



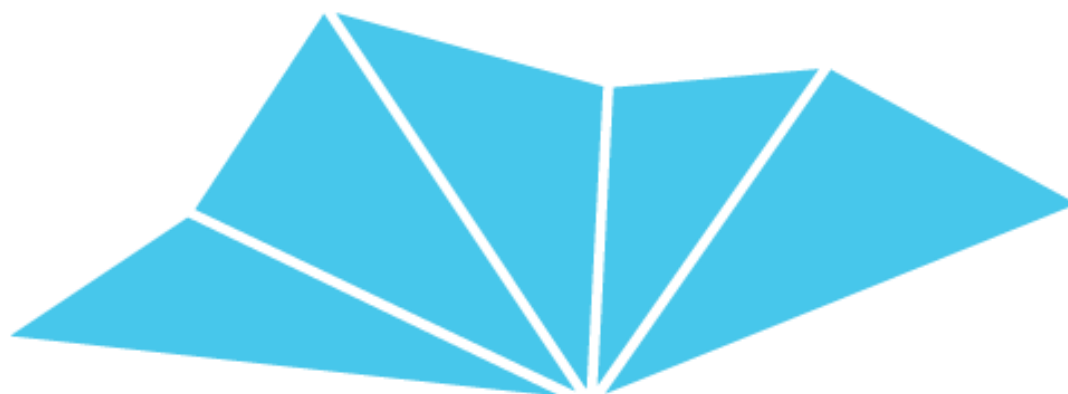
REEP

REVISTA DOS ESTUDANTES DE PÚBLICAS

Vol. 3 N. 1, de 2018



FENECAP



FENEAP

Federação Nacional dos Estudantes
do Campo de Públicas

ISSN: 2446-5798

Revista dos Estudantes de Públicas

Vol. 3 N. 1, de 2018

© FENEAP, 2018

Alameda das Acácias, 70, São Luiz. 31275-150 – Belo Horizonte, MG.

CNPJ 09.091.428/0001-61

www.feneap.com.br

feneapbrasil@gmail.com

EDITORIAL

A Revista dos Estudantes de Públicas (REP) é uma iniciativa da Federação Nacional dos Estudantes do Campo de Públicas (FENECAP), inspirada pela proposta do Departamento de Gestão Pública da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A Federação Nacional dos Estudantes do Campo de Públicas (FENECAP), fundada em 2007, é o órgão máximo de representação em âmbito nacional dos estudantes de nível superior dos cursos que compõem o Campo de Públicas, a saber: Administração Pública, Gestão Pública, Gestão de Políticas Públicas, Gestão Social e Políticas Públicas.

A publicação da Revista dos Estudantes de Públicas visa estimular a pesquisa e a produção acadêmica dos graduandos dos cursos do campo de públicas, contribuindo para a expansão do conhecimento científico e o intercâmbio de ideias entre os estudantes da área.

Os artigos da presente edição da REP são provenientes do prêmio LICE, realizado durante o VX Encontro Nacional dos Estudantes do Campos de Públicas, em Natal-RN. E do prêmio Rachel de Queiroz, realizado durante do III Encontro Regional dos Estudantes do Campo de Públicas no Nordeste, em Arapiraca-AL.

R

E

P

REVISTA DOS ESTUDANTES DE PÚBLICAS

Vol. 3 N. 1, de 2018

MISSÃO DA REVISTA DOS ESTUDANTES DE PÚBLICAS

A Revista dos Estudantes de Públicas tem por missão promover os valores da pesquisa científica independente e de qualidade entre os estudantes do campo de públicas, contribuindo para a formação de novos pesquisadores e a difusão do conhecimento científico.

CONSELHO EDITORIAL

André Borges Carvalho, Universidade de Brasília

Diogo Henrique Helal, Fundação Joaquim Nabuco

Daniel Moraes Pinheiro, Universidade do Estado de Santa Catarina

Fábio Sá Silva, Universidade de Oklahoma

Fenando de Souza Coelho, Universidade de São Paulo

James Batista Vieira, Universidade Federal da Paraíba

Luciana Leite Lima, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Magda de Lima Lucio, Universidade de Brasília

Michelle Vieira Fernandez Oliveira, Universidade Federal de Pernambuco

Thiago Ferreira Dias, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Vitor Emanuel Marchetti Ferraz Junior, Universidade Federal do ABC

EQUIPE EDITORIAL

Editor-chefe: Diego Leonardo Davi Santos Silva, Universidade Federal de Alagoas

Editora-assistente: Nathalia Uchoa de Lima, Universidade de Brasília

AVALIDADORES

Anderson Cristopher dos Santos, Universidade Federal do Rio Grande do

Denis Renato de Oliveira, Universidade Federal de Lavras

Felipe Gonçalves Brasil, Universidade Estadual Paulista

Gustavo Costa de Souza, Universidade Federal de Lavras

Lindijane de Souza Bento Almeida, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Soraia Maria do Socorro Carlos Vidal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Valdemir Pires, Universidade Estadual Paulista

Valderi de Castro Alcântara, Universidade Federal de Lavras

COORDENADORES CIENTÍFICOS

Prêmio Rachel de Queiroz

Hannah Yasmin Peres de Araújo, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Lucas do Nascimento Santos, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prêmio LICE

Diego Mutti Ferreira Cremasco, Universidade Federal de Lavras

Desafio FENECAP

Cryslan Jorjan de Moraes, Universidade do Estado de Santa Catarina

**FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES DOS CURSOS DO CAMPO DE PÚBLICAS
(FENECAP)**

Presidência: Diego Leonardo Davi Santos Silva,
Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Vice-Presidência: Cryslan Jorjan de Moraes,
Universidade do Estado de Santa Catarina - ESAG

Secretaria Geral: Julia Vida Bandeira Santos,
Universidade de São Paulo - USP

Tesouraria: Charles Vinícius dos Santos Cruz,
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Diretoria de Conteúdo e Coord. Centro-Oeste: Nathalia Uchoa de Lima,
Universidade de Brasília - UNB

Coordenador de Empresa Júnior: Elizandra Sarana Lucena Barbosa,
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Diretoria de Relações Institucionais: Victor Cipriano R. F. Ferrer,
Fundação Getúlio Vargas - FGV

Diretoria de Expansão e Coord. Sudeste: Hisrael Passarelli Araujo,
Universidade Estadual do Norte Fluminense - UENF

Diretoria de Movimentos Sociais e Diversidade: Lucas do Nascimento Santos,
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Diretoria de Eventos: Ana Victoria de P. S. Guimaraes,
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Emerson Dutra Silva, Fundação João Pinheiro - FJP

Diretoria de Apoio às Entidades de Base: Maria Thereza H. L. de Almeida,
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Coordenadoria Regional Nordeste: Carlos Alberto Rocha Ribeiro,
Universidade Federal do Cariri - UFCA

SUMÁRIO

COPRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AOS DIREITOS DA MULHER: o caso do conselho municipal dos direitos da mulher de Florianópolis

Jéssica Gomes Lima Pag. 8 - 28
Luciana Francisco de Abreu Ronconi

COMUNICAÇÃO PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL ALINHADAS: breves resultados observados no programa dialoga Brasil (2015-2016).

Laercio José Peres dos Santos Pag. 29 – 52

PETRO-RENDAS E O SUS: municípios dependentes das rendas petrolíferas gastam mais com a saúde pública?

João Gabriel Ribeiro Pag. 53 - 72
Pessanha Leal Vitor de Moraes Peixoto

POLÍTICAS PÚBLICAS E (DESAFIOS PARA) A INCORPORAÇÃO DE DEMANDAS DAS MINORIAS SOCIAIS - o caso da política de saúde de minas gerais

João Gabriel Bruno Pag. 73 - 98
Maíra Marques Maia

A ATIVIDADE REGULATÓRIA NA SAÚDE PÚBLICA: o caso do Rio de Janeiro.

Letícia Lima Gomes Luiz Pag. 99 - 123
Mario Cosme Macedo de Carvalho
Leonardo David da Silva Luiz

COPRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AOS DIREITOS DA MULHER: O CASO DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER DE FLORIANÓPOLIS

Jéssica Gomes Lima¹

Luciana Francisco de Abreu Ronconi²

SUMÁRIO: • 1 *Introdução*; • 2 *Coprodução do bem público e governança pública*; • 3 *Os conselhos municipais dos direitos da mulher: um panorama em nível nacional*; • 4 *O conselho municipal dos direitos da mulher de Florianópolis: perspectivas e desafio*; • 5 *Aspectos metodológicos*; • 6 *Análise e interpretação dos dados*; • 7 *Considerações finais*; *Referências*

Resumo: No campo das políticas públicas, os conselhos gestores, como espaços públicos de representação, participação e debate, têm sido reconhecidos como relevantes para os processos de democratização e de controle social sobre a ação governamental. O presente artigo busca discutir o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher no que se refere às suas potencialidades para coproduzir as políticas públicas destinadas aos direitos das mulheres e no que se refere à governança pública. Compreende-se que a coprodução de bens e serviços públicos pressupõe a inserção dos cidadãos nos processos de formulação e fiscalização de políticas públicas que favoreçam o interesse público; implica em interação entre Estado, sociedade civil e organizações privadas, e o compartilhamento de responsabilidades entre diversos atores. A governança pública pode ser entendida como modelo de gestão do Estado, que se caracteriza pela articulação de diferentes atores; estrutura-se em um arranjo institucional governamental que vincula os aspectos econômico-financeiro, institucional-administrativo e sociopolíticos e estabelece parcerias com mercado e sociedade civil, proporcionando estratégias transformadoras para resolução de problemas sociais. O método aplicado na pesquisa foi o estudo de caso com base em entrevistas semiestruturadas, análise documental e a utilização de possíveis indicadores de coprodução e governança pública. O estudo identificou que o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis, apesar de restrições e desafios, expressa elementos da governança pública e pode ser um espaço de articulação entre a sociedade e o Estado, isto é, um espaço para a coprodução de políticas públicas voltadas aos direitos da mulher.

Palavras-chave: Conselho municipal; Coprodução; Política de gênero; Governança pública.

¹ Mestranda na Universidade Federal do Paraná (UFPR)

² Doutora em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

COPRODUCTION OF PUBLIC POLICIES FOCUSED ON THE RIGHTS OF WOMEN: THE CASE OF THE MUNICIPAL COUNCIL OF THE RIGHTS OF WOMEN OF FLORIANÓPOLIS

SUMMARY: 1 Introduction; 2 Co-production of the public good and public governance; 3 The municipal councils for women's rights: a panorama at the national level; 4 The municipal council of women's rights of Florianópolis: perspectives and challenge; 5 Methodological aspects; 6 Data analysis and interpretation; 7 Final considerations; References

Abstract: In The field of public policies, management councils, such as public spaces of representation, participation and debate, have been recognized as relevant to the processes of democratization and social control over governmental action. This article seeks to discuss the Municipal Council on women's Rights in terms of their potential to co-produce public policies for women's rights and in relation to public governance. It is understood that the co-production of public goods and services presupposes the inclusion of citizens in the processes of formulation and supervision of public policies that favor the public interest; implies interaction between State, civil society and private organizations, and the sharing of responsibilities among various actors. Public governance can be understood as a model of State management, which is characterized by the articulation of different actors; It is structured in a governmental institutional arrangement that links the economic-financial, institutional-administrative and socio-political aspects and establishes partnerships with the market and civil society, providing transformative strategies for Resolution of social problems. The method applied in the research was the case study based on semi-structured interviews, documental analysis and the use of possible indicators of co-production and public governance. The study identified that the Municipal Council of Women's Rights in Florianópolis, despite constraints and challenges, expresses elements of public governance and can be a space for articulation between society and the State, that is, a space for co-production of Public policies aimed at women's rights.

Keywords: Municipal Council; Co-production; Gender Policy; Public Governance.

COPRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS AXEES SUR LES DROITS DES FEMMES: LE CAS DU CONSEIL MUNICIPAL DES DROITS DES FEMMES DE FLORIANOPOLIS

SOMMAIRE: 1 Introduction; 2 Co-production du bien public et gouvernance publique; 3 Les conseils municipaux pour les droits des femmes: un panorama au niveau national; 4 Le conseil municipal des droits des femmes de Florianópolis: perspectives et défis; 5 aspects méthodologiques; 6 analyse et interprétation des données; 7 considérations finales; Références

Résumé: Dans le domaine des politiques publiques, les conseils de gestion, tels que les espaces publics de représentation, de participation et de débat, ont été reconnus comme pertinents pour les processus de démocratisation et de contrôle social de l'action gouvernementale. Cet article vise à discuter du Conseil municipal sur les droits des femmes en ce qui concerne leur potentiel de coproduire des politiques publiques en faveur des droits des femmes et de la gouvernance publique. Il est entendu que la coproduction des biens et services publics suppose l'inclusion des citoyens dans les processus de formulation et de surveillance des politiques publiques favorables à l'intérêt public; implique une interaction entre l'État, la société civile et le organismes privés, et le partage des responsabilités entre les différents acteurs. La gouvernance publique peut être comprise comme un modèle de gestion étatique, caractérisé par l'articulation de différents acteurs; Il est structuré dans un arrangement institutionnel gouvernemental qui relie les aspects économiques-financiers, institutionnels-administratifs et socio-politiques et établit des partenariats avec le marché et la société civile, fournissant des stratégies transformatives pour Résolution des problèmes sociaux. La méthode appliquée dans la recherche a été l'étude de cas basée sur des entrevues semi-structurées, l'analyse documentaire et l'utilisation d'indicateurs possibles de coproduction et de gouvernance publique. L'étude a identifié que le Conseil municipal des droits de la femme à Florianópolis, malgré les contraintes et les défis, exprime des éléments de la gouvernance publique et peut être un espace d'articulation entre la société et l'État, c'est-à-dire un espace de co-production de Les politiques publiques visant les droits des femmes.

Mots-clés: Conseil municipal; Coproduction; Politique de genre; Gouvernance publique.

1 INTRODUÇÃO

A constituição democrática de 1988 define espaços públicos de debate, deliberação e controle ao ampliar a participação popular na agenda pública e política e proporcionar novas possibilidades para a efetivação da democracia participativa. A institucionalização dos conselhos gestores de políticas públicas surgem, dentro desse contexto, como espaço de engajamento do cidadão e vêm sendo observados como “formas inovadoras de gestão pública que permitem o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas que possam solucioná-los” (CARVALHO; TEIXEIRA, 2000, p.8). Os Conselhos podem ser considerados como novos e potenciais “instrumentos de expressão, representação e participação, dotados de potencial de transformação política” (GOHN, 2000, p. 35-36).

O Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis - COMDIM, foco desse artigo, foi uma conquista do movimento feminista, e cooperou para o estabelecimento de relações de confiança e pertencimento entre os participantes, assim como para as práticas de solidariedade advindas de diversas iniciativas do movimento, a exemplo do Outubro Rosa (movimento popular internacional de combate ao câncer de mama) onde todas as organizações estabelecem laços de comprometimento na conscientização da prevenção do câncer de mama. Constituído em Julho de 2008 o COMDIM possui característica consultiva e objetiva promover, no âmbito do Município de Florianópolis, políticas públicas que contemplem a equidade de gênero e ampliar o processo de controle social sobre as referidas políticas. Assim o COMDIM tem sido reconhecido como potencial espaço para coprodução de políticas públicas voltadas aos direitos da mulher em Florianópolis.

A coprodução do bem público implica na participação de diferentes atores da sociedade na produção estratégica de bens e serviços públicos a partir dos pressupostos da democracia, da *accountability*, da descentralização e da participação (RONCONI; DEBETIR; MATTIA, 2011). Para Salm e Menegasso (2010) a coprodução do bem público como modelo de gestão, pressupõe a inserção do cidadão no processo de elaboração e prestação de bens e serviços públicos, por meio do compartilhamento de responsabilidades. Assim a coprodução do bem público possibilita, através dos vínculos entre os diversos agentes, a criação de estratégias para o fornecimento eficiente, eficaz e efetivo de serviços e bens públicos aos cidadãos.

Considera-se que para que haja, de fato, interação do cidadão com o aparato administrativo estatal, delegação de poder pelo Estado e engajamento cívico do cidadão e da comunidade, é necessária, além de uma articulação da sociedade civil, um tipo de gestão pública que coopere para o trabalho em rede em prol do bem comum. A esse tipo de gestão chamamos de governança pública. Por meio dos conceitos de coprodução do bem público e governança pública, foi possível perceber certa complementariedade entre ambos, a partir dos resultados obtidos durante o estudo de caso realizado. O COMDIM detém formação deliberativa paritária, isso expressa uma característica de gestão diferenciada, em relação aos demais modelos de gestão. Além disso, uma das funções do conselho consiste na promoção de políticas públicas. Tais fatores melhor convergem com as referidas concepções de gestão abordadas.

Este artigo procura abordar primeiramente o levantamento teórico conceitual da coprodução do bem público e governança pública. Logo após, apresenta um panorama nacional dos conselhos municipais dos direitos da mulher e as parcerias estabelecidas por estes, por meio de dados fornecidos pelo IBGE em uma pesquisa sobre o perfil dos municípios brasileiros. Na sequência, o estudo de caso realizado referente ao Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis (COMDIM) abordando desde a constituição do órgão, até suas potencialidades para coproduzir políticas públicas destinadas aos direitos das mulheres. Posteriormente, os aspectos

metodológicos utilizados como estudo de caso, entrevista semiestruturada, levantamento documental, a análise e interpretação dos dados com a proposição de indicadores de coprodução e governança pública. Por fim as considerações finais, transpondo reflexões e consciência das limitações existentes referentes à coprodução de políticas públicas de gênero no Brasil.

2 COPRODUÇÃO DO BEM PÚBLICO E GOVERNANÇA PÚBLICA

Antes de abordarmos o conceito de coprodução do bem público, assim como o de governança pública, torna-se fundamental posicionar a concepção de ser humano dentro da teoria da delimitação dos sistemas sociais, com o intuito de retirar os elementos epistemológicos essenciais para melhor compreensão das transformações existentes na administração pública, através dos modelos recentes. De acordo com Conford (1976), o ser humano, dentro de tal teoria se consiste em um ser único e multidimensional, pois apenas ele possui liberdade para agir e avaliar as próprias ações e dela perceber legitimidade ou não. Para Roberts (2004) o mesmo torna-se um ser que precisa manter vínculo com os outros, através da participação e de desenvolver a sua existência e a dos demais. Por consequência, o indivíduo transforma-se em um ser político, onde o ato da participação no âmbito público, principalmente coproduzindo o bem público, compete à situação humana. Vöegelin (1982) destaca que o ser humano tem possibilidade de usufruir de sua existência plenamente devido ao uso da razão que lhe permite a compreensão da veracidade da própria vida. Salm e Menegasso (2009) destacam a fragilidade dos modelos existentes na administração pública, ao considerarem que:

[...] o ser humano e a sociedade não podem ser entendidos de maneira fragmentada ou linear, também a prática da administração pública não pode ocorrer a partir de um modelo que privilegie apenas a burocracia pública ou o mercado como provedores e alocadores dos serviços públicos (SALM; MENEGASSO, 2009, p. 109).

As concepções de coprodução, relacionadas com as possibilidades de participação dos cidadãos tem sido debatidas por diferentes autores. Whitaker (1980) traz uma das contribuições primordiais nesse sentido, em que diferencia três meios de participação dos cidadãos no provimento de serviços públicos: (i) quando os cidadãos demandam auxílio aos servidores públicos; (ii) quando cidadãos conscientes colaboram voluntariamente na prestação de serviço público, como uma forma de participação política; (iii) quando há uma vinculação ou entendimento entre cidadãos e agentes públicos na elaboração de determinado produto e na sua execução. Segundo Brudney e England (1983), coprodução compreende as relações entre a sociedade e os órgãos públicos na provisão de um serviço ou bem público, por meio de uma tipologia que divide coprodução da seguinte forma: individual, em grupo e coletiva.

Na categoria individual, o serviço prestado pode se subdividir em dois modos de coproduzir; o primeiro quando há apenas um beneficiário da ação, como atendimento à mulher vítima de violência e educação. Já o segundo refere-se ao comportamento voluntário que o cidadão desempenha para o próprio consumo, a exemplo voto eleitoral. Contudo, para os autores, essa categoria tem menos significância em sentido amplo no objetivo da coprodução, assemelhando-se ao dever cívico, por não ser organizada e coordenada, trazendo poucos benefícios coletivos.

A coprodução grupal relaciona a cooperação ativa de grupos voluntários de cidadãos, através de instrumentos de participação, com servidores públicos. Como as associações de bairro que visam o desenvolvimento e a qualidade de vida nos serviços que lhe são prestados. Mesmo com certo grau de efetividade, os autores indicam três restrições; primeiro, limita os demais cidadãos e grupos externos a usufruírem dos serviços gerados; segundo, os poucos beneficiários podem já estar desfrutando de uma melhor qualidade de vida em paralelo a outros Por último, o

nível de participação e cooperação realizado entre os atores dos serviços e os beneficiados torna-se questionável.

Já na coprodução coletiva, as ações resultam em benefícios coletivos, sendo que os bens gerados não se restringem a determinado local, mas são consumidos por todo o público. Essa categoria expressa maior significado ao propósito da coprodução, tendo os cidadãos um papel mais efetivo, havendo a cooperação agrupada entre os mesmos e a administração pública. Salm e Menegasso (2010), por sua vez, discutem os modelos de coprodução de serviços públicos, segundo tipologias de participação.

Quadro 2 – Modelos de coprodução de serviços públicos, segundo tipologias de participação.

Modelo	Descrição	Participação cidadã em meio à coprodução
Coprodução nominal	Estratégia para a produção dos serviços públicos, por meio do compartilhamento de responsabilidades entre pessoas da comunidade, preferencialmente voluntários, e o aparato administrativo público do Estado, como o propósito, apenas, de tornar eficientes esses serviços.	Não há participação efetiva e de poder do cidadão sobre o Estado.
Coprodução simbólica	Estratégia para evolver os cidadãos na produção dos serviços públicos para demonstrar a presença do Estado.	Ocorre por meio de um caráter manipulativo ou democrático representativo.
Coprodução funcional	Estratégia utilizada pelo aparato do público estatal para produzir serviços públicos de maneira mais eficiente e eficaz (orientada pelo menor custo e pelo resultado), com a participação do indivíduo, do grupo ou da coletividade.	A participação do cidadão no processo de coprodução se dá por meio da solicitação dos serviços, de assistência ao estado ou por um ajuste mútuo com o estado.
Coprodução representativa e com sustentabilidade	Resultado da sinergia que se estabelece na realização dos serviços públicos de que participam os cidadãos, as organizações da sociedade e o aparato administrativo do Estado que, no seu conjunto, interagem em prol do bem comum.	Interação do cidadão com o aparato administrativo do estado e da delegação de poder pelo estado. Requer o engajamento cívico do cidadão e da comunidade, <i>empowerment</i> e a <i>accountability</i> .

Fonte: Salm e Menegasso (2010).

Assim, a coprodução representativa e com sustentabilidade e a coprodução para a mobilização comunitária necessitam da interação do cidadão com o aparato administrativo do

Estado e da delegação de poder pelo Estado. Nesse sentido, além da necessária articulação da sociedade civil é fundamental um tipo de gestão pública que coopere para o trabalho em rede em prol do bem comum. Governança pública se refere a esse tipo de gestão do Estado que se dá através da articulação de diferentes atores. Trata-se de um arranjo institucional governamental que vincula os aspectos econômico-financeiro, institucional-administrativo e sociopolíticos e estabelece parcerias com mercado e sociedade civil, proporcionando estratégias transformadoras para resolução de problemas sociais e a consolidação da democracia. Na governança pública “o Estado deve promover processos de diálogo com a sociedade civil nas etapas de decisão, formulação e implementação de políticas” (RONCONI, 2011, p. 30).

Deve-se considerar que a governança pública não pressupõe utopia consensual nas relações entre os diferentes atores, ao contrário, desenvolve um constante processo de conflitos, diálogo e consenso, uma vez que se constitui em um arranjo institucional que envolve múltiplas dimensões a partir das parcerias com o setor privado e a sociedade civil (RONCONI, 2011). As redes estabelecidas nesse processo de coprodução podem ser compreendidas como sistemas organizacionais que reúnem diferentes atores envolvidos na gestão de objetivos comuns; nesse processo há relação de aprendizagem, por meio do debate e consenso. Assim as redes servem como base para o avanço da confiança entre os atores envolvidos. Com isso, há uma maior participação de todos no processo de gestão e controle público, onde o compartilhamento de responsabilidades se define através das redes (RONCONI, 2011).

Para Heideman e Kisler (2006) “cresce o entendimento de que cada um dos atores, isoladamente, sentir-se-ia impotente diante do problema, e somente o trabalho em conjunto dar-lhe-ia a chance de resolvê-lo com sucesso” (HEIDEMANN; KISSLER, 2006, p. 494). O fortalecimento da democracia no processo da governança pública precisa, em nossa compreensão, ser o resultado de lutas histórico-sociais por uma administração pública compartilhada, mas também, estratégica e efetiva frente às políticas públicas.

Uma característica significativa das redes concerne à sua base política de sustentação, por meio da elaboração interna de acordos (como ocorre no COMDIM) capazes de dar representatividade aos grupos de interesse inseridos na rede. Dessa forma, o processo de fortalecimento dessa relação entre os atores da sociedade civil e os entes públicos do Estado ocorre, mediante o compartilhamento de responsabilidades que auxilia no processo de institucionalização da rede (FLEURY; DUVERNEY, 2007).

Pesquisas recentes, como a de Bernier et al. (2003) e Enjolras (2008) corroboram que o tipo de relação entre Estado e sociedade ou o regime de governança têm influência na variação da forma que a coprodução pode assumir. Logo, há certa interdependência entre coprodução e governança, visto que os modelos de governança podem alternar de modelos com maior burocracia até modelos mais participativos. Os modelos para os autores acima, podem ser observados a partir das seguintes variáveis: os atores envolvidos; os mecanismos de política pública colocados em prática; os arranjos institucionais para coordenar os atores e, os princípios e visões sobre o interesse público. Tais diferenciações são detalhadas no quadro a seguir.

Quadro 3 – Modelos de Governança e suas variantes constitutivas.

Modelos de Governança/ Variáveis	Burocrático	Corporativo e competitivo	Comunitário	Em parceria
Atores envolvidos	Estado, fundamentalmente.	Estado, organizações de mercado e empresas.	Estado comunidades regionais	Com Estado, empresas e organizações de mercado e

				indivíduos e entidades da sociedade civil.
Mecanismos de políticas públicas	Regulação de forma intervencionista e centralizadora.	Liberalismo, Estado mínimo (<i>Laissez faire</i>).	Ações de caridade para exclusivos; Filantropia.	Estado como coordenador; mediador.
Arranjos institucionais para coordenar atores	Autoridade por meio de jurisdição (lei).	Contratos; Eficiência; Qualidade.	Solidariedade; Relações voluntárias.	Redes <i>Clusters</i> .
Princípios	Hierarquia.	<i>Performance</i> ; Resultados.	Confiabilidade.	Deliberação.

Fonte: Adaptado de Bernier, Bouchard e Lévesque (2003) e Enjolras (2008).

Nesta mesma linha, Vaillancourt (2009) traz significativa contribuição ao investigar a interface entre modelos de governança e tipologias de coprodução, apesar de que ainda sejam preponderantes abordagens binárias que priorizam a vinculação entre Estado e sociedade civil ou Estado e mercado. De acordo com Vaillancourt (2009) o fenômeno da coprodução num sentido de parceria requer uma abordagem tripolar, que admite o compartilhamento de responsabilidades entre diversos *stakeholders* coletivos e individuais, agregando atores da sociedade civil, mercado e do Estado, segundo quadro a seguir.

Quadro 4 – Modelos de governança e tipologias de coprodução.

Modelos de Governança	Burocrático	Corporativo e competitivo	Comunitário	Em parceria
Tipos de Coprodução	Não existe coprodução. O Estado é o gestor da política pública, o aparelho estatal e os empregados públicos provem os serviços.	Há coprodução com exclusiva participação de organizações do mercado, o que faz surgir às parcerias público-privado.	Existe coprodução com participação apenas de organizações da sociedade civil. Ocorrendo um repasse de parte ou todos os serviços públicos para que sejam oferecidos por organizações da sociedade civil.	Existe coprodução com a participação de agentes do Estado, do mercado e da sociedade civil.

Fonte: Vaillancourt (2009).

