstrado ao longo desta seção.

No *credenciamento*, realizado nos dois primeiros dias da conferência, dias 22 e 23 de julho de 2011, os participantes receberam *i*) um crachá, no qual constava o nome, o segmento representado e a diretriz correspondente ao seu grupo;¹⁴ e *ii*) uma pasta contendo um conjunto de documentos orientadores e informativos da conferência, uma caneta, uma garrafa e uma camisa, todos personalizados com o tema da XI CMS de Belo Horizonte. Destacam-se dois documentos importantes: a proposta de RI da XI CMS e a Matriz Consolidada dos Relatórios das nove CDS, separadas por competência municipal, estadual e nacional para cada uma das cinco diretrizes discutidas nas outras etapas. Como relatado anteriormente a maior parte das conferências não disponibilizou todos esses documentos.

14. Os crachás deveriam estar etiquetados não apenas com a diretriz, como também com o número do GT de que o participante faria parte. Por causa de um erro cometido pela empresa contratada essa numeração não constava no crachá, o que afetou a organização interna da conferência, atrasando a divisão dos participantes nos GTs e afetando também as outras etapas do encontro.

A matriz consolidada dos relatórios, documento base para as discussões realizadas na etapa distrital e municipal, se configura como mais uma evidência de que as conferências podem ser analisadas como um sistema integrado de participação, representação 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, sendo selecionadas aquelas que são consideradas pelos representantes como as mais relevantes para a construção de um SUS de qualidade.

A plenária inicial apresentou uma dinâmica diferente das plenárias iniciais nas etapas precedentes. A primeira parte dessa etapa correspondeu à leitura e à aprovação do RI, que aconteceu no primeiro dia da conferência. Pela primeira vez neste processo, o RI foi, além de lido, colocado em votação. Após a aprovação do RI, houve a abertura oficial com o tema da conferência, “Todos usam o SUS!”, realizada pelo secretário de assistência à saúde do Ministério da Saúde (MS). A exposição de termos técnicos, explanação de conceitos e programas, experiências no nível nacional do SUS e a trajetória participativa do próprio ator na política em questão atribuíram um caráter mais informativo e solene à apresentação do tema que não foi encontrado nas outras etapas descritas anteriormente.

No segundo dia de conferência, após a realização da prática de Lian Gong,¹⁵ foi realizada a mesa temática Acesso e Acolhimento com Qualidade: um desafio para o SUS, composta por dois representantes dos usuários, a 2ª Secretária do CMS-BH e um conselheiro municipal, um representante dos trabalhadores, também membro do CMS-BH, além do representante do segmento gestor, o secretário municipal de saúde de Belo Horizonte.

A composição da mesa seguiu os critérios de paridade relatados na seção 2, sendo formada por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores/prestadores/formadores. Essa paridade na composição não foi seguida na maior parte das conferências locais e distritais analisadas.

15. Ginástica terapêutica, desenvolvida na China, especialmente projetada para prevenção de doenças e promoção da saúde que vem sendo implantada nas UBS de Belo Horizonte e em outros espaços da rede SUS.

Durante as palestras de abertura, panfletos e manifestações contra a PPP foram veiculados na plenária. Depois da exposição de cada um dos membros da mesa sobre como funciona o sistema público de saúde e o controle social no município de BH e no estado, foram repassadas as orientações de como funcionariam os 30 GTs. Essa e outras orientações sobre a organização interna da conferência foram anunciadas por um representante do segmento gestor, também responsável por coordenar os trabalhos na plenária final.

Nos GTs, a primeira diferença que chama atenção é a quantidade. Os participantes foram divididos em 30 GTs, sendo 6 GTs para cada uma das cinco diretrizes debatidas. Vale lembrar que na etapa local muitas CLS não tiveram GTs e, na etapa distrital, a maioria das CDS tinha cinco GTs, um para cada diretriz. O número muito maior de GTs nesta etapa é uma decorrência da mudança de escala que, neste caso, apresentou um número muito maior de delegados concentrados em uma mesma conferência.

No que diz respeito à distribuição dos participantes nestes grupos também tivemos mudanças: esta distribuição foi previamente definida pela Comissão Organizadora da XI Conferência Municipal de Saúde de forma aleatória, mas paritária. Como ressaltado, não havia nenhum critério de distribuição dos participantes nos GTs das etapas anteriores. Houve casos em que os GTs concentraram mais representantes de trabalhadores do que de usuários, havendo assim uma sobrerrepresentação de certos segmentos. Entretanto, embora esta etapa apresente regras mais claras quanto à paridade na distribuição de delegados nos GTs, critérios referentes à distribuição dos participantes por gênero e por território também não foram considerados nesta etapa.

