

## **ANÁLISE DOS DESDOBRAMENTOS DO CONCEITO DE PARTICIPAÇÃO DIANTE DA PRÁTICA DOS CONSELHOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, PREVIDÊNCIA SOCIAL E SAÚDE**

Márcia Maria Silva Brandão\*

*O presente trabalho é o resultado do processo de pesquisa bibliográfica e análise do processo de participação e deliberação nos Conselhos de Assistência Social, Saúde e Previdência Social. O objetivo central deste estudo é discutir o significado e a importância desses canais participatórios e da dinâmica de deliberação deles e refletir sobre a importância do papel dos Conselhos para as políticas públicas. Para atingir a finalidade proposta, num primeiro momento foram realizadas pesquisas bibliográficas e um estudo a partir de autores especialistas no assunto. Conclui-se que o trabalho propiciou conhecer o contexto dos três Conselhos e suas especificidades, além de constatar diferenças quanto ao funcionamento, à participação e à deliberação desses. Também, apreende-se que quanto mais qualificada a participação dos atores envolvidos e politicamente comprometidos com a transparência e a publicização mais visibilidade terá o exercício do controle público e mais ampliado será o espaço público.*

45

**Palavras-chave:** *Conselhos de Assistência Social. Saúde e Previdência Social. Participação e Deliberação.*

---

\* Bacharel em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC MINAS. Especialista em Sistema de Proteção Social no Brasil: Seguridade Social e Trabalho pelo Instituto de Educação Continuada – IEC da PUC-MINAS. Pós-graduanda em Gestão Pública pela Faculdade de Políticas Públicas da Universidade do Estado de Minas Gerais – FaPP/UEMG. Analista de Políticas Públicas. Assistente Social no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte – CMDCA/BH.

## **ANÁLISIS DE LOS DESDOBLAMIENTOS DEL CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DE LA PRÁCTICA DE LOS CONSEJOS DE ASISTENCIA SOCIAL, PREVIDENCIA SOCIAL Y SALUD**

### **RESUMEN**

*Este trabajo es el resultado de la labor de investigación bibliográfica y análisis del proceso de participación y deliberación en los Consejos de Asistencia Social, Salud y Previdencia Social. El objetivo principal de este estudio es el de discutir sobre el significado y la importancia de esos canales de participación y sobre la dinámica de deliberación de ellos, y reflexionar además sobre la importancia del papel de los Consejos para las políticas públicas. Para alcanzar la finalidad propuesta, inicialmente fueron realizadas investigaciones bibliográficas así como un estudio a partir de autores especialistas en el asunto. Se llegó a la conclusión que el trabajo facilitó conocer el contexto de los tres Consejos y sus características propias, además de constatar diferencias en cuanto al funcionamiento, a la participación y a la deliberación de ellos. También se aprende que cuanto más cualificada, la participación de los actores envueltos y políticamente comprometidos con la transparencia y la divulgación, más visibilidad tendrá el ejercicio del control público y más ampliado será el espacio público*

**Palabras-clave:** *Consejos de Asistencia Social. Salud Y Previdencia Social. Participación y Deliberación.*

## **AN UNFOLDING ANALYSIS OF THE CONCEPT OF PARTICIPATION WITHIN THE PRACTICE OF SOCIAL ASSISTANCE, WELFARE AND HEALTH COUNCILS**

### **ABSTRACT**

*This paper is the result of a research on literature review and analysis of the participation and deliberation process in the Social Assistance, Health and Welfare Councils. It aims at discussing the meaning and importance of those participatory channels and the dynamics of their deliberation as well as reflecting on the importance of those Councils' role on public policies. To begin with, some literature review was made and a study about the experts on the theme. To conclude, the paper made it possible to know the context of those three Councils and their specificities as well as to show the differences in their operation, participation and deliberation. It was also possible to observe that the more skillful and politically committed with transparency and publicization the authors are the more visibility the public control exercise will be and the public space will be expanded as consequence.*

47

**Palavras-chave:** *Social Assistance Councils. Health and welfare. Participation and deliberation.*

### **1 INTRODUÇÃO**

Para uma melhor apreensão do assunto, este trabalho foi dividido em quatro partes: a primeira introduz o assunto e faz menção aos pontos principais desenvolvidos neste estudo; a segunda parte centra-se nos fundamentos do processo histórico de construção dos canais participatórios. A terceira parte constitui-se na abordagem do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, Conselho Nacional de Saúde - CNS e Conselho Nacional de Previdência Social - CNPS na perspectiva da participação e deliberação. No último momento, o

estudo se orienta por meio das considerações finais que apresentam os aspectos analisados ao longo do processo de trabalho. Subjacente à análise, pontuam-se as respostas obtidas de acordo com a proposta empreendida, subsidiada na literatura consultada.

