

Introdução

atores, mecanismos e dinâmicas participativas

Soraya Vargas Côrtes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CÔRTEZ, SV., org. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 19-39. ISBN 978-85-7541-346-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO: ATORES, MECANISMOS E DINÂMICAS PARTICIPATIVAS

Soraya Vargas Côrtes

Os estudos reunidos neste livro analisam fóruns e mecanismos de participação da área da saúde no Brasil. A importância de examiná-los está diretamente relacionada à institucionalização de mecanismos participativos, ao longo das três últimas décadas, em diversos momentos do processo de planejamento e implementação de políticas públicas nas mais variadas áreas.

No final do regime militar, as pressões por mais participação afetavam todas as áreas de políticas públicas no Brasil. Ao mesmo tempo que se iniciavam reorganizações institucionais setoriais, diferentes atores políticos demandavam e propunham a democratização do sistema político. A área da saúde, em contraste com outras áreas, foi a que mais intensa e precocemente incorporou mecanismos de participação. Além disso, já no final dos anos 70, identificava-se a formação de uma comunidade de política, muito articulada, que defendia a democratização do acesso a serviços combinada à democratização da gestão em saúde. A comunidade, usualmente denominada movimento sanitário, viria a ter papel decisivo, não apenas na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também na definição do modo como a participação seria incorporada como elemento constituinte do desenho institucional do sistema. Assim, é possível afirmar que os mecanismos de participação aqui analisados resultaram de processos gerais,

transetoriais, de abertura de órgãos e instituições estatais ao escrutínio e demandas sociais, mas também, marcadamente na área da saúde, da ação de diversos atores sociais, estatais e do movimento sanitário, que reunia membros oriundos tanto da sociedade civil quanto do Estado.

Idealizadores e participantes desses mecanismos – bem como seus analistas – tinham a expectativa de que a articulação entre os gestores e burocracias governamentais, de um lado, e os interesses de trabalhadores, usuários e beneficiários de políticas públicas, de outro, afetaria positivamente a sensibilidade dos governos às demandas por democratização do acesso a serviços e bens. Esperavam também que, desse modo, as burocracias estatais viessem a se responsabilizar por suas ações, ou seja, que se tornariam politicamente *accountable* ante seus atos. No entender dos analistas, interesses tradicionalmente excluídos do processo de decisão passariam a ser considerados, e gestores de políticas públicas e burocracias governamentais seriam induzidos a tomar decisões levando em conta tais interesses. Embora houvesse discordância sobre a natureza dos interesses representados e do processo político que ocorria nesses fóruns, havia concordância sobre sua importância em países em desenvolvimento, como o Brasil, para promover a boa governança e reduzir as possibilidades de manutenção de padrões autoritários de decisão e de formas clientelistas de relação entre governos e atores sociais.

Recentemente, porém, tanto as análises acadêmicas quanto as avaliações dos atores envolvidos em tais experiências – governamentais ou da sociedade civil – têm indicado uma série de obstáculos vivenciados no cotidiano dos fóruns participativos, no sentido de atingirem os objetivos inscritos no ideário normativo que fundamentou sua implantação. De modo mais ou menos explícito, ao avaliar a natureza da participação em conselhos de saúde ou em outros mecanismos participativos, utilizaram-se como parâmetro analítico as regras legais que estabelecem que neles ‘devem’ ser tomadas as principais decisões políticas relativas à área social a que estão afetos. É possível indagar sobre a validade de utilizar como referência para análise da natureza da participação normas legais administrativas que estabelecem que eles ‘são’ os fóruns decisórios.

Dois problemas teórico-metodológicos podem ser identificados nesse tipo de abordagem. Em primeiro lugar, há o risco de se chegar sempre à conclusão de que tais mecanismos não são deliberativos, de que as deliberações ocorrem em outros espaços políticos ou, na melhor das hipóteses, de

que maior ou menor proporção das decisões acontece fora dos espaços colegiados de decisão. Esse tipo de conclusão – que se pode antecipar – não elucida o papel que conselhos ou outros mecanismos participativos estão, de fato, cumprindo no contexto das políticas públicas do país. Também não favorece o conhecimento da natureza dos processos sociais e políticos participativos que neles ocorrem. Permite apenas que se verifique, novamente, o quanto estão enraizados, na cultura política das instituições públicas brasileiras, padrões de comportamento tradicionais, clientelistas, autoritários ou mesmo patrimonialistas. Não são passíveis de contestação as fortes evidências de pesquisa que demonstram a permanência de tais padrões de decisão sobre políticas públicas. Entretanto, esse tipo de abordagem obscurece a compreensão do que mecanismos de participação institucionalizados apresentam de novidade, de mudança em relação aos padrões estruturados de relação entre Estado e sociedade civil no país.

Em segundo lugar, ao elevar uma diretriz legal administrativa ao estatuto de parâmetro metodológico, entra-se em contradição com proposições teóricas e evidências empíricas. As normas estabelecidas em lei ou por decisões administrativas em níveis federal, estadual e municipal se constituem em dispositivos normativos que evidenciam o desejo de mudança do legislador ou do formulador da norma. As regras que de fato estruturam a maneira como se estabelecem as relações sociais e o processo de decisão sobre políticas públicas em sociedades contemporâneas são constituídas por um conjunto de outros condicionantes. Existem outras influências normativas, além da legal e administrativa; há a permanência de regras tradicionais de ação e a relação entre atores e há que se considerar que os atores envolvidos refletem sobre oportunidades abertas ou caminhos fechados para a defesa de suas propostas. Além disso, as teorias do Estado podem considerar que o processo decisório ocorre de modo mais ou menos difuso ou, então, podem atribuir ao poder estatal maior ou menor autonomia ante os interesses sociais, mas não existe discordância em relação à impossibilidade de se conceber a deliberação sobre políticas como ocorrendo em um único locus. E é indiferente, no caso, que se considere deliberar no sentido de decidir ou de discutir.