O número de participantes por GT variava de 38 a 40. Sendo assim, os grupos deveriam ter em torno de 19 usuários, 11 trabalhadores, 7 gestores e 3 prestadores. Os facilitadores desses grupos, que, em alguns casos, exerceram a função de coordenação dos mesmos, foram, em geral, membros do CMS-BH. Eles portavam um *notebook*, no qual as propostas aprovadas pelos grupos e as modificações feitas na redação das mesmas estavam sendo destacadas no documento consolidado.

Em alguns GTs, os coordenadores primeiro realizavam a leitura das propostas por nível de competência e depois abriam para destaques na forma de observações, pedidos de esclarecimento e/ou mudanças de redação. Uma vez esclarecidos, o coordenador as colocava em votação. Em outros GTs, após a leitura das propostas, não

havendo destaques, as mesmas entravam em regime de votação. Outros grupos apenas realizavam a leitura das propostas e o coordenador perguntava se alguém tinha alguma dúvida ou não, em alguns casos, não havendo dúvidas, a proposta nem era colocada em votação, sendo considerada aprovada.

A aprovação das propostas, em alguns grupos, ocorreu através de manifestação verbal sem levantamento de crachá ou votação. Este padrão de aprovação das propostas foi identificado na maior parte dos GTs acompanhados nas CLS e de alguns nas CDS.

Neste momento, os argumentos mobilizados para a defesa ou o repúdio de uma proposta não era mais de cunho local ou distrital, mas tratava-se de argumentos referentes ao município como um todo. Exemplo disto encontra-se nas expressões, recorrentemente utilizadas, “no nosso município não acontece assim” ou “em vários centros de saúde não encontramos este ou aquele equipamento”.

Durante a fala dos atores que estiveram também presentes nas etapas precedentes analisadas, é possível perceber a defesa da mesma proposta elaborada na base local, mas os argumentos utilizados se sofisticam em termos técnicos e políticos. Parece haver um processo de aprendizado decorrente das palestras, bem como das discussões ocorridas nos GTs e nas plenárias finais, construindo-se uma posição mais informada acerca das leis, decretos, emendas e programas oferecidos pelo SUS.

Embora esta nova etapa seja constituída por atores-delegados com mais experiência participativa, envolvidos diretamente no controle social e na gestão da política, tem-se também a presença de novos atores. Este fato é importante para quebrar o monopólio da representação, tendência existente em muitos espaços participativos. Esta oxigenação no processo representativo que vai se consolidando de uma etapa para outra pode trazer novas vozes e novas práticas à dinâmica em questão.

No final dos trabalhos em grupo, os participantes selecionam, em cada GT, uma comissão especial de relatoria composta por dois representantes de usuários, um representante de trabalhadores da saúde e um representante de gestores. Tal composição segue o critério da paridade.

Segundo o RI e as orientações repassadas ao final da plenária inicial, essas comissões devem se reunir após a etapa dos GTs, agrupadas especificamente por diretriz, para a compatibilização dos seus respectivos relatórios gerando um relatório único para cada uma das cinco diretrizes. Esta é mais uma inovação da CMS de Belo Horizonte que não foi verificada nas etapas anteriores.

Na plenária final, antes de iniciar o debate das propostas aprovadas pelos GTs foi distribuída uma proposta de relatório final elaborada pela comissão temática e de relatoria. Na maioria das outras etapas acompanhadas não houve a distribuição de um documento similar a esse. Em alguns casos, as propostas consolidadas foram projetadas por um *datashow* e em outros, apenas lidas, conforme relatado anteriormente.

Antes de iniciar a leitura das propostas, houve a formação da mesa diretora e a apresentação de uma mesa auxiliar à direção da plenária final. A primeira foi formada por três membros do CMS-BH, um representante de cada segmento, sendo o coordenador da mesma um representante do segmento gestor.¹⁶ A segunda foi composta paritariamente por oito membros indicados pela comissão temática e de relatoria. Vale ressaltar que o número de documentos disponibilizados não contemplava nem a metade dos participantes presentes na plenária final, gerando certa confusão e questionamento por parte dos participantes.

Neste momento, o debate acerca das propostas apresentadas pelos relatores gerou 54 destaques, como a tabela 8 demonstra. A diretriz que teve mais destaques foi a diretriz 3 (20), seguida pela diretriz 2 (13) e a diretriz 4 (9). Vale lembrar que, na etapa anterior (CDS), a diretriz 4 gerou mais polêmica recebendo até 14 destaques em uma determinada regional. Uma hipótese para a mudança de posição em relação à PPP é a recorrência do debate em torno desta diretriz entre trabalhadores e gestores desde as CLS.

16. O regulamento da conferência previa que a coordenação da mesma ficaria a cargo do secretário municipal de saúde e na sua ausência ou impossibilidade do/a presidente do CMS-BH. Apesar da sua presença na mesa diretora, a conferência foi coordenada pelo 1º secretário do CMS-BH, representante do segmento gestor.

