

## Entre Estado, sociedade e espaços deliberativos: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Natal/Brasil

Belo Costa, Thaysa Taianne

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

 thaysa\_belo15@hotmail.com

Almeida, Lindijane de Souza Bento

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte*

 almeida.lindijane@gmail.com

Documento recibido:	11 septiembre 2017
Aprobado para publicación:	11 octubre 2017

---

### Resumo

As instituições políticas brasileiras estão passando por profundas modificações desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. A redemocratização no país estimulou a emergência de novos atores na cena política, demandando a criação de novas instâncias que viessem a concretizar os princípios participativos. Dentre essas inovações, evidencia-se a criação dos conselhos gestores de políticas públicas, em que se tem a deliberação sobre as políticas públicas como principal força dos conselhos enquanto espaços potencialmente capazes de induzir à reforma democrática do Estado. Contudo, a disseminação desses espaços pelos municípios brasileiros tem revelado uma série de problemas relacionados a várias questões, dentre elas a de natureza deliberativa. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo verificar a efetividade deliberativa do conselho municipal de saúde do município de Natal/Brasil, no período compreendido entre 2014 e 2016. Para tanto, adotou-se quanto base de sustentação teórico-metodológica os modelos de análise desenvolvidos por Faria (2007) e Cunha (2007).

### Palavras - chave

Conselhos Gestores de Políticas Públicas. Participação Social. Efetividade Deliberativa. Políticas Públicas. Estado e Sociedade.

## Abstract

Brazilian political institutions have been undergoing profound changes since the promulgation of the Federal Constitution of 1988. The redemocratization process in Brazil has stimulated the emergence of new actors in the political scene, demanding the creation of new instances that would come to concretize participatory principles. Among these innovations, it is evident the creation of public policy management councils, in which the deliberation on public policies as the main force of the councils as spaces potentially capable of inducing the democratic reform of the State. However, the dissemination of these spaces by Brazilian municipalities has revealed a series of problems related to several issues, including deliberative ones. In this sense, the objective of this study is to verify the deliberative effectiveness of the municipal health council of the city of Natal / Brazil, in the period between 2014 and 2016. To that end, the analysis models developed by Faria (2007) and Cunha (2007)..

## Keywords

Public Policy Management Councils; Social Participation; Deliberative Effectiveness; Public policy; State and Society.

---

### 1. Introdução

O atual cenário de discussão sobre a democracia brasileira tem chamado atenção para exigência de um Estado e de uma sociedade capazes de incluir no debate político diversos atores e interesses que compõem tal cenário, afim de que se intensifique e aprofunde o diálogo entre diferentes saberes e experiências, na busca pela construção de um conhecimento ampliado acerca de desafios e possibilidades da participação social no processo decisório sobre as políticas públicas.

A participação política no Brasil tem experimentado um crescimento constante desde redemocratização do país (AVRITZER, 2011). Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, deu-se início uma ampla instituição de espaços de participação, a exemplo dos conselhos gestores de políticas públicas, os orçamentos participativos, fóruns, planos diretores, entre outros. Dentre esses espaços de participação, evidencia-se, aqui, a criação dos conselhos gestores, que de acordo com Tatagiba (2002, p.54) "são, portanto, espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais". Desta forma, tem-se a deliberação sobre as políticas públicas como principal força dos conselhos enquanto espaços potencialmente capazes de induzir à reforma democrática do Estado.

Nesse sentido, os conselhos gestores de políticas públicas se configuram como campo privilegiado de análise da relação entre o governo e a sociedade, e como essa relação pode ou não contribuir para o aperfeiçoamento dos governos no avanço à democratização. É evidente, no caso desses espaços, que se constituem como esforços de controle social sobre as ações governamentais, visando a maior transparência e publicização das políticas públicas, assim como a participação efetiva da sociedade civil na formulação dessas políticas.

A investigação desses espaços possibilita a análise de experiências e o exame de hipóteses que têm sido levantadas pela literatura sobre o seu potencial democratizante (DAGNINO, 2002). Como exemplo de questões pode-se ter as seguintes: até onde a perspectiva de deliberação é exercida? A formalização dessas instâncias de participação democratizou a gestão pública?

Ao longo dos últimos anos, as formas de participação que, anteriormente, se restringiam ao âmbito local, passaram a atuar no plano nacional (AVRITZER, 2011). No entanto, como destaca Avritzer (2011, p.13), se a literatura brasileira tem a seu favor as inúmeras experiências de participação no país, essa mesma literatura necessita demonstrar também “o papel das formas de participação na operacionalidade da democracia”. Para o autor, essa pode ser a origem do chamado “problema da efetividade”.

De acordo com Avritzer (2011, p. 13) são dois os principais motivos pelos quais a questão da efetividade tem atraído a atenção dos pesquisadores brasileiros: “o primeiro deles é uma crescente associação entre participação e políticas públicas, bastante específica no caso brasileiro [...] Em segundo lugar, passou a haver uma preocupação de caráter mais teórico em relação ao tema da deliberação”, contribuindo, assim, para que se trabalhasse cada vez mais com o tema da efetividade no Brasil.

A literatura acerca da democracia deliberativa tem sua origem, em grande medida, na literatura norte-americana (COHEN, 1997; BOHMAN, 1997). Como destaca Avritzer (2011), é possível afirmarmos que, baseada nessa literatura, houve uma grande ampliação dos estudos sobre participação social e deliberação no Brasil. A partir de tal literatura, colocou-se, portanto, uma questão central para o debate acerca da efetividade, qual seja o entendimento de que a participação deliberativa envolve ao menos dois momentos:

*“um primeiro momento de discussão e deliberação no interior de instituições como conselhos e OPs, em geral fortemente deliberativos, que envolve tanto atores da sociedade civil quanto atores estatais; e um segundo momento que envolve mais fortemente atores estatais, que é o da implementação destas decisões pelo Estado (AVRITZER, 2011, p. 16).*

Nesse sentido, percebe-se, portanto, que temos duas dimensões do debate sobre efetividade, isto é, por um lado, o debate sobre a efetividade deliberativa. Em outras palavras, tem-se o arcabouço tanto para análise de funcionamento e dinâmica dos processos decisórios, quanto para análise dos efeitos dessas instituições nas políticas públicas.