O emprego de parâmetros analíticos inadequados tem levado freqüentemente à constatação de que os mecanismos participativos, especialmente os conselhos, criados desde 1990, no Brasil, não são deliberativos

e que as relações de poder em seu interior são marcadamente assimétricas. Tais conclusões pouco colaboram para elucidar o papel que esses fóruns efetivamente cumprem no contexto das políticas públicas setoriais, marcadamente na área da saúde, e qual a configuração de relações sociais que se estruturam em seu interior. Mesmo reconhecendo que eles não são 'o' lugar de deliberação, pode-se indagar em que medida e de que modo eles participam das decisões políticas setoriais e como os atores sociais e estatais se relacionam e agem no interior desses fóruns.

Os capítulos que integram este livro, os quais tentam responder a tais indagações, compartilham uma dada perspectiva teórica sobre a natureza das relações entre Estado e sociedade, que é explicitada a seguir. Inicialmente, discutem-se os conceitos de atores estatais e sociais e de mecanismos participativos. Em seguida, analisam-se os tipos de participantes – sejam eles estatais, sejam sociais – que a literatura aponta como os mais influentes no processo decisório da área de saúde. Entretanto, existem atores que não respeitam as fronteiras entre Estado e sociedade. Por isso, na seção seguinte, examinam-se as noções de comunidades de políticas (*policy communities*) agindo em contextos de redes de políticas (*policy networks*).

ATORES ESTATAIS E SOCIAIS E MECANISMOS PARTICIPATIVOS

A noção de participação não apresenta um significado único. Ao contrário, sua polissemia tem provocado um intenso debate na literatura especializada em ciência política, em movimentos sociais, em desenvolvimento e em política de saúde. Autores tentaram classificar a natureza dos processos participativos por meio de tipologias que categorizaram os tipos de envolvimento de participantes no processo de decisão política (Lee & Mills, 1985), as diferentes atitudes ou propósitos das instituições ao promover processos participativos (Ham, 1980; Paul, 1987) e os diversos graus de envolvimento dos participantes (Arnstein, 1969). As classificações admitem ser teoricamente possível a existência de um processo participativo que provoque repartição de poder. Este é o caso das noções de colaboração, de negociação e de participação, na tipologia de Lee & Mills (1985). É igualmente o caso do conceito de negociação, de acordo com a definição de Ham (1980), dos projetos ou políticas que visem ao 'empoderamento',

segundo Paul (1987), e dos três degraus finais da clássica ‘escada da participação’, construída por Arnstein (1969). Neste livro, no entanto, o termo participação é utilizado no mesmo sentido que Lee & Mills (1985) atribuem à noção de envolvimento: como um conceito genérico que deve ser qualificado para que se elucidem os diversos graus de participação.

Em contraste com a maioria dos trabalhos sobre o tema (Côrtes, 1995; Labra & Figueiredo, 2002; Raichelis, 2000; Tatagiba, 2002; Valla, 1998), aqui não se consideram os usuários, classificação adotada pela legislação,¹ como os atores cuja participação deve ser examinada.² Os estudos que compõem *Participação e Saúde no Brasil* partem do pressuposto de que o conceito de usuário de serviços, assim como o de consumidor, é inadequado para analisar as relações sociais que se estabelecem pelos mecanismos examinados. A noção é derivada do campo da economia e se refere a indivíduos que usam bens ou serviços que são oferecidos por diferentes vendedores e prestadores. Embora a relação vendedor/comprador, típica no uso da noção de consumidor, não seja sua principal característica, o conceito de usuário se refere especificamente àqueles que usam determinados serviços prestados em uma dada área territorial. O conceito pode ser útil para análises gerenciais e administrativas sobre a natureza ou as condições de oferta de determinados serviços. Pode ainda ser empregado para designar os participantes em pesquisas de opinião e ouvidorias, como ocorre no capítulo 5, na análise de mecanismos de participação individual em hospitais. No entanto, não é um instrumento analítico adequado para a compreensão de processos políticos que envolvem atores coletivos. Tampouco favorece o entendimento das relações entre Estado e sociedade, sobre as quais tem se concentrado boa parte dos estudos sobre processos participativos (Dagnino, 2002; Dagnino, Olvera & Panfichi, 2006; Lavallo, 2003; Silva, 2006). Por essas razões, utilizam-se os conceitos de atores estatais e societários ao se fazer referência àqueles que agem, em geral, representando interesses de órgãos públicos ou de governo no caso dos primeiros; ou representando interesses de coletividades ou particulares no caso dos segundos.

¹ A legislação estabelece que representantes do governo, de prestadores de serviço, de profissionais de saúde e de usuários são os participantes nos conselhos de saúde (Brasil, 1990, art. 1) e institui que metade dos conselheiros devem ser usuários (Brasil, 1990, art. 4).

² Exceção digna de nota são os estudos de Silva & Labra (2001) que utilizam, como aqui, o conceito de atores sociais.

Parte importante da literatura sobre as relações entre Estado e sociedade civil busca nas características das instituições explicações para os resultados de políticas e para a modelagem de identidades, interesses e estratégias dos grupos sociais (Amenta, 2005; Hall & Taylor, 2003; Lowndes, 2002; Schmidt, 2005). Denominados neo-institucionalistas, esses autores atribuem aos aspectos sistêmicos e estruturais do Estado e ao desenho das organizações estatais a capacidade de moldar a ação de atores sociais e individuais (Goodwin, 2001; Steinmo, 1993). Um tipo de argumentação que integra esse conjunto, usualmente identificado como neo-institucionalismo histórico (Hall & Taylor, 2003), destaca o papel de atores estatais e das relações destes com atores societais. A ação de articulações de atores estatais e societais, dependendo de sua autonomia e de suas capacidades, pode determinar os resultados das políticas (Evans, 1985; Skocpol, 1985). O neo-institucionalismo histórico pode ser considerado como uma corrente peculiar, no conjunto formado pelo neo-institucionalismo, tendo em vista a ênfase que atribui ao papel dos atores estatais e às relações entre estes e atores societais.