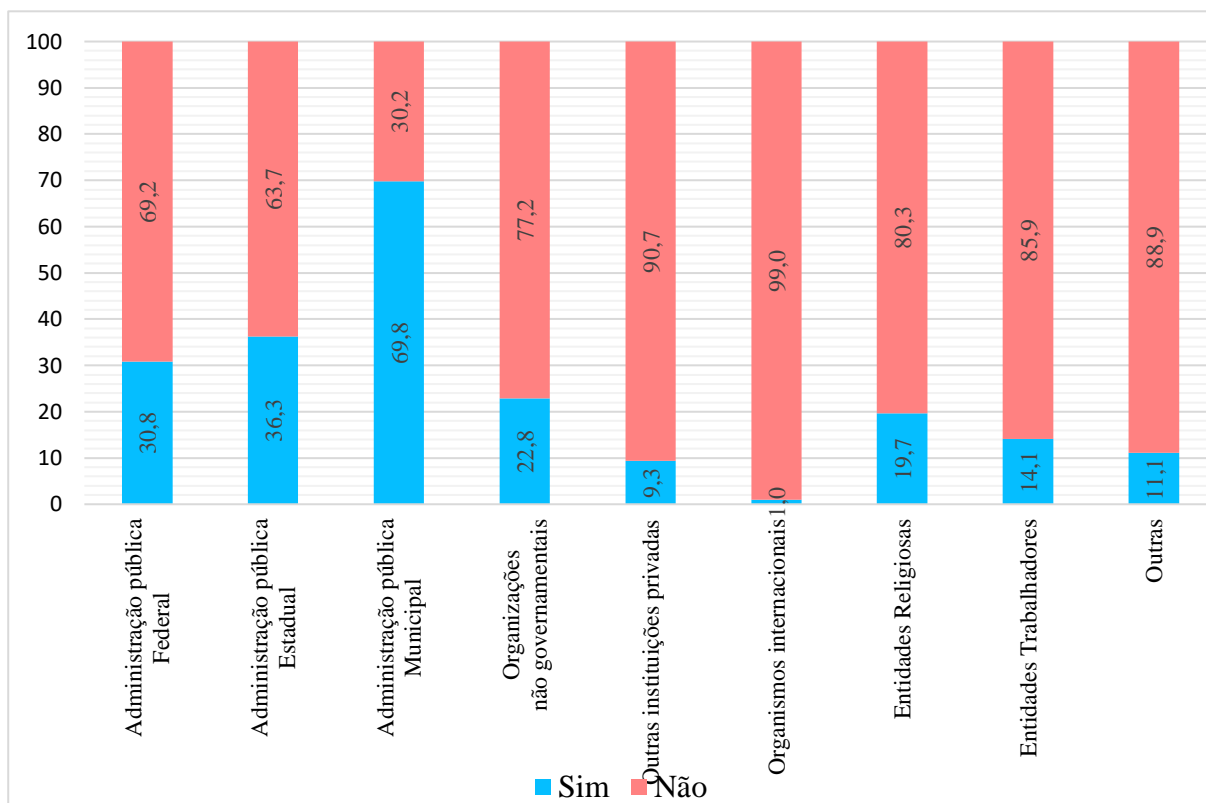
O presente estudo parte dos conceitos elencados acima e busca compreender o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher no que se refere às suas potencialidades para coproduzir as políticas públicas destinadas aos direitos das mulheres.

3 OS CONSELHOS MUNICIPAIS DOS DIREITOS DA MULHER: UM PANORAMA EM NÍVEL NACIONAL

Um determinante substancial analisado, referente à questão de gênero, diz respeito aos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013 que aborda o perfil dos

municípios brasileiros em diferentes recortes incluindo a política de gênero. O gráfico a seguir traz o percentual de municípios que desenvolvem programa, projeto ou ação na área de políticas para as mulheres em cooperação ou convênio.

Gráfico 1 – Percentual de municípios que desenvolvem políticas para as mulheres, segundo o tipo de parceria no Brasil em 2013.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados fornecidos pelo IBGE.

Pode-se perceber que 69,8% dos municípios brasileiros desenvolvem projetos, programas ou ações na área de políticas para as mulheres em parceria com a administração pública municipal. Contudo, cabe destacar que 36,3% desses municípios, também realizam parcerias com a administração pública estadual e apenas 30,8% com a administração pública federal. A partir da perspectiva do federalismo brasileiro, estes percentuais refletem maior articulação entre os subnacionais em nível municipal, sendo possível inferir que há certa limitação em relação à coprodução com o restante dos entes federados. Tal dificuldade surge como consequente da descentralização fiscal.

O pacto federativo [...] deve engendrar políticas compensatórias comandadas pelo poder central, o que significa orquestrar uma redistribuição de recursos e atribuições entre esferas de governo capaz de sustentar mecanismos compensatórios, um grande desafio para o processo de descentralização das políticas sociais (MATOS, 2007, p.15).

De acordo com IBGE (2013) as entidades religiosas, também, atuam de certa forma no desenvolvimento de parcerias de gênero, dado que 19,7% dos municípios desenvolviam projetos com essas organizações. Entretanto, 22,8% dessas parcerias foram feitas com as organizações não governamentais, também cooperando com as políticas de gênero. Esse aspecto é importante, visto

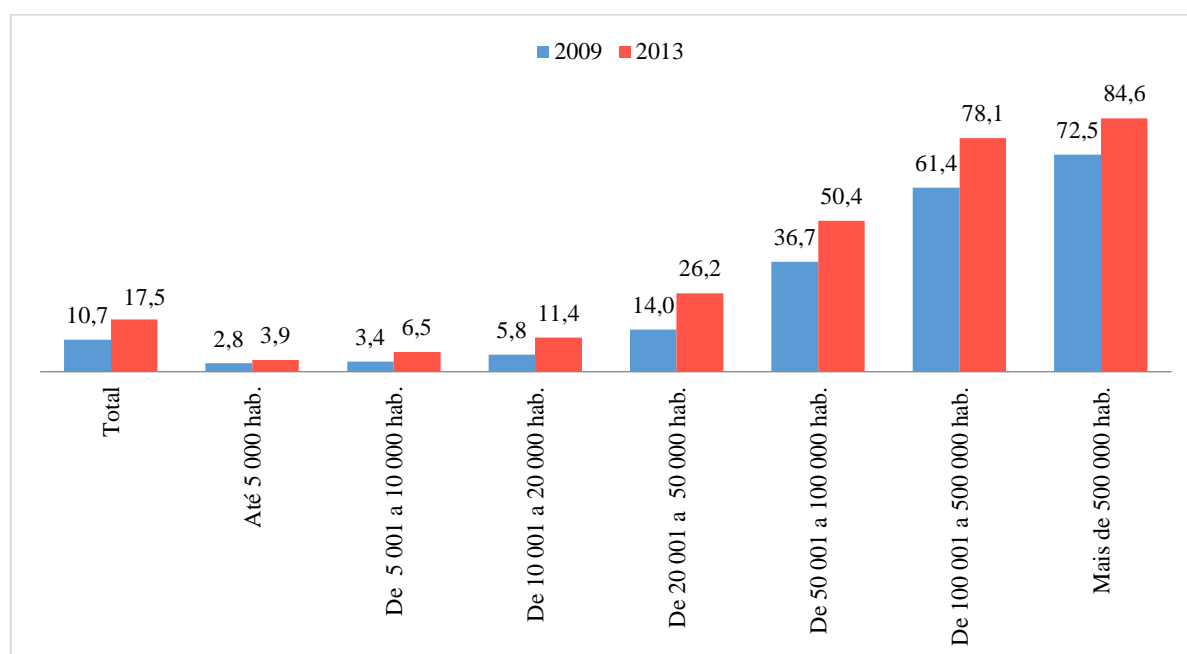
que ambas são organizações da sociedade civil, tendo papel agregador na efetividade e legitimidade da política.

Cabe enfatizar que em relação ao Estado de Santa Catarina, onde se localiza o conselho municipal abordado neste artigo, dados do IBGE, demonstram que o Estado “é o que apresenta a maior proporção de municípios que realizavam parcerias com ONGs (40,4%), e o Acre é o Estado onde 50% dos municípios apresentavam parcerias com entidades religiosas” (IBGE, 2013).

Estes dados expõem um grande contraste entre os diferentes Estados do país, tendo destaque o Estado de Santa Catarina com maior representatividade política, uma vez que a formação paritária do COMDIM possui diferentes movimentos sociais, referente à representação da sociedade civil. Isso proporciona um fortalecimento nos vínculos com o conselho. Como relata a atual presidenta do conselho, mencionando a Associação Brasileira dos Portadores de Câncer (AMUCC) que possui representantes em Florianópolis e desenvolve a campanha Outubro Rosa, para a conscientização da prevenção do câncer de mama: “*O conselho tem o apoio, a parceria de inúmeros movimentos, como a Secretaria da Saúde, agora a AMUCC, que aí já não é o Estado, mas sim ONG [...]*” (Presidenta do COMDIM).

Os conselhos municipais dos direitos da mulher emergem como órgãos e espaços fundamentais na articulação entre a administração pública municipal e a sociedade civil. Por isso, vale enfatizar o percentual de municípios com conselho municipal dos direitos da mulher, segundo as classes de tamanho da população dos municípios brasileiros, representado no gráfico a seguir. Os dados abaixo também foram fornecidos pelo IBGE em 2013.

Gráfico 2 – Percentual de municípios com COMDIM, segundo classes de tamanho populacional dos municípios brasileiros em 2013.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados fornecidos pelo IBGE.

Pode-se observar que em 2009, apenas 10,7% dos municípios possuíam tais Conselhos e quatro anos depois, morosamente, aumentou para 17,5% os municípios do País com esse tipo de organização, expondo uma fragilidade na relação entre as diversas demandas das mulheres e a atuação dos gestores municipais. Entretanto, os municípios que têm até 10 000 habitantes, o percentual é ainda menor (10%), em contraste com municípios populosos com mais de 100 000 habitantes onde esse percentual ultrapassa 70%. Esses resultados projetam, mesmo que de forma

tímida, um crescimento importante no número de conselhos, em dado período, mas torna-se ainda um desafio à inclusão da questão de gênero na agenda pública e nos espaços representação política do país.

4 O CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER DE FLORIANÓPOLIS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Os conselhos podem ser compreendidos como espaços públicos que permitem a representação de interesses coletivos no cenário político e no estabelecimento da agenda pública, expondo uma particularidade heterogênea, dado que, concomitantemente, possuem componentes da sociedade e do Estado. Diferenciam-se de manifestações e movimentos da sociedade civil, devido a terem formação legalmente determinada e institucionalizada (CARNEIRO, 2002). O Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis (COMDIM) foi instituído em 22 de julho de 2008 conforme Lei municipal nº 7682, que traz a definição do conselho como:

Órgão colegiado de caráter permanente, propositivo, fiscalizador e de composição paritária entre o governo e a sociedade civil, com a finalidade de promover, em âmbito municipal, políticas públicas que contemplem a equidade de gênero e visem eliminar o preconceito e a discriminação, inclusive na prevenção e erradicação da violência contra a mulher, ampliando o processo de controle social sobre as referidas políticas (FLORIANÓPOLIS, 2008, art. 1).

O COMDIM está vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social, pois não há Secretaria Municipal especializada na gestão de políticas de gênero. Existe apenas uma coordenadoria de políticas públicas para as mulheres, a qual possui forte vinculação com os diversos movimentos sociais e presta assessoria à reestruturação ou alteração do conselho. Esses aspectos compõem também, o arranjo institucional da coordenadoria, por meio da lei municipal nº 7625 que a originou. Assim, o tipo de gestão desenvolvido pela coordenadoria de políticas públicas para mulheres, que se dá a partir da articulação com a sociedade e as organizações sociais, contribui e reforça processos democráticos de tomada decisão, também realiza e avalia as políticas de gênero.

Assim, se percebe na gestão da coordenadoria aspectos da governança pública, compreendida como um formato institucional que “abre a gestão da coisa pública à participação de diversos atores e gera espaços públicos de participação e controle social a partir, também, de reivindicações de diferentes atores da sociedade civil” (RONCONI, 2011, p. 29).

Importante ressaltar a luta do movimento feminista, ao longo da história, para ganhar espaço no meio político e na esfera pública. Conforme exposto por Maria da Glória Gohn (2003):

Na década de 1980, a mulher ganhou espaço nas políticas públicas: surgiram os primeiros conselhos da Condição Feminina, os SOS Mulher, as delegacias da Mulher. Movimentos sociais e ONGs emergiram e consolidaram-se em inúmeros eventos, nos congressos da mulher trabalhadora etc. A mulher assumiu-se como militante nos movimentos, partidos e sindicatos e deixou os departamentos femininos como capítulos de uma história do passado (GOHN, 2003, p. 51 apud SEBASTIÃO, 2010, p. 28).

Assim, como bem destaca Pitanguy (2003), ao lutar por seus direitos o movimento feminista questionou as bases na quais se assentavam a desvalorização do feminino.

O feminismo questionava os alicerces culturais nos quais se assentava a desvalorização do feminino, expressa em leis, em práticas, em linguagens simbólicas e chamava a atenção para o fato de que, ao longo da nossa história, a hierarquia e a desigualdade permearam as relações de gênero, constituindo

um elemento fundamental na organização do poder e nos sistemas de valores que alicerçavam os conceitos de masculino e de feminino em nossa sociedade (PITANGUY, 2003, p.26).

O Conselho Municipal da Condição Feminina (CMCF), antecessor ao COMDIM, surgiu em Florianópolis, por meio de Lei municipal nº 2.598 de 1987, que instituiu o primeiro órgão responsável pela questão de gênero. O CMCF teve como atribuições o desenvolvimento de programas e projetos no âmbito da administração municipal, no intuito de erradicar a discriminação da mulher e fomentar sua participação política nos espaços de deliberação e controle, assim como demais obrigações. Há uma diferença pouco significativa entre as obrigações do primeiro conselho (CMCF) para as do atual (COMDIM), pois ambos devem ser fiscalizadores e desenvolvedores de políticas e programas.

Porém, observou-se uma característica diferenciada do CMCF, abordada no artigo 4º da lei institucional do órgão, anteriormente mencionada. Embora estivesse garantida a autonomia deliberativa que proporcionaria ao conselho influir na agenda pública, o mesmo não era definido como entidade permanente, o que trouxe instabilidade ao conselho. Demais aspectos, que diferenciam o CMCF do COMDIM são destacados pela autora Sebastião (2010):

Outra diferença entre o antigo e o atual Conselho, reconhecida como um avanço, é o caráter paritário entre as conselheiras que o de 1987 não previa; além disso, para cada titular há uma suplente, o que é muito importante para manter o quórum nas reuniões e garantir o pluralismo, uma vez que titulares e suplentes podem comparecer juntas as assembleias. Outro avanço é o aumento do número das conselheiras, antes eram onze titulares e mais quatro suplentes; já o atual regimento interno prevê dezesseis conselheiras titulares e dezesseis suplentes, o que garante a pluralidade no conselho, já que existe um número maior de mulheres representando as diversas demandas femininas. (SEBASTIÃO, 2010, p. 38).

Vinte anos após a criação e fechamento do CMCF, em meio à discussão das demandas ainda existentes, emerge em 2008 o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis como uma conquista do movimento feminista e de mulheres, que nas últimas décadas enfrentaram inúmeros desafios para a institucionalização do órgão.

Um atributo fundamental existente na maioria dos conselhos de direito é a pluralidade de agentes, o que se torna determinante para o desenvolvimento dos debates nesses espaços e viabiliza a efetivação de ações que consideram a multiplicidade de tópicos transversos. Esse atributo ganha importância, no caso do COMDIM, em particular na discussão de temas como a discriminação mais evidente em relação às mulheres homossexuais, transexuais, as negras, portadoras de necessidades especiais, presidiárias, e outras, compreendidas na questão igualdade de gênero. Isso demonstra ampla articulação do conselho ao envolver no debate elementos como raça, classe, etnia e gênero, servindo de insumo para um trabalho em rede que gera transformação do cenário de desigualdades e preconceitos sociais. A pluralidade dos agentes pode ser percebida na própria constituição do COMDIM que segue no quadro abaixo.

Quadro 1 – Paritário do COMDIM

Organizações Não-Governamentais	Organizações Governamentais
Associação de Direitos Humanos com Enfoque na Sexualidade – ADEH	Secretaria Municipal de Assistência Social

Comissão da Mulher Advogada- Ordem Dos Advogados Do Brasil/Santa Catarina OBA-SC	Secretaria Municipal de Educação
Instituto de Estudos de Gênero – IEG	Secretaria Municipal de Saúde
Instituto Arco-Íris	Fundação Cultural de Florianópolis Franklin Cascaes

Fonte: Elaboração dos autores a partir de informações fornecidas pela secretaria executiva do conselho.

A formação paritária faz-se essencial para o funcionamento do conselho, visto que tanto a participação de representantes da sociedade civil, quanto dos representantes do poder público municipal, resulta no exercício da democracia e na legitimidade do processo político, por meio de alianças e equiparação de forças:

Paridade não se reduz a uma questão numérica de metade-metade. Paridade implica correlação de forças, luta pela hegemonia, alianças que devem ser estabelecidas para consolidar um determinado projeto e uma determinada proposta de encaminhamento no âmbito dos Conselhos (RAICHELLIS, 2000, p.44).

A característica paritária dos conselhos transcende, portanto, à simples compreensão de divisão numérica das partes que o compõem. Como adverte Weber (1978) geralmente os representantes dessas entidades podem deter dois tipos de dominação diferentes. O primeiro carismático associado à influência política e o segundo tradicional, onde os próprios secretários ocupam a função presidencial do conselho. A construção do entendimento de paridade no fortalecimento político desses órgãos como critério ou princípio, reflete a atuação desses agentes:

Esse critério ou princípio de paridade parece decorrente do processo de lutas e articulações da sociedade civil que se forjaram desde o contexto autoritário e que atravessaram a década de 1980, desembocando, no momento da Constituinte, em várias articulações e mobilizações, tendo em vista a implementação de conselhos. Nesse sentido, imbuídos de uma concepção de sociedade civil amplamente ancorada nos movimentos e organizações sociais que apresentavam um teor crítico e democratizante [...] (LÜCHMANN, 2008, p. 90).

Os conselheiros precisam se posicionar como agente no processo de decisão. Tendo a mesma oportunidade de expressarem suas opiniões e devem ser admitidos em nível de equidade com os demais. Logo, a determinação legal da paridade deve servir como instrumento para articulação entre as organizações, no espaço deliberativo dos conselhos, com intuito de melhor atender as demandas essenciais.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso. Segundo Gil (2002, p. 54), o estudo de caso “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”. Este método procura “descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação” (GIL, 2008, p. 58). O estudo de caso “pode se basear em muitas fontes de evidências [...] podem vir de seis fontes distintas: documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos” (YIN, 2001, p.105). Logo, torna-se um método de pesquisa amplo contribuindo para “uma preocupação pela validade do constructo e pela confiabilidade” (YIN, 2001, p.129). No estudo de caso é necessário que o pesquisador “redobre seus cuidados tanto no planejamento quanto na coleta e análise dos dados para minimizar o efeito dos vieses” (GIL,2002, p. 54).

Quanto à natureza, o presente estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva, visto que seu propósito foi descrever a gestão do COMDIM de Florianópolis com base nos pressupostos teóricos da coprodução do bem público e governança pública. A unidade-caso da pesquisa foi o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis, composto por representantes governamentais e da sociedade civil, responsáveis por debater as demandas apresentadas e fiscalizar o cumprimento das políticas públicas para as mulheres por parte dos órgãos competentes. O período de realização do estudo foi de seis meses, desde a elaboração do projeto até a conclusão da coleta de dados.

De acordo com Gil (2002, p. 141), “Pode-se dizer que, em termos de coleta de dados, o estudo de caso é o mais completo de todos os delineamentos, pois se vale tanto de dados de gente quanto de dados de papel”. Então, para assegurar maior credibilidade dos dados coletados, fez-se uso de duas técnicas complementares: entrevista e pesquisa documental.

A entrevista executada neste estudo foi a semiestruturada, na qual “a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado, bem como [...] abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, ou então oferecer visão aproximativa do problema pesquisado.” (GIL, 2008, p. 111). Sendo, também, “uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 197). Permite a obtenção de dados que muitas vezes não são localizados em outras fontes, sendo importantes e necessários, também, torna-se viável o acesso a informações específicas, com maior grau de comprovação, de possíveis divergências (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A pesquisa documental está compreendida como fonte de coleta de dados, por meio da avaliação de documentos, também conhecida como fontes primárias e levantamento documental (MARCONI; LAKATOS, 2003). Conforme Gil (2008, p. 149), “essas fontes documentais são capazes de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficiente para evitar a perda de tempo”. Os documentos avaliados foram aqueles que retrataram ter maior significância as atribuições exercidas pelo COMDIM de Florianópolis, e foram indicados pelas entrevistadas.

As seguintes perspectivas de análise, a partir do referencial teórico utilizado guiaram e auxiliaram na formação dos possíveis indicadores qualitativos de coprodução do bem público e governança pública, também na avaliação das entrevistas semiestruturadas: Participação do governo; participação ativa da sociedade civil; relação de confiança; exercício da cidadania; aprendizagem mútua; responsabilidade compartilhada; comprometimento; processos colaborativos; resultados benéficos à sociedade; estabelecimento de parcerias e articulação estratégia do governo. Os indicadores qualitativos foram fundamentados, a partir da avaliação qualitativa, segundo Demo (1994), consiste em perceber a problemática do fenômeno participativo no processo político “para além dos levantamentos quantitativos usuais, que por isso não deixam de ter sua importância” (DEMO, 1994, p. 21). Segue abaixo, as perguntas elaboradas com base nas perspectivas de análise:

- 1) Existe diálogo com a comunidade?
- 2) Existe melhoria de qualidade de vida da comunidade?
- 3) Existe trabalho voluntário? De quem? Como se dá? Por quê?
- 4) Percebe-se solidariedade entre os envolvidos?
- 5) Qual o papel/ participação do governo?
- 6) O governo atua, por meio de quais atores (coordenadoria secretária)?
- 7) O governo articula alguma ação?
- 8) Qual a participação da comunidade/sociedade?
- 9) Quais movimentos (ou representantes) participam?
- 10) A comunidade participa de alguma maneira?
- 11) Existe alguma relação de troca/ aprendizagem entre os atores? Ela é política?
- 12) Todos os participantes sabem como funciona o conselho e o papel que exercem nele?

- 13) A organização estabelece alguma rede ou parceria com outras organizações? A responsabilidade dentro da rede é compartilhada?
- 14) Como a sociedade civil/ comunidade enxerga o conselho?
- 15) Qual estrutura atendia antes do COMDIM de Florianópolis?

Uma vez transcritas as entrevistas e codificados seus respondentes a fim de manter o anonimato, dividiu-se a análise de conteúdo em três etapas. Na primeira etapa, procurou-se identificar, no depoimento de cada uma das entrevistadas, os elementos discursivos relevantes a partir da sua aproximação com cada um dos eixos qualitativos predefinidos. Assim, a cada entrevista analisada, os quatro indicadores qualitativos eram “preenchidos” com os elementos discursivos que aderiam a cada um deles. Já a segunda etapa da análise de conteúdo das entrevistas foi realizada de modo transversal, agrupando-se todas as evidências encontradas em cada um dos quatro possíveis indicadores qualitativos de coprodução e governança pública, na qual se buscou consolidar todos os achados específicos encontrados em cada um deles, indicando, então, a tendência de gestão do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis.

Quadro 5 – Os quatro possíveis indicadores qualitativos de coprodução do bem público e governança pública com base nas perspectivas de análise.

Indicador	Perspectiva de análise	Característica
Representatividade	Participação do governo e articulação estratégia do governo.	Analisa as características da liderança, as relações democraticamente estabelecidas.
Legitimidade	Participação ativa da sociedade civil; exercício da cidadania; e resultados benéficos à sociedade.	Analisa o processo democrático institucional da organização.
Participação da base	Participação ativa da sociedade civil e processos colaborativos.	Analisa o planejamento do processo de participação e o nível de horizontalidade.
Autossustentação	Relação de Confiança; aprendizagem mutua; responsabilidade compartilhada; comprometimento e estabelecimento de parcerias.	Analisa a capacidade de contribuição e negociação entre os membros.

Fonte: Adaptado de Demo (2011).

A análise de conteúdo dos documentos relevantes realizou-se em uma avaliação do conteúdo mais ampla, diretamente amparada no referencial teórico, mais especificamente, nas principais dimensões conceituais que caracterizam a coprodução dos bens e serviços públicos e a governança pública como a gestão por parte do Estado. No que se refere aos documentos analisados, três documentos ao todo foram identificados como relevantes, dada a frequência e ênfase com os quais foram mencionados pelas entrevistadas. Assim como realizado na análise de conteúdo das entrevistas, em um primeiro momento, cada um desses documentos foi analisado individualmente. Após a análise individual, realizou-se uma análise transversal, consolidando os dados encontrados em cada um deles frente às dimensões conceituais do referencial teórico que se mostraram mais importantes, evidenciando-se, assim, a tendência de gestão do COMDIM de Florianópolis.

Ao final, os resultados da análise de conteúdo das entrevistas e dos documentos foram combinados a fim de se produzir um quadro geral de evidenciação dos indicadores de coprodução e governança pública compreendidos nos quatro possíveis eixos qualitativos do COMDIM de Florianópolis de acordo com o objetivo geral da pesquisa.

6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise e a interpretação do conteúdo das entrevistas pautaram-se nos quatro possíveis horizontes qualitativos descritos na metodologia. Foram entrevistadas a atual presidente (1ª entrevistada) do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis (COMDIM) e a ocupante do cargo de gestão (2ª entrevistada) da Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres de Florianópolis (CMPPM).

No indicador “representatividade”, notou-se caráter representativo em relação à liderança do COMDIM. Conforme explicitado pela respondente do COMDIM: *“A Mesa Diretora do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, onde está a presidenta que é eleita pela maioria absoluta dos votos da assembleia geral para mandato de um ano, com permissão de retorno, [...] mas na verdade a dança das cadeiras acontece o tempo todo dentro da política, então você tem cargos comissionados, porém, o conselho da mulher ainda não tem uma secretária, logo possui um orçamento pequeno, então esse lugar acaba não sendo tão disputado politicamente, como acontece nos conselhos da saúde e educação”*. Através do discurso desta entrevistada, pode-se notar claramente uma maior qualidade política, pois a ocupação do cargo dá-se democraticamente, visto que se estabelece um vínculo de confiança com quem representará o conselho, mesmo com as restrições institucionais existentes.

No indicador “legitimidade” notou-se que o processo democrático institucional do conselho, viabiliza maior soberania nas decisões dos membros que compõem a estrutura paritária do conselho. Conforme relatado pela respondente do COMDIM: *“Um conselho, um aparelho, de monitoramento, avaliação, controle social. Obviamente tem que ouvir várias comunidades [...] a gente tem uma escuta de toda uma vivência do arquétipo do ser mulher hoje dentro do município de Florianópolis. Então, através dos dados que é colhido, aí é cooperação, com o viés que seja governamental ou com auxílio das ONGs, traz informações, [...], mas quem tem a escuta são as organizações que tem acento no conselho [...]”*. A 2ª entrevistada também relata a importância de articulação política não só da sociedade civil organizada, mas de todos os órgãos públicos municipais que integram o conselho.

No indicador “participação da base”, intimamente ligado ao horizonte qualitativo anterior, pôde-se notar uma aparente tendência à coprodução de serviço público, principalmente em relação ao compartilhamento de responsabilidades. Uma das duas entrevistadas afirma que todos os atores que compõem a estrutura paritária do conselho exercem participação política. Conforme expôs a entrevistada do COMDIM: *“Sem boa articulação não têm trabalho político, então é de competência do conselho articular-se com os movimentos de mulheres para que haja cooperação mútua, criando estratégias comuns de implementação de ações para a questão de gênero o que fortalece o processo de controle social”*. Deste modo, percebeu-se que o nível de horizontalidade está ligado à importância do engajamento político entre diferentes atores, o que proporciona a existência do *accountability societal* em órgãos que exerçam coprodução.

Por fim, no indicador “auto sustentação”, constatou-se que as gestoras entrevistadas possuem uma relação de apoio estabelecida, especialmente, por meio de vínculos de confiança estabelecidos em rede entre órgãos, como relata a entrevistada da CMPPM: *“O conselho tem a função de nos fiscalizar isso não nos deixa com medo, isso nos deixa mais seguras do trabalho. Por que você sabendo que tem alguém que tu consegue dialogar, que tem a função de te fiscalizar, tu consegue ter esse olhar para melhorar o teu trabalho. Então nossa conversação, nosso diálogo é muito fortalecido, desde do início quando eu comecei a atuar como coordenadora, eu tinha isso como meta, todo o meu trabalho é pautado no diálogo”*.

Essa relação de cooperação entre os órgãos foi reafirmada, conforme relata a segunda entrevistada, *“A coordenadoria é de excelência, é uma articuladora de fato, é aquela que sabe*

que ela é Estado, por ela ser Estado ela tem que gerir, ela tem que articular, dar conta de agregar os movimentos. É uma peça fundamental, enquanto coparticipante na questão de gênero”.

A atual gestão da CMPPM foi observada de forma positiva pelo conselho, segundo relata a gestora do COMDIM: *“Na última gestão quiseram colocar uma menina que não separava a religiosidade da política, que um grande problema hoje. Então ela trouxe um racha. Num dia 8 de março ela promoveu uma manifestação contra o aborto a favor de uma família tradicional, tudo que a gente vem questionando. Então aí você vê a força do movimento social e das articulações do conselho, o conselho foi responsável pela retirada, para volta da antiga gestão [...] que tratava a política da mulher como ela deve ser tratada, independente da religião, partido [...]. Logo, você tem que ser apartidária, você tem que deixar a sua vida privada em outro espaço, a política exige isso, que você tenha traquejo de lidar com as coisas [...] aí você vê a articulação, a força do movimento, mesmo ela (antiga gestora) sendo de partido de oposição ao do prefeito. Mesmo porque ela efetuando um bom trabalho ela acaba elevando a gestão atual da prefeitura”.*

A partir da interpretação do conteúdo da entrevista e da análise do COMDIM, identificaram-se os quatro possíveis indicadores qualitativos de coprodução de bens e serviços públicos e governança pública, por meio das características de gestão do conselho. Como pode ser observado no quadro a seguir.

Quadro 6 – Os quatro possíveis indicadores qualitativo de coprodução do bem público e governança pública.