TABELA 8
Destaques na plenária final da XI CMS-BH por diretriz

Diretriz	Número de destaques
1- Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade	5
2- Financiamento	13
3- Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde	20
4- Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado	9
5- Participação da comunidade e controle social	7
Total	54

Fonte: Faria (2011). Observação *in loco* da XI CMS-BH.

A maioria dos destaques não foi apresentada oralmente pelos participantes que os solicitaram. As mudanças sugeridas pelos delegados foram realizadas através de uma ficha na qual o participante preenchia o número da diretriz, o número da proposta e o nível de competência da mesma. Esse formulário era enviado para a mesa auxiliar que repassava para a mesa diretora. O tempo regimental disponível para cada fala de defesa ou contrária era de três minutos, mas em muitos momentos não foi seguido pelos participantes.

Após os destaques, as propostas eram votadas separadamente por diretriz e nível de competência, seguindo a ordem em que elas estavam dispostas no relatório. Essa dinâmica de votação também esteve presente nas outras conferências analisadas. Só podiam votar os delegados credenciados e que portassem os chachás, uma vez que as votações eram realizadas através desse instrumento. De uma forma geral, o processo é aferido por contraste sem a contagem de crachás. Assim como nas demais etapas, na CMS também não houve contagem dos votos.

O último momento da plenária final foi a eleição de delegados para a VII Conferência Estadual de Saúde. O processo de seleção desses representantes foi realizado por segmento, sendo realizadas três plenárias coordenadas por membros e/ou alguns funcionários do CMS-BH. O atraso para o início da plenária final afetou também a eleição de delegados, pois um número considerável de participantes já havia ido embora.

5 RESOLUÇÕES DAS CONFERÊNCIAS DISTRITAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE

Em relação às resoluções produzidas, a pesquisa analisou, comparativamente para as CDS e a CMS em Belo Horizonte,¹⁷ *i*) o número total de propostas aprovadas em cada encontro, *ii*) o número e a proporção de deliberações de competência de cada esfera governamental (município, estado e governo federal) e *iii*) o número e a proporção de resoluções da diretriz 4: Pacto pela saúde e relação público-privado e 5: Participação da comunidade e controle social por conferência, por competência e por conteúdo da proposta.

As nove CDS em Belo Horizonte produziram 320 propostas para discussão e deliberação na CMS (tabela 9). A CDS da Pampulha foi a que mais aprovou propostas, com 68 no total, seguida da CDS Leste, com 36 resoluções. As CDS Noroeste, Norte e Venda Nova aprovaram 32 propostas cada. As demais CDS (Barreiro, Centro-Sul, Nordeste e Oeste) aprovaram as 30 propostas regimentalmente definidas. Na conferência municipal, por sua vez, foram deliberadas 87 propostas para serem encaminhadas para a CES.

TABELA 9
Total de propostas aprovadas por CDS e CMS

Conferência	Local	Total de propostas aprovadas
Distritais	Barreiro	30
	Centro-Sul	30
	Leste	36
	Nordeste	30
	Noroeste	32
	Norte	32
	Oeste	30
	Pampulha	68
	Venda Nova	32
		Total das distritais
Municipal	Belo Horizonte	87
	Total agregado	407

Fonte: Relatório final das CDS e da CMS-BH.

17. As CLS também produziram resoluções. Mas não foi possível ter acesso a todas elas. Por isto optamos por trabalhar com as resoluções das etapas distritais (9) e da municipal (1).

Das 407 propostas aprovadas nas conferências distritais e na municipal, 151 delas ou 37% são de competência do Executivo Municipal, 130 ou 32%, do governo federal e as demais 126 propostas, o que corresponde a 31% competem ao governo de Minas Gerais, conforme mostra a tabela 10. Dentre as propostas de competência do governo municipal, a CMS e a CDS da região Leste aprovaram o maior número e proporção de resoluções: 38 (43%) e 14 (39%), respectivamente. O menor número e a menor proporção de resoluções de competência do município, por sua vez, foram produzidos nas conferências do Barreiro, Centro-Sul, Nordeste e Oeste, cada qual tendo aprovado dez propostas ou 33% do total.

Essa distribuição se inverte para as propostas de competência do governo estadual. A CMS de Belo Horizonte e a da região Leste deliberaram o menor número e proporção de propostas para esse governo (24 ou 28% e 11 ou 30,5%, respectivamente), ao passo que as conferências do Barreiro, Centro-Sul, Nordeste e Oeste aprovaram o maior número e proporção: dez propostas ou 33% do total, cada.