Uma crítica feita às demais correntes do neo-institucionalismo é a acentuada preocupação com as instituições agindo, constringendo, modelando ou induzindo a ação dos atores. Como afirmam Peters, Pierre e King (2005), a ênfase sobre a dependência de trajetória tem sido muito frutífera para explicar a persistência de determinadas políticas e fenômenos sociais, mas, para explicar mudanças políticas e trajetórias históricas institucionais de curto e médio prazos, é necessário mudar o foco do modelo analítico das estruturas para a ação, do estático para o dinâmico. Inovações institucionais, tais como conselhos de políticas públicas e orçamentos participativos, podem induzir a mudanças nas estratégias de organização e ação de atores sociais individuais e coletivos. Há, no entanto, potencialidades instituídas fora da esfera estatal, derivadas das relações que esses atores travam na esfera societal, que também influenciam decisões estratégicas. Atores societais refletem sobre as condições institucionais, sobre as possibilidades de ação, e fazem escolhas sobre as decisões mais apropriadas para a defesa de seus interesses e valores.

Assim, agrega-se à idéia de dependência de trajetória o pressuposto de que os atores, tanto estatais quanto societais, refletem e realizam escolhas, movidos por interesses, mas também por idéias e crenças por eles comparti-

lhadas (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993). Seria difícil conceber mudanças institucionais e políticas que não fossem impulsionadas por um conjunto de idéias sobre arranjos e resultados políticos desejáveis, compartilhados por atores que exercem agência dirigindo a mudança (Peters, Pierre & King, 2005).

Como Giddens (1989) argumenta, os seres humanos são agentes reflexivos. Os homens são responsáveis por suas ações, embora não possam ser responsabilizados pelas circunstâncias nas quais fazem suas escolhas. Quaisquer que sejam as circunstâncias, sempre há possibilidade de se optar entre alternativas. Saliente-se, no entanto, que o conceito de ‘escolha’, do modo como é utilizado por Giddens, sugeriria que o ator tem liberdade de opção e que não estaria fazendo suas escolhas imerso nas relações e redes sociais que ele integra (Hoggett, 2001). Hoggett sustenta que atores sociais e estatais transformam-se em agentes e elaboram reflexões sobre as circunstâncias em que se encontram e sobre as melhores estratégias de ação a serem adotadas, imersos em contextos institucionais e políticos que limitam as possibilidades de escolhas estratégicas. Eles agem constrangidos e estimulados pelas relações e redes sociais que construíram ao longo de suas trajetórias políticas.

Apesar das críticas que provocaram (Archer, 1990, 1996; Hoggett, 2001; McAnnula, 2002), análises que focalizaram a ação humana, como a de Giddens, contrastam com aquelas das vertentes do neo-institucionalismo que enfatizam, principalmente, estruturas e instituições como condicionantes da ação. A ênfase na noção de agência mostra a necessidade de se desenvolverem recursos teóricos para explicar a mudança social (Amenta, 2005).

A teoria político-institucional (Pierson, 1994; Skocpol, 1992; Weir, Orloff & Skocpol, 1988) tem respondido aos desafios que a noção de agência e a necessidade de explicação da mudança têm apresentado. Esta teoria mantém o argumento de que as instituições estatais influenciam fundamentalmente a vida política, porém está atenta para a interação entre os atores (Amenta, 2005). Esses atores – estatais ou sociais – são vistos agindo no contexto de constrangimentos institucionais, tentando influenciar políticas estatais. As investigações inspiradas nessa perspectiva procuram demonstrar a formação ou a agregação de grupos em torno de políticas; examinam a influência desses grupos na dinâmica política em torno delas e o seu curso (Amenta, 2005).

O desafio de desenvolver recursos teóricos que incorporem as noções de agência e mudança é enfrentado também pelas perspectivas institucionalista-construcionista, de Hay (1996, 2002), e estratégico-relacional, de Jessop (1990, 2001). Esses autores atribuem nítida primazia às estruturas, mas procuram oferecer uma resposta sobre como atores políticos tornam-se agentes e empreendem mudanças. Eles consideram que os atores estatais e societais agem e se relacionam em contextos que apresentam constrangimentos institucionais e que favorecem certas estratégias em detrimento de outras (McAnulla, 2002).

Para Hay (2002), a noção de agência aparece na mesma perspectiva do neo-institucionalismo histórico: atores estatais determinando os resultados das políticas, atores estatais e societais articulando-se para determinar os resultados das políticas, ação condicionada pela combinação de legados históricos e situações conjunturais. A novidade de sua abordagem é que, para explicar como agentes empreendem mudanças, a ênfase analítica principal recai nas orientações estratégicas desses agentes e no modo de se relacionarem entre si e com o contexto institucional em que se encontram.

Jessop (2001), de maneira similar, argumenta que os poderes e as capacidades estatais não podem ser compreendidos focalizando o Estado isoladamente. A análise deve considerar, também, o contexto estratégico relacional. Para ele, em razão de sua seletividade estrutural e de suas capacidades estratégicas específicas, o poder estatal é sempre condicional e relacional. A realização desse poder depende dos laços estruturais entre o Estado e o sistema político que o engloba, das ligações estratégicas entre administradores estatais e outras forças políticas e do emaranhado complexo de interdependências e redes sociais que ligam o Estado e o sistema político ao ambiente societal mais amplo.