Em decorrência do objetivo desta pesquisa, qual seja o de verificar a efetividade deliberativa do conselho municipal de saúde de Natal/Brasil, no período compreendido entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016 para saber se de fato delibera sobre a política de saúde do município, concentraremos nossa análise no primeiro momento da efetividade. Para tanto, será utilizado aqui, o conceito de efetividade deliberativa enquanto “(...) a capacidade das instituições influenciarem, controlarem ou decidirem sobre determinada política (...)” (CUNHA, 2010, p. 98).

Para que o objetivo seja alcançado, e para que seja possível compreender a dinâmica de funcionamento, organização e composição do conselho municipal de saúde em estudo, será realizada uma análise documental que priorizará o Regimento Interno (RI) da instituição, adotando como base de sustentação teórico-metodológica para análise do desenho institucional a proposta desenvolvida por Faria (2007), que elenca um conjunto de critérios que são analisados a partir do Regimento Interno, que auxiliará a qualificar as diferenças nas regras de estruturação do conselho, tais como: a estrutura de funcionamento do conselho; a frequência de reuniões; o número de membros e a existência ou não de paridade entre eles; duração de mandato e possibilidade de

reeleição; quem é e como se elege o presidente do conselho; além de quem propõe os temas de pauta das reuniões (FARIA, 2007).

Com relação à dinâmica do processo deliberativo, serão analisadas as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias correspondentes aos anos de 2014 a 2016, mapeando as decisões desenvolvidas ao longo deste período, conforme modelo apresentado por Cunha (2007), onde é enfatizada a análise temática das atas, verificando a presença ou ausência de determinados conteúdos e a frequência com que estes aparecem.

A primeira parte abrange o referencial teórico, necessário às reflexões feitas, particularmente direcionadas a uma abordagem do processo de redemocratização do Brasil, envolvendo o conceito de democracia deliberativa e de instituições participativas no país, por meio da qual se fundamenta a discussão sobre o tema da efetividade deliberativa e dos conselhos gestores de políticas públicas. Na sequência, realiza-se uma discussão sobre o processo de descentralização político-administrativa no Brasil, assim como sobre a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde, de forma a contribuir para a análise da experiência do conselho municipal de saúde de Natal/Brasil. Em seguida são analisados o desenho institucional e o processo deliberativo do referido conselho, buscando examinar a efetividade deliberativa, conforme base de sustentação teórico-metodológica adotada.

Por último, são apresentadas algumas considerações acerca dos resultados da pesquisa realizada no conselho municipal de saúde de Natal/Brasil. Conforme o resultado das análises verifica-se que a dinâmica de funcionamento do conselho aponta sua capacidade de influenciar a produção da política pública de saúde.

## 2. Democracia e instituições participativas no Brasil

O tema da participação na gestão das políticas públicas no Brasil introduziu-se durante o período de redemocratização da sociedade brasileira, especificamente, nos anos de 1980. Surgindo em decorrência, segundo Andrade (1996), de dois fatores condicionantes, que apesar de distintos, se completam num período de intensa mobilização social: a introdução de mecanismos participativos nas exigências dos órgãos financeiros internacionais e a eclosão de movimentos sociais de natureza reivindicativa voltados para a melhoria das condições de vida nas cidades, principalmente em termos de habitação e saúde.

No Brasil, a implantação dos conselhos gestores na área da saúde foi iniciada a partir do Movimento pela Reforma Sanitária em 1990, no qual foi dada ênfase à necessidade de controle por parte da sociedade, das instâncias burocráticas que administram os recursos destinados à área. Gradualmente, a implantação desses conselhos se estendeu para as áreas da criança e do adolescente, assistência social, educação, trabalho e desenvolvimento rural.

A institucionalização da participação através dos conselhos gestores de políticas públicas passou a ser considerada pela literatura como um importante mecanismo do que se designa como democracia deliberativa. Um conceito de democracia baseada na ampliação do espaço público, com deliberações acerca das políticas públicas e a democratização do processo decisório (ANDRADE, 2009).

Deste modo, a noção de controle social está diretamente ligada à ideia de constituição de uma esfera pública democrática que viabilize o controle das ações governamentais por parte da sociedade civil, possibilitando que estes influam e decidam sobre o tipo de sociedade e ações necessárias ao bem-estar da coletividade. Pressupondo, como afirma Andrade (2009), a institucionalização de mecanismos de controle do setor público

pela sociedade, assegurando a fiscalização não somente da parte orçamentária destinada a este, mas também, a definição de prioridades e estratégias de ações no referido setor.

Certamente, muitos municípios brasileiros ainda convivem com as dificuldades impostas pela herança autoritária da nossa história política. Estudos realizados por Souza (1995), afirmam que a descentralização no Brasil implicou na delegação de responsabilidades sobre a implementação de algumas políticas, que para muitos municípios ainda não é tarefa fácil.

Segundo Arretche (1999), em concordância com o argumento, ressalta que tais casos representam uma esmagadora maioria de municípios, com pequeno porte populacional, densidade econômica pouco expressiva e significativa dependência de transferências fiscais. Essa carência de recursos financeiros, infraestruturais e humanos, reflete-se de forma dramática no funcionamento dos conselhos gestores, privados de condições mínimas para o bom desempenho de suas funções (TATAGIBA, 2002).

A efetividade deliberativa dos conselhos gestores em algumas áreas abordadas na literatura demonstra o crescente aparecimento de novos mecanismos de participação, sinalizando mudanças significativas no campo das práticas institucionais, como uma forma ampliada e pública de participação, elemento fundamental da democracia deliberativa (ANDRADE, 2009).

Nesse contexto, apesar de uma sociedade pluralista, pressupõe-se que haja cooperação entre os indivíduos e canais deliberativos institucionalizados. Assim, as decisões para serem legítimas devem refletir a vontade coletiva organizada, através da participação política em fóruns públicos de debate. Quanto a isso, a literatura afirma que:

*A democracia deliberativa se operacionaliza em instituições que articulam sociedade e Estado, onde os procedimentos possibilitam o uso do raciocínio público, da argumentação pública livre, da cooperação e da justificação das decisões por meio de razões mutuamente aceitáveis e acessíveis a todos com o estabelecimento de compromissos na solução de problemas coletivos (CUNHA, 2007, p.139).*

Portanto, como foram definidos, os conselhos gestores são espaços públicos de composição plural e paritária entre sociedade civil e Estado. Quanto à composição desses espaços, segundo Tatagiba (2002, p. 54) a pluralidade “responde pela natureza pública e democrática desses novos arranjos deliberativos” e a paridade atua como mecanismo de equilíbrio das decisões, sendo a representação governamental feita por agentes públicos e a representação da sociedade civil por conselheiros escolhidos entre os pares.