Dessa forma, deve ser reafirmado que as declarações presentes neste trabalho são fruto de um processo de maturação pessoal, intelectual e profissional, da recorrência a fontes bibliográficas originais, e, sobretudo, do empenho em compreender, o mais fielmente possível, o processo de controle público, participação e deliberação nos conselhos aqui elencados, a fim de possibilitar uma melhor apreensão do assunto. O presente estudo não está acabado, é um processo que motiva a novos desafios, a construção e aprofundamento das questões. É apenas o início de outras interlocuções.

## **2 BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DOS CANAIS PARTICIPATÓRIOS NO BRASIL**

48

O *Welfare State*, Estado de Proteção Social, é um fenômeno histórico que se consolidou no período após a Segunda Guerra Mundial, de caráter normativo e intervencionista e permitiu a legitimação da política social e a possibilidade de materialização dos direitos sociais de cidadania. Dentre os sistemas de proteção social, destacam-se o modelo bismarckiano, de caráter seletivo e corporativista, e o beveridgiano, que visava ser um sistema universal, assistencial e de responsabilidade do Estado.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 possibilitou a institucionalização do conceito de Seguridade Social com o objetivo de universalizar a cobertura dos programas e serviços sociais, além de implementar um novo significado para a Seguridade Social. Esse modelo se estruturou a partir de três pilares: a Previdência Social, a Saúde e Assistência Social. Portanto, o processo de redemocratização do Brasil dos anos 1980 fez possível o desenvolvimento de uma

democracia participativa muito afeta à criação dos conselhos que oportunamente seriam responsáveis pela elaboração das políticas públicas sociais.

O desenvolvimento histórico dos conselhos nas políticas públicas no Brasil deve ser entendido como um movimento de lutas cotidianas. Para a sua materialização, precisa ser analisado num processo amplo e articulado à dimensão do lugar da “participação”.

De acordo com Cortes (2002), alguns teóricos têm corroborado como “participantes” em potencial, a comunidade, o consumidor, as classes populares, o cidadão e o usuário. Ela esclarece que, definir participante, advém fundamentalmente da orientação política e ideológica daquele que o aplicar. Contudo, a autora identifica que o conceito de participação de usuários faz menção às pessoas que usam determinados serviços em dada região territorial.

Apesar de ser similar ao de participação do consumidor, tal termo não se reduz à perspectiva mercantil, visto que se incorpora à noção de direito social. Pontua que a literatura utiliza distintas perspectivas ou nuances do que poderia ser compreendido como participação. Dessa forma, o envolvimento daqueles que participam poderá ser caracterizado como manipulação, consulta, negociação ou participação, sendo esta última quando o indivíduo faz parte do processo decisório da política.

49

Na maioria dos países em desenvolvimento, grande parcela da população não era organizada de forma a sustentar atividades políticas e os interesses sociais eram representados por meio de processos informais. Segundo Cortes (2002), no Brasil, até a década de 1970, houve mecanismos participatórios institucionalizados exclusivamente no campo previdenciário. As ações da Política da Previdência Social eram ministradas apenas aos trabalhadores inseridos no mercado, pois estes pagavam as contribuições.

Contudo, a partir de 1974 foram realizadas ações para promover o envolvimento da “comunidade” no setor da saúde. Tais medidas foram implementadas inicialmente na saúde pública por meio de serviços destinados à população excluída do acesso aos serviços previdenciários.

Segundo Cortes (2002), até a década de 1970, apenas na previdência social havia mecanismos participatórios institucionalizados. Já na emergência da previdência social, em 1923, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões, acontecia a eleição de representantes dos trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios dessas instituições. As caixas eram organizadas por empresas, como sociedades civis, nas quais a única participação estatal se dava por meio da normatização de seu funcionamento feito mediante lei federal, aprovada pelo Congresso Nacional. Estas intuições atendiam aos marítimos e ferroviários e suas famílias, oferecendo aposentadorias, pensões e pecúlios e assistência ambulatorial e hospitalar em caso de cirurgia. Conforme trecho abaixo:

50

Desde o início da previdência social brasileira, através da criação, em 1923, das Caixas de Aposentadorias e Pensões, havia eleição de representantes dos trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios dessas instituições. As caixas eram organizadas por empresas, como sociedades civis, nas quais a única participação estatal dava-se por meio da normatização de seu funcionamento feita através de lei federal, aprovada pelo Congresso Nacional. A participação de representantes de trabalhadores ocorria em seu principal órgão diretivo, o qual era composto por três membros designados pela empresa e dois do corpo de empregados, eleitos diretamente. (OLIVEIRA; TEIXEIRA apud CORTES, 2002, p. 27).

Cortes pontua que os Institutos de Aposentadorias e Pensões, criados a partir de 1933, também tinham mecanismos participatórios, todavia necessitavam de autonomia em relação ao Estado. Os institutos previdenciários eram autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho, que abrangiam categorias nacionais de trabalhadores urbanos. O governo federal interferia na escolha dos representantes dos trabalhadores que tomavam parte em órgãos diretivos dos institutos.