Neste livro, a perspectiva neo-institucionalista é adotada no sentido de considerar que as condições institucionais constroem a ação dos atores. As instituições consideradas são as regras implícitas que regulam o funcionamento dos fóruns e mecanismos participativos que produzem os incentivos e constrangimentos à participação de atores societais. São também as regras que se constituíram na área da saúde no país que definiram o lugar desses mecanismos no contexto da política. Essas instituições alteram os modos de ação e organização de atores societais individuais e coletivos, mas são atores estatais, em relação com atores societais, que determinam

resultados de políticas, mesmo que suas ações sejam condicionadas por legados históricos institucionais e por configurações societais particulares. As relações entre atores estatais e societais tanto podem ser conflitantes como também vir a se configurar mediante alianças entre aqueles que compartilham valores e concepções sobre quais devem ser os resultados de políticas. As articulações de atores, constituídas desse modo, têm como uma de suas características não serem limitadas pelas fronteiras entre Estado e sociedade.

Assim, é o conjunto formado pelo neo-institucionalismo histórico e as vertentes analíticas político-institucional, construcionista e estratégico-relacional que oferece os recursos analíticos que permitem aos estudos aqui apresentados focalizarem as redes de relações entre atores societais e entre estes e atores estatais. Atores estatais favorecem a agregação de grupos em torno de políticas, influenciando o processo político ao redor delas e seus resultados. Atores estatais e societais se defrontam com condições que constroem e que favorecem suas ações e constroem suas estratégias com base em um número limitado de possibilidades. Identidades políticas são formadas, entre eles, na defesa de determinadas questões e interesses à medida que selecionam atores parceiros que ofereçam suporte para formulação e implementação de políticas de interesse comum.

As ações de atores estatais são decisivas na definição das condições de funcionamento de mecanismos participativos, porque eles podem ser acionados para o fortalecimento político de atores societais selecionados e para reforçar relações entre estes e os atores estatais. Ao contrário, conforme as circunstâncias, a importância relativa desses mecanismos no processo decisório pode ser reduzida, por meio de restrições orçamentárias ou da interposição de obstáculos para o seu pleno funcionamento. Assim, a configuração das relações entre atores estatais e societais define, em grande parte, os papéis institucionais que os mecanismos participativos aqui examinados podem ter no contexto da política de saúde ou das organizações, no caso dos hospitais, a que estão afetos.

A noção de configuração empregada é definida como redes interdependentes de seres humanos, com relações de poder assimétricas estruturadas e mutantes (Bergh, 1971). O conceito é relevante para os estudos deste livro porque, como Elias (1993) o propôs, ressalta a interdependência dos atores, sejam eles indivíduos, sejam grupos, em

vez de salientar os antagonismos entre indivíduo e sociedade e entre grupos e instituições, como é prática recorrente nas análises entre Estado e sociedade.

Destaque-se ainda o valor heurístico do conceito para a “sociologia da emergência institucional” (Brandtstädter, 2000: 23). Os mecanismos de participação aqui examinados são novidades institucionais que, aos poucos, se consolidam como espaços nos quais se configuram e reconfiguram relações de poder existentes nas redes de interdependências sociais. Como afirma Brandtstädter (2000), a teoria de Elias ajuda a enxergar, no uso de uma abordagem diferente sobre as relações entre Estado e sociedade, a emergência de instituições, pois para a abordagem processual a sociedade está sempre ‘se fazendo’, mudando, ainda que de forma incremental. Não há, para ele, dicotomia entre Estado e sociedade; ambos estão implicados em uma configuração social de poder que é recriada e reformatada em contextos competitivos mutantes.

TIPOS DE PARTICIPANTES: ATORES GOVERNAMENTAIS, SOCIAIS E DE MERCADO E SEUS REPRESENTANTES

Em um nível de análise mais detalhado e próximo dos objetos empíricos examinados, na maior parte do tempo os atores estatais foram tratados como governamentais. O conceito de atores estatais abarca tanto indivíduos que ocupam cargos de direção em órgãos do Executivo ou em organizações governamentais como aqueles que estão vinculados a órgãos de outros poderes. Embora, dependendo do conceito de Estado adotado, a ação estatal possa ocorrer fora do Estado formalmente constituído (Gramsci, 2004; Bourdieu, 1994), os atores estatais enfocados nesta obra são estritamente governamentais. Eles são representantes da gestão em saúde de nível federal, estadual ou municipal ou de órgãos públicos, dos três poderes, que não atuam diretamente na área da saúde.

O conceito de atores societais também é muito amplo para expressar diferenças essenciais entre dois tipos de atores: os sociais e os de mercado. Enquanto os primeiros estão associados ao conceito de sociedade civil, os segundos estão relacionados com a noção de economia de mercado. Diversos autores têm enfatizado os limites teóricos do conceito de sociedade civil para análise das relações entre Estado e sociedade (Baker, 2000; Bonfim &

Fernandes, 2004; Edwards & Foley, 1998; Lavalle, 2003; Pinto, 2004; Silva, 2004). Lavalle (2003), Silva (2004) e Pinto (2004) criticam tanto a positividade atribuída ao conceito de sociedade civil, vista como portadora de interesses gerais universais, quanto a negatividade conferida às instituições políticas, por agirem de acordo com interesses corporativos e particularistas.

Sem assumir a carga normativa aferida ao conceito, considera-se aqui que a sociedade civil e seus atores seriam diferentes do Estado e do mercado, e de seus atores. Os atores estatais e de mercado seriam compelidos a agir em ambientes regidos pelo poder e pelo dinheiro, enquanto o mesmo não aconteceria com os atores sociais. Segundo Cohen (2003: 427), os atores sociais não visam a tomar o poder do Estado ou organizar a produção, mas, sim, a “exercer influência por meio da participação em associações e movimentos democráticos”. Atores de mercado buscam controlar e administrar a produção, maximizar seus lucros no ambiente de trocas mercantis. Os decisores econômicos, por mais que discutam problemas como os impactos sociais ou ambientais de ações empresariais ou decisões estatais, não podem se furtar dos imperativos da produtividade e do lucro. O sentido principal de suas ações políticas seria guiado por tais imperativos.