Indicador	Característica
Representatividade	A atual gestão municipal vem se disponibilizado a contribuir no debate e no monitoramento da execução de políticas públicas para mulheres, por meio da participação voluntária de representantes públicos no COMDIM. Assim como, a gestão atual da CMPPM possui forte articulação com o conselho, os movimentos sociais e as várias instâncias do Estado, desempenhando uma gestão estratégica, enquanto implementadora de políticas.
Legitimidade	Participam diferentes organizações sociais, LGBT, rede feminista de saúde, etc. Cada qual atuando no fomento aos debates e nas demandas políticas de gênero. O fomento a cultura cívica, através de princípios existentes no COMDIM: Respeito à diversidade e ao ser humano; participação ativa; igualdade de gênero; cooperação. Proporciona à sociedade um espaço político para discussões pertinentes aos desafios enfrentados pelas mulheres.
Participação da base	Participam diferentes organizações sociais, LGBT, rede feminista de saúde, etc. Cada qual atuando no fomento aos debates e nas demandas políticas de gênero. A colaboração ocorre por parte dos pares que compõem o COMDIM participam ativamente das reuniões e definem democraticamente a pauta que será discutida, sendo as reuniões organizadas, mediadas e registradas pelo setor executivo.
Autossustentação	A existência de confiança por parte dos pares que compõe o COMDIM. Há forte relação de confiança, principalmente, entre o conselho e a CMPPM. A sociedade adquire conhecimento, por meio de oficinas e eventos realizados pelas organizações governamentais envolvidas, que por sua vez aprendem com as mulheres, quais as reais demandas existentes. Todos detêm responsabilidades. O sucesso ou fracasso da ação do conselho são o resultado da atuação de cada um. Há o engajamento de todos,

	devido à composição do conselho ser voluntária. Há parcerias do conselho em projetos que promovem e fomentam a reflexão de assuntos pertinentes às mulheres, como o Outubro Rosa.
--	---

Fonte: Elaboração própria.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retrato do cenário político brasileiro atual abrangendo a questão de gênero demonstra a necessidade de mais espaços públicos e políticos que permitam a participação das mulheres como cidadãs. O Poder Público vem buscando, morosamente, novas formas de gestão, capazes de garantir maior participação na prestação de serviços mais acessíveis. Grande parte destes esforços é resultado de lutas da bancada parlamentar feminina e do movimento feminista, em pressionar o Estado, através dos meios legais recentemente instituídos, como a lei Maria da Penha e a do feminicídio.

A pesquisa relatada no presente artigo teve por objetivo geral investigar o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis (COMDIM) tendo como foco suas potencialidades para coproduzir políticas públicas destinadas aos direitos das mulheres. Cabe destacar as limitações enfrentadas durante o desenvolvimento deste trabalho, como a falta de dados atualizados referente à política de gênero no relatório sobre o perfil dos municípios brasileiros, publicado anualmente pelo IBGE. Outro fator limitador foi a escassez de estudos de caso, que utilizem indicadores qualitativos de análise para a identificação da coprodução do bem público e governança pública na gestão de organizações.

Tal organização foi escolhida tanto por ser um meio de a sociedade civil manifestar-se politicamente, quanto pela sua institucionalização onde compreende também agentes públicos, o que proporciona maior comunicação e articulação entre os envolvidos, permitindo o tratamento de uma questão ainda muito discriminada, a igualdade de gênero, que afeta os direitos e a vida de milhares de mulheres no país. Os conselhos podem ser um local de prática em que os seguimentos sociais evoluem, através da comunicação, negociação entre os diferentes agentes e de um relacionamento direto entre o processo de gestão e a cooperação social e política. Logo nesse espaço, o planejamento gerencial, a organização, controle e coordenação, funções de gestão, teriam a possibilidade de serem compartilhadas por diferentes atores no desenvolvimento da coprodução.

O referencial teórico que embasou o estudo foi compreendido pelos conceitos de coprodução do bem público e governança pública presente na literatura especializada contemporânea. A coprodução do bem público foi descrita, como um modelo de administração pública baseado na inserção da sociedade na elaboração e controle das políticas públicas em conjunto com o Estado. E governança pública foi descrita, como um arranjo institucional onde a gestão do Estado é compartilhada, através das redes que se configuram em vínculos estabelecidos entre uma diversidade de agentes (públicos, do mercado ou da sociedade civil) envolvidos neste compartilhamento.

Em termos de metodologia, a pesquisa exposta no presente artigo tratou-se de um estudo de caso de natureza descritiva. O propósito foi elaborar conhecimento capaz de proporcionar a compreensão da estruturação e atuação do COMDIM de Florianópolis como um espaço para a coprodução de políticas públicas voltadas aos direitos da mulher complementar à governança pública. A pesquisa foi apoiada em dois métodos de coleta de dados: a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental. A partir de um roteiro, foram entrevistadas a ocupante, no ano 2016, do cargo de presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis e a ocupante da Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres de Florianópolis. Designadas

nessa pesquisa como 1ª entrevistada e 2ª entrevistada, respectivamente, em depoimento, as entrevistadas, relataram a criação do conselho, por meio de reivindicações do movimento feminista e de documentos legais distintos. Os documentos e a história do movimento feminista mencionados de forma frequente e enfática foram, então, observados para análise específica.

O estudo realizado abre espaço para futuros trabalhos com base em diferentes indicadores qualitativos de análise, nas organizações em que a dimensão política está compreendida na gestão, logo viabiliza a identificação do modelo de gestão existente. Também, proporcionou uma percepção interessante do tema pesquisado. Embora a existência dos conselhos municipais que tratam da questão de gênero, tenha oferecido às mulheres um espaço para o debate das mais diferentes demandas que circundam os seus direitos, não há autonomia para esses órgãos, conforme relatado pelas entrevistas, ou poder deliberativo.

Tal fato limita a efetividade e a implementação de políticas públicas para as mulheres, já que a atuação desse instrumento se restringe apenas ao controle e discussão de necessidades existentes, sendo ainda dependente dos demais âmbitos do poder municipal e do Estado. Faz-se necessário, dessa forma, que desafios sejam ultrapassados para que haja, de fato, o compartilhamento de responsabilidades entre os agentes.

Porém, identificou-se uma forte articulação entre a gestão da Coordenadoria de Políticas Públicas para as Mulheres, o COMDIM e os movimentos sociais de Florianópolis, como declarado pelas entrevistadas. A maioria das parcerias estabelecidas entre os Conselhos Municipais dos Direitos da Mulher, em âmbito estatal, foram com organizações da Administração Pública Municipal. Sendo um importante indicador de que se faz necessário à reflexão do paradoxo modelo de gestão, atualmente utilizado na Administração Pública brasileira. Mesmo com a criação da constituinte de 1988, ainda existem limites legais e políticos para a atuação do gestor, bem como da sociedade civil. Isso ocasiona um retrocesso, mas não o fim da democracia.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando L.; LOUREIRO, Maria R. Finanças públicas, democracia e *accountability*. In: ARVATE, Paulo R.; BIDERMAN, Ciro. (Orgs.). **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier; Campus, 2005. p. 75-102.

BERNIER, L. et al. Attending to the general interest: new mechanisms for mediating between the individual, collective and general interest in Quebec. *Annals of public and Cooperative Economics*, v.74, n.3, jun. – set. 2003, p. 321-347.

BRUDNEY, Jeffrey L.; ENGLAND, Robert E. 1983. Toward a Definition of the Coproduction Concept. **Public Administration Review**, Washington (DC), v. 43, n. 1, 59-65.

CAMPOS, Edmundo. Introdução In: _____ (Org.). **Sociologia da burocracia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 15-28. WEBER, Max. Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, Edmundo (Org.). **Sociologia da burocracia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 15-28.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v. 36, n. 2, p. 277-292, mar. – abr. 2002.

CONFORD, F. M. **The republic of Plato**. New York: Oxford University Press, 1976.

CUNILL GRAU, Nuria. Nudos críticos de la accountability societal: extrayendo lecciones de su institucionalización en América Latina, CLAD, BID, EUDEBA, 2002.

- D'ARAUJO, Maria Celina. **Capital social**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2003.
- DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2011.
- DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. Autores Associados, 1994.
- ENJOLRAS, B (Dir.), **Governance et intérêt geral dans les services sociaux et de santé**. Bruxelles: Peter Lang, 2008.
- FLEURY, S.; DUVERNEY, A. **Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v. 35, n. 1, p. 119-144, jan. – fev. 2001.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, v. 5, p. 61, 2002.
- GOHN, Maria da Glória. Conselhos Gestores e participação sóciopolítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. In: SEBASTIÃO, Angélica Carlos et al. **O Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis: da autonomia, representatividade e participação, aos desafios e entraves do controle social**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. TCC (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Estado de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.
- HEIDEMANN, Francisco G. Ética de responsabilidade: sensibilidade e correspondência a promessas e expectativas contratadas. In: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: UnB, 2009. p. 301-309.
- IBGE. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC, 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 28 mar. 2016.
- KISSLER, Leo; HEIDEMANN, Francisco G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade?. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v. 40, n. 3, p. 479-499, mai. – jun. 2006.
- LAVALLE, Adrián Gurza; HOUTZAGER, Peter P.; CASTELLO, Graziela. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. **Lua Nova**, São Paulo. v. 67, n. 67, p. 49-103, 2006.
- LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, p. 87-97 jan. – abr. 2008.
- LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; ALMEIDA, Carla Cecília Rodrigues. A representação política das mulheres nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 86-94, jan. – jun. 2010.
- MANFRINI, Daniele Beatriz. Cidadania e Equidade de Gênero: Políticas Públicas para Mulheres Excluídas dos Direitos Mínimos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 8, n. 1, jan. – jun. 2005.
- MATOS, D. F. **Os conselhos municipais de políticas setoriais no contexto do federalismo brasileiro sob a perspectiva da Pesquisa de Informações Básicas Municipais**. 2007. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas)-Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ence.ibge.gov.br/index.php/publicacoes>> Acessado em: 20 mar. 2016.

O'DONNELL, Guillermo. *Accountability* horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova: Revista de cultura de política**, v. 44, p. 27 - 54, 1998.

PITANGUY, Jacqueline. **Movimento de Mulheres e Políticas de Gênero no Brasil**. CEPAL, Santiago, n.45, jun. de 2003. Série Mujer y Desarrollo. Disponível em: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/12689/lcl1920p.pdf>> Acesso em: 19 mar. 2016.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 1998.

ROBERTS, N. Public deliberation in age of direct citizen participation. **American Review of Public Administration**, Thousand Oaks, v. 34, n. 4, p. 315-353, Dec. 2004.

RONCONI, L. F. A. **Redes: matéria prima da governança pública**. [Mimeo]. fev. de 2011.

RONCONI, Luciana Francisco de Abreu; DEBETIR, Emiliana; DE MATTIA, Clenia. Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Potenciais Espaços para a Coprodução dos Serviços Públicos. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 14, n. 3, set. – dez. 2011.

RONCONI, Luciana. Governança pública: um desafio à democracia. **Emancipação**, v. 11, n. 1, p. 21-34, abr. 2011.

SANTOS, Valcir Bispo . Capital Social em áreas de Acordos de Pesca na Amazônia Oriental: articulações entre escalas e aspectos institucionais e organizativos nos processos de aprendizagem e inovações de pescadores artesanais ribeirinhos. In: XII ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 2007, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 2007

SALM, José Francisco; MENEGASSO, Maria Ester. Os modelos de administração pública como estratégias complementares para a coprodução do bem público. **Revista de Ciências da Administração**, v. 11, n. 25, p. 83-104, 2009.

_____.; _____. Proposta de modelos para a coprodução do bem público a partir das tipologias de participação. In: Encontro Científico de Administração da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa Em Administração – ANPAD, 34., set. 2010, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2010. p. 1 -17.

SEBASTIÃO, Angélica Carlos et al. **O Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Florianópolis: da autonomia, representatividade e participação, aos desafios e entraves do controle social**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. TCC (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade o Federal do Estado de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

VAILLANCOURT, Yves. Social Economy in the Co-Construction of Public Policy. **Annals of Public and Cooperative Economics**, Denver, v. 80, n. 2, p. 275-313, may. 2009.

VÖEGELIN, E. **A Nova Ciência Política**. Tradução de José Viegas Filho. 2 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1982.

WHITAKER, Gordon P. Coproduction: citizen participation in service delivery. **Public Administration Review**, Washington (DC), v. 40, p. 240-246, May/June. 1980.

COMUNICAÇÃO PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL ALINHADAS: BREVES RESULTADOS OBSERVADOS NO PROGRAMA DIALOGA BRASIL (2015-2016)

Laercio José Peres dos Santos³

SUMÁRIO: • 1. *Introdução.* • 2. *Objetivos.* • 3. *Material e Métodos.* • 4. *Resultados e Discussão.* • 5. *Conclusões.* • 6. *Referências.*

RESUMO: O presente estudo buscou levantar os resultados gerados em razão da proposta da ex-presidenta Dilma Rousseff, em seu segundo mandato (2014-2016), de criação de uma plataforma eletrônica para instrumentalizar a comunicação pública do governo federal e que, em concomitância, oportunizou novos canais de participação social por meio de redes sociais virtuais. Metodologicamente, realizaram-se estudos mistos: primeiro, um estudo de caso com as informações contidas na plataforma, caracterizando o processo de pesquisa como quantitativo e exploratório; depois, buscando observar e absorver as ideias defendidas por meio do programa, passou-se aos processos qualitativos. Objetivou-se, ao final, compreender as formas adotadas de comunicação pública, área pouco desenvolvida e ainda permeada por práticas tradicionais, e as manifestações na forma de participação social na plataforma do programa governamental Dialoga Brasil, de modo a levantar propostas passíveis de incorporação por parte da Administração Pública brasileira, bem como discernir brevemente sobre as escolhas coletivas.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação Pública; Canais de Participação; Dialoga Brasil.

³ Gestor de Recursos Humanos (UNIMES, 2015). Graduando em Administração Pública na Universidade Estadual Paulista (UNESP).

PUBLIC COMMUNICATION AND SOCIAL PARTICIPATION ALIGNED: BRIEF RESULTS OBSERVED IN THE PROGRAM DIALOGA BRASIL (2015-2016)

CONTENTS: • 1. *Introduction.* • 2. *Objectives.* • 3. *Material and Methods.* • 4. *Results e Discussion.* • 5. *Conclusions.* • 6. *References.*

ABSTRACT: The present study sought to lift the results generated based on a proposal from the former president Dilma Rousseff, in her second term (2014-2016), creation of an electronic platform to exploit the public communication of the federal government, and that, concomitantly, given new channels of social participation by means of social networking. Methodologically, research has been carried out in the mixed: first, a case study with the information contained in the platform, featuring the research process such as quantitative and exploratory; then, seeking to observe and absorb the ideas defended by means of the program, has been passed on to the processes of qualitative. The objective was to verify if, at the end, to understand the forms adopted in the communication to the public, area very developed and still permeated by traditional practices, and the manifestations in the form of social participation on the platform of the government program Dialoga Brasil, so as to withdraw the proposals subject to incorporation on the part of the Brazilian Public Administration, as well as to discern briefly on the choice of the collective.

KEYWORDS: Public Communication; Channels of Participation; Dialoga Brasil.

COMUNICACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL ALINEADAS: BREVES RESULTADOS OBSERVADOS EN EL PROGRAMA DIALOGA BRASIL (2015-2016)

CONTENIDO: • 1. *Introducción.* • 2. *Objetivos.* • 3. *Material y Métodos.* • 4. *Resultados y Discusión.* • 5. *Conclusiones.* • 6. *Referencias.*

RESUMEN: El presente estudio buscó levantar los resultados generados en razón de la propuesta de la ex-presidenta Dilma Rousseff en su segundo mandato (2014-2016), de la creación de una plataforma electrónica para instrumentalizar la comunicación pública del gobierno federal y que, coincidiendo, oportunizó nuevos canales de participación social por medio de las redes sociales virtuales. Metodológicamente, se han realizado estudios mixtos: en primer lugar, un estudio de caso con la información contenida en la plataforma, con el proceso de investigación cuantitativo y exploratorio; después, buscando observar y absorber las ideas defendidas por medio del programa, se pasó a los procesos cualitativos. Se observó, al final, comprender las formas adoptadas de comunicación pública, área poco desarrollada y aún permeada por las prácticas tradicionales y las manifestaciones en la forma de participación social en la plataforma del programa gubernamental Dialoga Brasil, de modo a levantar propuestas susceptibles de incorporación por parte de la Administración Pública brasileña, así como discernir brevemente sobre las decisiones colectivas.

PALABRAS CLAVE: Comunicación Pública; Canales de Participación; Dialoga Brasil.

1. Introdução

No cenário contemporâneo, observados o alcance da representatividade social e a orientação político-ideológica das propostas de governo – dos candidatos aos cargos do poder executivo –, percebe-se que as ações de uma autoridade governante não se legitimam somente (ou apenas) pela escolha dos cidadãos, durante os ciclos eleitorais, nas urnas. O que se faz necessário é a legitimação para além do momento do voto, onde as tomadas de decisão devem levar em consideração as necessidades territoriais, interagindo com o público-alvo, e abrir as estruturas governamentais para a participação social (MILANI, 2008). Busca-se passar de um modelo já exaurido de democracia representativa para se alcançar uma experiência de democracia participativa (SANTOS, 2005).

Neste processo, que se apresenta como dialógico, duas instâncias ganham força e surgem como possíveis soluções ferramentais: a comunicação pública e os canais de participação social. Ambas as áreas passaram a ser disseminadas com maior força nos anos 1980, em razão de uma série de mudanças geopolíticas – como a transição de regimes políticos, a exemplo da ditadura para redemocratização e reabertura política no caso brasileiro, ou ainda a reunificação da Alemanha e a dissolução do bloco soviético – e econômicas – sobretudo, as crises dos anos 1970 e a expansão do neoliberalismo enquanto nova doutrina econômica –, bem como caracterizam a passagem geracional de direitos da terceira (como o direito à comunicação) (ALARCÓN, 2004; ARAÚJO e NUNES JÚNIOR, 2005; FERREIRA FILHO, 2005; BONAVIDES, 2006) para a quarta geração (como o direito à informação e à participação) (BASTOS e TAVARES, 2000; ALARCÓN, 2004; SCALQUETTE, 2004; BONAVIDES, 2006).

Soma-se aos fatos acima descritos o desafio de inclusão plena de governos e cidadãos no ciberespaço e, neste, explorar novas potencialidades, formando a sociedade em rede que Castells (2003) defende em seus estudos. Em uma fase que é marcada pela economia baseada na informação como valor e produto, igualmente referenciada por Castells (1999) como sendo uma economia global e informacional, ter efetividade na participação dos atores político-sociais brasileiros em novos espaços é imprescindível para que se avance nas políticas públicas e se alcance com impacto junto aos públicos-alvo. Caso contrário, se não tomadas ações de aproximação, pode-se produzir a exclusão ou a marginalização de grande parte dos cidadãos. A esse respeito, Lévy (1999) já alertava que a mudança traria novas conformações nas relações:

A gigantesca mutação da civilização contemporânea, acarreta uma redefinição da natureza da potência militar, econômica, política e cultural. Algumas das forças atuais ganharão poder, outras irão perdê-lo, enquanto recém-chegados começam a ocupar posições que nem mesmo existiam antes da emergência do ciberespaço. No tabuleiro do xadrez virtual, as regras ainda não estão completamente estabelecidas. Aqueles que conseguirem defini-las em proveito próprio ganharão muito. Desde agora, e apesar da grande instabilidade da situação, os centros que hoje dominam o poder militar e financeiro encontram-se bem colocados para aumentar ainda mais sua influência. Contudo, devemos permanecer atentos à abertura, à indeterminação do processo de mudança tecno-social em andamento (LÉVY, 1999, p. 223).

Portanto, aponta-se a comunicação pública como uma primeira ferramenta de aproximação. A comunicação pública é um conceito complexo quando analisado por suas várias vertentes (KUNSCH, 2012) e muito recente no Brasil (KOÇOUSKI, 2012). De maneira geral, pode ser compreendida como: comunicação estatal; comunicação da sociedade civil organizada que milita pela coletividade e as instâncias governamentais; comunicação institucional dos órgãos públicos, na forma de publicidade; e, ainda, como comunicação política, com vistas a se realizar as propagandas partidário-políticas e eleitorais (KUNSCH, 2012). Aqui, deve-se pensar em comunicação pública como um instrumento de diálogo com a sociedade, de forma a disseminar as propostas de um governo. Zémor (2009), sintetiza as ações, os deveres e a importância do que é a Comunicação Pública:

É troca e compartilhamento de informações de utilidade pública ou de compromissos de interesses gerais. Ela contribui para a conservação dos laços sociais. A responsabilidade disso compete às instituições públicas; ou seja, às administrações do Estado, aos serviços das coletividades territoriais, aos estabelecimentos, empresas, organismos encarregados de cumprir uma missão de interesse coletivo (ZÉMOR, 2009, p. 189).

Antes realizada pelas mídias tradicionais – material impresso (revistas, jornais e panfletos), rádio e televisão –, as ações de comunicação pública possuíam a característica unidirecional, onde não haviam espaços fomentados ao debate dialógico e à participação social. Entretanto, com a evolução das tecnologias da informação e comunicação (TIC) na contemporaneidade e a assunção das novas mídias sociais, como a *internet* e a telefonia móvel, são propiciados os novos canais de participação. O governo, enquanto ator central, assume o protagonismo, seja pela hesitação em utilizar os novos meios de comunicação

(e-governança ou e-administração pública), seja por fomentar o setor com novas políticas tecnológicas e de inovação, participando, assim, da configuração da particular sociedade da informação que o Brasil constrói (CUNHA e MIRANDA, 2013). E, ao interagir com esses meios, a esfera pública acaba por reafirmar o compromisso com a publicidade de seus atos, como previsto no inc. XXXIII do art. 5º da CF 88:

(...) XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado (BRASIL, 1988).

Em continuidade, formalizando a publicidade dos atos da administração, os legisladores promulgaram instrumentos condizentes com a necessidade de se transparecer as ações do poder público. Surgem nesse processo a Lei da Transparência – Lei Complementar 131/2009, que altera a redação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no que se refere à transparência da gestão fiscal – e a Lei de Acesso à Informação (LAI) – Lei 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. Contudo, é preciso avançar e de fato materializar a participação social e não apenas manter os atos consultivos, rasos e não plenamente dialógicos. Longe de terem sanados os velhos problemas, as inovações legais apenas impuseram à administração o dever de expor os dados quantos aos gastos e de fornecer informações de interesse da população. Nota-se que se há pouco intercâmbio de ideias nos instrumentos infraconstitucionais e o diálogo inexistente no processo. Os governos até compreendem as funcionalidades das tecnologias da comunicação, no sentido de obtenção de informação, mas subutilizam o potencial de democracia digital que as TICs podem propiciar e, conseqüentemente, não as utilizam como espaço de deliberação política (BRAGATTO e VEIGA, 2006).

Desta forma, a efetivação da participação social se faz primordial para fundamentar as pontes dialógicas e potencializar a relação entre estado e cidadãos. Como segunda ferramenta, com vista a ampliar a comunicação pública e resolver a interlocução entre governo e sociedade, a criação de canais de participação é a alternativa para a aquisição de espaço nos processos decisórios. Para Demo (1994), a noção de participação é de contínua construção e, principalmente, de conquista por parte daqueles que querem equidade nas relações e de aproximação entre os entes sociais:

Participação é um processo de conquista, não somente na ótica da comunidade ou dos interessados, mas também do técnico, do professor, do pesquisador, do intelectual. Todas estas figuras pertencem ao lado privilegiado da sociedade, ainda que nem sempre ao mais privilegiado. Tendencialmente buscam manter e aumentar seus privilégios. Se o processo de participação for coerente e consistente, atingirá tais privilégios, pelo menos no sentido de que a distância entre tais figuras e os pobres deverá diminuir. (DEMO, 1994, p. 21)

Já Corrêa (2017), em uma análise histórica e tratando da construção do campo de conhecimento da administração pública brasileira, expõe que diversos autores brasileiros já tratavam de gestão participativa enquanto teoria e como desafio para os gestores públicos nos anos 1970, período conturbado e marcado pelo autoritarismo. Nos anos 1980, com os movimentos de reabertura política eclodindo pelo país, o autor argumenta que há um aumento na percepção da importância da participação social enquanto teoria, mas persistindo os desafios de efetivação, dado que não haviam mecanismos que propiciassem tal implementação. Durante os anos 1990, as pesquisas trazem que a participação passa de teoria e surge como prática nos textos acadêmicos, trazendo consigo a ideia de estratégia de ação e de instrumento da administração, visto a dificuldade no novo ambiente de governança – que surgiu junto à reforma gerencial do estado brasileiro –, e deixa de ser apenas um ideal democrático. E a partir dos anos 2000, a administração pública se coloca a pensar em novos mecanismos para gerenciar os contextos cada vez mais complexos nas relações e cada vez mais demandantes de tecnologias para chegar aos cidadãos.

Deste modo, alternativas de participação aos modelos tradicionais (como plebiscitos, conferências, audiências públicas, orçamento participativo e conselhos temáticos) são necessárias para que se atinjam mais pessoas. É o que Martelli (2002) comenta, referindo que “Castells propõe alternativas na condução dos assuntos do governo: o Estado-rede, constituído a partir de reformas na administração pública, aparece como a possibilidade do Estado na sociedade informacional”. Então, na tentativa de se inserir na nova alternativa de governança e propor um instrumento de diálogo entre os atores da sociedade civil e a esfera pública, o governo federal, por meio da ex-presidenta Dilma Rousseff – que havia assumido em campanha o compromisso de aumentar a participação popular na composição dos programas de governo – lançou em 28 de setembro de 2015 a plataforma Dialoga Brasil (BRASIL, 2015a). Por meio das

redes sociais (via *Twitter*, *Facebook*, *Google+* e *WhatsApp*) e da plataforma, os cidadãos poderiam interagir com 80 programas elencados e divididos em 14 temas – correspondentes a 14 ministérios que compunham a estratégia de desenvolvimento do executivo federal à época –, votando nos que considerassem como importantes, de forma a orientar os gestores públicos nas execuções dos projetos de políticas públicas (BRASIL, 2015b). Assim, aliando comunicação pública e canais de participação social, era proposta uma estrutura de engajamento político-social nas questões de planejamento e de desenvolvimento de ações ao longo do mandato do executivo.

2. Objetivos

Quando se observa o programa, busca-se dele extrair boas ideias e possíveis práticas aos níveis de governo da nação. Não se trata de uma avaliação da política pública *ex ante*, em função do programa não estar em execução, ou *ex post*, vistas as interrupções em razão do impedimento de sua principal liderança e da não-execução de todos os desdobramentos prometidos pelo programa.

Trata-se mais de uma observação do conjunto. O objetivo geral do trabalho é o de abordar as temáticas de comunicação pública e de participação social enquanto práticas da Administração Pública, por meio do programa *Dialoga Brasil*, à medida que se desenvolveram as interações com os cidadãos. Ainda que haja uma grande confluência de ações interdisciplinares na atuação do poder público, estas evidenciadas a partir da necessidade de análise das instituições em suas essências (campo das Ciências Sociais), do ciclo de políticas e atores (ações concentradas em Ciência Política e Políticas Públicas) e da caracterização legal advinda das gerações de direitos e seus produtos legais (construções próprias do Direito), o foco principal parte da proposta democrática de haver uma ferramenta pensada para a Administração Pública se aproximar do cidadãos.

Em compasso, de modo mais específico, observar e absorver propostas e projetos, de forma a demonstrar os temas abordados na plataforma e os seus respectivos desdobramentos. Independentemente de que existam estudos sobre a efetividade em relação às restrições tecnológicas de acesso à plataforma, é preciso também olhar para os resultados gerados pela interação. A produção coletiva de propostas pode ser frutífera e passível de aproveitamento para diversas áreas públicas.

3. Material e Métodos

Para desenvolver os objetivos propostos, optou-se pela realização de estudos mistos, utilizando-se de métodos quantitativos e qualitativos, na intenção de complementariedade entre cada uma das técnicas e de maneira a solidificar uma base investigativa e aprofundar a análise (PARANHOS *et al*, 2016). Enquanto os métodos quantitativos fornecem os dados para se projetar os alcances das dimensões desenvolvidas na política, os métodos qualitativos são utilizados na compreensão dos contextos social, político e econômico em que o foco da pesquisa se insere, bem como por ter grande valia na perspectiva temporal, trazem dados para apoiar a formulação de hipóteses e teorias acerca dos diagnósticos obtidos.

A primeira pesquisa realizada foi a de cunho documental e bibliográfico, levantando a formalização das ações por meio dos atos legais. Depois, realizou-se um estudo de caso quantitativo e exploratório na plataforma eletrônica do programa Dialoga Brasil, coletando os dados disponíveis e identificando as principais vertentes de cada tema.

Com base nos documentos e nos dados analisados nas etapas anteriores, assume-se a pesquisa explicativa, com o objetivo de descrever a imagem observada. Nesta etapa, analisou-se as principais propostas (mais votadas) em cada tema elencado pelo governo e majoritariamente escolhidas pelos cidadãos, de modo a suscitar possíveis tendências e vieses, bem como observar quais são oportunas e passíveis de serem adotadas como práticas por governos.

4. Resultados e Discussão

A participação social aqui observada, por vezes, busca colocar uma decisão governamental em debate (AVRITZER, 2003), transformando-se em cidadã – decisória, educativa, integradora, de controle social e expressivo-simbólica – (TEIXEIRA, 1997) e que exige de governantes e cidadãos as constantes atuação e vigilância (GUARESCHI, 2008).

Fundamentada na teoria, passe-se à observação do programa em si. O Dialoga Brasil, por meio de sua plataforma digital, em um primeiro ciclo de 03 fases, estruturou a dinâmica de interação por meio de votação em 05 grandes temas (áreas equivalentes às estruturas ministeriais) e com interação em seus respectivos programas (27 subáreas): Cultura (07 programas); Redução da Pobreza (04 programas); Educação (04 programas); Segurança Pública (05 programas); e Saúde (07 programas).