TABELA 10

Total e proporção de propostas aprovadas por competência e por conferência

Conferência	Local	Competência		
		Municipal	Estadual	Federal
Distritais	Barreiro	10 (33%)	10 (33%)	10 (33%)
	Centro-Sul	10 (33%)	10 (33%)	10 (33%)
	Leste	14 (39%)	11 (30,5%)	11 (30,5%)
	Nordeste	10 (33%)	10 (33%)	10 (33%)
	Noroeste	12 (37,5%)	10 (31,25%)	10 (31,25%)
	Norte	12 (37,5%)	10 (31,25%)	10 (31,25%)
	Oeste	10 (33%)	10 (33%)	10 (33%)
	Pampulha	23 (34%)	21 (31%)	24 (35%)
	Venda Nova	12 (37,5%)	10 (31,25%)	10 (31,25%)
Municipal	Belo Horizonte	38 (43%)	24 (28%)	25 (29%)
	Total	151 (37%)	126 (31%)	130 (32%)

Fonte: Relatório final das CDS e da CMS-BH.

De modo semelhante, em se tratando de propostas de competência do Executivo Federal, a conferência municipal e a da região Leste também produziram o menor número e proporção de propostas para esse governo (25 ou 29% e 11 ou 30,5%), enquanto as conferências do Barreiro, Centro-Sul, Nordeste e Oeste, juntamente com

a conferência da região da Pampulha, aprovaram o maior número e proporção de resoluções de competência do governo federal – 10 ou 33%, as quatro primeiras, e 24 ou 35%, a última.

Buscando aprofundar a análise em relação ao conteúdo das propostas aprovadas nessas conferências, examinamos as resoluções da diretriz 4: pacto pela saúde e relação público-privado e da diretriz 5: participação da comunidade e controle social. As propostas aprovadas em relação à diretriz 4 correspondem a 16,5% do total de propostas aprovadas nas conferências distritais e municipal, ao passo que as propostas relativas à diretriz 5 representam 19,5% das resoluções aprovadas nesses encontros, conforme apresentado na tabela 11. Ambas as diretrizes apresentam número semelhante de propostas aprovadas nos encontros distritais, com exceção da conferência da região da Pampulha que deliberou nove propostas relativas à diretriz 4 e 15 referentes à diretriz 5, enquanto as demais aprovaram, em média, seis propostas em cada eixo. A conferência municipal produziu 14 propostas da diretriz 4 e 19 da diretriz 5, o que corresponde a 16% e 22%, respectivamente, do total de propostas aprovadas nesse encontro (tabela 11).

TABELA 11

Total de propostas da diretriz 4 e 5 aprovadas por CDS e CMS

Conferência	Local	Total de propostas diretriz 4	Total de propostas diretriz 5
Distritais	Barreiro	6	6
	Centro-Sul	6	6
	Leste	7	7
	Nordeste	6	6
	Noroeste	6	7
	Norte	6	6
	Oeste	6	6
	Pampulha	9	15
	Venda Nova	6	6
		Total das distritais	58 (16,5%)
Municipal	Belo Horizonte	14 (16%)	19 (22%)
	Total agregado	72 (16,5%)	84 (19,5%)

Fonte: Faria (2011). Observação *in loco* da XI CMS- BH.

Das 72 propostas aprovadas acerca da diretriz 4, 35% são de competência federal e 32%, de competência do governo estadual, como mostra a tabela 12. Em relação à diretriz 5, por outro lado, 42% das propostas competem ao Executivo Municipal, ao passo que somente 27% apresentam competência estadual e 31%, competência federal. Esses resultados para a diretriz 5 se assemelham aos obtidos para o total de propostas aprovadas nas cinco diretrizes que nortearam o debate nos encontros distritais e no municipal (tabela 12), uma vez que apresentam uma proporção maior de propostas de competência do governo municipal, seguida de propostas de competência do governo federal e do estadual.

TABELA 12
Total de propostas das diretrizes 4 e 5 aprovadas por CDS e CMS

Diretriz	Competência municipal	Estadual	Federal	Total
4: Pacto pela saúde e parceria público-privado	24 (33%)	23 (32%)	25 (35%)	72 (46%)
5: Participação da comunidade e controle social	35 (42%)	23 (27%)	26 (31%)	84 (54%)
Total	59 (38%)	46 (29%)	51 (33%)	156 (100%)

Fonte: Faria (2011) e CMS-BH.

No que diz respeito ao conteúdo das propostas aprovadas no âmbito dessas duas diretrizes, foram examinadas as propostas referentes à diretriz 4 – PPP – a partir de três classificações: *i*) totalmente contra a PPP; *ii*) a favor da PPP, mas com algum tipo de controle; e *iii*) totalmente a favor da PPP. Em relação à diretriz 5 foram examinadas as propostas formuladas pelos delegados das conferências para expandir e fortalecer a participação e o controle social no âmbito da política de saúde. A tabela 13 traz os resultados para o posicionamento dos delegados em relação à PPP e a tabela 14 lista as propostas e apresenta o número e a proporção das mesmas em relação à participação e ao controle social por conferência analisada.