Tendo em vista os casos empíricos examinados e a literatura sobre grupos sociais mais influentes na área da saúde (Carapinheiro, 1998; Freidson, 1998; Lee & Mills, 1985; Marmor, 1983; Walt, 1994;), os atores sociais foram classificados nas seguintes categorias: profissionais e trabalhadores de saúde; trabalhadores, não especificamente da área da saúde; associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs); entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências; e igrejas. Levando em conta os mesmos critérios, os atores de mercado foram subdivididos em prestadores privados de serviços de saúde, envolvidos na provisão de serviços (diretamente ou na oferta de seguros de saúde) ou como empresários, com interesses não diretamente vinculados à área da saúde.

Os conselhos e parte dos mecanismos de participação encontrados nos hospitais não estavam abertos à participação direta de indivíduos, mas sim a representantes de organizações que puderam ser classificadas nas categorias aqui listadas. Alguns analistas têm questionado a legitimidade de representantes que integram fóruns participativos institucionalizados (Fiorina, 1999; Pinto, 2004; Skocpol, 1999). Na visão desses autores, somente

teriam acesso à participação os grupos sociais que dispõem de maiores recursos econômicos e de poder; os ‘excluídos’ continuariam à margem desses processos participativos. Mesmo reconhecendo que as críticas são procedentes, os textos reunidos neste livro partem do pressuposto de que a representação que ali se exerce é uma ação política ‘substantiva’. A noção se baseia na idéia de agir por outro, não no “sentido meramente formal de que ela/e tenha sido autorizado ou vá ser considerado responsável, mas considerando a substância real por trás da formalidade: a atividade de representar” (Pitkin, 1969: 14).

Tal visão permite a distinção entre posição formal ou legal da pessoa e daqueles que ela realmente representa, em termos de ações. Assim, por exemplo, é possível dizer que um determinado indivíduo representa os interesses de portadores de patologias ou de profissionais e trabalhadores da saúde. Mais importante que a autorização formal ou que a responsabilização, ou que examinar se o representante simboliza ou se parece com o representado, é verificar se a substância de sua atividade é identificada com esses interesses (Pitkin, 1969). No mesmo sentido, baseada nos trabalhos de Pitkin (1969) e Manin (1997), Urbinati (2006: 191-192) argumenta que “a representação política é um processo circular (susceptível ao atrito) entre as instituições estatais e as práticas sociais”.

No campo da saúde, a crítica à falta de legitimidade de representantes em fóruns participativos – apontados como mais educados e com níveis de escolaridade e socioeconômico superiores aos de seus representados – levou à busca por um modelo de representação que espelhasse, descrevesse os representados. Um exemplo clássico desse tipo de iniciativa ocorreu nos Estados Unidos, nas Agências do Sistema de Saúde (Health System Agencies – HSA). As HSA, com participação dominante de usuários de serviços, foram criadas em 1974. Sua composição deveria obrigatoriamente espelhar descritivamente todos os grupos sociais e demográficos da comunidade. Esse modo de seleção de representantes redundou em problemas. Primeiro, constatou-se que era impossível ‘espelhar’ uma população inteira, pois a variedade potencial de grupos de interesses é infinita (Wainwright, 1992). Segundo, em vez de refletir os interesses e as opiniões de uma dada população, tais representantes refletiam apenas suas características demográficas (Marmor, 1983). Terceiro, nem todas as características podiam estar representadas. Sentimentos e opiniões discriminatórias de cunho racista ou sexista, embora

presentes, não deveriam ser aceitos (Marmor, 1983). O quarto problema é que esse tipo de representação torna a consulta aos representados desnecessária, pois a ênfase é depositada na ampla representação, e não na responsabilidade do representante ante os representados (Marmor, 1983).

O desenho institucional de mecanismos participativos seria mais eficaz se fosse reduzida a preocupação com a semelhança demográfica da representação, que supostamente garantiria visão política similar. A atenção deveria ser concentrada na representação de interesses ou na capacidade de apresentação de idéias e valores. Assim, a “efetividade dos representantes é crucial para a representação substantiva. Um orador eloqüente ou um operador político habilidoso pode oferecer melhor representação substantiva que outro com um conhecimento igual dos interesses dos representados, mas desprovido das mesmas habilidades” (Marmor, 1983: 82).

Mesmo que os representantes tenham melhor condição social que a média dos representados, sua capacidade representativa, ou mesmo a sua liderança, é o que os legitima pela noção de ‘bases’ representadas. A representação substantiva introduz a noção de que as bases devem escolher seus representantes, os quais terão de ser responsáveis por seus atos políticos e poderão ser substituídos se não perseguirem apropriadamente os objetivos que os representados percebem como de seu interesse.

No caso dos mecanismos de participação em foco, a escolha pelas bases geralmente não ocorre. No entanto, as organizações que indicam os representantes, em geral, são presididas por diretorias compostas por membros eleitos. Os representantes nos conselhos, tanto os indivíduos quanto as entidades, são substituídos freqüentemente. Estudos têm mostrado, entretanto, que certos indivíduos permanecem durante muito tempo como conselheiros (Côrtés, 1995; Tatagiba, 2002). Mas sua permanência chama a atenção exatamente porque transgride as normas que regulam a composição dos fóruns, as quais apresentam dispositivos que prevêm a substituição de representantes e de entidades representadas. Saliente-se, porém, que não são as bases que os substituem, como no caso de membros dos parlamentos. A substituição fica a cargo ou da entidade representada, que indica outro membro para representá-la, ou do próprio fórum, que pode modificar sua composição.