Para a primeira fase, ocorrida em outubro de 2015 e sendo o momento de proposições de ideias em cada um dos 05 temas, foram totalizadas 11.191 participações de cidadãos e, em concomitância, ocorreu a votação dentro de cada área. Em seguida, deu-se a segunda fase, entre os meses de novembro e dezembro de 2015, onde houve a análise das propostas mais apoiadas de cada programa por parte dos gestores públicos – membros da burocracia ministerial (Ministério da Educação; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; e Ministério da Cultura). E, concluindo o ciclo, a terceira fase se deu a partir de janeiro de 2016 com o retorno informacional à sociedade, em um discurso de assunção de 81 propostas na forma de projetos do governo federal (03 propostas em cada programa) – existentes, podendo ser potencializados conforme a detecção de oportunidade e de conveniência, ou novos, de modo a aproveitar a estrutura ministerial e as competências da equipe gestora e fomentar novas práticas.

De modo a aprofundar a análise dos resultados e iniciar a discussão destes, passa-se a observar cada um dos 05 temas de maneira sucinta e particionada. Vale ressaltar que as propostas para cada tema foram transcritas no estudo de forma coesa, semelhante ao que seus propositores inseriram na plataforma, cabendo apenas mínimas correções de ortografia, pontuações e acentuações gráficas.

4.1 Cultura

Em Cultura, foram propostos 07 programas ministeriais: Política Nacional das Artes, com a proposta de valorização da arte e da cultura em suas múltiplas possibilidades; PAC Cidades Históricas, com a missão de preservação do patrimônio e qualidade de vida para os cidadãos; Brasil de Todas as Telas, com a ampliação da produção, da difusão e do apoio ao audiovisual brasileiro; Agenda Século XXI, com um novo jeito de ver e de fazer cultura; Cultura Viva, com o reconhecimento, fortalecimento e mobilização das comunidades que fazem cultura no Brasil; Vale Cultura, visando mais acesso à cultura para trabalhadores e trabalhadoras; e Cultura e Educação, propondo cultura e arte como bases para a educação integral.

A Tabela 01, de maneira sucinta, apresenta os quantitativos de propostas e as principais propostas elencadas:

Tabela 01 – Cultura

Programas	Número de propostas submetidas	As 03 propostas mais votadas
Política Nacional das Artes	145	Aulas de músicas nas escolas e formação de orquestras.
		Lei Rouanet deveria focar nos pequenos e iniciantes artistas e não em artistas já consagrados.
		Fomento específico para bandas marciais e fanfarras. Maior articulação entre as corporações e o MinC/Funarte. Ampliação do projeto Bandas de Música (Funarte) com a participação dos interessados.
PAC Cidades Históricas	89	Restauração dos patrimônios históricos deteriorados, perdidos pelo tempo, tais como igrejas e linhas férreas.
		Incluir no orçamento federal recursos para o tombamento, restauração e conservação de patrimônios históricos e culturais no Brasil.
		Agilização da burocracia do processo de tombamento, e maior rigor na fiscalização para evitar que o patrimônio seja deteriorado durante a análise do pedido.
Brasil de Todas as Telas	90	Separar as chamadas públicas entre Ficção, Documentário e Animação, para anular a competição entre as três linguagens e designar quais são efetivamente os projetos mais qualificados para cada mercado.
		Aprimorar o fomento e incentivo ao desenvolvimento do mercado brasileiro de animação, se aproximando dos estúdios e profissionais para compreender suas reais carências orçamentárias e de avaliação.
		Estímulo à produção de desenhos animados brasileiros. Sugiro que sejam lançados anualmente editais de estímulo à produção de desenhos animados brasileiros para estimular o crescimento dessa indústria.
Agenda Século XXI	48	Criação de programa pelo Ministério da Cultura para construção e implantação de bibliotecas comunitárias nas áreas urbanas de maior vulnerabilidade.
		Investir em escolas de programação para crianças.
		Implantar cursos on line sobre temas relacionados a cultura, para professores da educação básica pública, a nível de extensão e especialização.
Cultura Viva	74	Levar e ensinar músicas como jazz, clássica, capazes de desenvolver as capacidades de criação, pensamento, como ferramenta de suporte à educação e de inclusão das comunidades carentes à sociedade.
		Editais da Cultura focados nas obras de qualidade, passando por análise de jurados. Sem focar cultura local, e sim no impacto que são capazes de trazer para a sociedade, como complemento à educação.
		Que os Municípios incentivem de fato a arte local! A maior parte das festas organizadas em municípios pagam cachês para artistas

		conhecidos de outras cidades, e os locais fazem apresentações gratuitas.
Vale Cultura	105	Que seja estendido o benefício do Vale Cultura aos estudantes de universitários por meio de parceria entre Governo e Universidades.
		Criar um pacto federativo que inclua os professores do ensino básico no Vale Cultura. Essa seria uma forma excelente de promover a formação continuada, já que toda formação passa pela leitura.
		Deveria haver uma expansão do Vale-Cultura. O ministério deveria comunicar as empresas sobre os benefícios do programa para que elas se cadastrem.
Cultura e Educação	177	Criação de programa cultural: ensino de música e arte de qualidade como auxílio à educação, que aumentem o benefício do Bolsa Família para filhos de beneficiários que apresentarem bom desempenho.
		Introduzir nas escolas de todos os níveis, em tempo integral, o ensino e prática de músicas e artes capazes de elevar o nível cultural e educacional, tais como: clássica, jazz, blues, teatro, poesia.
		Oportunizar espaços de experimentação artística e de difusão cultural para todos os estudantes, mediante a implantação de Centro de Artes e Cultura nas escolas públicas do ensino básico.

Fonte: Elaboração do autor. Dialoga Brasil (2016).

Para área cultural, majoritariamente aparecem ações ligadas à música, à educação musical e, em certa medida, ao financiamento de programas específicos. Como hipóteses elencadas, pondera-se que os participantes têm maior contato com a música, assimilando-a como principal vertente de modalidade cultural, bem como não possuem afinidade ou acesso a outras modalidades, como teatro, cinema, literatura, exposições e instalações artísticas. Também, vinculam um grande número de propostas à educação por esta ser um dever constitucional e por ser um serviço público de ampla presença no território. Por outro lado, outra hipótese vislumbrada é a de defesa de nichos de mercado e de interesses de classe. Há certa preocupação com editais e chamadas públicas e em algumas proposituras, ao mesmo tempo em que são postas visões subjetivas sobre determinados programas, sem que se estimulem grandes projetos em nível de nação.

De todas as propostas elencadas, a que mais parece ter potencial transformador é a de “criação de programa pelo Ministério da Cultura para construção e implantação de bibliotecas comunitárias nas áreas urbanas de maior vulnerabilidade”, dentro do programa Agenda Século XXI. A presença do estado em com políticas públicas culturais

em áreas mais vulneráveis pode servir de reafirmação de outras áreas como educação, saúde e segurança pública, por exemplo.

4.2 Educação

Em Educação, foram 04 programas ministeriais: Educação Básica, indo da educação infantil ao ensino médio; Ensino Superior, passando por projetos com o Enem, o Sisu, o Prouni, o Fies e o Ciências sem Fronteiras; Ensino Técnico, prevendo maior educação profissional e tecnológica; e Valorização dos Professores, com o intuito de dar maior qualidade à formação destes.

A Tabela 02, de maneira sucinta, apresenta os quantitativos de propostas e as principais propostas elencadas:

Tabela 02 – Educação

Programas	Número de propostas submetidas	As 03 propostas mais votadas
Educação Básica	2301	Reorganização Curricular do Ensino Médio. Estudar a possibilidade de uma grade curricular atrelada aos novos tempos e a nova sociedade. Atentar para a produção científica e a interdisciplinaridade.
		Introdução à Política, Direito e Economia Doméstica (ou a matéria Cidadania) deveriam ser matérias obrigatórias em toda a rede de educação, pois é conhecimento que estimula uma população consciente.
		Garantir nas Escolas a inclusão de Assistentes Sociais e Psicólogos!
Ensino Superior	1382	Expandir o conceito de residência do campo da saúde para outros setores, criando pós-graduações em áreas de gestão pública para melhoria dos serviços públicos em prefeituras de médio e pequeno porte.
		Ampliar as verbas de custeio para as universidades federais e consolidar a sua expansão, possibilitando a conclusão das obras inacabadas do REUNI, de modo a alcançarmos 30% de jovens no Ens. Superior.
		Proponho a volta do programa PDSE da Capes.
Ensino Técnico	386	Realizar capacitação e assistência técnica passando pelo conhecimento prévio das necessidades do setor, evitando paralelismo de investimentos. Criação de banco de estudos formado por especialistas.
		PRONATEC. Acesso dos candidatos para cursos Técnicos através do ENEM e, nas vagas remanescentes, de todos os que tenham concluído o ensino médio independentemente do período de conclusão.
		No orçamento de cada curso do PRONATEC destinar uma rubrica para “capital de investimento” a fim de estruturar e

		equipar laboratórios específicos ou comuns para os cursos ofertados pela entidade.
		Fiscalizar e exigir o cumprimento integral da Lei do Piso do Magistério pelos estados e municípios.
Valorização dos Professores	772	Plano de carreira específico para profissionais da educação não docentes na Rede Estadual e Municipal, com piso salarial equivalente à formação (técnico ou superior), como ocorre com a Rede Federal.
		Criar programas de incentivo para os professores de bom desempenho, ex.: bolsas de estudos, créditos em dinheiro para aquisição de livros, cursos de idiomas e/ou especialização na sua área de interesse.

Fonte: Elaboração do autor. Dialoga Brasil (2016).

A área educacional apresentou o maior número de interações, ou seja, foi o eixo com mais participação em forma de votos. Como reflexo dos programas de expansão dos institutos e universidades federais, faz-se presente a preocupação com questões estruturais, de investimento em formação de pessoal e de continuidade e ampliação de financiamento de programas de incentivo. A principal hipótese levantada é a de necessidade de manutenção e de sustentação das ações desenvolvidas entre os anos de 2003 e 2014, período marcado pela forte atuação do governo federal em políticas públicas educacionais. Do mesmo modo, outra hipótese vista, e que persiste em todos os eixos da plataforma, é a de defesa de interesses de classe. Da parte de docentes e de alunos, o que se nota é o desejo de que cada segmento tenha maior acesso aos serviços de educação e que as especificidades sejam atendidas.

A proposta que mais chama a atenção, quando pensado no contexto coletivo e voltando o olhar para a administração pública, é a de “expandir o conceito de residência do campo da saúde para outros setores, criando pós-graduações em áreas de gestão pública para melhoria dos serviços públicos em prefeituras de médio e pequeno porte”. É possível que o proponente, estando ciente das precárias condições que se apresentam a maior parte dos municípios, pense em uma solução viável, aliando-a a outras políticas existentes, como Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), ou mesmo como forma de vazão ao alto número de jovens que ingressaram no ensino superior e que, agora, necessitam se inserir no mercado.

4.3 Redução da Pobreza

Em Redução da Pobreza, ligada ao então denominado Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, apresentava 04 programas ministeriais: Cisternas, com a garantia de água potável para beber e produzir; Assistência Social, com as garantias de acesso à proteção social; Bolsa Família, versando sobre o programa de complemento em renda e de acompanhamento em educação e saúde; e Brasil Sem Miséria, desenvolvendo renda, inclusão produtiva e acesso a serviços.

A Tabela 03, de maneira sucinta, apresenta os quantitativos de propostas e as principais propostas elencadas:

Tabela 03 – Redução da Pobreza

Programas	Número de propostas submetidas	As 03 propostas mais votadas
Cisternas	163	Universalizar o acesso à água de beber no Semiárido através de cisternas de placas, e ampliar o número de tecnologias de captação de água de chuva para produção sustentável de alimentos saudáveis.
		Universalização da política de acesso a água pelas famílias do semiárido, através das tecnologias sociais de captação e armazenamento de água da chuva pela Articulação Semiárido Brasileiro, para consumo humano e para produção.
		Construir cisternas de produção em todas as famílias do semiárido.
Brasil Sem Miséria	224	Integrar a participação social, através das representações institucionais locais, para execução de ações intersetoriais que visem a superação da extrema pobreza no Brasil, com atingimento dos ODS/ONU.
		Todas as cidades deveriam ter equipes de funcionários públicos para andarem pela cidade, encontrarem pessoas que vivem nas ruas e informarem sobre possível ajuda de Programas Sociais.
		Diminuir os salários dos deputados e fazer uma distribuição de renda com maior igualdade.
Assistência Social	306	Universalização dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e de Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas) em todos os municípios do Brasil.
		Efetivação dos funcionários do CRAS e CREAS para que o funcionário trabalhe com capacidade e experiência. Pois toda vez que troca é um malefício para os mesmos e para os usuários dos serviços.
		Levar os estudantes universitários para as regiões mais desfavorecidas, buscar que eles debatam e desenvolvam formas de garantir a proteção social.

		Abertura dos dados dos programas federais como o Bolsa Família. Para que cientistas de dados possam criar sistemas de análise de indicadores para suporte de políticas públicas e combate a fraudes.
Bolsa Família	532	Governo adote medidas para que os mais pobres usuários do PBF que queiram trabalhar possam inserir numa plataforma um curriculum simples com suas habilidades, se disponibilizando para o trabalho.
		Intensificar a fiscalização do Programa Bolsa Família, via acompanhamento profissional de um Assistente Social nas Escolas.

Fonte: Elaboração do autor. Dialoga Brasil (2016).

Há uma dinâmica intrasetorial forte na área de redução à pobreza, haja visto que várias propostas se irradiam e permeiam em diversos programas, costurando possibilidades de atuação mútua. Todavia, as maiores preocupações elencadas pelas propostas se confundem entre questões de infraestrutura, lógicas e necessárias, e situações mais subjetivas, como a redução de salários de políticos e maior fiscalização à redistribuição de renda. Como hipóteses para o resultado das interações, pode-se dizer que tanto as pessoas diretamente afetadas pela seca como as pessoas que desconfiam do processo e da lisura na transferência de rendas foram ouvidas em suas interações. De fato, parte da população brasileira não compreende as políticas de assistência social em seu cerne e, em caso de terem conhecimento, não apoiam por pensarem que os recursos seriam de melhor proveito em outras áreas.

Em meio ao provável conflito de interesses, duas ações que condizem com a proposta de planejamento, participação e potencialização das políticas públicas são a de “integrar a participação social, através das representações institucionais locais, para execução de ações intersetoriais que visem a superação da extrema pobreza no Brasil, com atingimento dos ODS/ONU” e a de “levar os estudantes universitários para as regiões mais desfavorecidas, buscar que eles debatam e desenvolvam formas de garantir a proteção social”. São propostas de cooperação entre organizações civis, universidades e órgãos governamentais que almejam levar serviços que o próprio governo, no limite de suas capacidades estatais, não conseguiria executar.

4.4 Segurança Pública

Em Segurança Pública, dentro do Ministério da Justiça, foram propostos 05 programas ministeriais: Sinesp, abarcando a tecnologia a serviço da segurança do

cidadão; Crack, é possível vencer!, com prevenção, tratamento e enfrentamento ao tráfico; Forças Federais de Segurança, com a atuação em todo o país para proteção à vida, defesa da lei e apoio aos estados; Proteção das Fronteiras, com a ação conjunta e cooperação transfronteiriça; e Segurança Pública Integrada, com um novo modelo de atuação em Segurança Pública.

A Tabela 04, de maneira sucinta, apresenta os quantitativos de propostas e as principais propostas elencadas:

Tabela 04 – Segurança Pública

Programas	Número de propostas submetidas	As 03 propostas mais votadas
Sinesp	152	O programa podia disponibilizar serviços para fazer denúncias violência contra a mulher.
		O aplicativo Sinesp Cidadão podia exibir a lista de Delegacias de Polícia mais próximas do usuário.
		Ampliar o espectro de serviços do aplicativo possibilitando ao cidadão o envio de denúncias naturezas diversas (maus tratos a idosos, às crianças, às mulheres, aos animais, crimes diversos, etc.).
Crack, é possível vencer!	236	Assegurar atendimento às famílias que recorrem ao Estado em busca de tratamento para filhos dependentes de drogas ilícitas. A família toda sofre enquanto esperam uma decisão judicial que não chega.
		O trabalho é fundamental para a cidadania e a economia solidária deve concretizar-se enquanto política de geração de renda e inclusão social para os cidadãos em uso abusivo de álcool e outras drogas.
		Programas educativos extracurriculares nas escolas públicas que auxiliem na formação dos pais e responsáveis. Programa que possibilite reuniões sobre temas atuais e polêmicos com benefícios fiscais.
Forças Federais de Segurança	215	Não ignorar o mais forte padrão de Criptografia da atualidade, feito no Brasil, testado e cobiçado por 97 países. As informações das operações investigativas cifradas e livres de espões e cartéis.
		Criar um sistema que faça os presos trabalharem dentro das prisões ou áreas remotas da sociedade obrigando-os a contribuir com os custos de sua prisão gerando riqueza ao Estado e a sociedade.
		Intensificar a atuação da PRF, bem como reunir outras parcerias como o SAMU e novas bases de apoio para um atendimento eficaz em caso de urgência.
Proteção das Fronteiras	251	Aproveitar o potencial do primeiro criptógrafo 100% brasileiro, testado e cobiçado por mais de 97 países. As mensagens governamentais cifradas e livres de espões e cartéis. Cibernética é coisa séria!

		<p>Criar a o ciclo único de polícia, e a carreira única, com seus ramos, dentre eles, a polícia especializada na proteção de fronteiras que atuará junto com as forças armadas.</p> <p>Operação Sentinela e Operação Ágata permanentes!</p>
Segurança		Fomentar o uso da mão de obra da pessoa presa em obras públicas, hospitais e órgãos públicos, através das FUNAPS, diminuindo assim a terceirização e permitindo a remissão da pena de mais pessoas.
Pública	881	Fomentar a participação do sistema S (SESC, SENAI, SENAT) para profissionalização das pessoas presas, além de fomentar a criação de colônias penais agrícolas, permitindo que se produza para escolas.
Integrada		Unificar as polícias civil e militar nos estados.

Fonte: Elaboração do autor. Dialoga Brasil (2016).

Segurança é um tema crucial e que divide opiniões quanto à intervenção do estado. Na forma posta em discussão, abarcam-se três distintas linhas de demandas: integração tecnológica e ampliação dos aparatos já existentes nos serviços de segurança; agilidade da justiça e trabalho psicossocial; e uso da população carcerária em ações de trabalho e de geração de bens e serviços.

As hipóteses congregam um senso comum de que as ações já executadas não são condizentes com as necessidades que os participantes demandam. Por um lado, querem que as forças de segurança modernizem suas estruturas informacional, enquanto que por outro se dividem entre ressocializar indivíduos, humanizando o atendimento da justiça, e empregar a força de trabalho de detentos, como forma de restituir os gastos com o sistema prisional. Apesar do avanço em temáticas estruturais, ainda perdura certa subjetividade no discurso das propostas, pois não se equacionam todas as vertentes da discussão principal.

Vale destacar a proposta, relacionada ao Sinesp, de “ampliar o espectro de serviços do aplicativo possibilitando ao cidadão o envio de denúncias naturezas diversas (maus tratos a idosos, às crianças, às mulheres, aos animais, crimes diversos, etc.)”. O Sinesp, por meio do aplicativo Sinesp Cidadão, fornece um banco de dados para pesquisa de veículo roubados e de mandados de prisão, e o ideal seria o de ampliar o espectro de atuação e potencializá-lo enquanto instrumento de informação.

4.5 Saúde

Em Saúde, foram propostos 07 programas ministeriais: Mais Médicos, com a função de mais atendimento nos municípios, mais saúde para quem mais precisa; Vida saudável, com o lema de que saúde se cuida todos os dias; Incentivo ao Parto Normal,

frisando que a melhor escolha é se informar; Aqui tem Farmácia Popular, com a temática de que saúde não tem preço; Mais Especialidades, com acesso a exames e consultas com especialistas; SAMU e UPAs, com resgate e atendimento 24 horas, sete dias da semana; e Melhorar os Postos de Saúde, com estrutura adequada para atender melhora população na atenção básica.

A Tabela 05, de maneira sucinta, apresenta os quantitativos de propostas e as principais propostas elencadas:

Tabela 05 – Saúde

Programas	Número de propostas submetidas	As 03 propostas mais votadas
Mais Médicos	480	Fiscalizar a carga horária dos médicos em geral.
		Ampliar acesso e melhorar atendimento na atenção básica com o Mais Médicos que interioriza o desenvolvimento, provê profissionais, regula formação e investe em infraestrutura nos vazios assistenciais.
		Criar plano de carreira para que os médicos tenham incentivo para atuar em regiões remotas.
Vida saudável	300	Limitar - em lei - o teor de sal dos alimentos industrializados, com um teto máximo de quantidade permitida em cada produto.
		Utilização da medicina preventiva pois muitas doenças poderiam ser prevenidas antes mesmo de ser tratada, diminuindo assim os custos com saúde em todo o Brasil.
		Criação do “Plano Médico Nutricional e Desportivo Nacional”, como parte da Política Pública Nacional da Promoção da Vida Saudável [a ser instituída com fulcro nos arts. 196 c/c 217 da CF/1988].
Incentivo ao Parto Normal	165	Criação de um Observatório Integrado com indicadores confiáveis sobre partos no Brasil. Liberar os dados em formato aberto.
		Criação da carreira de Obstetriz/parteira/doula no SUS.
		Para que a cultura do parto cirúrgico mude, é preciso que haja palestras nas Escolas de 2º grau para que os jovens amadureçam a ideia. Também é preciso que essa ideia seja difundida nos cursos de Medicina.
Aqui tem Farmácia Popular	220	Alguns países europeus implementam a Receita Eletrônica. Um sistema que integra: médicos, pacientes e farmácias. A ideia é eliminar o papel, aumentar o controle sobre os medicamentos adquiridos.
		Gostaria que os medicamentos de tratamento de Glaucoma e catarata também contasse no programa.
		Gostaria que os medicamentos de tratamento de Glaucoma e catarata também contasse no programa.
	476	A inserção do optometrista como profissional responsável pela visão, como determina a Organização Mundial de Saúde,

		tornaria muito melhor e mais fácil o acesso da população à saúde visual e ocular.
Mais Especialidades		Inserir o optometrista na saúde pública iria ser ótimo para a população pois iria descongestionar as filas filtrando o que seria patologia e refração (cuidado primário que o optometrista pode fazer).
		A entrada da optometria no SUS como avaliadora primária da visão, agilizando o atendimento da saúde visual.
SAMU 192 e UPAs	224	Facilitar o processo burocrático de colocação em operação das ambulâncias nas cidades e penalizar os responsáveis por deixarem veículos novos parados e/ou sem manutenção.
		Auditoria anual das ambulâncias adquiridas por municípios para averiguar quais ainda funcionam e quais estão esperando reparos.
		Encaminhar projeto Lei para garantir identificação de chamada e punição para quem usar o serviço para trote.
Melhorar os Postos de Saúde	1016	Incluir nutricionistas no atendimento ambulatorial das clínicas da família.
		Priorizar o atendimento primário por profissionais não médicos (Optometria, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem, Terapeutas Ocupacionais, dentre outras), com políticas e metas claras.
		Implementação de um sistema virtual para marcação de consultas de forma online diretamente pelo cidadão, sem a necessidade de esperar horas na fila dos postos para esse serviço.

Fonte: Elaboração do autor. Dialoga Brasil (2016).

Com o segundo maior volume de interações, depois de Educação, e com o maior número de programas, empatada com Cultura, a área de Saúde apresenta dinâmicas que remetem à necessidade de o estado brasileiro investir mais em medicina preventiva e em programas de prevenção dentro da área de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por seu turno, preconiza pela prevenção como forma de diminuição de doenças e apoia essa visão como medida de combate às epidemias. Assim sendo, difundir tais políticas geraria economicidade, sendo esta a hipótese levantada ao se analisar a interação na parte de saúde.

Em contrapartida, a segunda hipótese é a de que uma visão coercitiva permeia nas falas. Não se avançam as falas no sentido de se estruturar serviços, mantendo o debate apenas no controle de carreiras e serviços. Há um empobrecimento ao não se abordar alternativas de melhoria e de evolução dos serviços públicos.

Sob outra perspectiva, retomando a potencialidade das medidas preventivas, a medida de “priorizar o atendimento primário por profissionais não médicos (Optometria, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem, Terapeutas Ocupacionais, dentre

outras), com políticas e metas claras” representa uma boa prática que os níveis de governo poderiam adotar em suas políticas de saúde. Poderia se trabalhar com as vertentes de possível economia e melhor investimento de recursos, ampliando as estruturas e provendo melhor atendimento aos usuários do sistema público.

5. Conclusões

Em seu cerne, a instituição pública contemporânea deve ser aberta e interagir com a sociedade, com os meios de comunicação e com os atores políticos, de forma a prestar contas à sociedade e ao cidadão, sendo um compromisso dos governantes (KUNNSCH, 2012). Tem-se que neste novo modelo de sociedade, a transparência, o diálogo e a participação são imprescindíveis para que a se tenha uma nação soberana, unida e institucionalmente legitimada. Para atender a tantos valores e princípios, é preciso estabelecer canais de participação para que o cidadão adentre no campo decisório com suas ideias e com a construção colaborativa em projetos nacionais.

O Dialoga Brasil foi pensado para ser um instrumento agregador de comunicação pública e de participação social oportunizado através das TICs. Assim, seria possível mediar as formas de interação entre sociedade e esfera pública, buscando compreender a participação social na vida política e decisória do país e mapeando as principais propostas para o governo federal. A plataforma, em sua estrutura, é democrática no sentido de criar um novo espaço para o debate, (des)construção e concepção de ideias voltadas à resolução de problemas sociais, sem cercear ou proibir os direitos à participação e à expressão das mais variadas linhas de pensamento.

Como conclusão, pode-se dizer que, baseado na agenda social iniciada pelo governo Lula (2003-2010) e seguida [em partes] por Dilma (2011-2016), o Dialoga Brasil se fundamentou em áreas afeitas à realidade de grande parte das famílias e dos (pequenos) municípios brasileiros: frágeis, pobres e desprovidos de recursos básicos. Da parte dos cidadãos, ainda que impregnados de visão coloquial e subjetiva, com consonâncias e dissonâncias (grandes dicotomias), percebeu-se que os atores sociais se mostraram interessados em suas realidades e buscam defender categorias (profissões), segmentos e bens públicos. Essa é uma visão que Milani (2008) já indicava em suas indagações investigativas, visto que “a participação social pode, ao mesmo tempo, levar à constituição de interesses corporativos nos processos de decisão e dar vazão às vozes específicas de sujeitos subalternos na economia e na política” e, portanto, é essencial se debruçar sob as diferentes experiências e investigar os perfis da participação praticada.

Porém, em face do afastamento e posterior processo de impedimento de Dilma Rousseff, bem como a assunção de Michel Temer à presidência da República, o programa foi descontinuado em meados de 2016 e, deste modo, não foram realizados novos ciclos, interrompendo o canal de interação entre população e áreas centrais do governo e de irradiações para outros ministérios. Ainda assim, a partir dos apontamentos socializados na plataforma do programa Dialoga Brasil, é possível afirmar que a experiência de dialogar com a sociedade se apresenta justa, válida, democrática e rica em propostas, uma vez que, por limites estruturais ou por omissão, o poder executivo não consegue atingir todas as localidades ou delas observar todas as reais necessidades e, com um instrumento de grande alcance, uma plataforma via *internet*, pode-se alcançar os diversos atores que compõem a sociedade brasileira e que dela ajudam a construir.

6. Referências

ALARCÓN, Pietro de Jesús Lora. **O patrimônio genético humano e sua proteção na Constituição Federal de 1988**. São Paulo: Método, 2004.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ARAÚJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

AVRITZER, Leonardo. O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítico.

In: AVRITZER, Leonardo; NAVARRO, Zander (Orgs.). **A inovação democrática no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

BASTOS, Celso Ribeiro; TAVARES, André Ramos. **Tendências do direito público no limiar de um novo milênio**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRAGATTO, Rachel Callai; VEIGA, Luciana. Participação democrática e novas tecnologias e comunicação: mapeando diretrizes políticas e o uso da internet pelos governos do Brasil e da Argentina. In: I CONGRESSO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES DE COMUNICAÇÃO E POLÍTICA. 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: COMPOLÍTICA, 2006. p. 1-23. Disponível em: <<https://bit.ly/2N0gJUs>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF. Disponível em: <<https://bit.ly/2C8sUtY>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Dialoga Brasil**. 2015a. Disponível em: <<http://www.dialoga.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Dialoga Brasil utiliza redes sociais para dar voz ao cidadão.** 2015b. Disponível em: <<https://bit.ly/2C2yoGS>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 28 de maio de 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2N7QR94>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Lei nº 12527, de 18 de novembro de 2011.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 11 de novembro de 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/1eKDwfY>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Presidenta Dilma lança plataforma de participação Dialoga Brasil.** 2015a. Elaborado pela Secretaria de Governo. Disponível em: <<https://bit.ly/2N2qW2x>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional.** 18. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede.** São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. Internet e sociedade em rede. In: MORAES, D. (Org). **Por uma outra comunicação.** Rio de Janeiro: Record, 2003.

CORRÊA, Victor Trottmann. **O campo do conhecimento em administração pública no Brasil: uma análise histórica a partir do seu contexto e caráter multifacetado.** 2017. 192f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2C05kQ6>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

CUNHA, Maria Alexandra Viegas Cortez da; MIRANDA, Paulo Roberto de Mello. O uso de TIC pelos governos: uma proposta de agenda de pesquisa a partir da produção acadêmica e da prática nacional. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 20, n. 66, p.543-566, set. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2PIOFsm>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania.** Campinas: Papirus. 1994.