Como pode ser observado pela tabela 13, mais de 50% das propostas aprovadas nas conferências distritais e na conferência municipal (53% e 57%, respectivamente) concordam com a existência e a implementação de PPPs, se assegurado um maior controle dos governos sobre as atividades exercidas pelo setor privado. Em segundo lugar, encontram-se as propostas cujo conteúdo é totalmente contra essas parcerias: 35% das propostas distritais e municipais propuseram que a prestação dos serviços de saúde nos municípios e no estado ficasse a cargo somente do poder público, sem nenhuma atuação direta e/ou indireta do setor privado. Por fim, somente 4% do total de propostas distritais e 3% do total geral apoiam propostas totalmente a favor das PPPs. Tais resultados

evidenciam tanto a existência de uma “cultura” generalizada em favor do SUS quanto o debate acerca validade desta diretriz, na medida em que, embora aceitando a prestação de certos serviços desse sistema pelo setor privado, os participantes o fazem com ressalvas exigindo em contrapartida maior controle pelo setor público.

TABELA 13
Posição dos delegados em relação à PPP por CDS e CMS

Conferência	Estratégias dos delegados em relação ao controle social				Total
	Formação e capacitação de atores envolvidos com política	Criação e expansão de canais de comunicação	Investimento nos espaços e instituições de participação	Divulgação e implementação das propostas aprovadas nas conferências	
Barreiro	0	0	1	0	1
Centro-Sul	0	1	0	0	1
Leste	0	0	0	0	0
Nordeste	0	0	0	0	0
Noroeste	1	0	0	0	1
Norte	0	1	0	1	2
Oeste	0	0	1	0	1
Pampulha	0	0	0	3	3
Venda Nova	1	0	0	0	1
Total parcial	2	2	2	4	10
Belo Horizonte	1	5	1	3	10
Total geral	3 (15%)	7 (35%)	3 (15%)	7 (35%)	20 (100%)

Fonte: Relatório final das CDS e da CMS-BH.

Ainda em relação aos resultados da tabela 13, cabe chamar atenção para o fato de que a posição dos delegados na conferência municipal reflete a posição dos participantes dos encontros distritais, uma vez que, em todas elas, as propostas a favor das PPPs, com controle, foram as mais aprovadas, seguidas das propostas totalmente contra e das totalmente a favor das PPPs. Essa simetria nos resultados parece resultar da representatividade assegurada pelas regras do processo de seleção dos delegados das conferências distritais para a municipal.

No que se refere às propostas dos delegados das conferências para expandir e fortalecer a participação e o controle social no âmbito da política de saúde, observa-se, de forma geral, pelas tabelas 14 e 15, que os delegados das CDS e da CMS privilegiaram a aprovação de propostas voltadas para a ampliação da participação da comunidade na política de saúde. Das 84 propostas aprovadas no âmbito da diretriz 5 nesses encontros, 57 ou 68% aproximadamente propõem estratégias para expandir a participação social na política de saúde, enquanto 20

propostas ou cerca de 24% delas versam sobre estratégias para possibilitar um maior controle social dessa política. As demais sete propostas não trataram de nenhum desses temas, embora tenham sido aprovadas na mesma diretriz 5: participação da comunidade e controle social.

TABELA 14
Posição dos delegados em relação à PPP por CDS e CMS

Conferência	Estratégias dos delegados em relação ao controle social				Total
	Formação e capacitação de atores envolvidos com política	Divulgação e conscientização por meios de comunicação	Investimento nos espaços e instituições de participação	Outras ¹	
Barreiro	1	3	0	1	5
Centro-Sul	1	1	0	1	3
Leste	4	2	0	0	6
Nordeste	2	1	1	0	4
Noroeste	1	3	1	1	6
Norte	1	2	0	1	4
Oeste	1	4	0	0	5
Pampulha	6	3	3	0	12
Venda Nova	0	1	0	2	3
Total parcial	17	20	5	6	48
Belo Horizonte	1	5	2	1	9
Total geral	18 (32%)	25 (44%)	7 (12%)	7 (12%)	57 (100%)

Fonte: Relatório final das CDS e da CMS-BH.

Nota: ¹ Foram classificadas como Outras as estratégias que apareceram somente uma vez no conjunto de propostas aprovadas no âmbito dessa diretriz e não representavam nenhuma das estratégias indicadas acima.