Mesmo levando em conta essas peculiaridades, utiliza-se aqui o conceito de representação na acepção de ‘representação substantiva’, pois o que

importa, ao se analisar a participação de representantes nos mecanismos analisados, é a substância real subjacente à formalidade: a atividade de representar. Assume-se, portanto, que, mesmo que de forma parcial, os representantes agem nesses fóruns e na arena decisória da saúde de acordo com as idéias dos representados.

REDES DE POLÍTICAS E COMUNIDADES POLÍTICAS

Existem atores, no entanto, cuja natureza não permite a formalização da atividade de representação e cuja posição no contexto da política não pode ser determinada em relação ao Estado, ao mercado ou à sociedade civil. Segundo Hecló (1978), esse seria o caso das comunidades de políticas (*policy communities*) que agem em contextos de redes de políticas. As comunidades constituem-se a partir de suas relações com outros atores no interior de redes existentes em áreas específicas de políticas públicas. Elas se tornaram importantes na medida em que as decisões políticas no setor público dependem, cada vez mais, de um aparato estatal profissionalizado que formula políticas setoriais substantivas. Citando Larsons (1977), Dunleavy (1981: 7) usa o conceito de “corporativismo ideológico” para explicar o papel de comunidades profissionais em organizações estatais modernas. A característica central dessas comunidades seria a efetiva integração de diferentes organizações ou instituições em um nível substantivo de decisão política, por meio da aceitação ou dominância, através de setores e instituições, de uma visão de mundo.

O conceito de comunidade de política (Hecló, 1978) é uma tentativa de categorizar a crescente complexidade e especificidade das áreas de políticas públicas que demandam a *expertise* de especialistas (Marshall, 1988). O conceito de redes de políticas é um meio de designar a relação entre grupos de interesse, especialistas e o governo ou seções do governo. As redes envolvem uma grande variedade de atores movendo-se para dentro e para fora das arenas políticas, com visões diferentes sobre quais deveriam ser os resultados das políticas. Elas pressupõem a existência de uma grande variedade de centros de decisão política (Smith, 1991).

A noção de comunidade de política, em contraste, refere-se a um número limitado e relativamente estável de membros que dividem os mesmos valores e visão sobre quais deveriam ser os resultados da política setorial. As decisões são tomadas dentro dessas comunidades, em processos fechados

para outras comunidades e para o público em geral (Rodes, 1986). Comunidades de políticas participam das redes de políticas, tentando afetar processos decisórios que se tornaram muito segmentados, na medida em que as políticas são elaboradas por uma miríade de organizações interconectadas e interpenetradas (Jordan & Richardson, 1979). Essas comunidades têm substituído o centro que se desintegra – os congressos e a direção dos ministérios – como fonte substancial de decisões.

Na área da saúde, comunidades e redes de políticas incluem indivíduos de várias instituições, áreas de conhecimento ou profissões. Eles podem trabalhar na prestação de serviços, liderar organizações da sociedade civil, atuar como pesquisadores e acadêmicos ou como gestores. Redes de políticas são “formadas pela confluência e superposição conflituosa de comunidades de políticas existentes dentro e fora do Governo” (Walt, 1994: 110-111). As redes de política na área da saúde, em um dado período, são arenas formadas pelas relações complexas que se estabelecem entre companhias farmacêuticas, profissionais, prestadores privados de serviços hospitalares, associações de portadores de patologias, dentre outros grupos de interesse, e comunidades de políticas, que têm membros dentro e fora do governo.

As comunidades de políticas participam dessa arena em rede tentando influenciar a formulação de políticas e seus resultados. Podem existir diferenças dentro da comunidade, especialmente relacionadas a questões administrativas (Dunleavy, 1981), as quais tendem a se transformar em clivagens partidárias, ou entre facções de partidos. Esse processo é mais acentuado em sistemas políticos como o brasileiro, no qual vários partidos competem sem a clara predominância de nenhum. No entanto, a unidade da comunidade mantém-se enquanto houver consenso político e ideológico em torno de uma determinada visão sobre a explicação para os principais problemas da área em que atua e, principalmente, sobre um conjunto básico e essencial de propostas.

As noções de comunidade e rede de política (Hecló, 1978; Jordan & Richardson, 1979; Rodes, 1986) buscam entender como se processam as decisões nas diversas áreas de políticas públicas e nos centros decisórios gerais dos governos. Como afirmam True, Jones e Baumgartner, elas podem ser denominadas “como triângulos de ferro, nichos temáticos, subsistemas políticos, redes temáticas”, mas “qualquer que seja a denominação adotada, ela se refere a uma comunidade de especialistas operando fora do processo político visível, em contextos nos quais a maior parte das questões de

cada política setorial específica é tratada no interior de uma comunidade de *experts*” (True, Jones & Baumgartner, 2007: 157, 158).

Na área da saúde no Brasil, desde 1970 podem ser identificadas duas comunidades de políticas exercendo forte influência sobre o processo de decisão política federal (Paim, 1989; Teixeira, 1989). Nos anos 70, a mais influente era formada por dirigentes públicos – do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), depois do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e do Ministério da Saúde – que tinham conexões com a indústria farmacêutica, com entidades de prestadores privados de serviços, empresas de medicina de grupo e organizações de profissionais de saúde, particularmente da área médica, por meio do Conselho Federal de Medicina, conselhos, associações e sindicatos médicos estaduais. Essa articulação política determinou a consolidação e a expansão de um modelo de organização de serviços de saúde cuja característica central era a provisão privada oferecida nos centros urbanos, financiada com recursos da previdência social, controlada por mecanismos frágeis de regulação.