Como instâncias com capacidade deliberativa, possuem desenhos institucionais de intenção de partilha de poder entre Estado e sociedade civil na gestão das políticas públicas, nos quais a participação é associada a mecanismos de deliberação pública no interior dos conselhos, onde “as deliberações do conselho, portanto, devem influenciar as decisões políticas e o controle público sobre as ações e os recursos públicos” (CUNHA, 2007, p. 140).

A partir da análise da literatura sobre as experiências de conselhos gestores, principalmente na área social, embora a própria existência do conselho aponte para democratização da gestão, se observa que a sua disseminação pelos municípios brasileiros não implica em sucesso qualitativo no que se refere a participação social nessas instituições. A literatura revela uma série de problemas relacionados à questão da natureza deliberativa.

Dagnino (2002, p. 282), por exemplo, afirma que “o poder deliberativo previsto para os conselhos gestores com frequência se transforma na prática em função consultiva ou até mesmo legitimadora das decisões tomadas”. Ou seja, apresenta uma partilha de poder de caráter limitado, apontado como mecanismo do Estado que dificulta a democratização das decisões, como a falta de recursos e a falta de transparência. Exigindo, ainda, qualificação técnica e política, que essa participação coloca aos representantes da sociedade civil (DAGNINO, 2002).

Tatagiba (2002, p.55) em seus estudos chama atenção para a “centralidade e o protagonismo do Estado na definição das políticas e prioridades sociais”. Segundo Cunha (2009), fatores relacionados ao desenho institucional e ao processo deliberativo, como também, fatores contextuais como o perfil associativo da comunidade, a disposição dos cidadãos e suas organizações em participar, dentre outros, são apontados como diferentes influências na efetividade deliberativa do conselho, a qual é entendida como:

*A capacidade efetiva dessas instituições influenciarem, controlarem e decidirem sobre determinada política pública, expressa na institucionalização de procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as ações públicas e no controle sobre essas ações (CUNHA, 2007, p. 139).*

A partir da Constituição de 1988, a legislação brasileira preconiza que, para o recebimento de recursos destinados às áreas sociais, os municípios devem criar seus conselhos gestores, estes que passam a ser obrigatórios e legalmente indispensáveis para o repasse de recursos federais para os estados e municípios, instituindo-os como elemento central no processo de descentralização e democratização das políticas públicas. Um exemplo dessa realidade, são os conselhos de saúde, cujo desenho institucional, em termos de composição, formação e funcionamento, atrela a liberação dos recursos para o setor à existência formal dos conselhos.

Como é ressaltado por Cunha (2007), os tipos de decisões tomadas nesses espaços, em muito contribui para verificar o grau de efetividade dos conselhos, tendo em vista que podem indicar o quanto eles exercem influência na produção da política e no controle público sobre as ações governamentais. A ideia de que a proximidade entre o governo e os cidadãos aumenta o potencial de efetividade das ações governamentais, faz com que a participação vá além da construção do interesse comum, estrutura-se em métodos participativos que valorizam a pluralidade de interesses, que devem ser expressos nesses espaços públicos, através de um conjunto de regras e procedimentos democráticos, articulando participação e distribuição (CUNHA, 2007).

O reconhecimento da pluralidade e da legitimidade dessas instituições participativas é condição não apenas da convivência democrática, mas, especialmente, desses ambientes enquanto espaços de conflitos baseados na argumentação, negociação, alianças e produção de consensos (DAGNINO, 2002).

É necessário reconhecer que estes conflitos são inerentes a esse processo, assim como a democracia em si. Pois, como aponta Dagnino (2002, p.300), “a ausência de espaços desse tipo facilita a tomada de decisões e a formulação de políticas através de um exercício autoritário do poder, onde o Estado ignora e deslegitima o conflito ou o trata nos espaços privados dos gabinetes, com os que a eles tem acesso”. Ressalta-se, o que os estudos de Tatagiba (2002) demonstram, que mesmo com a criação desses espaços, ainda existem governos resistentes, de forma mais ou menos acentuada, às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de elaboração das políticas públicas.

As novas formas de gestão, que passaram a ser experimentadas com o processo de redemocratização, chamam a atenção para a relevância da abertura do espaço público à participação da sociedade civil organizada como forma de garantir mais eficiência à gestão pública, reafirmando a importância de se “pensar as experiências participativas como propostas reais de mudanças na relação Estado-sociedade, na direção da horizontalidade, da busca do entendimento e da cooperação” (ANDRADE, 2009, p. 30).

Nesse sentido, torna-se fundamental a compreensão de até onde a dinâmica real de funcionamento dos conselhos tem permitido que a participação se traduza em prática no âmbito da gestão pública, uma vez que são muitas as dificuldades para que se efetivem em experiências concretas.

### 3. Descentralização e participação social na gestão do Sistema Único de Saúde

Os movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980 foram o marco histórico da participação popular no Brasil, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, que surge na década de 80 com a crise financeira da Previdência Social e do setor saúde. As reivindicações em torno da máquina pública destacavam a necessidade de novas práticas de gestão e a defesa do direito universal à saúde. O movimento teve um momento crucial nos anos 1980, a chamada “VIII Conferência Nacional de Saúde”, ocorrida em Brasília, em 1986, com as propostas de extinção dos “Institutos de Previdência”, que eram a expressão da vigência de um direito segmentado à saúde, e o imprescindível estímulo à participação da sociedade organizada nos espaços de decisão. A ideia de um sistema unificado de saúde, descentralizado e com participação popular foi posta como uma emenda popular durante a Assembleia Nacional Constituinte e aprovada com algumas modificações propostas pelos setores conservadores da época (AVRITZER, 2008).

Nesse contexto, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, definiu-se em termos legais uma nova forma de gestão, incorporando a descentralização e a garantia constitucional da participação da população ao processo decisório. A aprovação da “Seção Saúde” (artigos 196 a 200) na Constituição Federal representou uma importante vitória dos movimentos populares da sociedade civil naquele período no qual se encontrava o país.