A partir de 1945, a democratização da política e o crescimento industrial favoreceram o fortalecimento do movimento sindical, aumentando sua influência na escolha dos dirigentes dos institutos e, principalmente, na indicação dos representantes dos empregados que deveriam tomar parte nas instâncias colegiadas dos institutos previdenciários.

No período autoritário militar, a partir de 1964, estimulou-se a centralização das instituições políticas e o crescimento do setor privado de bens e serviços. Houve a centralização do poder e a implementação de um modelo autoritário de administração pública, a qual defendia o planejamento e a gestão pública, fundamentado em decisões técnicas e a supressão de canais abertos à manifestação pública. Tal contexto laqueou os mecanismos de participação dos trabalhadores em órgãos decisórios e consultivos da previdência social. Em 1974, percebe-se que inicia uma preocupação por parte do governo em relação ao incentivo às políticas de provisão de serviços e ações na saúde.

De acordo com Cortes, nas décadas de 1980-90, em vários municípios, na área de saúde, os movimentos sociais urbano, rural e sindical mobilizavam-se e apresentavam suas propostas aos gestores e políticos. Após meados da década de oitenta apresentam suas

demandas via comissões interinstitucionais municipais de saúde e, depois, por meio dos conselhos e conferências de saúde.

Conforme Azevedo e Anastasia (2002), no Brasil, com o colapso do período autoritário-militar (1964-1984), apresentam-se, na agenda política, a redemocratização da ordem e o discurso da participação popular. Contudo, os autores esclarecem que tal participação se dava por meio de programas participativos, os quais se fundamentavam em “participação restrita ou instrumental” construídos por movimentos reivindicativos com a finalidade de obter melhorias socioeconômicas. Nesta modalidade de participação, o governo tinha como foco dividir a responsabilidade com a comunidade quanto às ações da política pública.

Por meio desse tipo de iniciativa, o governo buscava alcançar diferentes objetivos: dividir responsabilidades com as comunidades carentes na aplicação de verbas escassas; ampliar os recursos disponíveis, por meio da substituição de parte do capital por mão-de-obra gratuita ou subremunerada; aumentar a eficácia na alocação de recursos; elevar o nível de legitimação do governo e/ou das burocracias públicas, entre outros. (AZEVEDO; PRATES apud AZEVEDO; ANASTASIA, 2002, p. 83).

52

Outra experiência de participação identificada pelos autores é a de organizações associativas de baixa renda, motivadas por finalidades pragmáticas, traduzia-se na maneira de como obter do governo mais recursos para os programas tradicionais. Outro tipo é a “participação ampliada”, ou seja, além das experiências citadas anteriormente, também os movimentos clássicos, denominados como organizações coletivas.

Azevedo e Prates (2002) pontuam que, no campo da gestão, a Constituição Federal de 1988 introduziu a participação popular por meio dos Conselhos, sendo reiterada em Constituições Estaduais e



nas Leis Orgânicas Municipais. Foram criados para exercitar a ação popular no âmbito governamental público e desempenhar papel preponderante no processo de democratização, na formulação das políticas públicas da Previdência, Saúde e Assistência Social, a fim de controlar as ações mediante os Conselhos. O Estado passa a apreender a política social pública como forma planejada de enfrentamento das desigualdades sociais.

### **3 CONSELHOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: participação e deliberação**

Para Tatagiba (2004), na contemporaneidade, os conselhos gestores de políticas públicas são experiências fundamentais de democracia participativa em nosso país, e estes estão presentes na maior parte das cidades brasileiras, abrangendo áreas como a saúde, educação, habitação, meio ambiente, transporte, cultura, entre outras. Apresentam como novidade histórica a possibilidade de institucionalização de uma conversa entre governo e sociedade, espaço este que viabiliza canais públicos e plurais que promova uma distribuição mais justa dos recursos públicos.

53

De acordo com pesquisa realizada pela autora, focando a “democracia e participação” nos conselhos municipais de Curitiba, na área de saúde, assistência social e criança e adolescente; e conselhos gestores do Paraná e conselhos municipais de Maringá, é preciso avançar na apreensão do espaço da participação nos Conselhos. É necessário identificar a participação como estratégia dos atores da sociedade civil na forma de encaminhamento de suas demandas, pois o que se tem percebido, segundo Tatagiba, é o afastamento das organizações civis no cotidiano dos conselhos após a eleição de seus representantes.