TABELA 15
Posição dos delegados em relação à PPP por CDS e CMS

Conferência	Estratégias dos delegados em relação ao controle social				Total
	Formação e capacitação de atores envolvidos com política	Criação e expansão de canais de comunicação	Investimento nos espaços e instituições de participação	Divulgação e implementação das propostas aprovadas nas conferências	
Barreiro	0	0	1	0	1
Centro-Sul	0	1	0	0	1
Leste	0	0	0	0	0
Nordeste	0	0	0	0	0
Noroeste	1	0	0	0	1
Norte	0	1	0	1	2
Oeste	0	0	1	0	1
Pampulha	0	0	0	3	3
Venda Nova	1	0	0	0	1
Total parcial	2	2	2	4	10
Belo Horizonte	1	5	1	3	10
Total geral	3 (15%)	7 (35%)	3 (15%)	7 (35%)	20 (100%)

Fonte: Relatório final das CDS e da CMS-BH.

Das 57 propostas aprovadas sobre participação social, 25 ou 44% delas propuseram expandir a participação a partir da divulgação e da conscientização da população por meio de canais e instrumentos de comunicação tais como rádios, canais de televisão, jornais, boletins informativos, entre outros, e 18 ou 32% das propostas sugeriram investir na capacitação e na formação dos atores envolvidos com a política de saúde a fim de torná-los multiplicadores da participação. Por fim, sete propostas, o que corresponde 12% do total, propuseram ampliar a participação por meio do fortalecimento e da expansão dos espaços e das instituições participativas, tais como os conselhos e as comissões de saúde.

Em relação às estratégias para ampliar o controle social, verifica-se, pela tabela 15, uma distribuição semelhante à observada para a participação social. Os delegados privilegiaram propostas que buscam aumentar e fortalecer o controle social a partir dos canais de comunicação – sete propostas ou 35% do total –, seguidas de propostas cuja estratégia é capacitar os atores envolvidos com essa política para exercer esse controle mais eficientemente – três propostas ou 15% do total. Além dessas, outras duas estratégias foram incluídas nas propostas dessa diretriz: a estratégia de divulgação e implementação das propostas aprovadas nas conferências, com sete propostas aprovadas ou 35% do total, e a estratégia de investimento nos espaços públicos de participação, com três propostas ou 15% do total.

Embora as conferências analisadas tenham sido realizadas em locais diferentes e com a participação de cidadãos distintos, as propostas para ampliação e fortalecimento da participação e do controle social apresentam estratégias semelhantes e que se repetem, pelo menos duas vezes, no texto das propostas aprovadas nesses encontros.

6 CONCLUSÕES

Como apontado na primeira seção deste artigo, os objetivos das conferências são, nos três níveis de competências analisados, *i*) oferecer subsídio para as conferências posteriores (distrital, municipal, estadual e nacional) por meio da participação e do debate acerca do temário proposto; e *ii*) construir alguma representatividade por meio das eleições de delegados.

É possível afirmar que a ideia de um sistema integrado de participação, representação e deliberação, proposta neste artigo, guarda bastante simetria com os objetivos supracitados, com as regras e com as práticas analisadas nas conferências de saúde realizadas no município de Belo Horizonte.

No que diz respeito às regras destas conferências, podemos afirmar que a mudança de escala impõe mudanças na quantidade e na qualidade dos regulamentos e, conseqüentemente, no nível de exigência da organização e da dinâmica destes espaços.

Isto pôde ser aferido pela observação dos quadros 1 a 3 por meio dos quais constatou-se que a mudança do nível local para o distrital e deste para o municipal gerou mudanças na presença ou não do RI e na forma, composição e na atribuição da comissão organizadora.

Com relação a dinâmica participativa e representativa foi possível observar que, enquanto no nível local a dinâmica participativa, prevalece dado que a participação é aberta a todos que quiserem participar; no nível distrital, a participação cede lugar a uma dinâmica representativa cujo número de delegados varia de acordo com os representantes eleitos ao final da etapa precedente. O critério de seleção de delegados é a eleição, que apresenta regras próprias em cada etapa: na etapa local, cada conselho local de saúde estabelece suas regras e na etapa distrital, o número de delegados é baseado na população de cada distrito sanitário. A conferência municipal apresenta um número regimentalmente definido de delegados e convidados (1.272), assim como de delegados eleitos para a etapa estadual, ou seja, 64 delegados de Belo Horizonte.

Constatou-se também que enquanto as conferências locais apresentam-se como espaços onde predomina um discurso informal, marcado pela exposição de depoimentos e de experiências pessoais acerca da vivência diária com os serviços e programas oferecidos pelo SUS no município, nas conferências distritais e na conferência municipal essa dinâmica assume novas características: a conversação cotidiana vai cedendo lugar a discursos mais estruturados, baseados em argumentos mais técnicos e politizados.

No que concerne à estrutura interna das conferências e, conseqüentemente, às instâncias onde ocorrem o debate e o processo decisório, a seção 4 deste artigo revelou

que enquanto as conferências locais podem ou não apresentar GTs e plenárias finais, dependendo do número de participantes em cada CLS, as CDS e a CMS apresentam invariavelmente grupos de trabalho e plenárias finais que, em função da quantidade de participantes, possibilitam organizar melhor os processos discursivo e decisório.