Conforme o art. 198 da Constituição Federal de 1988, fica instituído que:

*As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I – Descentralização, com direção única em cada esfera do governo;*

*II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, em prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III – Participação da comunidade.*

Na saúde, foi designado um novo modelo de gestão, um sistema organizado de forma descentralizada, com base municipal, mas articulado de maneira a configurar um sistema único de abrangência nacional (RÊGO, 2002). No qual, além da municipalização, que reconhece o município como o principal responsável pela saúde da sua população, transferindo para este a responsabilidade e os recursos necessários para que exerçam, entre outras, as funções de coordenação, negociação, planejamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, a Carta Federal trouxe, de forma inovadora, a participação da comunidade como um dos princípios nor-

teadores da gestão, definindo o Conselho de Saúde como instância de participação popular nas três esferas de governo.

No pós 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que somente em 1990, por meio da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), teve o seu modelo operacional regulamentado, respeitando os princípios da universalidade, equidade e integralidade. A Lei Orgânica da Saúde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços, regulação das ações e dos serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar.

Nesse sentido, a Lei 8.142/90 resgatou importantes aspectos retirados da Lei Orgânica da Saúde, dispendo em seu texto constitucional sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Assim, ficou determinado pela Lei 8.142/90 que o SUS conte com a participação do Conselho de Saúde e da Conferência de Saúde, em cada esfera do governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo.

Conforme estabelecido, o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

De acordo com a Lei 8.142/90, em seu artigo 1º, § 1º, fica instituído também a Conferência de Saúde, a qual

*§ 1º [...] reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.*

Dessa forma, a inserção da população na gestão da política de saúde significa um importante avanço, no qual, aos usuários incide o direito à deliberação sobre o planejamento, elaboração, execução e fiscalização dos serviços de saúde providos em sua localidade.

A participação popular na gestão do SUS é defendida como sendo fundamental, tanto para o Estado quanto para a sociedade. Para o primeiro, por possibilitar maior legitimidade das suas ações e serviços prestados à população, enquanto para a segunda, significa além do acompanhamento, fiscalização e controle das ações governamentais, a possibilidade de reivindicar melhorias e propor mudanças.

Segundo Arretche (1996), importante parcela das expectativas sobre a descentralização,

*está associada à noção de que uma proximidade maior entre os prestadores de serviços e usuários viabilizaria maior accountability dos governos em relação aos cidadãos e, por esta razão, maior responsiveness daqueles em relação às necessidades destes (ARRETCHE, 1996, p.14).*

Deste modo, como apontado na literatura, “a democracia não pode ser pensada a não ser na perspectiva de práticas sociais e políticas, pautadas na igualdade, no respeito ao outro e no compromisso com a sociedade” (ANDRADE, 2009, p. 141). A participação social no processo de gestão, por meio dos conselhos gestores, representa um importante passo para a transparência do planejamento e da gestão de recursos, e no caso dos conselhos de saúde, representam instâncias detentoras de um papel fundamental em todo o processo de gestão da política de saúde.

## 4. A experiência do Conselho Municipal de Saúde de Natal/Brasil

A cidade de Natal está localizada na região Nordeste do Brasil, e é a capital do estado do Rio Grande do Norte, estado que possui 167 municípios em uma área de 52.811,107 km<sup>2</sup>, como mostram dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - 2010). Segundo o Censo 2010, a população do estado é de 3.168.027 habitantes. Dentro do contexto estadual, o município de Natal é o mais populoso, com população de 803.739 habitantes.

A área da cidade constitui-se de 167,264 km<sup>2</sup>(IBGE - Censo 2010). Nesse sentido, a densidade demográfica de Natal é de 4.805,24 habitantes/km<sup>2</sup>, superior aos 59,99 habitantes/km<sup>2</sup> de densidade demográfica do Rio Grande do Norte (IBGE - Censo 2010). O município de Natal configura-se enquanto polo da Região Metropolitana existente no estado do Rio Grande do Norte (RMNatal), atualmente composta pelos municípios de Paranamirim, Macaíba, São Gonçalo do Amarante, Nísia Floresta, Ceará- Mirim, Extremoz, São José de Mipibu, Monte Alegre, Vera Cruz, Arês, Goianinha, Ielmo Marinho, Maxaranguape, além da capital, Natal. A seguir, faremos a análise do desenho institucional do conselho municipal de saúde da cidade de Natal/Brasil.

### 4.1 Desenho Institucional

O conselho municipal de saúde de Natal foi instituído pela Lei nº 4.007, 22 de julho de 1991, seguindo as determinações da Lei nº 8.142/90 que instituiu os Conselhos de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, como órgãos colegiados, em caráter permanente e deliberativo, integrantes do Sistema Único de Saúde, nas três esferas do governo.

Nos termos da Lei nº 4.007/1991, artigo 1º, fica instituído:

*O Conselho Municipal de Saúde (CMS) órgão do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da administração municipal, tem caráter permanente e deliberativo, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (NATAL, 1991).*

Nesse sentido, compete ao conselho municipal de saúde de Natal (LEI Nº 4.007/1991, art. 2º):

*I – Atuar na formulação e implementação das diretrizes da Política Municipal de Saúde emanadas da Conferência Municipal de Saúde;*

*II – Aprovar o Plano Municipal de Saúde, definindo a organização dos serviços, o relacionamento com o setor privado, contratando a programação orçamentária-financeira, entre outros aspectos, e fiscalizando sua execução;*

*III – Acompanhar e fiscalizar o funcionamento do SUS, no âmbito municipal, dentro dos limites estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde de Lei nº 8.080/90 de 19/09/90 a Lei nº 8.142/90;*

*IV – Exercer fiscalização e controle sobre o Fundo Municipal de Saúde;*

*V – Criar comissões específicas para promover estudos, recomendando diretrizes, orientações, normas gerais, às atividades de saúde de âmbito municipal.;*

*VI – Apreciar e propor iniciativas de alterações da Legislação Sanitária Municipal;*

*VII – Convocar a Conferência Municipal de Saúde definindo sua organização e normas de funcionamento.*

A partir das competências acima, verificamos ações fundamentais como, por exemplo, atuar na formulação e implementação das diretrizes da Política Municipal de Saúde, aprovar o Plano Municipal de Saúde, bem como exercer fiscalização e controle sobre o Fundo Municipal de Saúde, dentre as outras competências que caracterizam o conselho como instituição central para a política pública de saúde.