Valeria a pena investir mais na compreensão dessas conexões externas, não apenas como forma de identificar a desigualdade de recursos entre os segmentos que compõem os conselhos e o impacto dessa desigualdade sobre o processo deliberativo, mas também para avançar a compreensão do lugar que a participação nos conselhos ocupa na estratégia dos atores da sociedade civil como forma de encaminhamento de suas demandas. Trata-se de compreender se, e até que ponto, uma permeabilidade maior ou menor das instituições políticas influencia a decisão das organizações sociais de participar efetivamente nos conselhos. Ou seja, seria importante analisar até que ponto organizações capazes de mobilizar redes de apoio político no poder Legislativo, no poder Executivo e/ou nos partidos estariam dispostas a investir suas "fichas" em canais públicos de deliberação, como forma de realização dos seus interesses. Sob essa perspectiva, poderíamos investigar a forma como os atores da sociedade civil combinam ou articulam suas várias frentes de atuação e o quanto valorizam de fato a participação em espaços como os conselhos. Isso porque, como a bibliografia vem demonstrando, no geral as entidades indicam seus representantes e então, afastam-se do cotidiano dos conselhos, não demonstrando valorizar efetivamente esses canais. (TATAGIBA, 2004, p. 210).

54

Tatagiba (2004) ressalta que as negociações nos conselhos tiveram prevalência de propostas do Estado, e as questões relacionadas à política pública são decididas sem debate ou negociação, o que pode sugerir a despolitização em tais instituições. Ainda, salienta que, por serem experiências inovadoras, caracterizam-se pela ambivalência e participação "branda e não crítica", não sendo restritas aos conselhos, nem ocorrendo apenas no Brasil. Percebe-se que há um avanço no segmento gerencial, no entanto, apresentam ínfima inovação no centro de formulação da política pública.

Cunha (2009) esclarece que a legislação brasileira regulamenta distintos campos das políticas públicas que, desde 1988, enfatizam como diretriz a participação da sociedade civil na definição e no controle destas. Afirma que o caminho para materializar tal objetivo é a criação dos conselhos, sendo estes compostos por representantes do governo e da sociedade civil e integram princípios como a participação e deliberação sobre as políticas públicas, sendo institucionalizados por leis e organizados nas três esferas do governo.

Em pesquisa realizada pela autora sobre os conselhos Municipais de Assistência Social - CMAS e de Direitos da Criança e Adolescentes - CMDCA de Belo Horizonte, focando a capacidade de deliberação destas instituições, ela pontua que existem alguns critérios que fundamentam a participação e a deliberação. Dentre eles, cita: a previsão de câmaras/comissões; paridade entre os membros; forma de escolha democrática; segmento que ocupa a presidência; forma de escolha do presidente; quem elabora a pauta. Ressalta, ainda, a existência da pluralidade dos membros.

55

Cunha declara que a deliberação comporta o debate e o momento decisório, e, analisando tais itens, verificou que a participação nestes espaços não é homogênea. Ao concluir a pesquisa sobre o CMAS e o CMDCA de Belo Horizonte, a autora salienta que tais conselhos são espaços de deliberação democrática, nos quais os atores apresentam suas opiniões sobre os assuntos abordados nos debates. A autora define o termo participação:

[...] como a ação política de sujeitos ou de atores coletivos que, por meio de discurso e da argumentação, colocam questões de interesse público para a deliberação do conselho, ou seja, a fala em processos deliberativos públicos entendia como uma ação política. (CUNHA, 2009, p. 30).

De acordo com Cortes (2002), ao pesquisar a participação no campo da saúde, identificam-se cinco determinantes para a participação

dos usuários nos conselhos. Todavia, salienta que todos eles se afetam mutuamente e compõem as partes de um todo integrado e conflituoso. Pontua ainda que os dois primeiros sejam os mais decisivos. Esclarece, ainda, que os fóruns não existiriam se não fosse o arcabouço institucional que os criou, e apenas haverá participação se existir organização da sociedade civil.

**1) Mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde, que ocorreram em relação aos conselhos e conferências de saúde, influenciaram determinantemente no processo participatório:**

essas mudanças formam o conjunto de programas e disposições legais da década de 1980, acrescidos das normas operacionais do Ministério da Saúde (1993 e 1996), normatizando e estimulando a municipalização. Esse conjunto proporcionou as bases políticas e legais para que o sistema brasileiro de saúde se tornasse mais integrado, menos descentralizado e mais universalizado. Destarte, cresceu nos anos 1990 a importância dos conselhos e conferências de saúde como espaço de participação e reivindicações de representantes do setor.

**2) Organização dos movimentos popular e sindical:**

a força dos movimentos popular e sindical poderá produzir a ocorrência ou não de participação de representantes legítimos e autônomos dos setores populares nesses fóruns. Assim, o padrão de organização mais centralizado ou mais descentralizado é decisivo para o nível de participação nos conselhos e conferências.

**3) Relacionamento entre profissionais de saúde pública e lideranças populares e sindicais:**

a ação combinada dos reformadores do sistema brasileiro de saúde com a dos ativistas dos movimentos sociais urbano, rural e sindical tem estimulado o envolvimento de usuários nos conselhos e conferências. A elite dos reformadores tem atuado com o Executivo e Legislativo com a finalidade de introduzir modificações político-institucionais que viabilizem a participação dos usuários. Também, as ações de profissionais de saúde pública em unidades ambulatoriais, localizadas em áreas pobres ou rurais, favoreceram a participação dos usuários nos fóruns, que se tornaram canais de comunicação direta entre lideranças populares, gestores e políticos e, ao mesmo tempo, reforçaram essas lideranças dentro de suas organizações.