Finalmente, no que diz respeito às resoluções, as regras não determinam que os participantes das CLS produzam resoluções segundo cada nível de competência ao passo que as CDS e a CMS necessariamente têm de fazê-lo. Tal fato corrobora mais uma vez o caráter mais informal, embora não menos importante, desta etapa local, caracterizada por encontros marcados por uma conversação mais espontânea através da qual problemas e, por vezes, potencialidades do sistema de saúde começam a ser identificados.

A seção 3 deste artigo mostrou, por meio dos dados de participação e representação, aquilo que as regras já previam, ou seja, a representação só se iniciou, de fato, ao final da etapa local quando se formaram os delegados para a CDS. A partir daí, a dinâmica discursiva e decisória passou a ser centrada na figura da/o delegada/o.

À mudança no predomínio dos tipos de argumentos nestes distintos espaços segue-se a mudança das funções dos participantes que vão assumindo o papel de representantes formalmente eleitos nas diferentes etapas. Os atores são escolhidos, no primeiro momento, para representar sua base local dentro do distrito sanitário, no caso a população da sua UBS. Na etapa seguinte assumem a função de representar seu distrito sanitário no nível municipal. No terceiro momento, os atores passam por outro filtro para representarem seu município na conferência estadual de saúde.

Neste caso, chamam atenção os dados de gênero. Se, por um lado, tais dados mostraram o número alto de mulheres envolvidas no processo participativo e representativo em todos os segmentos até a CMS, na passagem da etapa municipal para a estadual esta tendência se inverte com o declínio no número de representantes mulheres no segmento usuários, embora não tenha havido mudança para os outros segmentos. Uma de nossas hipóteses para explicar tal fato é que o tempo necessário, bem como a ausência de condições materiais, influenciam na disponibilidade das mulheres deste segmento para assumirem funções representativas nos outros níveis.

Vale ressaltar também em relação à diferenciação funcional dos atores que, em nenhuma conferência local e em poucas conferências distritais observadas, representantes do segmento prestador estiveram presentes. Este dado é interessante na medida em que pode evidenciar como tais arenas não constituem espaços de participação e deliberação dos representantes deste segmento.

Observou-se também, na seção 4 deste artigo, que os instrumentos utilizados nos processos discursivos e decisórios variaram de um nível para outro. Nem todas as CLS analisadas apresentaram instrumentos como regimento interno próprio, crachás, mesa diretora, GTs, recursos multimídia e plenária final, ao passo que nas CDS analisadas, estes instrumentos estiveram mais presentes e na CMS, eles eram praticamente obrigatórios uma vez que davam suporte a uma dinâmica muito mais complexa e formalizada.

Do ponto de vista das resoluções produzidas nos níveis distrital e municipal, é possível afirmar, como retratam os dados da seção 5 deste artigo, que a mudança de escala incidiu também no número de proposições realizadas. Se nas CDS foram produzidas 320 propostas, no nível municipal foram produzidas apenas 87, seguindo uma dinâmica de racionalização do processo por meio de discussão e votação.

É interessante mencionar que o número de proposições realizadas no nível distrital não guarda relação direta com a participação e a representação ocorrida nestes distritos. Em que pese o fato de os distritos Pampulha e Leste terem sido aqueles que mais produziram propostas – 68 e 36, respectivamente – não foram as conferências que apresentaram maior participação, como atestam os dados da seção 3 deste artigo.

No que diz respeito às resoluções produzidas referentes às duas diretrizes observadas durante todo o processo, é possível afirmar, tal qual já mencionado, que se por um lado a diretriz 4 foi a que mais causou polêmica nos níveis locais e distritais, por outro ela não apresentou um número maior de resoluções. As polêmicas geradas também não redundaram em negação da PPP, mas na sua regulação. Ou seja, 54% das propostas formuladas eram a favor da PPP, mas com controle público. Trinta e cinco por cento delas eram totalmente contra e apenas 3% eram totalmente a favor. Se tais dados revelam, de alguma forma, o etos que o sistema público de saúde possui, eles também apontam para a importância do processo discursivo na formação da vontade

e da opinião desses atores na medida em que os esclarecimentos prestados e os debates realizados em torno do tema definiram e, por vezes, redefiniram as preferências dos atores, notadamente as dos usuários, nestes espaços.

Com relação à diretriz 5, a seção 5 mostrou que, dentre as diferentes propostas enfatizadas para melhorar a participação e o controle social na política de saúde, estão: *i*) a divulgação e conscientização da população através dos meios de comunicação, evidenciando o papel social destes meios e sua potencialidade para fortalecer o controle público; *ii*) a capacitação dos atores envolvidos com a política; e *iii*) a divulgação e implementação das propostas aprovadas nas conferências.