Nesse contexto, a fim de analisar a efetividade deliberativa do conselho municipal de saúde de Natal, a partir da compreensão da dinâmica de funcionamento do conselho, adotou-se como base de sustentação teórico-metodológica o modelo desenvolvido por Faria (2007), no qual elenca-se uma variedade de informações para análise do desenho institucional a partir do Regimento Interno, cuja presença ou não dessas informações ajudarão a qualificar as diferenças nas regras de estruturação do conselho, tais como:

*(1) a estrutura de funcionamento dos Conselhos; (2) a frequência das reuniões ordinárias e o local onde ocorrem; (3) o número de membros e a existência ou não de paridade entre eles; (4) o mandato e a possibilidade de reeleição dos membros; (5) como são escolhidas as entidades de origem dos conselheiros; (6) quem são e como se elegem os presidentes dos Conselhos; (7) quem propõe a pauta das reuniões do Conselho e como se chegam as decisões. (FARIA, 2007, p. 116)*

O Regimento Interno é um documento que apresenta um conjunto de regras que determinam a estrutura e a dinâmica de funcionamento de determinada instituição. No caso dos Conselhos Municipais de Saúde, segundo Faria (2007), o Regimento Interno é um instrumento normativo que ao analisar as regras permite-se aferir em que medida as regras que ordenam os conselhos propiciam ou dificultam o estabelecimento de dinâmicas mais inclusivas e democráticas, através da presença ou não dos princípios que nortearam a criação do mesmo.

Desse modo, no que se refere à estrutura de funcionamento do conselho, o conselho de Natal é composto por um Plenário, instância máxima de deliberação; uma Mesa Diretora, eleita pelo Plenário; uma Secretária Executiva; Comissões Internas Permanentes e/ou Temporárias; um Presidente e um Vice-Presidente. Percebeu-se, ainda, a previsão da existência de comissões intersetoriais, técnicas e de grupos de trabalho, que mesmo não se tratando de um ponto a ser analisado, Faria (2007, p. 117) destaca que “a inexistência de previsão dessas Comissões [temáticas] é um dado importante na medida em que são elas que exercem a função de informar os participantes acerca de temas, que, muitas vezes, lhes são desconhecidos”. Busca-se com essas comissões tornar os conselheiros mais aptos a discutirem e decidirem sobre determinados assuntos, tendo em vista que estariam melhor informados.

Quanto à frequência e os locais de reuniões, o RI estabelece que o conselho municipal de saúde reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês e, extraordinariamente, por convocação de seu presidente, por deliberação do Plenário, ou em decorrência de requerimento de um terço dos seus membros. Tanto as reuniões ordinárias quanto as reuniões extraordinárias serão abertas ao público, que terá direito a voz. Quanto aos locais de reunião, o RI estabelece que a Secretaria Municipal de Saúde de Natal, garantirá ao conselho municipal de saúde

autonomia e condições para o seu pleno e regular funcionamento, dentre as quais destaca-se dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa. Hoje, o CMS conta com espaço nas instalações da Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

No que tange ao número de membros do conselho, o RIdemonstra que, em conformidade com o Art. 3º da Lei nº 5.582, de 09 de agosto de 2004, que altera o Art. 3º da Lei 4.007, de 22 de julho de 1991, o Conselho Municipal de Saúde de Natal será composto por 20 membros titulares e seus respectivos suplentes. Quanto a representação, o CMS terá representação paritária, sendo 50% de representantes de usuários do SUS, 25% de representantes do governo e de prestadores privados e conveniados sem fins lucrativos de serviços em saúde e 25% de trabalhadores em saúde do SUS, assim distribuídos: I - Da representação governamental: a) dois representantes do Governo Municipal, sendo um do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN, e outro dos 04 (quatro) distritos sanitários do município, observando o critério de revezamento entre eles; b) um representante do Governo Estadual, da Secretaria de Estado da Saúde Pública - SESAPRN; c) um representante do Governo Federal, a ser indicado pelo Ministério da Saúde. Da representação dos prestadores de serviços: um representante da Associação dos Hospitais do Rio Grande do Norte (AHORN).

Enquanto da representação dos profissionais de saúde são: a) dois representantes do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Rio Grande do Norte; b) um representante do Sindicato dos Médicos do Estado do Rio Grande do Norte - SINMED; c) um representante do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Natal - SINSENAT; d) um representante dos sindicatos das demais categorias da saúde, devendo haver revezamento periódico entre estes.

No que diz respeito a representação dos usuários, o RI estabelece que serão: a) quatro representantes do movimento comunitário organizado, sendo 01 (um) de cada distrito sanitário; b) um representante das centrais sindicais; c) um representante do Centro de Defesa do consumidor; d) um representante de entidades pertinentes aos portadores de necessidades especiais; e) um representante de entidades pertinentes aos portadores de patologia crônica; f) um representante dos movimentos de lutas pelos direitos humanos; g) um representante das organizações não-governamentais que atuam na área de prevenção e tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida.

Rêgo (2002) acredita que a composição de um conselho está diretamente relacionada com a qualidade da participação, tendo em vista que a representatividade na composição do CMS diz respeito não somente ao seu caráter quantitativo, mas à sua capacidade de representar os reais interesses dos segmentos sociais ali envolvidos.

Passando-se para o próximo ponto a ser analisado, que diz respeito ao tempo de mandato e reeleição, os conselheiros do CMS de Natal têm dois anos de mandato e possibilidade de reeleição sucessiva por igual período, segundo o seu Regimento Interno.

Com relação à forma como são escolhidas as entidades de origem dos conselheiros, Faria (2007, p. 118) chama atenção para o fato de que a forma como essas entidades são escolhidas “revela-se um dado importante na medida em que ela informa como se constitui a representação no interior dos conselhos e a legitimidade da mesma”. Nesse contexto, o Regimento Interno informa que os representantes no CMS serão indicados por escrito, pelos seus respectivos segmentos e entidades, de acordo com seus fóruns próprios e independentes, cabendo à secretária executiva dar ciência ao Plenário na plenária subsequente ao recebimento do ofício encaminhado pelo respectivo órgão ou entidade.