**4) Posições das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação à participação:**

a posição das autoridades das três esferas do governo na saúde sobre a participação poder ser considerada como determinante, pois, muitas vezes, eles dirigem o conselho e a organização da conferência. Mesmo quando não é o caso, como gestores, eles influenciam diretamente: (1) na formação da agenda de discussão; (2) no funcionamento geral do fórum; (3) na possibilidade de cumprir as decisões ali tomadas; e (4) na possibilidade de pressionar os demais gestores e os prestadores de serviços de saúde para o cumprimento das decisões.

**5) Dinâmica de funcionamento dos fóruns:**

este fator está relacionado à forma de coordenação do fórum e à postura do gestor em relação à participação. A divisão clara de competências entre comissões técnicas, jurídicas e similares

pode contribuir para evitar a sobrecarga de discussões detalhadas nos conselhos, mas pode se transformar em uma proposta ou estratégia para diminuir o poder deliberativo do conselho e algumas questões podem ser consideradas não questões e decididas no gabinete, fora do escrutínio público.

Para uma melhor compreensão sobre a participação nas políticas públicas elencadas neste estudo, dispõe-se abaixo um quadro sintético e explicativo sobre a estruturação dos Conselhos relacionados a elas e uma análise geral dessas instituições. Depois, procede-se ao exame individual do CNPS.

## QUADRO I

### Análise dos Conselhos Saúde, Assistência Social e Previdência Social no Brasil - 2014

Regras e institucionalização	Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS	Conselho Nacional de Previdência Social - CNPS	Conselho Nacional de Saúde - CNS
<b>Existência de comissões temáticas</b>	1) Comissão de Política; 2) Comissão de Normas; 3) Comissão de Financiamento e Orçamento; 4) Comissão de Conselhos; Comissão de acompanhamento de benefícios e Comissão das Conferências.	Poderão ser instituídos comissões ou grupos de trabalho para análise ou elaboração de propostas, pareceres, e recomendações que subsidiem as decisões do plenário. No entanto, não define o número de comissões.	Existem 26 Comissões temáticas, instituídas pela Resolução Nº 407, de 12 de setembro de 2008 ( <b>Texto alterado pela Resolução 435, de 12/08/2010</b> ).

ANÁLISE DOS DESDOBRAMENTOS DO CONCEITO DE PARTICIPAÇÃO DIANTE DA PRÁTICA DOS CONSELHOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, PREVIDÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

<p><b>Periodicidade das reuniões</b></p>	<p>De acordo com o Regimento Interno, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, por convocação de seu Presidente ou, extraordinariamente, mediante convocação de um terço de seus membros, observado, em ambos os casos, o prazo mínimo de cinco dias para a convocação da reunião extraordinária. O Plenário do Conselho Nacional de Assistência Social instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria absoluta de seus membros.</p>	<p>01 (uma) reunião ordinária mensal. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo presidente ou 1/3 de seus membros com uma semana de antecedência.</p>	<p>Serão realizadas 12 reuniões por ano, e o calendário será construído em dezembro. Assim, conforme o Regimento Interno do CNS, reunir-se-á, ordinariamente, doze vezes por ano e, extraordinariamente, de ofício, por convocação do Presidente ou por deliberação do Plenário, a requerimento de qualquer Conselheiro. O calendário do ano subsequente será definido na Reunião Ordinária ou Extraordinária do mês de dezembro. O quórum de instalação do Conselho é de maioria absoluta. Cada membro terá direito a um voto.</p>
<p><b>Número total de membros</b></p>	<p>De acordo com o Regimento Interno, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, por convocação de seu Presidente ou, extraordinariamente, mediante convocação de um terço de seus membros, observado, em ambos os casos, o prazo mínimo de cinco dias para a convocação da reunião extraordinária. O Plenário do Conselho Nacional de Assistência Social instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria absoluta de seus membros.</p>	<p>15 (quinze) membros: -Seis representantes do governo federal.  -Nove representantes da sociedade civil: -Três representantes dos aposentados e pensionistas. -Três representantes dos trabalhadores em atividade. Três representantes dos empregadores.</p>	<p>O Conselho Nacional de Saúde é formado por 48 conselheiros titulares e seus respectivos primeiro e segundo suplentes, representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e governo federal.</p> <p>De acordo com o Regimento Interno do CNS, a composição do Conselho é definida da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cinquenta por cento dos membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, escolhidos em processo eleitoral direto; e</li> <li>- cinquenta por cento dos membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto; os representantes do governo, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são indicados pelos seus respectivos dirigentes.</li> </ul> <p>A fim de manter equilíbrio dos interesses envolvidos, a distribuição das vagas é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores.</p>