_____. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

DIALOGA BRASIL. **5 temas presentes na plataforma Dialoga Brasil.** Disponível em: <<https://bit.ly/2BWjOAF>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais.** 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUARESCHI, Pedrinho Arcides. Prefácio. In: SILVEIRA, Andréa F. *et al.* (Orgs.). **Cidadania e participação social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

KUÇOUSKI, Marina. Comunicação pública: construindo um conceito. In: MATOS, Heloiza Helena Gomes de (Org.). **Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas**. 21. ed. São Paulo: Eca/Usp, 2012. p. 71-96. Disponível em: <<https://bit.ly/2fcYvwN>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

KUNSCH, Margarida M. Krohling. Comunicação pública: direitos de cidadania, fundamentos e práticas. In: MATOS, Heloiza Helena Gomes de (Org.). **Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas**. 21. ed. São Paulo: Eca/Usp, 2012. p. 13-29. Disponível em: <<https://bit.ly/2fcYvwN>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LÉVY, Pierre. **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

MARTELLI, Carla Gandini Giani. Estado-rede: a possibilidade do Estado na sociedade informacional. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, v. 24/25, 2001/2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2Nw5Ma8>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

MILANI, Carlos Roberto Sanchez. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 43, p.551-579, jun. 2008. Bimestral. Disponível em: <<https://bit.ly/2J261f3>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

NOVELINO, Marcelo. **Direito Constitucional**. São Paulo: Editora Método, 2009.

PARANHOS, Ranulfo *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 18, n. 42, ago. 2016, p. 384-411. Trimestral. Disponível em: <<https://bit.ly/2oNmITS>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SCALQUETTE, Ana Cláudia Silva. **Sistema constitucional das crises: os direitos fundamentais face a situações extremas**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2004.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. As dimensões da participação cidadã. **Caderno CRH**, Salvador, v. 10, n. 26, p.179-209, dez. 1997. Quadrimestral. Disponível em: <<https://bit.ly/2J6D9SU>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

ZÉMOR, Pierre. Como anda a comunicação pública? **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 189-196, jun. 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2omW0w8>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

PETRO-RENDAS E O SUS: MUNICÍPIOS DEPENDENTES DAS RENDAS PETROLÍFERAS GASTAM MAIS COM A SAÚDE PÚBLICA?

João Gabriel Ribeiro Pessanha Leal⁴

Vitor de Moraes Peixoto⁵

SUMÁRIO: • Introdução; • Revisão Bibliográfica; • Desenho de pesquisa; • Metodologia; • Resultados; • Conclusão; • Referências Bibliográficas.

RESUMO: As prefeituras brasileiras são peças fundamentais na dinâmica federativa para efetivar o direito universal à saúde da população. A bibliografia aponta que os municípios que recebem parcelas significativas das indenizações petrolíferas apresentam receitas municipais infladas com mais recursos. Diante deste cenário, a questão analítica expressa-se em verificar se os municípios brasileiros mais dependentes das receitas advindas do petróleo desprendem mais valores na saúde pública. A pergunta que orientou este artigo apresenta-se da seguinte forma: comparado com municípios que possuem o mesmo tamanho populacional, os municípios detentores de uma maior dependência das petro-rendas desprendem mais valores na saúde pública? Os resultados obtidos demonstraram que há uma relação entre ser dependente das indenizações petrolíferas e maiores gastos com recursos próprios na saúde. Ou seja, os municípios que possuem suas receitas infladas pelas petro-rendas desprendem mais recursos no Sistema Único de Saúde. (2014-2017).

PALAVRAS-CHAVE: Petro-Rendas; Sistema Único de Saúde; Municípios Brasileiros.

⁴ Graduando em Administração Pública na Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF).

⁵ Doutor em Ciência Política pelo IUPERJ e Professor Associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF).

OIL DAMAGES AND PUBLIC HEALTH: DEPENDENT MUNICIPALITIES OF PETROLEUM INCOME SPEND MORE WITH PUBLIC HEALTH?

SUMMARY: 0. Introduction; 1. Literature review; 2. Research Design; 3. Methodology; 4. Results; 5. Conclusion; 6. Bibliographic References.

ABSTRACT: Brazilian prefectures are fundamental pieces in the federative dynamics to realize the universal right to health of the population. The bibliography indicates that municipalities that receive significant portions of the petroleum indemnities present municipal revenues inflated with more resources. In view of this scenario, the analytical question of this article is expressed in verifying that the Brazilian municipalities more dependent on oil revenues give more values in public health. The question that guided this article is presented as follows: compared to municipalities that have the same population size, do municipalities with greater dependence on petro-rents give more values in public health? The results obtained showed that there is a relationship between being dependent on oil reparations and higher spending on own resources in health. That is, the municipalities that have their revenues inflated by petro-rents give more resources to the Unified Health System (2014-2017).

KEYWORDS: Petro-Rendas; Unified Health System (SUS); Brazilian Municipalities.

PETRO-RENDAS Y EL SUS: MUNICIPIOS DEPENDIENTES DE LAS RENDAS PETROLÍFERAS GASTAN MÁS CON LA SALUD PÚBLICA?

RESUMEN: 0. Introducción; 1. Revisión de la literatura; 2. Diseño de la investigación; 3. Metodología; 4. Resultados; 5. Conclusión; 6. Referencias bibliográficas.

RESUMEN: Las prefecturas brasileñas son piezas fundamentales en la dinámica federativa para realizar el derecho universal a la salud de la población. La bibliografía indica que los municipios que reciben porciones significativas de las indemnizaciones petroleras presentan ingresos municipales inflados con más recursos. En vista de este escenario, la pregunta analítica de este artículo se expresa en la verificación de que los municipios brasileños más dependientes de los ingresos del petróleo dan más valores en salud pública. La pregunta que guió este artículo se presenta de la siguiente manera: en comparación con los municipios que tienen el mismo tamaño de población, ¿los municipios con mayor dependencia de las petroleras dan más valores en salud pública? Los resultados obtenidos mostraron que existe una relación entre ser dependiente de las reparaciones petroleras y un mayor gasto en recursos propios en salud. Es decir, los municipios que tienen ingresos inflados por las rentas de origen dan más recursos al Sistema Único de Salud (2014-2017).

PALABRAS CLAVE: Petro-Rendas; Sistema Único de Salud (SUS); Municipios brasileños.

0. Introdução

Este artigo explora a relação entre dependência dos recursos advindos das indenizações petrolíferas e o custeio da saúde pública nos municípios brasileiros. O objetivo desta empreitada é o de verificar qual é o impacto de um município ser dependente das petrolíferas para o custeio da saúde financiada com recursos próprios municipais.

O artigo está organizado, além dessa seção, com mais seis seções principais. A seção 1 corresponde a revisão bibliográfica, onde expõe-se o apanhado bibliográfico que contextualiza o objeto pesquisado. A seção 2 indica o desenho da pesquisa. A seção 3 indica a metodologia utilizada. A seção 4 apresenta os resultados encontrados. A seção 5 apresenta a conclusão da pesquisa. A seção 6 trata-se das referências bibliográficas.

1. Revisão Bibliográfica

1.1 SUS: Das ruas à constituição.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco na história sanitária brasileira. A relevância histórica desse sistema se faz presente ao menos por dois motivos. Primeiro motivo, o SUS reúne as principais demandas existentes entre os anos 60 e 80 no movimento nacional sanitaria (REGINA ABREU; HELENA MONTEIRO; GUILHERME NETTO, 2013; SILVA, 2001, p. 69). O segundo motivo se faz presente porque o SUS reconfigura a concepção de garantias sociais no campo da saúde ao garantir, no plano nacional, atenção universal, igualitária e integral à saúde (BRASIL, 1996, p. 83).

No que se refere ao primeiro motivo encadeado, o movimento sanitaria desde da 1960 articulava-se para reconfigurar, ampliar e aprimorar o direito à saúde no Brasil (SILVA, 2001, p. 57). Nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) os membros desta sociedade cível organizada debatiam e projetavam assuntos de grande relevância nacional. A título de exemplificação; a descentralização das atribuições federais para a provisão de políticas de saúde e metodologias para controle de endemias. Após a realização da oitava conferências nacionais de saúde ocorrida em 1986, o movimento sanitaria obteve uma das suas principais conquistas. O relatório final elaborado na referida conferência, no qual detalhava as principais demandas do movimento, foi introduzido na constituição promulgada dois anos depois. De modo prático, esse fato transformou o SUS em um direito e por consequência deu um salto expressivo nas garantias sociais no campo da saúde no Brasil.

A remodelagem da proteção social à saúde é o segundo argumento elencado para explicar o teor histórico do SUS, que atribui ao Estado três novos direitos a serem assegurados aos cidadãos brasileiros, quais sejam: a universalidade de acesso, a igualdade no exercício do direito a saúde e a integralidade da atenção. Segundo Machado (MACHADO, 2007, p. 37), os três direitos supracitados, tomados em seu conjunto, definem o estado de *optimalidade* social a ser perseguido na provisão dos bens e serviços garantidos na constituição federal:

Esses três atributos definem um estado de optimalidade social quanto ao exercício do direito à saúde, ou seja, uma situação típica idealmente ótima a ser assegurada pelo Estado, onde todos têm, igualmente, acesso integral aos bens e serviços necessários à conquista da sua saúde (MACHADO, 2007, p. 38).

Dessa forma, o direito à saúde no Brasil era caracterizado antes do SUS primeiro por um caráter seletivo, segundo por um tratamento desigual e terceiro por um apenas parcial dos problemas de saúde da população (LUCHESE, 1996; MACHADO, 2007; SILVA, 2001). Passou a ser assegurado pelo SUS a todos os cidadãos brasileiros numa complexa rede universal, igualitária e integral de atenção à saúde provido pelo o Estado.

A expansão da proteção social na área da saúde promoveu um expressivo aumento das atribuições e responsabilidades do Estado na referida área. O aparato estatal necessitou de uma reformulação, principalmente, nas formas de financiamento das políticas de saúde para operacionalizar os direitos inseridos no arcabouço legal do SUS (VIANA, A. L. D'ÁVILA; MACHADO, 2009). A regulação e a amarração institucional para o financiamento das políticas de saúde é o principal tema da segunda perspectiva apresentada.

1.2 Os Municípios Brasileiros como peças chaves para provisão do direito à saúde.

A constituição de 1988, apelidada como a constituição cidadã, efetiva a saúde como um direito universal à todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1996). Além de garantir o direito, a CF/88 prever a formulação de uma rede universal, igualitária e integral de atenção à saúde provido pelo o Estado; o Sistema Único de Saúde (SUS). Seguindo o padrão de coordenação de políticas sociais adotado a partir da década de 1990 (ARRETCHE, 1996, 2000; ARRETCHE; MARQUES, 2002; LOTTA; GONÇALVES; BITELMAN, 2014), os municípios possuem papel fundamental na dinâmica para operacionalizar o direito à saúde.

Neste sentido, compete aos municípios responsabilidades cruciais no que se refere aos aspectos administrativos e financeiros do SUS. Essa sessão busca esclarecer alguns desses aspectos. Primeiro, por uma abordagem a respeito do arcabouço institucional para o financiamento do SUS. Segundo, por uma explanação de determinados papéis administrativos que são responsabilidades municipais. Terceiro, pela a demonstração das significativas parcelas das despesas com saúde que são pagas com receita municipal própria.

A estrutura-regulatória do financiamento do SUS é organizada através de um dispositivo jurídico-legal formado pela às Leis Orgânicas da Saúde 8.080, 8.142 e pela a Lei Complementar número 141/2012.(LUCHESE, 1996, p. 91; MACHADO, 2007, p. 45; SILVA, 2001, p. 71). Em relação a última lei, a LC n 141/2012, regulamentou a EC n 29/2000 e é considera pela a bibliografia especializada como uma evolução do marco legal do financiamento do SUS. A mesma regulamenta, dentre outros aspectos, o conceito de ações e serviços públicos de saúde, as normas de fiscalização, avaliação e controle, como também elenca os critérios de rateio aplicáveis às transferências de recursos entre esferas de governo no SUS (PIOLA, 2017, p. 09).

Esta sessão possui como objetivo debruçar-se sobre alguns aspectos da emenda constitucional n.29 regularizada pela a lei complementar 142 / 2012. A EC. 29 altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000, p. 1). De modo prático, a EC.29 buscou a institucionalização do financiamento da Saúde visto que à época as fontes de financiamento do SUS eram muitos instáveis (CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1614).

A EC-29 determina a vinculação dos percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde:

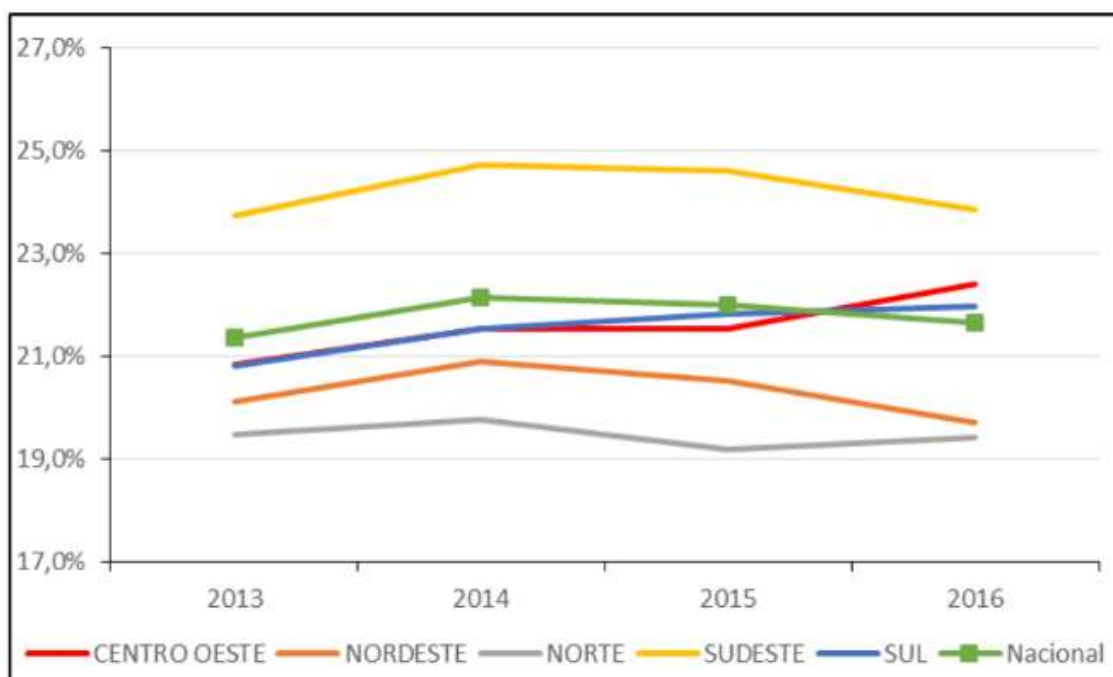
Figura 01: Os percentuais mínimos de recursos orçamentários da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios assegurados pela a EC.29.



Fonte: As informações são oriundas do Sistema de informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Elaboração dos autores.

Ao visualizarmos a figura 01 constatamos que para os municípios, ente nacional analisado neste trabalho, fixou-se o percentual mínimo de 15%. Ou seja, os municípios são obrigados a aplicar no mínimo 15% da sua receita total na saúde. O gráfico 01 descreve os percentuais médios da receita municipal aplicada na saúde, por região do país (2013-2016).

Gráfico 01: A média das participações percentuais da receita dos municípios empregadas na saúde no quadriênio 2013 a 2016, por região do país.



Fonte: As informações são oriundas do Sistema de informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Elaboração dos autores.

O gráfico 01 apresenta a média dos percentuais da receita municipal aplicadas na saúde segundo as regiões do país. O objetivo deste gráfico é o de ilustrar como os municípios vem se comportando frente a regra de vinculação obrigatória do percentual mínimo de 15 % das suas receitas para o financiamento público. O principal impacto demonstrado no gráfico é o de que em todas as regiões os municípios gastam percentuais a cima do mínimo exigido.

O resultado obtido no gráfico 01 corrobora com os apontamentos da bibliografia especializada. Trabalhos como o João Neto (2017) apontam os altos graus de comprometimento das receitas municipais na saúde. Percebe-se que a média nacional variou entre patamares de 20 a 23 por cento.

No período estudado encontra-se diferenças nos percentuais empregado na saúde entre as regiões. Os valores variaram entre 20% e 25 % da arrecadação total municipal. Percebe-se que a média nacional se manteve na casa dos 22%. Nota-se que no Norte encontra-se, em média, os menores % de aplicação. Enquanto que no Sudeste os maiores.

De maneira geral, no espaço temporal estudado não houve abruptos aumentos ou diminuições no % empregado na saúde. Percebe-se a região Sudeste com os valores acima da média nacional. Enquanto que as outras regiões com valores abaixo da média nacional. Exceto no último ano analisado onde a região Centro-Oeste e a Região Sul aumentaram os percentuais aplicados para acima da média.

Dessa forma, o gráfico 01 demonstra que as definições legais dadas pela EC-29 constituem importante mecanismo de garantia dos recursos para a saúde. Assim, o cumprimento das exigências deve ser monitorado e avaliado para garantir tais recursos.

As Normas Operacionais Básicas (NOBS)⁶, portarias emitidas pelo o ministério da saúde na década de 90, que regularizaram o dispositivo jurídico-legal do SUS, tornaram os municípios brasileiros a base para organização do sistema de saúde. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 286; MACHADO, 2007, p. 45; SILVA, 2001, p. 89; VIANA, A. L. D.; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 13).

Ao analisar determinadas características das três NOBs emitidas, percebe-se, ao menos, duas constatações. A primeira constatação é a de que os avanços no processo de descentralização foram obtidos progressivamente. Cada nova NOB trazia mecanismos que aprimoravam os mecanismos lançados na norma anterior. Esse processo fez com que acontecesse um aprendizado institucional nos municípios prestadores do serviço. Segundo trabalhos de VIANA (p. 505) e SILVA (p. 78) os municípios que passaram por vários tipos de habilitação apresentaram melhores condições institucionais e administrativas para a gestão pública da saúde. A segunda constatação é a de os mecanismos de descentralização regularizados nas legislações das NOBs são municipalistas e atribuem aos municípios prerrogativas cruciais para o funcionamento do sistema (ARRETCHE; MARQUES, 2002, p. 456; SILVA, 2001, p. 90; SOUZA, 2004, p. 27).

A título de exemplificação, foram atribuídos aos entes municipais as seguintes responsabilidades, requisitos e prerrogativas:

“... as responsabilidades são: elaborar a programação municipal de serviços básicos, especializados e hospitalares; gerenciar as unidades ambulatoriais e hospitalares próprias; garantir a prestação de serviços em seu território (...) E a execução dos serviços aos seus munícipes nos outros municípios (...) exercer o controle público dos serviços ambulatoriais e hospitalares, e executar ações em geral nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica. Os requisitos são: comprovação de funcionamento do conselho municipal de saúde (CMS) e da operação do fundo municipal de saúde (FMS); assumir o compromisso de participar da PPI; comprovar capacidade técnica e administrativa para desenvolver as ações de sua responsabilidade. As prerrogativas são obter transferências de recursos federais e ter o conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de seu território (...)” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 75).

Além de servir como pilar fundamental para a administração dos serviços de saúde, pesquisas atuais⁷ apontam que as prefeituras brasileiras contribuem, significativamente, no que diz respeito ao financiamento do sistema. Os resultados

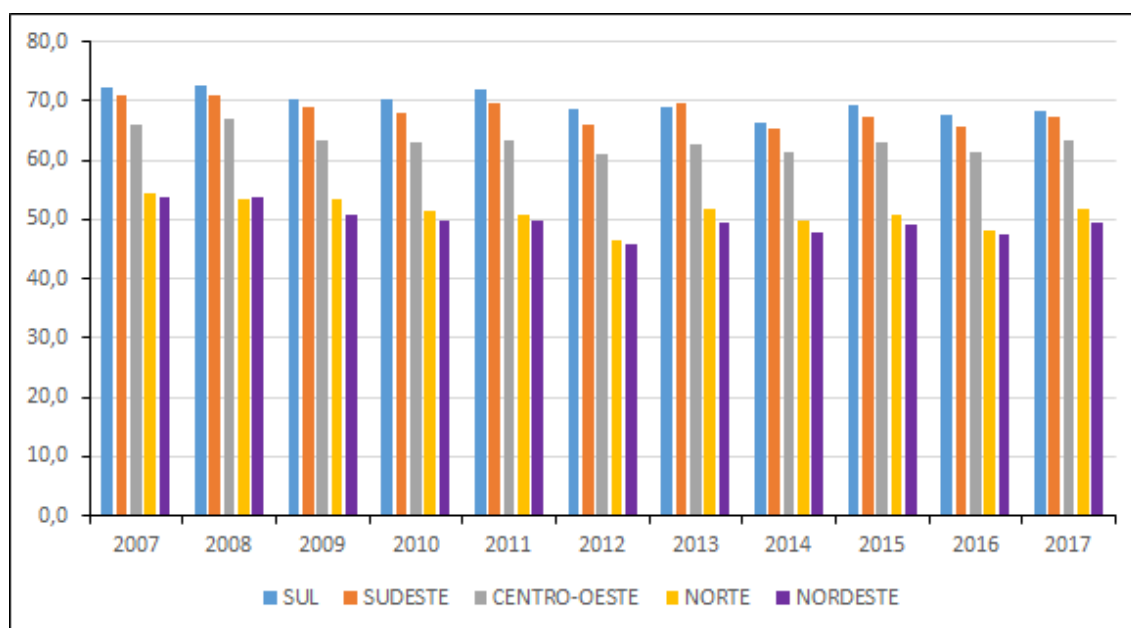
⁶ As NOBs foram os instrumentos fundamentais para efetivação do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (ARRETCHE; MARQUES, 2002, p. 466). As NOBs possuem caráter transitório, visto que foram reeditadas de acordo com os avanços do processo de implementação do SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 273). Foram emitidas na década de 90 três NOBs: NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/93 e a NOB SUS 01/96.

⁷ Refiro-me aos artigos: Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil, 2017; Financiamento, gestor público e gestão de recurso de saúde: o cenário de um estado brasileiro, 2012; Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações, 2017.

obtidos no trabalho de Valéria Leite, Kenio Lima, Cipriano Vasconcelos, por exemplo, demonstram que “... apesar da relevância dos recursos federais, o avanço da implementação das políticas de saúde resultou na queda relativa dos recursos da União e maior participação dos municípios no financiamento...” (LEITE; LIMA; DE VASCONCELOS, 2012, p. 1853). Este aumento da participação municipal nos gastos acontece na maioria dos municípios brasileiros (DOS SANTOS NETO *et al.*, 2017). O gráfico a seguir realça a importância municipal no custeio das despesas com saúde.

O gráfico 01 apresenta os percentuais da despesa com saúde pagas com receita própria, ou seja, quanto da despesa municipal com saúde foram custeadas com recursos próprios municipais. Recursos próprios identificados aqui como recursos oriundos da tributação municipal direta e das transferências intergovernamentais obrigatórias, por força constitucional ou legal, oriundas da União ou dos estados.

Gráfico 02: A média do percentual de despesa municipal com saúde pagas com receita própria, por região. (2007 – 2017).



Fonte: Os dados foram retirados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Elaboração dos autores.

Em todas as regiões, em média, os gastos com saúde tem origem nas receitas próprias municipais em mais de 50%. No período analisado, em praticamente todas as regiões a participação da receita própria municipal é acima dos 50 %, chegando próximo aos 70% pagos com recursos próprios nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. Em resumo, as despesas com saúde pública no Brasil tem origem em grande medida nas receitas próprias dos municípios.

Nota-se que não há variações significativas no decorrer dos anos. Percebe-se um grupo formado pela as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste os quais a participação dos recursos próprios municipais é maior. Dentre esse grupo, os municípios da região Sul são os que, em média, mais despreendem proporcionalmente recursos próprios para o pagamento das despesas com saúde. No ano de 2011, esses municípios chegaram a cobrir,

em média, valores em torno de 72 % da despesa. É visível também que as regiões Noroeste e Norte são as que a participação percentual dos recursos próprios municipais para o pagamento de despesa com saúde é menor. A região Nordeste durante o tempo apresenta-se como a região com os menores percentuais, valores em torno dos 50 %.

Dessa maneira, os achados esclarecidos no gráfico 01 caminha na mesma direção dos apontamentos da bibliografia especializada; as prefeituras brasileiras são peças-chaves para a dinâmica do financiamento do Sistema Único de Saúde.

1.3 Royalties do Petróleo e os Municípios Brasileiros

Os royalties constituem-se como uma forma de pagamento de direitos sobre atividades econômicas. Refere-se ao embolso ao poder público por um ativo não renovável que o cede para ser negociado, consumido e explorado por algum grupo econômico (FERNANDES, C. F., 2007). Dessa forma, os royalties do petróleo são maneira de compensação econômica pela exploração de uma fonte de energia não renovável (POSTALI, 2007, p. 3).

Os trabalhos que se voltam para análises sobre este tema, muitas das vezes, focam nos municípios onde, historicamente, há uma concentração dos recursos advindos das indenizações petrolíferas. Refiro-me aqui, principalmente, os municípios do Rio de Janeiro.

O Estado do Rio de Janeiro é contemplado pela a maior bacia petrolífera do Brasil⁸, a forma de repartimento dos royalties, adotada a partir da Lei do Petróleo (LEI Nº 9.478), contempla com maiores volumes de recursos os municípios com produção em terra ou confrontantes com a plataforma continental onde se realiza a produção (BRASIL, 1997, p. 12). Dessa forma, determinados municípios fluminenses concentram boa parte da parcela de royalties destinados as prefeituras brasileiras (FERNANDES, C. F., 2007; GOMES, 2007; POSTALI, 2007).

Há, dentro da bibliografia especializada, diversas frentes teóricas para a compreensão do assunto. Neste artigo o tema está abordado a partir de dois aspectos principais, a saber, o primeiro refere-se a algumas associações entre royalties, desenvolvimento econômico local e aumento nos gastos sociais; o segundo tema diz respeito a demonstração dos valores arrecadados pelas as petro-rendas nos municípios do Brasil.

1.4 Royalties, desenvolvimento econômico local e gastos sociais.

O arcabouço jurídico sobre o tema não especifica formas que os recursos oriundos das arrecadações de royalties de petróleo devem ser gastos, porém veda a sua utilização para o pagamento de dívidas e quadro permanente de pessoal (BRASIL, 1997, p. 3). Logo, existe uma alta margem de discricionariedade por parte das administrações municipais para a utilização desses recursos. Espera-se que esses sejam aplicados em determinadas áreas que afetam direta ou indiretamente a qualidade de vida dos munícipes

⁸ Refiro-me à Bacia de Campos que se estende por todo o litoral do Espírito Santo até o norte do Rio de Janeiro.

(GOMES, 2007). Por exemplo, no fomento do desenvolvimento local e no aumento dos gastos sociais.⁹

O artigo escrito por Fernando Postali denominado: “Efeitos da distribuição de royalties do petróleo sobre o crescimento dos Municípios no Brasil” avalia se os recursos de royalties distribuídos aos municípios fluminenses colaboram para o crescimento de seus PIBs (POSTALI, 2007, p. 2). O principal achado encontrado esclarece que os municípios contemplados com tais recursos cresceram menos que os municípios que não receberam recursos. Ademais, quanto maior o volume de royalties transferidos, menor tende a ser o crescimento econômico do município (POSTALI, 2007, p. 16).

O artigo escrito por Rosana de Souza Gomes denominado: “A influência dos royalties de petróleo no gasto social: o caso dos municípios do estado do rio de janeiro” discute a hipótese de que o aumento das receitas promovido pelos royalties resultaria em aumento das despesas sociais e na melhora dos indicadores de saúde e educação selecionados (GOMES, 2007, p. 4). Os resultados obtidos apontam que os municípios com altas receitas de royalties possuem um gasto social per capita maior do que os demais municípios fluminenses. As funções sociais que mais receberam recursos foram saúde e educação seguidos pelo urbanismo (GOMES, 2007, p. 27).

Os dois artigos supracitados contribuem, de certa forma, para verificar se os royalties de petróleo são utilizados nos municípios para a melhoria da qualidade de vida dos munícipes. No primeiro caso nota-se que a afirmação quase natural de que os royalties do petróleo contribuem com o crescimento do PIB dos municípios que os recebem pode se provar como falsa. O achado encontrado pelo o artigo caminha em uma direção análoga ao da maldição dos recursos naturais apontada pela a literatura especializada. No qual diz que países ricos em recursos naturais tendem a apresentar taxas de crescimento menores que os países relativamente desprovidos (POSTALI, 2007, p. 16). No segundo caso, encontrou-se uma relação positiva entre municípios recebedores de royalties e maiores gastos sociais. Por outro lado, devido a forma de partilha dos royalties alguns municípios são beneficiados com muitos recursos e a maior parte com pequenas parcelas. Encontrou-se uma diferença expressiva no gasto social per capita entre os municípios com maior receita e os com menor receita de royalties (GOMES, 2007, p. 27).