Esta última proposta mostra claramente algo que enfatizamos na introdução deste artigo: a legitimidade deste processo depende também da capacidade de transformar a dinâmica participativa, representativa e deliberativa ora analisada em leis ou políticas públicas efetivas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. C. R. de. **Repensando representação política e legitimidade democrática: entre a unidade e a pluralidade**. Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. São Paulo: Revan, FAPESP, 2000.
- AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, 2007.
- CHAMBERS, S. Deliberative democratic theory. **Annual Review of Political**, 2003.
- CORTES, S. V. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009
- DRYZEK, J. **Foundations and frontiers of deliberative governance**. Oxford: Oxford University Press, 2010.
- FARIA, C. F. **Do ideal ao real: as consequências das mudanças conceituais na teoria da democracia deliberativa**. Trabalho apresentado no 7^a Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política – ABCP. Grupo de Trabalho em Teoria Política. Recife, 2010.

_____.; 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.

_____.; PETINELLI, V.; LINS, I. L. Conferências de políticas públicas: um sistema integrado de participação e deliberação? **Revista Brasileira de Ciência Política**, 2011. No prelo.

FARIA, C. F. (Coord.). **Relatório parcial de pesquisa**. Belo Horizonte: Departamento de Ciência Política da UFMG/FAPEMIG, 2011. Mimeografado.

GOODIN, R. Sequencing deliberative moments. In: GOODIN, R. E. **Innovating democracy**. Cambridge University Press, 2008.

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

GUTMANN, A.; THOMPSON, D. **Why deliberative democracy?** Princeton University Press, 2004.

HENDRIKS, C. Integrated deliberation: civil society's dual role in deliberative democracy. **Political Studies**, v. 54, 2006.

LAVALLE, A. G.; HOUTZAGER, P.; CASTELLO, G. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 67, 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**. 2011. Mimeografado.

MENDONÇA, R. F. Representation and deliberation in civil society. **Brasilian Political Science Review**, v. 2, n. 2, 2008.

PARKINSON, J. **Deliberating in the real world**; problems of legitimacy in deliberative democracy. Oxford University Press, 2006.

POGREBINSCHI, T. **Participação como representação**: o impacto das conferências e conselhos nacionais na formulação e execução de políticas públicas. Relatório de Pesquisa. Convênio IESP-UERJ/ SNAS-SGPR. 2011. Mimeografado.

SOUZA, C. H. L. de. 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. v. 7.

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

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BELO HORIZONTE. **Regulamento da Conferência Distrital de Saúde Leste. Preparatória para a XI Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Conselho Distrital de Saúde Leste, 2011.

_____. **Regimento da XI Conferência Distrital de Saúde da Regional Nordeste.** Belo Horizonte: Conselho Distrital de Saúde Nordeste, 2011.

_____. **Regimento da XI Conferência Distrital de Saúde Norte.** Belo Horizonte: Conselho Distrital de Saúde Norte, 2011.

_____. **Regimento da XI Conferência Municipal de Saúde Etapa Distrital do Barreiro.** Belo Horizonte: Conselho Distrital de Saúde Barreiro, 2011.

_____. **Regimento Interno da 8ª Conferência Distrital de Saúde Venda Nova.** Belo Horizonte: Conselho Distrital de Saúde Venda Nova, 2011.

_____. **Regimento Interno da XI Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** Belo Horizonte, Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2011.

_____. **Regulamento da XI Conferência Distrital de Saúde da Regional Nordeste.** Belo Horizonte: Conselho Distrital de Saúde Nordeste, 2011.

_____. **Regulamento da XI Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2011.

_____. **Regulamento da XI Conferência Municipal de Saúde Etapa Distrital do Barreiro.** Belo Horizonte: Conselho Distrital de Saúde Barreiro, 2011.

MINAS GERAIS. Legislação do Sistema Único de Saúde-SUS. **Todos usam o SUS! O SUS é para todos.** 6. ed. Belo Horizonte, 2011.

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão

Cristina Celia Alcantara Possidente

Eliezer Moreira

Elisabete de Carvalho Soares

Fabiana da Silva Matos

Lucia Duarte Moreira

Luciana Nogueira Duarte

Míriam Nunes da Fonseca

Editoração

Roberto das Chagas Campos

Aeromilson Mesquita

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Carlos Henrique Santos Vianna

Maria Hosana Carneiro Cunha

Capa

Luís Cláudio Cardoso da Silva

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

Livraria do Ipea

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo.

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Tiragem: 500 exemplares

Missão do Ipea

Produzir, articular e disseminar conhecimento para aperfeiçoar as políticas públicas e contribuir para o planejamento do desenvolvimento brasileiro.