<p><b>Presença de paridade entre os membros</b></p>	<p>Sim</p>	<p>Não. São 06 representantes do governo e 09 representantes da sociedade civil.</p>	<p>Sim. A fim de manter equilíbrio dos interesses envolvidos, a distribuição das vagas é paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores.</p>
<p><b>Forma de escolha da sociedade civil</b></p>	<p>Através do maior número de votos obtidos em cada segmento das representações, em fóruns próprios.</p>	<p>Os membros do Conselho Nacional de Previdência Social e seus respectivos suplentes serão nomeados pelo Ministro da Previdência Social mediante indicação: -do Ministro de Estado da Previdência, os representantes do Governo Federal. Dos dirigentes das centrais sindicais e confederações nacionais, os representantes dos trabalhadores em atividade, dos aposentados e pensionistas e dos empregadores.</p>	<p>De acordo com o Regimento Interno, fica a cargo das entidades ou dos movimentos sociais a indicação dos respectivos representantes para o exercício do mandato, bem como a sua substituição. Eleição direta, organizada pela Comissão Eleitoral.</p>
<p><b>Mandato Governo</b></p>	<p>02 (dois) anos, permitida 01 (uma) única recondução por igual período.</p>	<p>Os representantes do governo federal poderão ser substituídos a qualquer tempo.</p>	<p>03(três) anos, com possibilidade de 01 (uma) recondução por igual período.</p>



ANÁLISE DOS DESDOBRAMENTOS DO CONCEITO DE PARTICIPAÇÃO DIANTE DA PRÁTICA DOS CONSELHOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, PREVIDÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

<b>Mandato Sociedade Civil</b>	02 (dois) anos, permitida 01 (uma) única recondução por igual período.	Os representantes dos trabalhadores em atividade, dos aposentados e pensionistas, dos empregadores e seus respectivos suplentes terão mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzidos por igual período, uma única vez.	03 (três) anos, com possibilidade de 01 (uma) recondução por igual período.
<b>Quem ocupa a presidência</b>	A presidência é ocupada alternadamente entre governo e sociedade civil	É presidido pelo Ministro de Estado da Previdência.	Pode ser de qualquer origem, desde que seja conselheiro, e há alternância entre sociedade civil e governo.
<b>Forma de escolha do presidente</b>	Na primeira reunião após a eleição da Sociedade Civil, o CNAS elegerá o presidente por voto de, pelo menos, 2/3 de seus membros titulares.	Indicação política.	Eleição com mandato de 01 ano com possibilidade de reeleição por, no máximo, 03 anos.
<b>Quem elabora a pauta</b>	A Presidência Ampliada, composta pelo presidente e vice-presidente e pelos coordenadores das Comissões Temáticas.	A pauta é organizada pela Secretaria Executiva.	A Mesa Diretora elabora a pauta e envia para os conselheiros com 10 (dez) dias de antecedência.
<b>Legislação Federal</b>	Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993 – LOAS.	CF 1988, art. 194, Inc. VII. Lei 8.213, de 26 de julho de 1991.	Lei 8.080/90 e Lei 8142/90.
<b>Regimento vigente</b>	Resolução CNAS nº 6, de 9 de fevereiro de 2011.	Resolução 1.212, de 20 de abril de 2002.	Resolução Nº407 de 12 de setembro de 2008. <b>(Texto alterado pela Resolução 435 de 12/08/2010).</b>

Fonte: Autora, 2014.

No primeiro item do quadro possível verificar que há comissões temáticas nos CNAS e CNS, todavia, o CNPS apenas cita que poderão ser criadas tais comissões, porém não fala da existência delas. Os três conselhos determinam a ocorrência de reuniões mensalmente.

Assim, percebe-se que, para o refinamento da deliberação, os dois primeiros se estruturam de forma mais clara para esta finalidade.

Em relação ao número de membros, o CNS determina um maior número de representantes. Quanto à paridade entre os representantes, observa-se que os CNAS e CNS corroboram pela paridade dos membros, o que, segundo Cunha (2009), assegura equilíbrio na representatividade. Todavia, o CNPS possui 06 representantes do governo e 09 representantes da sociedade civil, o que presumiria uma maior defesa em prol da coletividade. Lembrando que a escolha da sociedade civil é realizada pelo CNAS e do CNS via eleição e o CNPS é "indicado" pelas instituições, e, dessa forma, é possível entender, segundo Cunha (2009), que a seleção para a composição dos membros, aponta o potencial democrático e de inclusão do conselho. Assim, pode-se inferir que o CNAS e CNS podem ser mais democráticos e inclusivos do que o CNPS.