1.5. As arrecadações das Petro-Rendas nos Municípios Brasileiros.

A lei do petróleo prever quatro tipos de indenização para os municípios produtores de recursos hidrocarbonetos e/ou por ele afetados (FERNANDES, C. F., 2007, p. 13; POSTALI, 2007, p. 18). São eles; os royalties, as participações especiais, o bônus de assinatura e o pagamento pela ocupação ou retenção de área (BRASIL, 1997). Destaca-se:

Os royalties: “...constituem uma compensação financeira mensal à União incidente sobre o valor total da produção de óleo e gás...Os recursos arrecadados via royalties são divididos entre os Estados e os Municípios

⁹ Entende-se gasto social como “... o gasto público com programas voltados para a melhoria, a curto ou longo prazos, das condições de vida da população, e também para o atendimento mais amplo das demandas sociais colocadas pelo status de cidadania...” (FERNANDES, M. A. DA C. et al., 1998, p. 5).

produtores, o Tesouro Nacional e os Ministérios da Ciência e Tecnologia e da Marinha...” (POSTALI, 2007, p. 3).

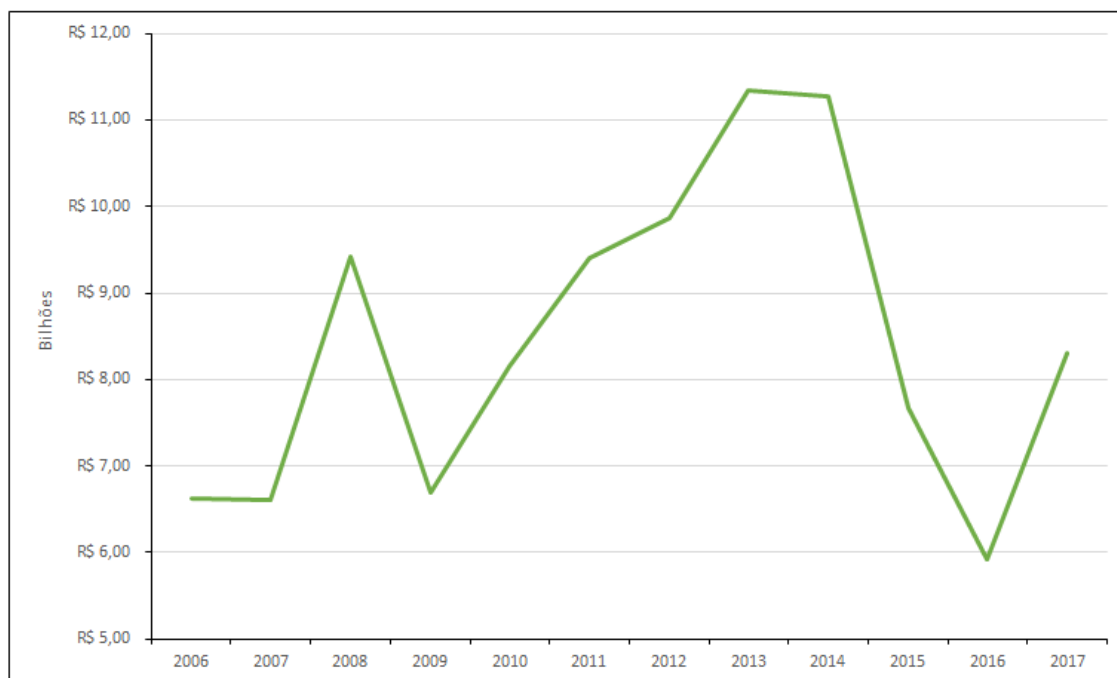
As participações especiais: “... As participações especiais caracterizam-se por compensações extraordinárias ao Governo resultantes de casos de grande volume de produção ou de grande rentabilidade, com relação a cada campo de uma área de concessão. A apuração deste imposto é feita pela aplicação de alíquotas progressivas sobre a receita líquida da produção trimestral...” (POSTALI, 2007, p. 3).

“... O bônus de assinatura é o pagamento ofertado na proposta para a obtenção da concessão e é feito anteriormente ao início da exploração. O bônus tem um valor mínimo estabelecido no edital da licitação do bloco e deverá ser pago no ato da assinatura do contrato de concessão pela empresa vencedora da licitação...” (FERNANDES, 2007, p. 13)

“... O pagamento pela ocupação ou retenção de área é feito anualmente pelos concessionários, cujo valor inicial é estabelecido no edital da licitação e no contrato de concessão e é fixado por quilômetro quadrado ou fração da área do bloco...” (FERNANDES, 2007, p. 13)

As somas desses quatro tipos de recompensação financeira formam o que é chamado aqui de Petro-Renda. Nessa sessão expõem-se os valores que foram passados das rendas advindas das indenizações petrolíferas para os municípios.

Gráfico 03: Soma das receitas municipais oriundas das petro-rendas entre 2006 e 2017.



Fonte: Elaboração dos Autores. Tesouro Nacional. Os valores estão deflacionados pela IPC-A com base no mês de janeiro de 2018.

Ao visualizarmos o gráfico 02, percebe-se as expressivas quantias que inflam os cofres dos municípios mais beneficiados pela as petro-rendas. Os valores sofreram aumentos abruptos entre os anos de 2009 e 2013. Chegando a alcançar patamares a cima de 11 bilhões de reais. (2013). Por outro lado, é nítida a queda ocorrida entre os anos de 2015 e 2016. Essa queda está ligada a desvalorização do preço do barril do petróleo

ocorrido no referido período. Porém, de 2016 para o ano de 2017 é possível visualizar sinais de recuperação.

É relevante apontar que essas receitas chegam nos municípios sem ter uma vinculação obrigatória. Os limites legais para o emprego dessa renda são pequenos, como já ressaltado na sessão 1.3 desse artigo. Dessa forma, existe uma larga margem de discricionariedade de atuação para os prefeitos decidirem como empregar esses valores.

2. Desenho de Pesquisa

Como descrito no gráfico 02 e apontado pela a bibliografia especializada, as rendas petrolíferas inflam as receitas dos municípios que são beneficiados pela as fatias mais consideráveis do bolo financeiro advindos das compensações financeiras da exploração do petróleo. A primeira parte desta sessão realçou a importância crucial dos municípios brasileiros na operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, a chave analítica deste trabalho é o de verificar se os municípios que são mais dependentes das chamadas petro-rendas desprendem maiores valores no financiamento do SUS com recursos próprios municipais.

A pergunta da pesquisa, então, pode ser formulada da seguinte forma: comparado com municípios que possuem o mesmo tamanho populacional, os municípios detentores de uma maior dependência das petro-rendas desprendem mais valores na saúde pública?

3. Metodologia

O arcabouço metodológico utilizado no trabalho debruça-se em métodos quantitativos. A metodologia que sustenta essa empreitada expressa-se a partir de quatro atividades principais. A saber: a coleta dos dados, a definição do recorte temporal, a deflação dos valores coletados e a construção de um indicador que mensura a dependência das petro-rendas na receita dos municípios.

Os dados relacionados as finanças municipais foram coletados no site do tesouro nacional, na ferramenta denominada Finbra (Finanças do Brasil). Foram coletadas informações referentes a receita total do município e as receitas oriundas de indenizações petrolíferas. Enquanto que os dados sobre o financiamento da saúde com recursos municipais próprios foram coletados na plataforma digital denominada Sistema de Informações sobre o Orçamento Público (SIOPS). Recursos próprios é identificado como os recursos oriundos da tributação municipal direta e das transferências intergovernamentais obrigatórias, por força constitucional ou legal, oriundas da União ou dos estados. O recorte temporal da pesquisa contempla os anos de 2013 ao ano de 2017.

Para a realização de comparação dos valores ao longo do tempo, realizou-se a deflação da variável que expressa a soma das receitas oriundas de petro-renda. A deflação baseia-se no IPC-A com base no mês de janeiro de 2018.

Por fim, o último passo metodológico da pesquisa consiste na criação de um indicador de dependência das petro-rendas. Este indicador tem o objetivo de mensurar qual é a dependência dos municípios brasileiros no que se refere as receitas oriundas das indenizações petrolíferas.

Criou-se o indicador a partir da verificação do percentual que a receita oriunda das indenizações petrolíferas corresponde da receita bruta realizada dos municípios. Elaborou-se quatro categorias de dependência:

- Até 2% de dependência
- 2,1 % a 10 % de dependência
- 10,1 % a 20 % de dependência
- Acima de 20 % de dependência

4. Resultados

Os resultados do trabalho estão divididos em duas partes. A primeira, apresenta os municípios dependentes das petro-rendas segundo a região e o tamanho populacional. A segunda, expõe demonstrações gráficas que apresenta o gasto com saúde, com recursos próprios municipais, de acordo com o grau de dependência de petro-rendas. As análises dessas duas partes norteiam a conclusão do trabalho.

A tabela 01 apresenta a dependência das petro-rendas segundo os municípios distribuídos nas regiões do país. Pode-se visualizar que as regiões que acumulam os municípios mais dependentes são a região Sudeste e a região Nordeste. Este resultado já é o esperado, devido a forma legal de distribuição das indenizações petrolíferas. O modelo vigente privilegia os municípios que possuem maiores níveis de produção de petróleo. Os municípios que apresentam esse requisito concentram-se no Nordeste e, principalmente, no Sudeste. No que se refere ao Sudeste, destaca-se alguns municípios do Estado de São Paulo e os municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 01: Media da dependência das petro-rendas, por categoria, nos anos de 2013 ao ano de 2017. Segundo as regiões do país.

		Media da dependencia das petro-rendas, por categoria, nos anos de 2013 ao ano de 2017				Total
		Até 2 %	2 % a 10 %	10 % a 20 %	Acima de 20 %	
REGIÃO	CENTRO OESTE	459	1	0	0	460
	NORDESTE	1690	53	31	13	1787
	NORTE	429	5	0	1	435
	SUDESTE	1472	122	32	23	1649
	SUL	1154	5	6	0	1165
	Total	5204	186	69	37	5496

Fonte: Elaboração dos autores. Tesouro Nacional.

Percebe-se que uma parcela significativa dos municípios apresentam uma baixa dependência das petro-rendas. A afirmativa anterior é respaldada quando se visualiza a quantidade de prefeituras localizadas na primeira categoria de dependência, um total de 5204 municípios. Na segunda faixa de dependência que diz respeito aos municípios que possuem uma média de 2 % a 10% de dependência das petro-rendas o volume de municípios cai para 186. Destes 186 municípios, 1 município localiza-se no Centro Oeste, 5 no Sul, 5 no Norte, 53 no Nordeste e 122 municípios no Sudeste.

Na faixa 3 que diz respeito aos municípios com uma dependência de 10 % a 20 % apresenta um número ainda mais restrito; um total de 69. Sendo 6 localizado no Sul, 31 no Nordeste e 32 no Sudeste. Por fim, a faixa 4 que contempla os municípios apresentados aqui como os mais dependentes reuni 37 municípios. Sendo 1 no Norte, 13 no Nordeste e 23 no Sudeste.

O foco da análise, neste momento, inclina-se para o para o tamanho populacional. A tabela 02 ilustra a dependência segundo o tamanho populacional. Nela, podemos averiguar, por exemplo, se há um perfil populacional dos municípios mais dependentes das petro-rendas.

O principal impacto ao analisar a tabela 02 é o fato de perceber que os municípios com maiores dependências são os de menor tamanho populacional. Destaca-se as faixas populacionais de 5.001 a 10.000 habitantes até a faixa populacional de 20.001 habitantes a 50.000 habitantes.

Tabela 02: Media da dependência das petro-rendas, por categoria, nos anos de 2013 ao ano de 2017. Segundo o tamanho populacional.

	Media da dependencia das petro-rendas, por categoria, nos anos de 2013 ao ano de 2017				Total
	Até 2 %	2 % a 10 %	10 % a 20 %	Acima de 20 %	
Até 5.000 hab	1334	10	3	2	1349
De 5.001 a 10.000 hab	1244	23	19	7	1293
De 10.001 a 20.000 hab	1201	51	25	9	1286
De 20.001 a 50.000 hab	929	58	14	14	1015
De 50.001 a 100.000 hab	276	24	3	3	306
De 100.001 a 500.000 hab	189	18	5	2	214
Mais de 500.000 hab	31	2	0	0	33
Total	5204	186	69	37	5496

Fonte: Elaboração dos autores. Tesouro Nacional.

Depois de ter apresentado o cenário dos municípios dependentes das petro-rendas, o próximo passo é o de averiguar a relação entre os municípios dependentes e o pagamento de despesas na saúde.

A tabela 03 apresenta a média da despesa paga em saúde com recursos próprios municipais (2013-2017). Antes de debruçar-se na análise da tabela é relevante ressaltar um ponto da tabela 01; os municípios mais dependentes concentram-se na região Nordeste e Sudeste. O principal ponto, ao visualizar a tabela 03, é o fato de que em 3 das 5 regiões do país os municípios mais dependentes das petro-rendas despendem maiores valores de recursos próprios municipais na saúde.

Tabela 3: Média das despesas com saúde pagas com recursos próprios (2013 - 2017), por região e por dependência das petro-rendas. Em reais.

REGIÃO	Dependencia das petro-rendas	Despesas com saúde pagas com recursos próprios (2013-2017)
CENTRO-OESTE	Até 2 %	10.657.506
	2 % a 10 %	5.950.075
NORDESTE	Até 2 %	8.367.159
	2 % a 10 %	18.313.428
	10 % a 20 %	8.412.385
	Acima de 20 %	6.408.698
NORTE	Até 2 %	10.106.368
	2 % a 10 %	5.715.467
	Acima de 20 %	37.280.710
SUDESTE	Até 2 %	27.277.762
	2 % a 10 %	24.672.767
	10 % a 20 %	45.460.384
	Acima de 20 %	44.377.063
SUL	Até 2 %	11.330.825
	2 % a 10 %	7.652.200
	10 % a 20 %	20.967.158

Fonte: Elaboração dos autores. Tesouro Nacional. Data-SUS. Os valores estão deflacionados pela IPC-A com base no mês de janeiro de 2018.

Ao focar a análise no Sudeste percebe-se que os municípios mais dependentes dispõem valores expressivamente maiores comprados aos menos dependentes. Os municípios dentro da faixa mais dependentes gastam, em média, 17.099.301 milhões a mais do que os municípios localizados na faixa de menor dependência.

Por outro lado, esse padrão de gasto médio maior não é notado no caso da região do Nordeste. No Nordeste não dá para se notar uma relação aparente entre dependência das petro-rendas e maiores gastos no SUS. Situação diferente do que é notada na região Norte e a região Sul.

No que se refere a região Norte, os municípios mais dependentes dispõem mais que o dobro de que os menos dependentes. Enquanto que no Sul essa situação quase que se repete, os municípios dependentes gastam, em média, valores expressivamente maiores do que a categoria dos menos dependentes.

Dessa forma, os resultados apresentados na tabela 03 dão indício de que, em âmbito regional, os municípios mais dependentes das petro-rendas dispõem mais valores com a saúde. Agora o esforço intelectual volta-se para o tamanho populacional.

A tabela 04 ilustra a média das despesas com saúde pagas com recursos próprios, por tamanho de município e por dependência das petro-rendas. Ao visualizarmos a tabela nota-se que em 6 das 7 faixas populacionais os municípios da categoria de maior dependência dispõem mais valores no pagamento de despesas na saúde.

Tabela 04: Média das despesas com saúde pagas com recursos próprios (2013 - 2017), por tamanho de município e por dependência das petro-rendas. Em reais.

População Categórica	Dependencia das petro-rendas	Despesas com saúde pagas com recursos próprios (2013-2017)
Até 5.000 hab	Até 2 %	2.598.683
	2 % a 10 %	2.924.847
	10 % a 20 %	5.200.353
	Acima de 20 %	3.125.667
De 5.001 a 10.000 hab	Até 2 %	3.507.748
	2 % a 10 %	4.906.871
	10 % a 20 %	6.450.069
	Acima de 20 %	6.322.197
De 10.001 a 20.000 hab	Até 2 %	5.773.321
	2 % a 10 %	7.733.938
	10 % a 20 %	8.951.802
	Acima de 20 %	11.695.575
De 20.001 a 50.000 hab	Até 2 %	10.931.223
	2 % a 10 %	15.179.132
	10 % a 20 %	19.988.122
	Acima de 20 %	30.345.203
De 50.001 a 100.000 hab	Até 2 %	28.150.838
	2 % a 10 %	28.232.064
	10 % a 20 %	86.480.985
	Acima de 20 %	33.291.276
De 100.001 a 500.000 hab	Até 2 %	94.548.863
	2 % a 10 %	80.272.093
	10 % a 20 %	188.019.022
	Acima de 20 %	230.396.340
Mais de 500.000 hab	Até 2 %	839.937.092
	2 % a 10 %	257.041.746

Fonte: Elaboração dos autores. Tesouro Nacional. Data-SUS. Os valores estão deflacionados pela IPC-A com base no mês de janeiro de 2018.

Para a melhor compreensão do cenário, o foco da análise inclina-se, especificamente, para duas faixas populacionais. A primeira, a faixa de 10.001 a 20.000 habitantes que expressa bem a situação de maiores volumes de dinheiro despendidos pelos os municípios mais dependentes. Na refira faixa populacional, os municípios mais dependentes das petro-rendas despendem mais que o dobro comparado com a faixa dos municípios menos dependentes.

A segunda, a faixa de 100.001 habitantes a 500.00 habitante. Na qual, os municípios mais dependentes das petro-rendas despendem, em média, 230. 396,340 reais de recursos próprios para a saúde. Enquanto que os municípios menos dependentes despendem, em média 94.548,863 reais. Ou seja, diante deste contexto, os municípios mais dependentes depreendem, em média, 41 % a mais de recursos próprios para o pagamento de despesas com saúde em relação ao municípios menos dependentes.

5. Conclusão

O objetivo principal desta empreitada foi o de verificar qual é o impacto de um município ser dependente das petro-rendas para o custeio da saúde financiada com recursos próprios municipais. Os resultados demonstrados no trabalho geraram insumos para serem feitas algumas associações entre ser dependente das indenizações petrolíferas e desprender maiores valores para o pagamento de despesas com saúde.

O primeiro indício encontra-se na descrição da tabela 03, na qual em 3 das 5 regiões do país os municípios mais dependentes das petro-rendas desprenderam maiores valores de recursos próprios municipais na saúde. O segundo indício demonstra-se na tabela 04 em relação as faixas populacionais. O municípios da categoria de maior dependência desprendem mais valores no pagamento de despesas na saúde. Como visualizado na faixa populacional de 50.000 habitantes a 100.000 habitantes. Onde, os municípios dentro da faixa mais dependentes gastam, em média, 17 milhões a mais do que os municípios localizados na faixa de menor dependência.

Dessa forma, os resultados demonstrados neste artigo respaldam a afirmação de que: a dependência das indenizações advindas da exploração do petróleo pode, de certa forma, explicar maiores valores para o pagamento de despesas, com recursos próprios, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Procurou-se nesta empreitada voltar o esforço intelectual para a relação das petro-rendas e economia na saúde. O desenho metodológico apresentado procurou operacionalizar esta relação. Espera-se que este artigo fomente estudos com desenho de pesquisa voltados para outras questões. Como traçar uma relação entre petro-rendas, qualidade e o acesso aos serviços de saúde.

6. Bibliografia

ALCIMAR DAS CHAGAS RIBEIRO, JOSÉ RAMON ARICA CHAVEZ, V. P. **Os reflexos da queda das rendas do petróleo nos principais municípios da Bacia de Campos**. *Petróleo, Royalties e Região*, v. XIII, p. 8–10, 2015.

ARRETCHE, M. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização**. [S.l: s.n.], 2000.

ARRETCHE, M. **Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas**. *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 11, n. 31, p. 44–66, 1996.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. [S.l.]: Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações, 1996. v. 1.

BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000**. 2000.

BRASIL. Lei nº 9.433, de 8 de janeiro de 1997. **Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos**, regulamenta o inciso XIX do art. 21 da Constituição Federal, e altera o art. 1º da Lei nº 8.001, de 13. *Diário Oficial da União*, 1997.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29**

no **Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 1613–1623, 2007.

CRUZ, J. L. V. DA. **Que Crise é Essa? A Queda na Arrecadação das Rendas Petrolíferas nos Municípios da Região Produtora do Estado do Rio de Janeiro**. *Petróleo, Royalties e Região*, v. XIV, p. 4–7, 2015.

DOS SANTOS NETO, J. A. et al. **Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1269–1280, 2017.

FERNANDES, C. F. **A Evolução da Arrecadação de Royalties do Petróleo no Brasil e seu Impacto sobre o Desenvolvimento Econômico do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro: Instituto de Economia, 2007.

FERNANDES, M. A. DA C. et al. **Gasto social das três esferas de governo: 1995. 1998**.

GOMES, R. DE S. **A influência dos royalties de petróleo no gasto social: o caso dos municípios do Estado do Rio de Janeiro**. . [S.l: s.n.]. , 2007

JOSÉ LUIS VIANNA DA CRUZ, J. A. DE A. N. **Crise do petróleo, dependência dos royalties e ajuste fiscal: o caso do município de Campos dos Goytacazes/RJ**. *Petróleo, Royalties e Região*, v. XIII, p. 2–7, 2016.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; DE VASCONCELOS, C. M. **Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1849–1856, 2012.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001.

LOTTA, G. S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. **A Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas**. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 19, n. 64, 2014.

LUCHESE, P. T. R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde—retrospectiva 1990/1995**. *Planejamento e Políticas Públicas*, v. 14, p. 75–158, 1996.

MACHADO, J. A. **Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde**. 2007. 377 f. 2007.

PAIM, J. **O que é o SUS**. [S.l.]: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012**. 2017.

POSTALI, F. A. S. **Efeitos da distribuição de royalties do petróleo sobre o crescimento dos municípios no Brasil: utilizando a lei do petróleo como um experimento natural**. *ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA*, v. 35, 2007.

REGINA ABREU; HELENA MONTEIRO; GUILHERME NETTO. **O SUS do Brasil**. . [S.l.]: **Laboratório de Memória e Imagem/PPGMS/UNIRIO**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Cb-csINmGnE>>. , 2013

SILVA, S. F. DA. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. [S.l.:

s.n.], 2001.

SOUZA, C. **Governos locais e gestão de políticas sociais universais**. São Paulo em perspectiva, v. 18, n. 2, p. 27–41, 2004.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. DE; OLIVEIRA, R. G. DE. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 493–507, 2002.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; MACHADO, C. V. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, p. 807–817, 2009.

POLÍTICAS PÚBLICAS E (DESAFIOS PARA) A INCORPORAÇÃO DE DEMANDAS DAS MINORIAS SOCIAIS - O CASO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

João Gabriel Bruno¹⁰

Maíra Marques Maia¹¹

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Políticas Públicas e Demandas de Minorias Sociais; 3. A Experiência da Política de Saúde do Estado de Minas Gerais; 4. As Iniquidades em Saúde e os seus Determinantes Sociais; 5. Dificuldades para a Execução da Política de Promoção de Equidades em Saúde de Minas Gerais; 6. Conclusão; 7. Referências.

RESUMO: A interação entre Estado e população, especialmente na questão das minorias sociais, é marcada por estremaduras. Apenas recentemente, com o avanço da cidadania e da justiça social, que o diálogo com minorias sociais aparece como viável para o poder público. A presente análise desenvolve o contexto de como a administração pública brasileira se apresenta, em suas fronteiras e capacidades, permeável às reivindicações dos movimentos sociais minoritários. Particularmente, usa-se do caso do Núcleo de Políticas de Promoção de Equidades em Saúde de Minas Gerais para entender a problemática e identificar as dificuldades que são enfrentadas na tarefa de reduzir as iniquidades através da política pública.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas; Política de saúde; Minorias sociais; Iniquidades em saúde; Determinantes Sociais de Saúde.

¹⁰ Graduado em Administração Pública na Fundação João Pinheiro (FJP)

¹¹ Graduanda em Administração Pública na Fundação João Pinheiro (FJP)

POLICIES AND (IMPEDIMENTS) TO EMBODY MINORITIES' INTERESTS - MINAS GERAIS' HEALTH POLICY EXPERIENCE

CONTENTS: 1. Introduction; 2. Public Policies and Minorities' Interests; 3. The experience of Health Policy in the State of Minas Gerais; 4. Health Iniquities and Social Determinants of Health; 5. Difficulties to Execute Policies to Promote Health Equity in Minas Gerais; 6. Conclusion; 7. References.

ABSTRACT: The interaction between State and population, especially when it comes to social minorities, is flagged with scrapes. It was only recently, with social justice and citizenship advances, that the dialogue between social minorities and public power was made feasible. The present analysis develops how brazilian public administration presentes itself, in its limitations and capacities, as permeable to social minorities' policy claims. Particularly, it uses the Núcleo de Políticas de Promoção de Equidades em Saúde from Minas Gerais' case to undestand the issue and to identify the hardships that are found in the task of reducing iniquities through public policy.

KEYWORDS: Public policy; Health policy; Minorities; Health Iniquities; Social Determinants of Health.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y (DESAFÍOS PARA) LA INCORPORACIÓN DE DEMANDAS DE MINORÍAS SOCIALES - EL CASO DE LA POLÍTICA DE SALUD DE MINAS GERAIS

CONTENIDOS: 1. Introducción; 2. Políticas Públicas y Demandas de Minorías Sociales; 3. La Experiencia de la Política de Salud del Estado de Minas Gerais; 4. Las Iniquidades em Salud y Las Determinantes Sociales de Salud; 5. Dificultades para la Ejecución de la Política de Promoción de Equidades em Salud de Minas Gerais; 6. Conclusión; 7. Referencias.

RESUMEN: La interacción entre Estado y Pueblo, especialmente en la cuestión de minorías sociales, és señalada por extremaduras. Solo recientemente, con el avance de la ciudadanía y de la justiticia social, és que el diálogo con las minorías sociales aparece como viable para el poder público. La presente análisis desarrolla el contexto de como la administración pública brasileña se muestra, em sus fronteras y capacidades, permeable a las reivindicaciones de los movimientos sociales de minorías. Particularmente, se usa del caso del Núcleo de Políticas de Promoção de Equidade em Saúde de Minas Gerais para entender la cuestión y identificar las dificultades que son enfrentadas em la tarea de reducir las iniquidades através de la política pública.

PALABRAS CLAVE: Políticas públicas; Política de salud; Minorías sociales; Iniquidades em salud; Determinantes sociales de salud.

1. INTRODUÇÃO

A intenção desse texto é trabalhar a emergência de minorias políticas como atores políticos e sociais na construção de políticas públicas. O processo, relativamente inovador tanto para os parâmetros internacionais quanto os nacionais, merece atenção especial porque sinaliza transformações na administração pública. Não se sabe o quanto essas mudanças são produtos da mobilização e efervescência de ideias e o quanto essas são geradoras de ressignificações e dos próprios avanços sociais.

Justamente por esse motivo é que se torna interessante analisar como grupos sociais ganham poder de voz e ação dentro de um espaço público tradicionalmente dominado por interesses econômicos particulares e permeado de pré-conceitos. No entanto, responder tais perguntas não é tarefa fácil e, claramente, não pode ser realizada em somente um artigo ou pesquisa.

Dessa forma, a sinuosidade da temática apontou para um universo de análise reduzido: a política de saúde do estado de Minas Gerais da gestão de Fernando Pimentel (PT-MG) até o ano de 2018.

A política de saúde, de modo geral, com a instauração do Sistema Único de Saúde, caminhou em consonância com as demandas das lutas identitárias, que buscavam seu reconhecimento e, portanto, tratamento equânime, dentro do contexto das políticas sociais. Especialmente na gestão de Lula, o Ministério da Saúde avançou nas pautas que estavam na agenda dos movimentos sociais, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria GM/MS nº254/02) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria GM/MS nº 992/06), assim como a designação de equipes encarregadas pela execução e coordenação nacional para essas estratégias. Vale citar também a estruturação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Ambas possuem, em seu escopo a ideia de “fomentar, implementar e coordenar ações de auditoria, ouvidoria e promoção da equidade, visando a qualificação e o fortalecimento da gestão estratégica e participativa e do controle social no SUS.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A perspectiva de uma política de controle social fortalecida dentro da saúde, ilustrada pelo poder que os Conselhos de Saúde possuem sobre as decisões públicas no âmbito dessa política, também é um fator relevante para entender o porquê do foco dado

à saúde. A escolha pelo recorte geográfico-temporal deu-se pela proximidade dos envolvidos na execução das políticas estaduais de promoção de equidades em saúde com os autores.

Nessa toada, parte-se para a análise do caso do governo de Minas Gerais, pensando na forma escolhida para coletar, analisar e responder às demandas das minorias sociais. Possivelmente, compreender os contratempos enfrentados pelos agentes públicos, durante o trabalho de planejar, executar e controlar as políticas de promoção da equidade, independentemente da área ou ente federado em questão, é o objetivo maior desse e dos outros trabalhos que versam sobre o tema.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS E DEMANDAS DE MINORIAS SOCIAIS

Promulgada a Constituição Federal, em 88, a aprofundada noção de cidadania e o direito à diferença potencializa a democracia brasileira. Buscando romper com as tradições oligárquicas, populistas e ditatoriais – que dosavam as experiências históricas de governo no Brasil -, a administração pública, apesar de aderir a práticas gerencialistas neoliberais, conta com projetos, ações e iniciativas que destoam dessa tendência global.

Ana Paula Paes de Paula (2005), apesar de se utilizar de um enfoque diferente, traz um conceito que se faz caro nesse momento, o de administração pública societal. Anunciado pelos movimentos sociais brasileiros na década de 60 e impactando as práticas efetivas nas décadas seguintes, essa vertente societal enfatiza os gargalos na relação Estado e sociedade, pensando nas demandas do público-alvo e priorizando ações participativas e culturais. Percebe-se que a chamada “gestão social” tem a cidadania como seu eixo central e, assim, são inseridas as políticas públicas de promoção da equidade e as ações afirmativas. Todavia, o calcanhar de Aquiles da administração pública societal reside na ausência de um desenho concreto de alternativas de organização do Estado, que sejam coerentes com a orientação social mas que, adicionalmente, consigam abarcar e responder às esferas econômicas e administrativas das instituições públicas.