Durante as décadas de 1980 e 1990, a predominância dessa comunidade de política foi desafiada por uma comunidade que propunha a reforma do modelo consolidado na década anterior. A última era formada por acadêmicos, pesquisadores, sindicatos de profissionais e trabalhadores de saúde e por lideranças de movimentos sociais e ficou conhecida como ‘movimento sanitário’. Ela criticava a organização do sistema de saúde brasileiro então vigente, e suas propostas eram inspiradas nos princípios defendidos na Declaração dos Cuidados Primários de Saúde e nos modelos inglês e cubano de atenção à saúde. Sua crescente influência resultava, em parte, da democratização em curso no país. Ela pode ser vista também como expressão da complexificação da sociedade brasileira que favorecia a formação de atores coletivos – que podiam se manifestar cada vez mais livremente – pressionando o governo a atender às suas demandas. A crescente influência dessa comunidade sobre o governo federal está relacionada também à crise econômica profunda que o país enfrentava durante os anos 80, que limitava drasticamente a capacidade de realizar gastos públicos, tornando bem-vindas políticas racionalizadoras, como as que os reformadores propunham.

Essa comunidade defendia a construção de um sistema de saúde único, que oferecesse acesso universal à atenção integral à saúde, organizado de forma descentralizada, hierarquizada, com participação de usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço. Como será visto nos capítulos

que tratam do Conselho Nacional de Saúde, nos últimos anos alterou-se a configuração das relações sociais que constituíam a rede de política da área da saúde. O movimento sanitário, comunidade reformista formada no final da década de 1970, sofreu um processo de diferenciação interna – ao menos em parte, produzido por mudanças no modo como o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a se organizar no país – que deu origem a duas novas comunidades.

Assim, os capítulos deste livro compartilham o referencial teórico-conceitual aqui apresentado. Ele é utilizado com inflexões diferentes conforme a natureza de cada caso examinado, na busca de ampliar a compreensão que temos sobre o papel que mecanismos participativos exercem na estrutura das relações sociais da área e nas instituições hospitalares estudadas. Assim todos os capítulos examinam os tipos de decisões tomadas e ações realizadas por esses mecanismos, para compreender como eles se relacionam com os diversos espaços de decisão política – sejam eles abertos, sejam fechados ao escrutínio público.

Mesmo considerando as especificidades de cada estudo, todos partem do pressuposto de que tais relações envolvem atores coletivos que, por vezes, atuam através dos limites entre Estado e sociedade, organizados em comunidades de políticas que agem em contextos de redes de políticas procurando ampliar sua influência na arena decisória da área. Por isso, buscam indicações da existência dessas comunidades e, quando as encontram, caracterizam a sua atuação no fórum examinado e na rede da política de saúde. As indicações mais expressivas da ação dessas comunidades foram encontradas na análise do Conselho Nacional de Saúde, apresentada no primeiro capítulo.

REFERÊNCIAS

AMENTA, E. State-centered and political institutional theory: retrospect and prospect. In: JANOSKI, T. et al. (Eds.) *The Handbook of Political Sociology: States, civil societies and globalization*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

ARCHER, M. Human agency and social structure: a critique of Giddens. In: CLARK, J.; MODGIL, C. & MODGIL, S. (Eds.) *Anthony Giddens: consensus and controversy*. Brighton: Falmer Press, 1990.

ARCHER, M. *Realist Social Theory: the morphogenetic approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

ARNSTEIN, S. R. A ladder of citizen participation. *Journal of American Institute Planners*, 35(3): 216-224, 1969.

- BAKER, G. *Civil Society and Republican Democracy*. Paper for Political Studies Association. UK Annual Conference, Londres, 10-13 abr. 2000.
- BERGH, G. B. D. *The Structure of Development: an invitation to the sociology of Norbert Elias*. The Hague: Institute of Social Studies, 1971. (ISS Occasional Paper, 13)
- BONFIM, W. L. S. & FERNANDES, A. S. A. Teorias democráticas contemporâneas e o caso brasileiro pós-Constituição de 1988. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 28, ST23, 2004, Caxambu. *Anais...* Caxambu, Minas Gerais: Anpocs, 2004.
- BOURDIEU, P. *Raisons Pratiques: sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil, 1994.
- BRANDTSTÄDTER, S. *Elias in China 'civilising process', kinship and customary law in the Chinese countryside*. Halle, Saale: Max Planck Institute for Social Anthropology, 2000. (Working Paper, 6)
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento, 1998.
- COHEN, J. L. Sociedade civil e globalização: repensando categorias. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 46(3): 419-459, 2003.
- CÔRTEZ, S. M. V. *User Participation and Reform of the Brazilian Health System: the case of Porto Alegre*, 1995. Tese de Doutorado, Londres: Department of Social Policy and Administration, London School of Economics and Political Science.
- DAGNINO, E. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.) *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- DAGNINO, E.; OLVERA, A. J. & PANFICHI, A. (Orgs.) *A Disputa pela Construção Democrática na América Latina*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- DUNLEAVY, P. Professions and policy change: notes towards a model of ideological corporatism. *Public Administration Bulletin*, 36: 3-16, 1981.
- EDWARDS, B. & FOLEY, M. W. Civil society and social capital beyond Putnam. *American Behavioral Scientist*, 42(1): 124-139, 1998.
- ELIAS, N. *O Processo Civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- EVANS, P. Transnational linkages and State capacities: an analysis of developing and industrial societies in the Post-World War II period. In: EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D. & SKOCPOL, T. (Eds.) *Bringing the State Back In*. Cambridge, Nova York: Cambridge University Press, 1985.
- FIORINA, M. P. A dark side of civic engagement. In: SKOCPOL, T. & FIORINA, M. P. (Eds.) *Civic Engagement in American Democracy*. Washington: Brookings, Sage, 1999.
- FREIDSON, E. *O Renascimento do Profissionalismo: teoria, profecia e política*. São Paulo: EdUSP, 1998.
- GIDDENS, A. *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