62

Quanto ao mandato do governo, tem-se estipulado o período para os CNAS e CNS, o que pode permitir uma continuação na sequência das diretrizes para a política pública e saber a quem demandar. No entanto, isso não ocorre no CNPS, no qual o representante pode ser substituído a qualquer momento, à disposição do governante. Nos três conselhos, o mandato da sociedade civil é claramente definido.

Sobre a igualdade entre os membros, no CNAS e CNS ela se materializa na eleição da presidência de cada conselho, pois o cargo poderá ser ocupado pela sociedade civil ou governo de forma alternada. Entretanto, no CNPS apenas o Ministro da Previdência Social ocupa tal cargo, sendo a forma de escolha realizada por indicação, enquanto que, nos dois primeiros, se faz por eleição como forma democrática de escolha. Fato este que aponta o conservadorismo e resistência à participação neste Conselho.

Em relação ao CNPS, na pesquisa realizada por Delgado (2002) sobre a participação no CNPS, ele identifica que o modelo de participação social não é precedido por movimento social, diferentemente da saúde. Ressalta que, anteriormente, o conselho era corporativista e tripartite<sup>2</sup>.

A Constituição Federal de 1988, no Título VIII, da Ordem Social, Capítulo II, Seção I das Disposições Gerais, no Artigo 194, em seu inciso VII, traz como objetivo o “caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”. (BRASIL, 1998).

De acordo com Delgado (2002), o acesso do princípio da participação à prática real da política social ocorreu legalmente com a sua regulamentação realizada pela Lei nº 8213/1991, que instituiu várias estruturas peculiares de participação social na gestão pública do sistema previdenciário, como o Conselho Nacional de Previdência Social e o Conselho Nacional da Seguridade Social. Contudo, este último foi extinto a partir de 1999 por ocasião da 5ª reedição da Medida Provisória nº 1799-5/1999. Também foram extintos os conselhos estaduais e municipais. O autor pontua que, aparentemente, no CNPS, tudo começa e termina com a norma jurídica.

O processo formal de criação do CNPS passou pela regulamentação constitucional com a edição da Lei nº 8213, de 26 de julho de 1991, que estabeleceu suas funções, dentre elas: competências (art. 4º); o processo decisório (Regimento Interno); a composição e a representação (art. 3º); a organização e o funcionamento (art. 3º até 8º); e a descentralização (art. 7º).

---

2 Era composto pelo governo, trabalhadores e empresários.

Delgado (2002) expõe que o ato constitutivo do CNPS é tímido ao normatizar o princípio da participação e da descentralização da gestão e ao estabelecer suas atribuições de forma vaga. Afirma que tais princípios, a partir do funcionamento efetivo do colegiado, vão se revelando pouco aplicáveis às ações destinadas aos segurados ativos e aposentados.

Sem o apoio significativo de movimentos sociais e do respaldo de uma trajetória histórica que lhe confira legitimidade, como foi o caso do Conselho Nacional de saúde amparado na experiência do Movimento Sanitarista Brasileiro de décadas anteriores, o CNPS torna-se uma estrutura fraca e frequentemente refém da alta administração e da própria burocracia do INSS. Nesse contexto, a proposta de constituir-se o CNPS em um conselho de administração do INSS (proposta de um dos entrevistados) pode ser uma alternativa pensável, mas que provavelmente terá dificuldades de vingar, porque não correspondia a uma descentralização real de poder político, mas uma simples transferência de poder do Executivo para o CNPS, algo que nunca ocorre gratuitamente. (DELGADO, 2002, p. 37).

64

Segundo Delgado (2002), o CNPS é um órgão consultivo, sendo, em sua origem, formato, descentralização, forma de representação e de funcionamento adotaram padrões legais. Possui certa fragilidade política e social dos seus organismos representativos, com uma estrutura centralizada. Quanto à participação na cogestão é ínfima.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu ampliar o conhecimento em relação à dinâmica dos três conselhos pesquisados. Também é o resultado de um processo que possibilitou a maturação de conhecimentos relacionados à temática, além de contribuir como subsídio para a práxis profissional. Por conseguinte, é fonte que respalda o pensamento acerca da diversidade de indagações que perpassa este complexo e

vasto assunto. Tornou-se necessário mapear, ainda que brevemente, algumas especificidades apontadas por autores especialistas na literatura relacionada aos conselhos, políticas públicas, controle público, deliberação e participação, com ênfase neste último.

Após o estudo, verificou-se que há comissões temáticas nos CNAS e CNS, no entanto, no CNPS, observa-se que apenas é citado que poderão ser criadas tais comissões, porém não está disposta a existência delas. Assim, percebe-se que, para o refinamento da deliberação, os dois primeiros se estruturam de forma mais clara para esta finalidade.