Ainda de acordo com o Regimento Interno, a cada renovação de mandato, ou necessidade de substituição, recomenda-se o revezamento das entidades, mas a escolha constitui prerrogativa do movimento e/ou do conjunto das entidades envolvidas em seus fóruns.

No que se refere à determinação de quem ocupa a presidência e à forma como se escolhe o presidente, o RI estabelece que o Conselho Municipal de Saúde tenha um Presidente e um Vice-Presidente, ambos eleitos entre seus membros, por votação em Plenário. Na prática, como aponta Tatagiba (2002), em muitos casos é concebido ao presidente o privilégio de definir o que será discutido nas reuniões, estabelecendo temas prioritários para a agenda.

Por esse motivo, segundo Faria (2007), a forma como o presidente é escolhido, influi para aferir o grau de democratização das relações no interior dessas instituições, e a indicação do Secretário Municipal de Saúde para ocupar o cargo de presidência sem a realização de eleição “não só fere o princípio representativo, como indica monopólio do cargo pelo representante do governo, configurando de antemão a preponderância do governo frente aos demais segmentos que participam dos Conselhos” (FARIA, 2007, pag. 119).

No que diz respeito a quem é facultada a prerrogativa de elaborar a pauta de discussão e como se chegam às decisões do conselho, de acordo com o RI, a definição da pauta da reunião seguinte ocorrerá por meio de indicações dos conselheiros ao final de cada reunião ordinária. Com relação a essa prática, foi possível perceber, a partir da leitura das atas de reuniões ocorridas entre 2014 e 2016, que comumente ao final da ordem do dia das reuniões, tinha-se a definição em plenário sobre a pauta da reunião seguinte. Ainda, conforme o RI, as deliberações são tomadas por maioria simples dos presentes com direito a voto.

A partir das variáveis elencadas para análise do desenho institucional do conselho municipal de saúde de Natal, ressalta-se que o conselho apresenta uma estrutura institucional democrática, visto que quase todas as regras definidas como determinantes, conforme modelo desenvolvido por Faria (2007), estão presentes no Regimento Interno do CMS.

Além da análise do desenho institucional, fez-se necessário uma avaliação da capacidade de deliberação do conselho municipal de saúde de Natal, por meio do mapeamento das decisões tomadas pelo conselho no período compreendido entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016, conforme modelo teórico-metodológico desenvolvido por Cunha (2007) em estudo sobre a efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e da Criança e do Adolescente no Nordeste. De acordo com o modelo, foi dada ênfase à análise temática das atas, verificando a presença ou ausência de determinados conteúdos, a frequência com que apareciam e categorizando os tipos deliberativos registrados nas reuniões.

#### **4.2 Processo Deliberativo**

Buscou-se verificar a capacidade do conselho municipal de saúde de Natal em produzir decisões que tivessem a possibilidade de influenciar efetivamente a produção da política pública de saúde do município. Segundo Cunha (2007), a análise das atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho, além de possibilitar a melhor compreensão da dinâmica do processo deliberativo, contribui para verificarmos a efetividade deliberativa dessa instituição.

As atas de reuniões do CMS de Natal foram recolhidas in loco onde os documentos foram disponibilizados. Porém, não foi possível o acesso a todas as atas referentes aos três anos em estudo, em decorrência de algumas destas não terem sido localizadas no momento da coleta de dados. Desta forma, contabilizando as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias, foram recolhidas e analisadas um total de trinta e seis atas. Destaca-

se que, como dito anteriormente, o Regimento Interno do conselho prevê que sejam realizadas mensalmente reuniões ordinárias, portanto, pelo menos treze atas dessa natureza não foram contabilizadas e, consequentemente, não constituíram nosso universo de análise. Conforme ilustrado na tabela 1 abaixo:

**Tabela 1– Número de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Natal de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, de acordo com as atas disponibilizadas pela instituição.**

Ano	Ordinárias	Extraordinárias	Quantidade de reuniões
2014	3	1	4
2015	10	3	13
2016	10	9	19
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>36</b>

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Natal, 2017. Elaboração própria.

Após a leitura das atas de reuniões, foram observadas a presença de determinados conteúdos para que pudessem ser categorizados. Tal categorização levou em consideração as temáticas discutidas no conselho, para que assim, fossem divididas. Tem-se, portanto, quatro categorias: política de saúde, organização interna, criar comissão e conferência.

Apesar de ser uma característica de organização interna, a categoria criar comissão, será categorizada separadamente em virtude de ter sido um ponto de pauta que se repetia, representando uma ação democrática no sentido de fornecer informações que auxiliam os conselheiros na discussão sobre a política de saúde.

Nesse sentido, além da categorização por conteúdo, foi observada a frequência com que as categorias apareciam por pontos de pauta, tendo em vista que é possível conter mais de uma categoria entre os pontos de pauta de uma reunião, uma vez que, quando não se conclui algum ponto, este é tratado na reunião seguinte. Desta forma, as seguintes tabelas auxiliarão a compreensão da análise.

**Tabela 2– Frequência da categoria por todos os pontos de pauta em valores absolutos e relativos.**

Categorias	Frequência por pontos de pauta	Valores relativos
Política de Saúde	49	69,01%
Organização Interna	11	15,49%
Criar Comissão	6	8,45%
Conferência	5	7,4%
<b>Total de pontos de pauta</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Natal, 2017. Elaboração própria.

**Tabela 3– Frequência da categoria por pontos de pauta sem repetição em valores absolutos e relativos**

Categorias	Frequência por pontos de pauta sem repetição	Valores relativos
Política de Saúde	47	70,01%
Organização Interna	10	14,92%
Criar Comissão	5	7,46%
Conferência	5	7,46%
<b>Total de pautas</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Natal, 2017. Elaboração própria.