- GOODWIN, J. *No Other Way Out: States and revolutionary movements, 1945-1991*. Cambridge, Nova York: Cambridge University Press, 2001.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- HALL, P. A. & TAYLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, 58: 193-223, 2003.
- HAM, C. J. Community health council participation in NHS planning system. *Social Policy and Administration*, 14(3): 221-231, 1980.
- HAY, C. *Restating Social and Political Change*. Buckingham: Open University, 1996.
- HAY, C. *Political Analysis: an introduction*. Basingstoke: Palgrave, 2002.
- HECLO, H. Issue network and the executive establishment. In: KING, A. (Ed.) *The New American Political System*. Washington, D.C.: American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1978.
- HOGGETT, P. Agency, rationality and social policy. *Journal of Social Policy*, 30: 37-56, 2001.
- JESSOP, B. *State Theory: putting the capitalist state in its place*. Cambridge: Polity Press, 1990.
- JESSOP, B. Bringing the State back in (yet again): reviews, revisions, rejections, and redirections. *International Review of Sociology*, 11(2): 149-153, 2001.
- JORDAN, G. & RICHARDSON, J. J. *Governing Under Pressure*. Oxford: Martin Robertson, 1979.
- LABRA, M. E. & FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 537-547, 2002.
- LARSONS, M. S. *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press, 1977.
- LAVALLE, A. G. Sem pena nem glória: o debate sobre a sociedade civil nos anos 1990. *Novos Estudos Cebrap*, 66: 91-109, 2003.
- LEE, K. & MILLS, A. *Policy-Making and Planning in the Health Sector*. Londres: Croom Helm, 1985.
- LOWNDES, V. Institutionalism. In: MARSH, D. & STROKER, G. (Eds.) *Theory and Methods in Political Science*. 2. ed. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2002.
- MANIN, B. *The Principles of Representative Government*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- MARMOR, T. R. *Political Analysis and American Medical Care*. Nova York: Cambridge University Press, 1983.
- MARSHALL, N. The failure of the academic lobby: from policy community to bureaucratic management. *Politics*, 23: 67-79, nov. 1988.
- MCANNULA, S. Structure and agency. In: MARSH, D. & STROKER, G. (Eds.) *Theory and Method in Political Science*. Nova York: Palgrave, 2002.
- PAIM, J. N. S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Espaço para a Saúde*, 1: 18-24, mar. 1989.

- PAUL, S. *Community Participation in Development Projects: the World Bank experiences*. Washington: The World Bank, 1987.
- PETERS, B. G.; PIERRE, J. & KING, D. S. The politics of path dependency: political conflict in historical institutionalism. *The Journal of Politics*, 67(4): 1.275-1.300, 2005.
- PIERSON, P. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- PINTO, C. R. J. Espaços deliberativos e a questão da representação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19: 97-116, 2004.
- PITKIN, H. F. *Representation*. Nova York: Atherton Press, 1969.
- RAICHELIS, R. *Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 2000.
- RODES, R. A. W. *The National World of Local Government*. Oxford: Allen and Unwin, 1986.
- SABATIER, P. A. & JENKINS-SMITH, H. *Policy Change and Learning: an advocacy coalition approach*. Boulder, CO: Westview Press, 1993.
- SCHMIDT, V. A. Theorizing democracy in Europe: the impact of the EU on national and sectoral policy-making processes. In: EUROPEAN UNION STUDIES ASSOCIATION (EUSA). Biennial Conference, 9. Austin, Texas, 31 mar.-2 abr. 2005.
- SILVA, I. F. & LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1): 161-170, 2001.
- SILVA, M. K. Entre a norma e o factual: questões para uma análise sociológica dos processos de participação social na gestão pública. *Política e Sociedade*, 1(1): 185-200, 2004.
- SILVA, M. K. Sociedade civil e construção democrática: do maniqueísmo essencialista à abordagem relacional. *Sociologias*, 8: 156-179, 2006.
- SKOCPOL, T. Bringing the State back in: strategies of analysis in current research. In: EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D. & SKOCPOL, T. (Eds.) *Bringing the State Back In*. Cambridge, Nova York: Cambridge University Press, 1985.
- SKOCPOL, T. *Protecting Soldiers and Mothers: the political origins of social policy in the United States*. Cambridge: Belknap Press of Harvard, 1992.
- SKOCPOL, T. Associations without members: the recent transformation of American civic life. In: SKOCPOL, T. & FIORINA, M. P. (Eds.) *Civic Engagement in American Democracy*. Washington: Brookings, Sage, 1999.
- SMITH, M. M. From policy community to issue network: salmonella in eggs and the new politics of food. *Public Administration*, 69 (Summer): 235-255, 1991.
- STEINMO, S. *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge, Nova York: Cambridge University Press, 1993.
- TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.) *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

- TEIXEIRA, S. M. F. Política de saúde na transição conservadora. *Saúde em Debate*, 26: 42-53, set. 1989.
- TRUE, J. L.; JONES, B. D. & BAUMGARTNER, F. R. Punctuated-equilibrium theory: explaining stability and change in public policy making. In: SABATIER, P. A. (Ed.) *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press, 2007.
- URBINATI, N. O que torna a representação democrática? *Lua Nova*, 67: 191-228, 2006.
- VALLA, V. V. Comentários a 'Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação'. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(1): 31-32, 1998.
- WAINWRIGHT, D. *Building a Dialogue: community participation in health sector decision-making*. Bexley: Bexley Health Authority, Department of Public Health, 1992. (Mimeo.)
- WALT, G. *Health Policy: an introduction to process and power*. Londres: Zed Books, 1994.
- WEIR, M.; ORLOFF, S. & SKOCPOL, T. Introduction: understanding American social politics. In: WEIR, M.; ORLOFF, S. & SKOCPOL, T. (Eds.) *The Politics of Social Policy in the United States*. Princeton: Princeton University Press, 1988.