Quanto à paridade entre os representantes, constata-se que os CNAS e CNS possibilitam a paridade dos membros, o que assegura equilíbrio na representatividade. Contudo, o CNPS possui 06 representantes do governo e 09 representantes da sociedade civil, o que presumiria uma maior defesa em prol da coletividade, porém a escolha da sociedade civil é realizada pelo CNAS e do CNS via eleição e o CNPS é decidido por "indicação" pelas instituições. Assim, é possível inferir que a eleição para a composição dos membros aponta o potencial democrático e de inclusão do conselho. Dessa forma, pode-se apreender que o CNAS e CNS podem ser mais democráticos e inclusivos do que o CNPS.

Em relação ao mandato, tem-se determinado o período para os membros e a presidência nos CNAS e CNS, o que pode permitir uma continuação na sequência das diretrizes para a política pública e saber a quem demandar. Entretanto, isso não ocorre no CNPS, no qual o representante que ocupa a presidência pode ser substituído a qualquer momento, à disposição do governante. Nos três conselhos, o mandato da sociedade civil é claramente definido.

Sobre a questão da igualdade entre os membros, no CNAS e CNS, ela se materializa por meio da eleição da presidência de cada

conselho, pois o cargo poderá ser ocupado pela sociedade civil ou pelo governo de forma alternada. Entretanto, no CNPS apenas o Ministro da Previdência Social ocupa tal cargo, sendo a forma de escolha realizada por indicação, enquanto que nos dois primeiros se faz por eleição como forma democrática de escolha. Fato este que aponta o conservadorismo e resistência ao princípio da participação neste Conselho.

66 Observa-se que o ato constitutivo do CNPS é tímido ao normatizar o princípio da participação e da descentralização da gestão e ao estabelecer suas atribuições de forma vaga. Tais princípios, a partir do funcionamento efetivo do colegiado, vão se revelando pouco aplicáveis às ações destinadas aos segurados ativos e aposentados. Sendo o CNPS um órgão consultivo e pouco deliberativo em sua origem, formato, descentralização, forma de representação e de funcionamento, adotou padrões legais. Esse contexto corrobora para a fragilidade política e social dos seus organismos representativos com uma estrutura centralizada e com uma participação insignificante na cogestão.

Em vista dos argumentos apresentados, percebe-se que a participação pode ser utilizada de forma passiva e cooptável devido à estrutura do Conselho, ou de maneira a discutir e construir propostas que efetivem os direitos coletivamente nos Conselho. Constata-se que quanto mais qualificada a participação dos atores envolvidos e politicamente comprometidos com a transparência e a publicização, mais visibilidade terá o exercício do controle público e mais ampliado será o espaço público. Destarte contribuirá para o desenho de políticas públicas, como é o caso da saúde e da assistência social, as quais, com avanços e retrocessos, têm possibilitado o exercício da participação e deliberação.

Enfim, há desafios relacionados à participação e deliberação nos conselhos, em especial no CNPS. Ainda convém lembrar que os conselhos são inovações recentes no contexto brasileiro e trazem novas relações quanto ao controle público. Para contribuir com tal situação, faz-se necessário cultivar uma cultura democrática a fim de promover o exercício do controle público no CNPS, CNAS e CNS, ampliando o espaço público.

Neste ponto da apreciação, parece adequado indagar se os profissionais implementadores de políticas sociais públicas e a sociedade civil, inclusive, veem a necessidade de conhecer criticamente a importância deste processo de construção do controle público, participação e deliberação na práxis cotidiana como forma de contribuir para promover mudança na realidade.

Levando em consideração esses aspectos, compreende-se que este tema é recomendável para a leitura dos acadêmicos, assistentes sociais, e demais profissionais em geral, sobretudo por aqueles que têm sensibilidade com o bem-estar social, pois o assunto é relevante. Portanto, trata-se de um estudo indispensável neste momento em que se construíram novas maneiras para democratizar o controle público, possibilitar a efetivação da participação e deliberação quanto à política pública.

67

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Sergio de.; ANASTASIA, Fátima. Governança, "Accountability" e Responsividade. **Revista de Economia e Política**, v. 22, n. 1, p. 79-97, jan. 2002. Disponível em: <http://www.rep.org.br/pdf/85-5.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. 168p.

BRASIL. Resolução nº 1212, de 10 de abril de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 abr. 2002.

CORTES, Soraia Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema

Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.

CUNHA, Eleonora Schettini Martins. A capacidade de deliberação dos Conselhos Municipais de Assistência Social e de Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte. **Pensar BH/Política Social**, ano VIII, n. 24, p. 29-32, nov. 2009.

DELGADO, Guilherme Costa et al. **A Participação Social na Gestão Pública: Avaliação da Experiência do Conselho Nacional de Previdência Social (1991/2000)**. Brasília: IPEA, 2002. p.1-37. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td\\_0909.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0909.pdf). Acesso em: 15 maio 2015.

TATAGIBA, Luciana. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Rev. bras. Sociol. Polit.** [on line], v. 21, n. 60, p. 67-81, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44782005000200017&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000200017&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2015.

Recebido: 11/06/2015  
Aprovado: 13/08/2015