Nesse cenário de avanços sociais traduzidos no interior da administração pública, é preciso delimitar o quê se considera como política pública que surge de demandas de minorias sociais. Para tanto, o primeiro há ser feito é tomar conhecimento de quais grupos podem ser denominados como “minorias sociais”, segundo a linha de raciocínio da análise em questão.

O senso comum responderia afirmando que uma minoria é um grupo composto por pessoas que identificam características comuns entre si e estão em menor número dada uma situação de diversas alternativas e possibilidades. Contudo, um grau de refinamento maior, como o de Muniz Sodré (2005, p.3), traz que se pode considerar minoria como “[...] aqueles setores sociais ou frações de classe comprometidas com as diversas modalidades de luta assumidas pela questão social.”

Por meio dessa definição, o autor infere quatro características basilares de uma minoria. A primeira delas diz respeito à vulnerabilidade jurídico-social, já que o grupo em questão é frouxamente protegido pelo ordenamento jurídico-social vigente. Em segundo lugar, está a construção de identificação e identidade social de forma dinâmica, a partir de uma busca constante por inspiração e por ânimos para a mobilização (identidade *in statu nascendi*). A terceira e a quarta característica estão intrinsecamente conectadas à segunda, a medida que se referem à luta contra hegemônica e às estratégias discursivas empregadas no embate ideológico.

Justamente pela fragilidade social que se encontram e pela necessidade de sempre se redefinirem, as minorias sociais se organizam e empregam seus esforços para conquistar reconhecimento em meio à dominação dos espaços, lutando pela redução do poder hegemônico. Sem objetivo de tomada de armas, as minorias sociais precisam recorrer a estratégias de discurso apelativas e emocionais e a ações demonstrativas, como palavras de ordem, passeatas, gestos simbólicos, manifestos, campanhas pela internet e pela mídia. Podem ser entendidos como minorias sociais, na contemporaneidade, os LGBTQ+, as mulheres, os negros, as populações indígenas e quilombolas, as pessoas portadoras de deficiência, os ambientalistas, entre outros. (SODRÉ, 2005)

Algumas identidades minoritárias ocupam espaços ambíguos nessa configuração, porque, mesmo com uma definição mais apurada de minoria social, nenhum modelo teórico consegue captar as complexidades da realidade. Os mecanismos de opressão e privilégios sociais operam em consubstancialidade, muitas vezes se sobrepondo em situações cotidianas, como a pobreza, o racismo, a exclusão socioespacial e a homofobia podem atuar, em magnitudes e dimensões variáveis, em um homem negro gay de trinta anos e morador de favela. Esse mesmo indivíduo pode reforçar padrões de gênero e, nesse sentido, a dominação masculina sobre as mulheres, se beneficiando da situação hegemônica que ocupa. Dessa maneira, de acordo com o contexto analisado, uma minoria

ocupa um papel mais relevante que a outra, não eliminando as diversas formas de opressão existentes, mas priorizando essa àquela conforme as especificidades da situação examinada.

Não obstante, o lugar minoritário não garante que todas as reivindicações feitas por indivíduos pertencentes aos grupos em questão sejam, necessariamente, entendidas como “demandas das minorias sociais”, como fora tratado. Ora, as reivindicações podem ter caráter pontual, localizado e específico, tratando de assuntos que em nada se relacionam com a luta contra hegemonia desempenhada por esses grupos.

As demandas que partem do princípio de benefícios que são diretamente difundidos para indivíduos que se identifiquem com o grupo minoritário, como o sistema de reserva de vagas no ensino superior para a população negra formada pelo sistema público de ensino, são aquelas que se enquadram no objeto de interesse da análise. Pode-se entender que os resultados da implementação dessas políticas públicas são positivos para a sociedade em geral, não somente para os indivíduos diretamente beneficiados, pois valorizam a diversidade e, potencialmente, alteram as configurações opressoras e excludentes operantes. Entretanto, esses impactos são julgados como positivos através, apenas, da subjetividade, ao passo que concepções distintas podem valorizar a homogeneidade, a integridade étnico-racial e cultural, a tradição e as normatividades.

Somado a isso, as políticas públicas a que se faz referência não necessariamente são planejadas em processos de participação social ou em instâncias colegiadas e participativas, embora uma política sólida de inclusão da sociedade nas decisões do governo favorecer enormemente a incorporação das demandas sociais na agenda governamental. Elas muito menos podem ser entendidas apenas como intervenções públicas que objetivam resolver imbróglios de minorias, relegando esses grupos ao papel de objetos, à passividade. Essa concepção invalida os pilares da luta diária que indivíduos em situações minoritárias, uma vez que a concepção do protagonismo e de se fazer ouvir dentro do processo político orientam os grupos em desvantagem social nos confrontos pelo poder.

Por esse ângulo, vale-se do entendimento e do reconhecimento de que as políticas públicas advindas da transcrição de demandas de minorias em ações do Estado são, ou pelo menos devem ser, em alguma medida, transversais, integradas e horizontais. Esse caráter, descrito pela UNESCO (2004) em seu documento “Políticas públicas

de/para/com juventudes”, coloca as minorias sociais como beneficiárias, participadoras, formuladoras, coordenadoras, mobilizadoras e multiplicadoras das políticas públicas pleiteadas. Tais reflexões embasam a denominação de “políticas públicas *de/para/com*”.

- *de* – um grupo de seres humanos diversificados, segundo sua inscrição racial, de gênero, geracional, de classe social, de lugar geográfico, etc. que deve ser considerada na formatação de políticas;
- *para* – as minorias sociais considerando o papel do Estado de assegurar o espaço e o bem-estar social na alocação de recursos;
- *com* – considerando a importância de articulação entre instituições públicas e organizações representativas de movimentos e minorias sociais, o local de fala dessas pessoas, a interação simétrica desses atores, as potencialidades de se alinhar a intervenção pública à sociedade civil e o investimento nos grupos desprivilegiados para sua formação e exercício do fazer política. (UNESCO, 2004, p.20)

2. A EXPERIÊNCIA DA POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A política pública mineira de saúde é de longa data, remetendo ao século XIX, na criação da Secretaria do Interior do Estado de Minas Gerais. A competência do órgão era relacionada à higiene e saúde públicas. Com o caminhar dos anos, novos órgãos, como a Fundação Ezequiel Dias, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e a Fundação Hemominas, foram criados ao decorrer do século XX. Fora em setembro de 1930, a lei 1.147 fundou a Secretaria de Educação e Saúde Pública. 18 anos depois, o governador Milton Campos separou a pasta da educação da pasta da saúde, ao sancionar a lei 152. (SECRETARIA DA SAÚDE, 2010)

A Secretaria da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) da contemporaneidade foi delineada pelo Decreto nº45.812, promulgado em 14 de dezembro de 2011. No texto, o governador Antônio Anastasia (PSDB-MG) dispõe sobre a organização, competências e atribuições legais do órgão. Uma análise rápida das diretrizes de trabalho que são estabelecidas para o órgão permite conferir que a noção de equidade é citada apenas no capítulo IX, seção II, subseção IV Da Diretoria de Saúde Bucal. De forma geral,

estabelece que a diretoria tem por finalidade contribuir para o avanço da equidade do acesso ao serviço de saúde bucal. (MINAS GERAIS, 2011)

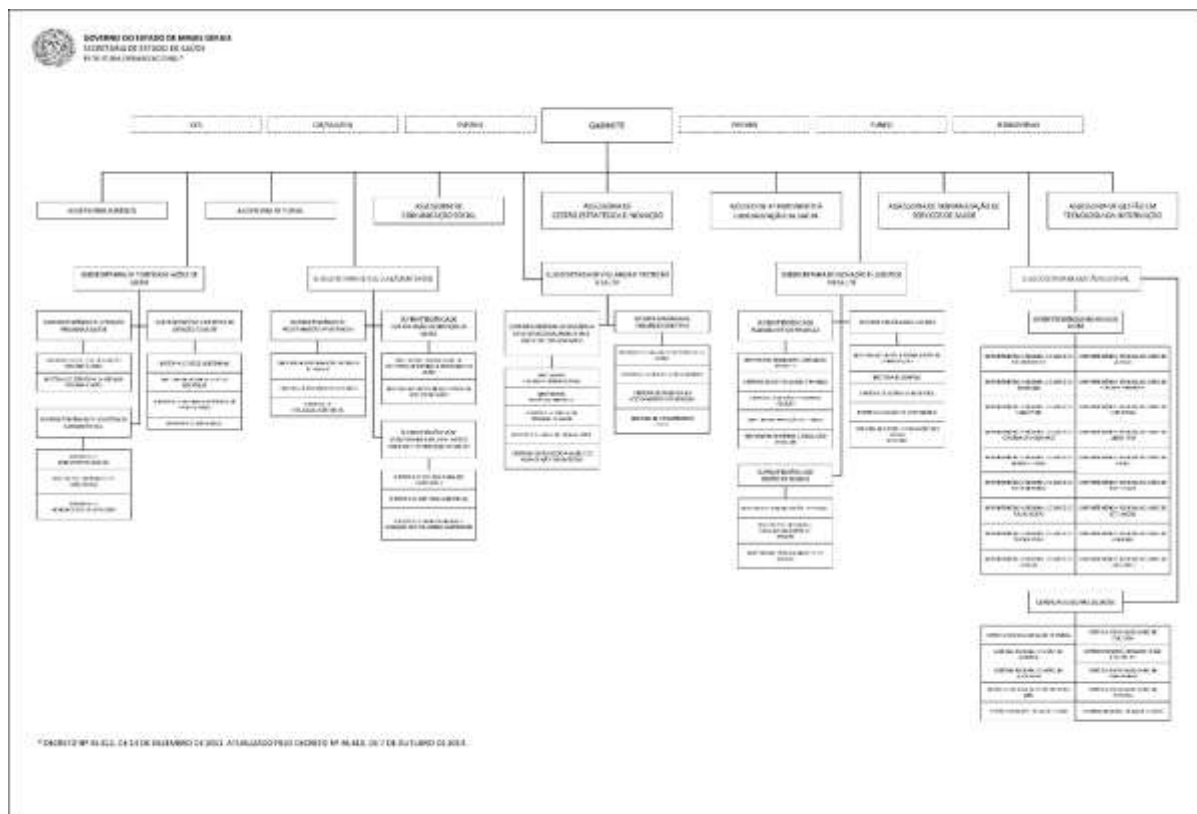
As diretrizes do Ministério da Saúde andam em consonância com o reconhecimento da importância de se trazer uma política de promoção de equidades em saúde desde o lançamento do Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em abril de 2008. No documento, especialistas tomaram ciência, através do conhecimento existente em diversos sistemas de informação e do que já fora documentado pela literatura internacional e nacional, sobre o impacto dos determinantes sociais “em seus diversos níveis sobre a situação de saúde, com especial ênfase nas iniquidades em saúde.” (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p. 3)

Dessa forma, não é um exagero questionar o motivo de não se incluir a temática, especialmente no que tange às ações destinadas à prestação de serviços em saúde diretamente para as heterogêneas camadas da população.

Enquanto isso, o Plano Estadual de Saúde 2016-2019 versa sobre diversas áreas das políticas de equidade, dentro da seção sobre a Atenção Primária, notadamente a Saúde da Criança, do Adolescente, do Idoso, do Homem, da Pessoa Privada de Liberdade, do Adolescente em Conflito com a Lei e do Indígena. Somado a isso, traz um diminuto espaço destinado às “Políticas de promoção da equidade em saúde”, reconhecendo que formas de discriminação e marcadores de diferenças sociais influenciam nas formas de adoecimento e no acesso e na qualidade da assistência oferecida.

Fato é que, apesar dos limites e problemas enfrentados – que serão abordados em outra seção do trabalho -, a gestão seguinte da SES-MG formalizou, em 2015, uma equipe para tratar especificamente da redução das iniquidades em saúde. A equipe, que, em números, nunca ultrapassou uma dezena de pessoas, contava com servidores comissionados, servidores efetivos e estagiários, de formação multidisciplinar, variando desde História à Psicologia e Educação Física.

Figura 1: Organograma da SES-MG.



Fonte: http://www.saude.mg.gov.br/images/fotos/Organograma_SES_2015.jpg

No entanto, é preciso destacar que o chamado Núcleo de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, ou Núcleo de Equidades, nunca teve caráter institucionalizado, podendo ser dissolvido pelos mandos e desmandos da esfera política ou administrativa.

Apesar dos esforços dos membros do Núcleo para redigir uma minuta de decreto para ser avaliada pelos superiores hierárquicos e, depois, encaminhada para o Gabinete do Governador, a fim de se estabelecer a promoção de equidade em saúde na estrutura formal da SES-MG, o projeto não avançou. Em 2017, a redação começou e, no mesmo ano, foi abandonada, mostrando que não estava na agenda de prioridades governamentais a institucionalização da redução das iniquidades na política social.

Considerando isso, o Núcleo está inserido na Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS), que, por sua vez, pertence à Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde (SUBPAS) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Dentro desse âmbito, a atuação do Núcleo perpassa pela coordenação, execução e planejamento de políticas destinadas à um rol amplo de populações, reconhecidas previamente pelo Ministério da Saúde. Estão listadas algumas delas: a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Saúde

Integral das Populações do Campo e da Floresta, Política Nacional para a População em Situação de Rua e a Saúde da População Cigana.

Considerando as especificidades das populações atendidas e dos territórios abarcados, o setor vem, prioritariamente, construindo diálogos com movimentos sociais e com representantes da sociedade civil e dos trabalhadores da saúde. Nesta perspectiva, foi criado o Comitê de Saúde Integral LGBT em novembro de 2015 e foram realizadas plenárias para a constituição do Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra, em 2017. No Comitê de Saúde Integral LGBT, contando com participação de diferentes secretarias de Estado e representantes da sociedade civil que têm construído coletivamente a política de saúde LGBT no Estado, discutiu-se o processo transexualizador no SUS, o respeito ao nome social de pessoas trans e travestis e a edificação de processos de trabalho que acolham a diversidade sexual. Já o objetivo do Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra é se prestar ao papel consultivo e de maior controle social para as demandas de saúde da população negra e quilombola, em harmonia com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Visitando a grande quantidade de ocupações urbanas e rurais e a existência de população cigana e nômade, foram realizadas discussões de ações que garantam o atendimento à atenção primária para estas pessoas, pleiteando a não obrigatoriedade de comprovante de endereço para receber a prestação de serviços de saúde.

Além disso, a complexidade da situação de vida e saúde dessas populações atenta para um diálogo com outros setores. Assim, o Núcleo procura desenvolver fortes parcerias com a Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania e com a Secretaria de Estado de Educação, além de conversar com outros setores dentro da própria Saúde. A intersetorialidade vem pautando a realização de ações de saúde para a Promoção de Equidades em Saúde.

3. AS INIQUIDADES EM SAÚDE E OS SEUS DETERMINANTES SOCIAIS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o movimento “Saúde para Todos em 2000”, durante a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1977. A temática era o desenvolvimento de ações no sentido de diminuir a desigualdade social entre os grupos que conviviam dentro dos países, mas também suprir a lacuna existente nos índices de saúde entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos. A primeira

meta estipulada nesse espaço foi a redução das diferenças de situação em saúde em, no mínimo, 25%, através do melhoramento do nível de saúde de grupos e nações desprivilegiados. Para tanto, a prevenção e a atenção primárias foram indicadas como peças-chave para o cumprimento das metas.

Whitehead (1991) tratou dessas metas em seu trabalho, afirmando que elas estão sendo revistas. A autora descreve o afastamento dos indicadores de saúde do foco apenas na saúde física, especialmente para as taxas de mortalidade, para abraçar conceitos mais amplos de saúde e bem-estar. Apesar de não tratar especificamente de promoção da equidade, o conceito está presente de forma implícita e amparou os trabalhos acadêmicos que deram origem à noção em questão.

Essa Conferência pariu a Declaração de Alma-Ata, reafirmando a saúde como direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas para o avanço social.

A concepção do direito à saúde, um direito humano fundamental, é o argumento embrionário de qualquer política de promoção da saúde. Primeiramente, pois assume um papel principiológico, uma vez que, para além da visão monetizada que predominava o discurso jurídico anterior ao reconhecimento da saúde como direito fundamental, coloca a preocupação com a saúde da população um dever ético para o Estado. É narrado, então, a transformação do direito à assistência para o direito à saúde. Esse processo não é meramente uma substituição de palavras. O pressuposto do direito à assistência é, na prática, o “poder ser atendido”, ou seja, uma prerrogativa para a cidadania censitária, já que apenas aqueles que possuem patrimônio recebiam atendimento de qualidade. A escassez de recursos justificava o não cumprimento do direito à assistência, de modo que esse dependia de uma eficácia administrativa entendida como contingencial: em momentos de avolumados recursos estatais, a população “poderia ser atendida”. Ora, o direito à saúde é universalizado e analisa a questão sobre o prisma da justiça social, embasando juridicamente uma política de saúde pública com qualidade para todos (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997)

As regras éticas de equidade, que consistem na adaptação da regra à situação concreta, a fim de cumprir os princípios de justiça e atingir uma situação de igualdade, passam a ocupar o papel de orientadoras do processo decisório de alocação de recursos. A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções dos níveis de situação em saúde. (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997)

Contudo, estabelecer prioridades nunca é tarefa simples. Uma das questões centrais no debate ético é a hierarquização e a nomeação das necessidades básicas humanas, tomando cuidado para evitar cair em extremos perversos, como o caso de Oregon, nos Estados Unidos. Comissões especiais nesse estado, assim como aconteceu no estado de Seattle, foram incumbidas de estabelecer prioridades de investimentos na saúde, e o fizeram de forma linear, sem reconhecer as especificidades dos contextos diversos, a partir de critérios muito polêmicos. Dessa forma, por exemplo, alcoólatras foram colocados em último lugar na fila de transplantes hepáticos, mesmo que estejam expostos a riscos constantes de mal funcionamento crônico do fígado. (BERLINGUER, 1996)

É claro que a administração pública exige a tomada de decisões sobre a gestão do patrimônio público, mas a exigência das bases éticas, de moralidade e de equidade certificou que o exercício fiscal do Estado não fôsse mais justificativa para se desrespeitar os direitos humanos fundamentais, especialmente após a implementação de um piso constitucional para os investimentos na saúde, presente na Constituição de 88.

Por outro ângulo, a comunidade acadêmica também debruçou-se sobre as questões da iniquidade em saúde, a partir do compromisso que os Estados nacionais e organizações internacionais firmaram com a “Saúde para todos”.

A contribuição de Margaret Whitehead, nesse sentido, é substantiva e vale ser destacada. A autora conceituou as iniquidades em saúde, que se referem às desigualdades e diferenças desnecessárias e reversíveis que são consideradas, ao mesmo tempo, injustas e indesejáveis. O termo iniquidade ganha, então, uma conotação ética e social. (WHITEHEAD, 1991)

Outros estudos da área da saúde pública, dos estudos sociais da saúde, entre outros, surgem para comprovar e entender o impacto de um marcador social da diferença, como a raça, a geração, o gênero e/ou o território, influenciam na situação de saúde, como as condições de morte e adoecimento de jovens negros de comunidades periféricas.

Em vistas disso, com a sensação de conquista de direitos para segmentos sociais vulneráveis e com a identificação, por parte dos técnicos da gestão da política de saúde e da comunidade científica, da problemática da iniquidade em saúde no Brasil, nasce a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

Composta por dezesseis personalidades da vida civil, científica, empresarial e cultural, instalada no bojo da FIOCRUZ em uma secretaria técnica, a CNDSS busca contribuir com o conhecimento sobre determinantes sociais da saúde e iniquidades em

saúde, suas hierarquias e mediações, bem como identificar seus pontos de apoio mais vulneráveis ao impacto das políticas públicas. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006)

A Comissão analisa “os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural.” (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008, p.3)

Traz, nesse interim, o modelo que Dahlgreen e Whitehead (1991) propuseram para ilustrar a determinação social do nível de saúde. Tomando como base esse esquema teórico, o trabalho foi analisar como cada eixo social no espectro proposto refletia no processo de adoecimento-cura, no bem estar e na qualidade de vida dos brasileiros.

Modelo de Dahlgreen e Whitehead (1991)



Fonte: Relatório final da CNDSS

Ainda, sobre as determinantes sociais da saúde, o Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais 2016-2019 sumariza a ideia:

Entender a equidade e a garantia de acesso à saúde pelo viés dos determinantes sociais pressupõe a compreensão de que diferentes características, como orientação sexual e identidade de gênero, raça/etnia, formas de vida, trabalho e produção e especificidades territoriais/regionais, e a conseqüente construção histórica de valores culturais e sociais a elas atribuídas, possibilitam diferentes formas de inserção social e influenciam no acesso aos direitos e políticas públicas

diversas, gerando vulnerabilidades diferentes. (MINAS GERAIS, 2016, p.154)

4. DIFICULDADES PARA A EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DE MINAS GERAIS

O objetivo dessa seção é trazer e analisar brevemente alguns dos maiores empecilhos encontrados no dia a dia da equipe do Núcleo de Políticas de Promoção da Equidade da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Todos esses contratempos apresentados inviabilizam e minguem a adequação das políticas públicas de saúde às demandas de minorias.

- *Escassez de recursos*

A política pública necessita, pela definição trazida por Saravia (2006), de definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação de recursos necessários para atingir esses objetivos especificados. Enquanto a clareza de objetivos – ou a ausência dela pode tornar-se uma questão relevante para os gestores da política pública, uma vez que dificulta o estabelecimento de cursos de ações a serem seguidos, é a pauta dos recursos que precisa ser pleiteada pelo combate das iniquidades.

Nem todas as decisões e ações públicas tratadas pelo Núcleo de Equidades precisam da monetização. Muitas das políticas reivindicadas por grupos minoritários não perpassam pelo valor pecuniário, como a criminalização da LGBTfobia e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas trans e travestis, através da adoção do nome social na documentação pessoal.

No entanto, é impossível viabilizar as ações do Núcleo de Políticas de Promoção de Equidades sem conferir, pelo menos, uma dotação orçamentária mínima. A aprovação e implementação das demandas pode não requerer dinheiro público para se fazer valer, mas o processo de estudo e planejamento da política pública envolve a movimentação de valores financeiros. É preciso conhecer a realidade na qual as mudanças pretendem serem exercidas. Porquanto, recursos financeiros são importantes no período preparatório das resoluções públicas.

Ademais, podem ser valiosos para a comunicação dessas decisões e ações, garantindo que os agentes públicos e da sociedade civil estejam instrumentalizados para

fazer valer as políticas públicas definidas em instâncias decisórias, efetivando a capilaridade.

Por outro lado, é fatalmente errôneo pensar que recursos referem-se exclusivamente à questão financeira. Os recursos humanos e administrativos são parte importante para a realização das ações públicas.

A equipe do Núcleo de Equidades sempre teve tamanho reduzido e trabalho de sobra. Coordenar, executar e planejar as políticas de saúde para tantas populações reconhecidas pelo Ministério da Saúde é um trabalho árduo e que precisa de trabalhadores especializados, a todo momento. A diversidade existente entre as próprias populações abordadas e as complexidades das intervenções apontam para a necessidade de equipes maiores, com formações mais diversificadas e com capacitação e instrumentalização continuamente reforçadas.

Somado a isso, os recursos administrativos em pauta dizem respeito a todas as outras necessidades que os trabalhadores possuem para realizar seu trabalho diariamente, particularmente as que se referem ao espaço e ao tempo.

Assim sendo, o tempo dos membros da equipe do Núcleo é extremamente atordado. A realização das atribuições de coordenação e planejamento são sufocadas pelos contratempos diários e localizados. Principalmente a coordenação do Núcleo e sua assessoria, logo, aqueles(as) que ocupam cargos de liderança, com maior poder decisório, são retirados de suas funções diariamente para a resolução de conflitos imediatos da execução das políticas públicas. Para ilustrar, a coordenadora do Núcleo já teve que afastar-se de sua agenda de reuniões e deixar de participar dos projetos que precisava desenvolver, para resolver o problema de atendimento de uma mulher trans em um centro hospitalar no interior de Minas Gerais, que se recusava a seguir o procedimento orientado para mulheres vítimas de violência sexual.

- *Competição intragovernamental*

Devido à diversidade das temáticas trabalhadas pelo Núcleo de Equidades da SES-MG, polvilham-se, dentro da própria Secretaria de Saúde, outros grupos de trabalhadores que dedicam-se às políticas públicas relacionadas a algumas das populações que também são abarcadas na promoção de equidades.

Inicialmente, pensar-se-ia que essa situação é positiva, mas acontece que, comumente, as organizações públicas competem pelos mesmos recursos e mesma atenção política quando trabalham com os mesmos objetos e públicos. Ao contrário do que se

espera em uma análise desavisada, as organizações do setor público não combinam seus esforços e atividades tão facilmente.

Apesar de as teorias sobre o desenvolvimento institucional insistirem na diferenciação de papéis e funções entre os agentes implicados em qualquer política pública, a dinâmica na realidade mostra instituições que pretendem fazer tudo de uma só vez, normalmente resultando na superposição de esforços em vários níveis de operação, enquanto outros são deixados de lado. [...] essas instituições especializadas têm enfrentado sérias dificuldades de competição com as grandes secretarias de Estado. (UNESCO, 2004, p. 70-71)

Por exemplo, o Núcleo de Equidades, na prática da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, interage com núcleos dentro da SES-MG, como algumas coordernadorias da Diretoria de Redes Assistenciais, como a Coordenadoria de Saúde da Mulher, e com a Secretaria de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania. Mesmo com as tentativas de coordenação, as agendas, repetidas vezes, se desencontram no processo mas objetivam resultados em comum, caracterizando desperdício e retrabalho nas ações governamentais.

- *Informação incompleta*

A administração pública, para potencializar seus impactos positivos e transformadores na sociedade, precisa ser cirúrgica em suas intervenções e, para tanto, necessita de embasamento em dados confiáveis que, de preferência, atinjam níveis de desagregabilidade altos e sólido respaldo teórico-metodológico.

No entanto, uma reclamação constante dos trabalhadores do Núcleo de Políticas de Promoção de Equidades em Saúde é a falta de informações confiáveis sobre as populações trabalhadas.

As equipes que trabalham com as iniquidades em saúde têm que tomar decisões com base em dados levantados por movimentos sociais, muitas vezes obtidos por intermédio de metodologias inadequadas. Exemplo disso é o dado, reivindicado intensamente por movimentos e organizações de mulheres negras, que mulheres negras recebem menos atenção anestesiológica do que mulheres brancas no momento do parto. Embora não se ache confirmação dessa informação na pesquisa acadêmica, os membros do Núcleo de Equidades citaram-na, fazendo as devidas ressalvas, ao comentar sobre a saúde da população negra.

Certas populações, como é o caso da circense e cigana, nem mesmo aparece em sistemas oficiais de informação – incluindo os condecorados sistemas de informação em saúde, como o DATASUS -, dificultando a identificação de problemas e demandas e, por conseguinte, ação do Núcleo de Equidades.

- *Insólito controle social*

A participação social nas políticas públicas é um fator potencializador de resultados, pois permite o conhecimento a fundo dos segmentos da sociedade que serão alvos e agentes da intervenção pública, já que, na medida em que constroem uma política pública mais adequada às realidades, os grupos sociais ajudam a legitimar e implementar a política.

Uma política pública voltada para as minorias sociais, particularmente, precisa pleitear a participação, porque, para além do pragmatismo de maximizar impactos positivos, o processo de participação social contribui para a educação política e para a efetivação da cidadania das minorias.

Entretanto, as instituições participativas orientadas para o viés de equidades para minorias sociais ainda são inovações e estão tateando suas potencialidades, reconhecendo seus trabalhos e possibilidades.

Em comparação com os robustos Conselhos Municipais de Saúde, que representam peças-chave para a execução da política de atenção primária à saúde, os comitês técnicos, como os Comitês Técnicos de Saúde Integral da População Negra e os Comitês de Saúde da População LGBT, que, em Minas Gerais, são frutos dos esforços do Núcleo de Equidades, ainda precisam de maturação.

Essas instâncias participativas são limitadas, entre outros fatores, pelo desconhecimento dos próprios membros dos comitês sobre as funções e papéis que esses órgãos podem vir a desempenhar.

- *Ausência de vontade política*

Nesse momento, relembra-se o conceito de empreendedores de políticas públicas, sumarizado por Ruas (2006, p. 13), como agentes que são capazes de transformar uma circunstância ou evento, no caso, as iniquidades em saúde e os efeitos delas sobre a vida e a morte de segmentos populacionais, em problemas para a opinião pública e para a visão dos *policy makers* do governo.

Esses empreendedores constituem as comunidades de políticas públicas e estão dispostos a investir tempo e recursos variados esperando o atendimento de suas demandas, um retorno político futuro. É comum que esses atores criem redes sociais formadas por outros agentes, realçando o contato e o intercâmbio entre essas pessoas, grupos e instituições. “Eles são cruciais para a sobrevivência e o sucesso de uma idéia e para colocar o problema na agenda pública.” (RUAS, 2006, p. 13)

O Núcleo de Equidades ainda não encontrou agentes suficientemente empoderados dentro da administração pública para defender seus interesses. Seus membros ocupam locais intermediários ou inferiores dentro da hierarquia formal da organização da Secretaria de Saúde e possuem pouco ou quase nenhum poder informal para influenciar a tomada de decisões.