A partir das tabelas acima, observa-se que o maior número de decisões é relativo à categoria política de saúde, que abarca, dentre outras, deliberações acerca da elaboração e aprovação de projetos em todos os níveis da área da saúde, análise e aprovação dos relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), controle de prestação de contas e aplicação de recursos do Sistema Único de Saúde, além da elaboração e aprovação do Plano Municipal de Saúde. Essa categoria está presente em mais da metade dos pontos de pauta e reuniões do conselho. E, considerando os pontos sem repetição, podemos observar que a categoria se mantém predominante. Desta forma, questões relacionadas à política de saúde do município de Natal foram as principais matérias para as deliberações do conselho, o que segundo Cunha (2007), aponta para um maior grau de efetividade deliberativa, uma vez que são decisões que dizem respeito à própria política pública da qual trata o conselho. Como aponta Cunha (2007, p. 147):

*a função deliberativa dos conselhos implica que essas instituições produzam decisões sobre as políticas públicas das quais tratam, decisões antecedidas por debates públicos entre os participantes das reuniões. O tipo de decisões tomadas, portanto, em muito contribui para verificar o grau de efetividade dos conselhos, uma vez que pode indicar o quanto eles exercem influência na produção da política e no controle público sobre as ações do Estado (CUNHA, 2007, p. 147).*

No que tange aos pontos de pauta que se referem à organização interna, apesar de ter menos pontos nas pautas em relação à categoria política de saúde, se destaca por ter apresentado uma proporção de disseminação equilibrada de pontos por pauta que esteve presente, com 14,92 do total de pontos das pautas. Quanto aos assuntos, constatou-se que a maioria envolve a forma de funcionamento, suas estruturas internas e composição do conselho.

Com relação à categoria criar comissão, esta apareceu 5 vezes por pontos de pauta sem repetição, conforme quadro 1 abaixo:

**Quadro 1– Pontos de pauta da categoria criar comissão**

Ponto de pauta das reuniões	Ano
Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Conselho Municipal de Saúde	2015
Comissão Organizadora da VII Conferência Municipal de Saúde de Natal	2015
Comissão de Orçamento e Financiamento do CMS/Natal	2015
Eleição da Comissão Eleitoral CMS/Natal 2015/2016	2015
Eleição da Comissão Eleitoral para realização da eleição do Ouvidor/SUS	2016

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Natal, 2017. Elaboração própria.

Já com relação à categoria conferência, foram abarcados cinco pontos de pautas, sem repetição, em cinco reuniões diferentes. Estes pontos se referiram à elaboração da VII Conferência Municipal de Saúde de Natal realizada em 2015. Entre os instrumentos previstos na Legislação do Sistema Único de Saúde, instituem-se as Conferências de Saúde nas três esferas do governo, como espaços democráticos de participação da sociedade, que se reunirão a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Desse modo, levando em consideração as categorias, organização interna, criar comissão e conferências como tipo de deliberações que se relacionam com a política de saúde, contabiliza-se a existência de vinte pontos de pauta sem repetição, representando 29,85% do total das pautas de deliberação do conselho. Contudo, o número de decisões tomadas entre 2014 e 2016 em relação à política de saúde permanece predominantemente com o maior número de deliberações envolvendo essa categoria.

Portanto, constatou-se que no Conselho Municipal de Saúde de Natal prevaleceram, entre os anos de 2014 e 2016, debates e decisões relacionadas a questões mais propositivas quanto à política de saúde, em detrimento de questões que envolvem apenas a sua forma de funcionamento e organização interna.

## 5. Considerações finais

Como ressaltado ao longo deste trabalho, os conselhos gestores possuem grande importância na democracia brasileira, uma vez que possibilitam o estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade. Como vimos, sua criação foi o resultado de um intenso processo de efervescência dos movimentos sociais pela democratização do espaço público brasileiro. Durante o processo de redemocratização da sociedade brasileira, os conselhos gestores apareceram como elementos fundamentais de democratização das ações governamentais, porque eram vistos como os espaços onde se viabilizaria o sentido democratizante do processo descentralizador, na medida em que possibilitavam a participação da sociedade nas decisões governamentais (ALMEIDA, 2009).

Nesse sentido, a análise do desenho institucional do conselho municipal de saúde de Natal, a partir do Regimento Interno e da variedade de informações elencadas, demonstra que o conselho apresenta uma estrutura institucional democrática visto que as variáveis elegidas como determinantes estão presentes em sua maioria

no Regimento Interno. Neste contexto, o CMS de Natal demonstra possuir um formato institucional que propicia a inclusão de uma diversidade de atores, tornando a dinâmica de funcionamento mais democrática na relação entre governo e sociedade civil.

O fato é que, apesar disto, constatou-se a fragilidade do referido CMS no que diz respeito ao exercício a contento da representação política exercida neste espaço. Tal argumento se deve ao fato de terem sido identificadas vacâncias na representação dos prestadores de serviços, como também, ausência de representantes como um todo, nas reuniões do referido conselho. A ausência de conselheiros no momento de deliberação aponta para a fragilidade no funcionamento do referido conselho, tendendo-se, portanto, a inviabilizar o desempenho satisfatório do CMS Natal (SILVA SOBRINHO, 2012). Percebeu-se, por meio da análise de atas, que tal situação se tornou ponto de pauta, a fim de que fossem adotadas medidas, como comunicação as entidades representadas, e atendimento ao que se prevê no Regimento Interno do referido conselho quando constatada a ausência de conselheiros.

Quanto aos resultados obtidos na análise do processo decisório, aponta-se que conselho municipal de saúde de Natal tem vivenciado uma experiência exitosa enquanto espaço de deliberação sobre a política de saúde do município. Verificou-se, portanto, que os representantes do conselho têm dado maior atenção, tendo em vista o maior número por pontos de pauta, à política pública de saúde, indicando, de modo geral, que o conselho tem deliberado sobre a política setorial da qual trata. Deste modo, constatou-se o prevailecimento, entre os anos de 2014 e 2016, de discussões e decisões voltadas a questões voltadas à política de saúde. Destaca-se que, para estudos futuros, vale-se considerar outros aspectos relacionados ao conteúdo dos processos decisórios, como por exemplo, o que foi discutido em relação a tais categorias/como tais categorias foram discutidas/qual foi o destino de tais decisões?

Como chama atenção Dagnino (2002), não se pode acreditar que a sociedade é a “salvadora” das ações governamentais, e que a abertura dos espaços de participação por si só significa um melhor desempenho das políticas públicas. É preciso promover uma análise da qualidade dessa participação, observando se os espaços como os conselhos gestores de políticas públicas estão, de fato, desempenhando a contento o seu papel.

Nesse sentido, a capacidade de conselhos gestores produzirem um processo decisório baseado no debate e contestação de ideias depende de interações e combinações de variáveis e contextos sociopolíticos, devendo-se reconhecer, ainda, a dimensão do poder e desigualdades nesses espaços de participação (ALMEIDA; CUNHA, 2011, p. 118). Em linhas gerais, é preciso destacar a relevância desses espaços de participação para consolidação da democracia brasileira. Deve-se levar em consideração o fato de que dentre as inúmeras experiências no país, apesar de limites apontados, existem experiências exitosas. Demonstrando-se, portanto, a necessidade de se reconhecer o processo de contínua reinvenção e aprendizado da relação Estado e sociedade nos espaços institucionalizados de participação. 📍

## Referencias

- Almeida, Debora; Cunha, Eleonora. 2011. "A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação". Brasília, DF: Ipea, 109-123.
- Almeida, Lindijane. 2009. "O lugar dos Conselhos Gestores em experiências de gestão participativa no Nordeste". In: Andrade, Ilza Araújo Leão de. (Org.). Desafios da Gestão Participativa no Nordeste. Natal. Edufurn, 2009, 147 – 199.
- Andrade, Ilza A. L. 2009. "Comparando para melhor explicar: a experiência de diferentes tipos de Conselhos Gestores". In: Andrade, Ilza Araújo Leão de. (Org.). Desafios da Gestão Participativa no Nordeste. Natal. Edufurn, 115 - 143.
- Arretche, Marta T. S. 1996. "Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?" *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 31.
- \_\_\_\_\_. 1999. "Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, 111-141.
- Avritzer, Leonardo. 2007. *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte: Editora da UFMG.
- \_\_\_\_\_. 2008. "Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático". *Revista Opinião Pública*, Campinas, vol. 14, nº 1, 43 – 64.
- \_\_\_\_\_. 2011. "A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate". *Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: Estratégias de Avaliação*, p. 13.
- Bohman, James. 1997. *Deliberative democracy: Essays on reason and politics*. Cambridge MA: MIT Press.
- Cohen, Joshua. 1997. "Procedure and substance in deliberative democracy". *Deliberative democracy: Essays on reason and politics*, Cambridge MA: MIT Press.
- Côrtes, Soraya V. 2007. "Viabilizando a Participação em Conselhos de Política Pública Municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policycommunities". In Hochman, G.; Arretche, M.; Marques, E. *Políticas Públicas no Brasil*. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap. 4.
- Cunha, Eleonora. 2007. "A efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e de Criança e Adolescente no Nordeste". In: Avritzer, L. *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 135-161.
- \_\_\_\_\_. 2010. "Inclusão social e política: o desafio deliberativo dos conselhos municipais de assistência social". *A dinâmica da participação local no Brasil*. São Paulo: Cortez, 93-128.
- Dagnino, Evelina. 2002. "Sociedade Civil e espaços públicos no Brasil". In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 07-300.
- Faria, Cláudia F. 2007. "Sobre os determinantes das políticas participativas: A estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente no Nordeste". In: Avritzer, L. *A participação social no Nordeste*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 111-133.
- Rêgo, Angela. 2009. "A Experiência dos Conselhos Gestores de Saúde em Pequenos Municípios". In: Andrade, Ilza Araújo Leão de. (Org.). *Desafios da Gestão Participativa no Nordeste*. Ed. Natal: Edufurn, 147 – 199.

- Rolnik, R. 2009. "Democracia no fio da navalha: limites e possibilidades para a implementação de uma agenda de reforma urbana no Brasil". R. B. Estudos Urbanos e Regionais, v. 11, n. 2, 31-50.
- Souza, Celina. 2005. "Sistema brasileiro de governança local: inovações institucionais e sustentabilidade". In. Lubambo, Cátia Wanderley et al. (orgs.). Desenho institucional e participação política: experiências no Brasil contemporâneo. Ed. Universidade do Texas: Vozes, cap. 4.
- Tatagiba, Luciana. 2002. "Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil". In Dagnino, Evelina (Org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. Ed. São Paulo: Paz e terra, 47-103.

## Sobre las autoras/About the authors

Thaysa Taianne Belo Costa. Mestranda em Estudos Urbanos e Regionais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Lindijane de Souza Bento Almeida. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do Departamento de Políticas Públicas da UFRN. Pesquisadora do INCT-Observatório das Metrôpoles Núcleo Natal e líder do Grupo de Pesquisa Estado e Políticas Públicas da UFRN.

## URL estable documento/stable URL

<http://www.gigapp.org>

El Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas (GIGAPP) es una iniciativa impulsada por académicos, investigadores y profesores Iberoamericanos, cuyo principal propósito es contribuir al debate y la generación de nuevos conceptos, enfoques y marcos de análisis en las áreas de gobierno, gestión y políticas públicas, fomentando la creación de espacio de intercambio y colaboración permanente, y facilitando la construcción de redes y proyectos conjuntos sobre la base de actividades de docencia, investigación, asistencia técnica y extensión.

Las áreas de trabajo que constituyen los ejes principales del GIGAPP son:

1. Gobierno, instituciones y comportamiento político
2. Administración Pública
3. Políticas Públicas

### Información de Contacto

Asociación GIGAPP.

[ewp@gigapp.org](mailto:ewp@gigapp.org)

La Serie **GIGAPP Estudios Working Papers** es un espacio de divulgación científica sobre avances de investigación y estudio en materia de gobierno, administración y políticas públicas.

Su propósito principal es contribuir al intercambio y debate de ideas, servir de plataforma para el fortalecimiento de las labores de investigación aplicada en estas materias y poner al alcance de la comunidad académica, investigadores, estudiantes y público en general interesado, reflexiones y contenidos del más alto nivel con el objeto de promover nuevas miradas respecto del perfeccionamiento y mejora de nuestros sistemas políticos, gobiernos y administraciones públicas.

**GIGAPP Estudios Working Papers** (nueva serie) es una publicación de la Asociación Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas GIGAPP. (ISSN 2174-9515).

Se aceptan para evaluación trabajos inéditos en castellano, portugués e inglés.  
Envío de originales [ewp@gigapp.org](mailto:ewp@gigapp.org)

Consulte las normas para la presentación de originales en la web  
<http://www.gigapp.org/index.php/publicaciones/working-papers>



Imagen cortesía del Efrén Guerrero @auraneurotica

**GIGAPP**  
**Estudios / Working Papers**

ISSN 2174-9515