É possível pensar que a natureza diversa dos objetos admitidos pelo Núcleo de Equidades dificulte o surgimento de um agente que consiga fazer o trabalho de empreendedor de política pública para a organização em questão.

Contudo, a ausência dessa figura de empreendedorismo político, ou de política pública, fragiliza a sustentabilidade das ações desenvolvidas pelo Núcleo, e, até mesmo, sua existência, visto que esse não se inclui na estrutura formal do Estado, podendo ser dissolvido de acordo com o desejo dos gestores com mais poder na escala hierárquica.

- *Imagem desfavorável*

O último dos desafios para a incorporação das demandas de minorias sociais por parte da gestão das políticas públicas de saúde é também o mais complexo e abstrato, mas se traduz em situações igualmente inviabilizadoras para a construção de políticas públicas e para o trabalho do Núcleo de Equidades.

Celina Ruas (2006, p. 14) relembra a conceituação de Baumgartner e Jones (1993 apud Ruas 2006) sobre as imagens das decisões ou políticas públicas (*policy image*). Os autores inovam ao entender que as questões políticas e sociais não se transformam, necessariamente e automaticamente, em problemas. Para que um problema chame a atenção do governo, é preciso que uma imagem, ou seja, uma série de atribuições cognitivas e interpretativas sobre uma situação ou condição, efetue a ligação entre o problema e uma possível solução.

A criação de uma imagem é considerado um componente estratégico na mobilização de atenção do macrossistema político e da sociedade civil em torno de uma questão.

No que tange a criação de consenso em torno dessa imagem, essa dinâmica é considerada pelos autores referenciados como um elemento crucial da luta política. Para ilustrar, a discussão pela redução da maioria penal para os 16 anos no Brasil contou com a presença do embate ideológico feito, majoritariamente, por dois grupos. De um lado, alguns afirmavam que eram bandidos e que, se poderiam agir de forma criminosa e violenta assim como adultos, deveriam receber o mesmo tratamento que adultos. Por outro lado, outro grupo apresentava o jovem em conflito com a lei como influenciado pelas consequências nefastas da desigualdade social e da pobreza.

Os formuladores de políticas públicas empenham-se na construção de imagens, calculando os ganhos advindos da consolidação de um determinado entendimento.

Dessa maneira, quando há consenso de que as questões indesejadas são causadas por elementos inevitáveis, como, por exemplo, catástrofes naturais ou características biológicas que determinam características cognitivas, sociais e culturais, as políticas públicas que vão em desencontro com essas imagens apresentam dificuldades para se sustentarem na dinâmica política.

Se as mesmas questões são atribuídas à negligência governamental, de outra maneira, impactando negativamente na popularidade do governo perante à opinião pública, as políticas públicas que pretendem transformar a realidade vivenciada ganham muito mais apoio nas esferas política e social. Assim, as chances da questão emergir nas agendas políticas são bem maiores.

Então, conclui-se que a imagem de uma política pública intervém fortemente na transformação de situações em problemas e, portanto, na formação da agenda governamental e na sustentabilidade das políticas públicas relativas à temática problematizada.

No entanto, a focalização de um problema, por si só, não garante que uma solução específica seja selecionada: a conexão entre soluções e problemas parte do trabalho dos empreendedores de políticas públicas – já tratados anteriormente -.

A partir disso, infere-se as imagens negativas associadas às políticas voltadas para minorias, perpetuadas por significativas parcelas sociais e refletidas no cotidiano do Núcleo de Equidades.

É comum que, ao se tratar de políticas focalizadas em minorias sociais, surjam questionamento a respeito da orientação da política, notadamente, afirmando que elas reproduzem a desigualdade e o preconceito ao estabelecer o público-alvo como

segmentos sociais desprivilegiados. Nessa visão, as políticas públicas deveriam apenas adotar caráter universal, sem se preocupar com as diferenças e os contextos. É justamente por causa dos efeitos nefastos das condições de desigualdade e preconceito que elas se justificam e legitimam. Como fora tratado, a igualdade não é ponto de partida, mas objetivo, e a promoção da equidade e da justiça social é o caminho a ser seguido. Adicionalmente, a discussão sobre universalização e focalização das políticas públicas é extensa e importante, mas, por esse motivo, não pode ser abordada em apenas uma subseção de artigo, merecendo ensaios e estudos dedicados apenas para si. Entretanto, pode-se afirmar que não há consenso mínimo para se dizer que políticas públicas universais são melhores e mais bem sucedidas que políticas focalizadas.

Além disso, alguns grupos sociais enxergam qualquer interpretação política pelo viés das equidades como uma orientação antagônica, somado a um desrespeito e desprezo por qualquer ação pública ou privada que trate dos conceitos de direitos humanos e cidadania. Associar os partidos da esquerda política brasileira à temática de equidades é uma equação cognitiva simplista. Apesar de serem eles os que atualmente pleiteiam as reivindicações de combate às iniquidades e preconceitos contra minorias sociais nos espaços da política institucional, não há nada inerentemente pertencente apenas ao ideário de esquerda nessas pautas. No entanto, a análise do sentimento anticomunista e do desprezo às noções de direitos humanos requer uma pesquisa esmiuçada por parte dos estudiosos da Ciência Política e da Sociologia e Antropologia Política.

Esses retratos ideológicos ajudam a compor um quadro de como raciocinam aqueles que se colocam contrários às políticas de promoção de equidades, em linhas gerais. Contudo, a política de promoção das equidades em saúde enfrenta outro aspecto imagético negativo.

A saúde é entendida, pelo público em geral e até por alguns especialistas e gestores dos serviços de saúde, como uma área eminentemente técnica, sem influência de questões de ordem sociocultural. Junto desse entendimento, está uma noção de que as iniquidades em saúde são meramente contingenciais ou explicadas por justificativas biológicas e naturais apenas. Dessa maneira, os projetos desenvolvidos pelo Núcleo de Equidades são vistos como gastos desnecessários, inclusive por segmentos da comunidade sanitarista.

No entanto, estudos empíricos evidenciam o contrário: os determinantes sociais de saúde são prioritários para a análise da situação de saúde e condicionam a qualidade do atendimento oferecido para a comunidade.

Somado a isso, existe resistência entre os próprios gestores da política pública de saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em relação às políticas de promoção da equidade. Os membros do Núcleo de Equidades relatam que são malvistas e malsinados pelos seus colegas de trabalho, pois esses enxergam o trabalho desempenhado pelo Núcleo como menos sério ou menos formal. Isso é consequência direta da insipiência da área de política pública destinada à reivindicações de minorias sociais, uma vez que a Secretaria de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania do Estado de Minas Gerais passa pelos mesmos sofrimentos, em escalas diferentes, por abraçar temáticas relacionadas à equidade.

O Núcleo de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde tem realizado ações interessantes, com o objetivo de conscientizar seus colegas de trabalho, tanto da política de saúde como de outras organizações do Estado, como o Corpo de Bombeiros, para a importância da redução das iniquidades, através de seminários, rodas de discussão e conversa e material informativo.

Essas ações internas contam com a participação de público externo, advindo de movimentos sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, universidades, e associações de burocratas a nível de rua e usuários do sistema de saúde.

De tal sorte que, as ações educativas promovidas pelo Núcleo contribuem para sensibilizar membros de comunidades das demais políticas públicas para temáticas correlatas à promoção de equidades, contribuindo para a que os agentes dessas políticas públicas considerem a diversidade na hora de pautar inovações.

Contudo, ainda assim, as imagens negativas associadas ao trabalho da promoção de equidades e combate às desigualdades e preconceitos atravancam avanços políticos e coletivos, pois encolhem e abafam os esforços e os recursos políticos necessários para alcançar objetivos.

5. CONCLUSÃO

A fim de compreender como a administração pública brasileira acolhe as demandas de minorias sociais e as transcrevem em intervenções governamentais, foi analisado o

caso do Núcleo de Políticas de Promoção de Equidades em Saúde do governo de Minas Gerais. Para tanto, certos conhecimentos foram revisitados e acionados.

Em primeiro lugar, precisou se fazer entender sobre a trajetória relacional do Estado brasileiro com os grupos sociais minoritários, definidos nesse momento por modelos teóricos que possibilitam delimitar quem se enquadra nesses grupos e quais demandas são consideradas pertinentes à análise. A orientação societal da administração pública é o que permitiu a permeabilidade das políticas públicas em relação às reivindicações de minorias assoladas pelo preconceito e por condições materiais desfavoráveis e desvantajosas.

Logo, inseriu-se o Núcleo de Equidades na organização do estado de Minas Gerais que a abarca: a Secretaria de Estado de Saúde. Foi possível entender seu estado como núcleo informal perante à estrutura organizacional, mas que deteve poder de voz e ação suficiente para introduzir no planejamento do ciclo de políticas de saúde de 2016 a 2019, o Plano Estadual de Saúde 2016-19, seus interesses, delineando a preocupação da gestão com a redução das iniquidades.

Em seguida, apresentou-se a discussão teórica que justifica e legitima as ações do Núcleo de Equidades. Primeiramente, os argumentos institucionais protagonizados pela Organização Mundial de Saúde. Tratou-se também do movimento jurídico de alteração interpretativa do direito à assistência, que varia com as contingências administrativas e financeiras, para o direito à saúde, direito fundamental para o desenvolvimento humano, comunitário e econômico.

Tendo isso em mente, estabeleceu-se o diálogo com a área da saúde pública, apresentando conceitualmente as iniquidades em saúde (WHITEHEAD, 1991) e os determinantes sociais da saúde (CNDSS, 2008). Esse é o referencial teórico que possibilitou o avanço no tratamento dado pelas políticas públicas de saúde e pela comunidade acadêmica aos grupos minoritários, passando a levar em conta as diferenças no acesso e na qualidade do atendimento e dos serviços em saúde oferecidos a alguns segmentos da população, constituindo o embasamento para que o Núcleo de Equidades apareça em cena na política estadual de saúde.

Por fim, foram explorados os obstáculos que a equipe do Núcleo de Políticas de Promoção de Equidades em Saúde encontraram no exercício de seu trabalho. Essas dificuldades exploradas no texto são, de alguma maneira ou de outra, de ordem política. Porquanto, identificá-las e entendê-las é fundamental, para que os atores das políticas

públicas em questão possam reconhecer seus limites e potencialidades e, a partir disso, definir estratégias adequadas para mitigar os efeitos que esses contratempos têm na política pública.

É importante ressaltar que o presente texto não serve para defender o modelo adotado pelo estado de Minas Gerais como referência positiva ou negativa, posto que caracterizar seu impacto precisaria de uma análise mais minuciosa e precisa. A intenção da escolha de objeto de pesquisa é trabalhar com um caso empírico e com as dificuldades reais que os atores que lutam na gestão pública em prol das equidades enfrentam.

Acontece que, por ser tão escasso o portfólio de modelos de administração pública que pensaram na difusão da incorporação de demandas de minorias sociais em organizações que tratam com políticas sociais específicas, qualquer desenho ou formato vale-se, praticamente, dos mesmos valores, processos, projetos e problemas.

Investigar como as organizações públicas lidam, na prática, com as diversas realidades e circunstâncias sociais é uma possibilidade rica em meandros e fronteiras. No entanto, é imperativo em um contexto de emergência de minorias sociais e de práticas da gestão pública voltadas para a cidadania e a justiça social.

6. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa”. *Portal MS*, 2013. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sgep>>. Acesso em: 09/08/2018.

PAULA, Ana Paula Paes de. *Por uma nova gestão pública: Limites e potencialidades da experiência contemporânea* / Ana Paula Paes de Paula. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 204 p. ISBN 8522510555

SODRÉ, Muniz. *Por um conceito de minoria*. In: PAIVA, Raquel; BARBALHO, Alexandre. (Orgs.). *Comunicação e cultura das minorias*. São Paulo: Paulus, 2005. 219 p. ISBN 8534923361

UNESCO. *Políticas públicas de/para/com juventudes*. – Brasília: UNESCO, 2004.

SECRETARIA DE SAÚDE. “Institucional/Histórico”. *SES-MG*, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/historico>>. Acesso em: 09/08/2018.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Debora. *Saúde pública, bioética e equidade*. Bioética, v. 5, n. 1, p. 27-33, 1997.

GIFFIN, Karen. *Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: : considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal*. [S.l.: s.n.], 2002. 10 p. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700011&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 10/08/2018

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. *Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.2005-2008, Sept. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 /08/2018.

WHITEHEAD, Margaret. *The concepts and principles of equity and health*. Health promotion international, v. 6, n. 3, p. 217-228, 1991. ISSN 1460-2245.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. 2008, 216 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 16/08/2018.

MINAS GERAIS. Decreto n. 45.812, de 14 de dez. de 2011. DECRETO Nº 45.812, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2011. *Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais*. . Minas Gerais, 34 p., dez. 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Decreto%2045.812_2011%20-%20dispo%20sobre%20a%20organizacao%20da%20SES.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

MINAS GERAIS. *Plano Estadual de Saúde 2016-2019*. Minas Gerais, 302 p., dez. 2016.

BERLINGUER, Giovanni. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

DAHLGREN G, WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. 69 p. ISBN: 978-91-85619-18-4

SARAVIA, Enrique. *Política pública: dos clássicos às modernas abordagens*. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. Coletânea de políticas públicas. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2006. p.13 – 77. v. I. ISBN 85-256-0052-0

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. *Painel de Indicadores do SUS: Temático Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 77 p. v. VII.

SOUZA, Celina. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, Dec. 2006.

A Atividade Regulatória na Saúde Pública: o caso do Rio de Janeiro.

Letícia Lima Gomes Luiz¹

Mario Cosme Macedo de Carvalho²

Leonardo David da Silva Luiz³

SUMÁRIO: 1 Introdução • 2 Metodologia • 3 Dimensões e estruturas da regulação do setor saúde • 4 Regulação Assistencial no Rio de Janeiro • 5 Sistemas Informatizados de Regulação • 6 Fluxos de Regulação no Rio de Janeiro • 7 Resultados e Discursões • 8 Considerações Finais • 9 Referências

RESUMO

A regulação é um instrumento essencial para que o Estado exerça sua função de equilibrar a oferta e a demanda de serviços públicos de saúde prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de garantir direitos básicos e princípios fundamentais previstos na legislação vigente. O presente texto tem o objetivo apresentar os aspectos gerais inerentes à atividade regulatória do setor da saúde pública, com ênfase na rede pública de saúde do Rio de Janeiro (estadual e municipal). A metodologia adotada constituiu uma pesquisa exploratória e descritiva e caracterizou-se pela realização de estudo sobre a regulação assistencial no Rio de Janeiro. Ao final do texto, conclui-se que embora existam importantes dispositivos legais para nortear a atividade regulatória, é necessária uma maior efetividade na assistência e na prestação de serviços a sociedade, sendo fundamental a capacitação dos atores envolvidos em todas as etapas e o aprimoramento dos processos realizados.

Palavras chave: Regulação; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde (SUS); Atividade Regulatória

¹Universidade Federal Fluminense

²Universidade Federal Fluminense

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro

The Regulatory Actions in public health: Rio de Janeiro's case.

SUMMARY: Regulations are an essential instrument for the state to exert its function in balancing the offer and demand of public health services provided to users of the Central Health System (SUS), in order to guarantee basic rights and fundamental principles foreseen in current legislation. This paper has the goal of presenting the general aspects inherent to the regulatory actions of the public health sector, with emphasis in the public health network of Rio de Janeiro (state and city). The adopted methodology constructed an exploratory and descriptive research, and characterised itself by accomplishing a study on the assistencial regulations in Rio de Janeiro. By the conclusion of the paper, it becomes clear that although there are important legal mechanisms to guide the regulatory activity, higher effectivity is necessary in assisting and service providing to society, being the training of actors involved fundamental in every step, and the development of realised processes.

KEY WORDS: Regulations; Public Health; Central Health System (SUS); Regulatory Actions

La actividad regulatoria en salud pública: el caso de Río de Janeiro.

CONTENIDO: 1 Introducción • 2 metodología • 3 dimensiones y estructuras de la regulación del sector sanitario • 4 regulación de la atención en Río de Janeiro • 5 sistemas de regulación informatizados • 6 flujos de regulación en Río de Janeiro • 7 resultados y discursos • 8 consideraciones Finales • 9 referencias

RESUMEN: El Reglamento es una herramienta esencial para que el estado ejerza su papel en el equilibrio entre la oferta y la demanda de servicios de salud pública prestados a los usuarios del sistema unificado de salud (SUS), a fin de garantizar los derechos básicos y los principios fundamentales previstos en Legislación vigente. El presente texto tiene por objeto presentar los aspectos generales inherentes a la actividad regulatoria del sector de la salud pública, con énfasis en la red de salud pública de Río de Janeiro (estatal y municipal). La metodología adoptada fue una investigación exploratoria y descriptiva y se caracterizó por la realización de un estudio sobre la regulación de la atención en Río de Janeiro. Al final del texto, se concluye que aunque existen importantes dispositivos jurídicos para orientar la actividad regulatoria, es necesario tener una mayor efectividad en el cuidado y prestación de servicios a la sociedad, siendo esencial la formación de los actores involucrado en todas las etapas y la mejora de los procesos realizados.

PALABRAS CLAVE: Reglamento; Salud Pública; Sistema Unificado de Salud (SUS); Actividad Regulatoria

1 Introdução

O objetivo desse artigo é examinar e descrever os conceitos, as normas, as estruturas e os processos inerentes à atividade regulatória do setor saúde pública com ênfase na rede pública de saúde do Rio de Janeiro (estadual e municipal). Ao final do texto, com base no diagnóstico do contexto analisado, serão apresentadas ações para gerar mais eficiência, eficácia e efetividade na prestação dos serviços públicos de saúde à população, com ênfase na fluminense e carioca.

A regulação é uma das funções essenciais do Estado na sua relação com o mercado e com a sociedade civil. A fim de corrigir as “falhas de mercado”, decorrentes de desequilíbrios entre a oferta de prestação de serviços públicos e a demanda de usuários de saúde, a ação reguladora do Estado tem como objetivo precípua otimizar os recursos disponíveis, conforme a capacidade instalada dos Estabelecimentos de Saúde (ES), a fim de garantir o exercício pleno do direito à saúde. De acordo com Farias et al (2011), a intervenção estatal explica-se pelas distorções inerentes ao setor saúde, pois o mercado é imperfeito e restringe os cuidados de saúde aos consumidores aos que possuem capacidade para pagar e não a todos que dele necessitam, sendo assim fundamental a função reguladora do Estado para harmonização dessas distorções.

De maneira similar, Santos e Merhy (2006, p.26) concebem a regulação estatal como um conjunto de medidas criadas para assegurar e para aprimorar a prestação de serviços públicos. Rodrigues (2013), por seu turno, apresenta as seguintes justificativas para intervenção do Estado no campo da saúde:

Procurar amenizar falhas na produção e na oferta de ações e serviços de saúde, assim como a adequação da oferta à demanda; resolver o problema do uso inadequado ou da introdução de novas tecnologias sem critério no sistema de saúde; planejar a oferta de acordo com as necessidades dos usuários, e não em detrimento de interesses pessoais; garantir padrão de qualidade na atenção prestada, respeitando-se princípios de resolutividade e racionalidade; amenizar o problema de presença de leitos e falta de vagas para diversas modalidades de tratamento, organizar um modelo de atenção à saúde que seja mais eficiente e resolutivo (RODRIGUES, 2013, p.32).

A ação regulatória dos serviços de saúde, conforme a publicação Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores (2006), se constitui um mecanismo que ordena os fluxos assistenciais com vistas a operacionalizar, a monitorar e a avaliar solicitações de procedimentos ambulatoriais e de internações. Essa ação deve observar, além de questões clínicas, o cumprimento de protocolos que objetivam viabilizar e qualificar a

atenção à saúde entre os diversos níveis de complexidade. De acordo com o texto mencionado, a regulação do setor saúde implica quatro processos de trabalho:

O levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes (com agendamento de horário ou não); a busca e disponibilização de leitos hospitalares, sendo o caso; o processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde, por exemplo, das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC ou da Autorização de Internação Hospitalar–AIH; a execução da ação regulatória feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento que o conduzam às decisões baseadas nas evidências (BRASIL, 2006a, p.17).

A função reguladora do Estado brasileiro adquiriu novo sentido em virtude da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que atribuiu a estados e a municípios inúmeras responsabilidades em relação à atenção à saúde, com base no princípio da descentralização dos serviços públicos.

Essa função deve observar os princípios e as diretrizes do Serviço Único de Saúde (SUS) constantes na CF/1988, na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, que instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02), e na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que criou o Pacto pela Saúde¹.

Em suma, a regulação decorre de uma decisão deliberada do Poder Público que se exerce em determinado segmento da sociedade e do mercado, por meio de critérios, de normas e de procedimentos que têm como finalidade, de maneira oportuna e adequada, universalizar a prestação de serviços públicos à população. No setor da saúde, essa função implica o “redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), qualificando a utilização dos recursos assistenciais e financeiros e coibindo fluxos paralelos, baseados em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não pactuados” (VILARINS; SHIMIZUI; GUTIERREZ, 2012, p.645).

Além de abordar os aspectos sobre o funcionamento dos complexos reguladores na esfera federal, o presente texto abordará especificamente um estudo de caso contendo as atividades regulatórias desenvolvidas no estado e no município do Rio de Janeiro, onde a capacidade instalada e os serviços ofertados aos usuários do SUS são passíveis de serem regulados por órgãos competentes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), na medida em que as Unidades Solicitantes (US) e Unidades Executantes (UE) recebem pacientes e encaminha-os para estabelecimentos de saúde (ES) que se vinculam às gestões municipal

e estadual de saúde. No território fluminense, esse tipo controle é exercido pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro (CRM/RJ) e pela Central Estadual de Regulação do Rio de Janeiro (CER/RJ).

Para fins de organização, o texto será dividido em oito partes, intituladas da seguinte forma: Introdução, Metodologia, Dimensões e estrutura da Regulação do Setor Saúde, Regulação Assistencial no Rio de Janeiro, Sistemas Informatizados de Regulação, Fluxos de Regulação no Rio de Janeiro, Resultados e Discussões, e Considerações Finais. Na primeira seção, serão apresentadas noções gerais sobre a regulação do acesso dos serviços de saúde, bem como sobre a política e a legislação pertinentes. A segunda e terceira seções abordarão, respectivamente, a metodologia utilizada na elaboração dessa pesquisa, e o desdobramento das dimensões da regulação na área de saúde. Na quarta será abordado a Regulação Assistencial no Rio de Janeiro, as ações e os procedimentos utilizados. No quinto tópico serão discutidos os Sistemas Informatizados de Regulação e as ferramentas tecnológicas que apoiam as atividades regulatórias. Em seguida na sexta seção serão levantados os Fluxos de Regulação no Rio de Janeiro e o modelo organizacional de referência. A sétima é proposição de ações necessárias para otimizar os processos e fluxos de trabalho no contexto da regulação dos serviços de saúde, sendo a oitava e última seção destinada as considerações finais.

2 Metodologia

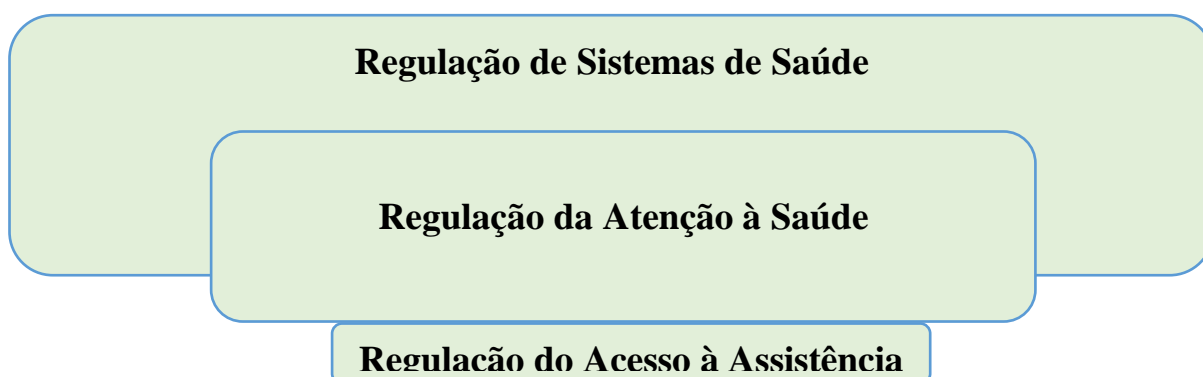
Em termos metodológicos, este texto constitui pesquisa exploratória e descritiva caracterizada principalmente pela revisão bibliográfica dos autores Vilarins, Shimizui e Gutierrez (2002) e Santos e Merhy (2006), pela análise de dados constantes nos portais e sítios eletrônicos, e de leis e documentos oficiais relativos ao assunto em questão, como por exemplo as Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores (2006), e as diretrizes do Serviço Único de Saúde (SUS) constantes na CF/1988, na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Também foi adotada a metodologia de estudo de caso, que consiste no estudo aprofundado de situações empíricas amplas e complexas com vista a compreender o objeto e problematizar a procura das melhores práticas voltadas para o desempenho superior. Essa técnica foi importante, uma vez que possibilitou a análise das diretrizes e das estruturas gerais da regulação assistencial em um contexto mais específico. A escolha do estado e município do Rio de Janeiro justifica-se por que esses entes federativos reúnem estabelecimentos de saúde das redes federal, estadual e

municipal de saúde, o que possibilita uma melhor análise dos processos de trabalho relativos a atividade regulatória do serviço público de saúde. Nessa investigação os nomes dos estabelecimentos de saúde Federais, Estaduais e Municipais que foram observados serão preservados.

3 Dimensões e estruturas da regulação do setor saúde

A Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS foi instituída por meio da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que fixa normas aplicáveis aos ES federais, estaduais e municipais. A PNR, conforme o ato normativo mencionado, apresenta as seguintes dimensões: a Regulação de Sistemas de Saúde (RSS), a Regulação da Atenção à Saúde (RAS) e a Regulação do Acesso à Assistência (RAA).

Figura 1 – Dimensões da Regulação do Setor Saúde



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Ministério da Saúde

A RSS consiste no aspecto mais abrangente da PNR, pois inclui atividades e procedimentos relativos aos sistemas federal, estaduais e municipais de saúde em sentido amplo, como a execução de ações de planejamento, de monitoramento, de controle e de avaliação desses sistemas, em consonância com as políticas, os princípios e diretrizes do SUS. Tendo como instrumentos os decretos, as portarias e demais normas relativas à vigilância sanitária e epidemiológica, à saúde suplementar e ao controle social em saúde, às funções de planejamento e de fiscalização de sistemas de saúde e à avaliação e à incorporação de tecnologias em saúde.

A RAS constitui um conjunto de atividades desempenhadas por órgãos públicos de saúde, secretarias estaduais e municipais, a fim de promover a prestação adequada de serviços à população, por meio da definição de estratégias a serem seguidas por

prestadores públicos e privados. Em suma, compreende ações de monitoramento, de vigilância, de auditoria da atenção à saúde.

A RAA, também designada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetivo o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no contexto do SUS. Nesse caso, ações são realizadas mediante complexos reguladores (e suas respectivas unidades operacionais) e executadas por meio de protocolos, pela classificação de risco e por demais critérios de priorização. Essas ações visam apenas orientar a tomada de decisão do médico diante de problemas de saúde e não substituem as suas prerrogativas no exercício de sua competência profissional. Inclui a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências, controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e de procedimentos especializados, padronização das solicitações dos procedimentos por meio de protocolos e o estabelecimento de fluxos de referência e contra referência entre as unidades hospitalares.

São importantes objetivos da RAA ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e atender, com integralidade (atenção básica, ambulatorial e hospitalar), às necessidades dos usuários. O trecho abaixo confirma esse entendimento:

Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui estabelecida é que ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população e não na disponibilidade de oferta (BRASIL, 2007, p.32)

Para executar suas funções, a RAA dispõe de instrumentos de apoio que possibilitam aos gestores do SUS avaliar previamente as necessidades de saúde da população e as condições de acesso às unidades de referência. São exemplos desses instrumentos os complexos reguladores, as centrais de regulação, os protocolos clínicos e reguladores, manuais de sistemas de informação, mecanismo de avaliação da qualidade da assistência e da satisfação do usuário (BRASIL, 2007, p.39).

A regulação do acesso é operacionalizada, nos entes federados, por estruturas denominadas complexos reguladores, que são formados pelas centrais de regulação. Ressalte-se que, de acordo com a PNR, a RAA tem as seguintes atribuições:

- I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
- V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- VI - construir e viabilizar as grades de referência e contra referência;
- VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e
- X - subsidiar a programação pactuada e integrada (BRASIL, 2008b, artigo 8º).

Quadro 1 - Resumo das Dimensões da Regulação do Setor Saúde

Dimensões	Níveis de Abrangência	Instrumentos/Atividades	Palavras-chave
Regulação dos Sistemas de Saúde (RSS)	Macro	Avaliação, Controle e Monitoramento do Sistema Único de Saúde Decretos e Portarias	Sistemas de Saúde Diretrizes, Políticas e Princípios do SUS
Regulação da Atenção à Saúde (RAS)	Meso	Auditoria dos Serviços; Cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde, dos Profissionais e dos Usuários em Sistemas Informatizados; Contratualização; Credenciamento/Habilitação	Prestação Adequada dos Serviços
Regulação do Acesso à Assistência (RAA)	Micro	Controle dos Leitos; Agendamento de Consultas; Protocolos Regulatórios; Centrais de Regulação; Fluxos de Referência	Acesso Ordenado aos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares

Fonte: Elaborado pelos autores com base no sítio eletrônico do Ministério da Saúde

Os complexos reguladores são estruturas que viabilizam o cumprimento das atribuições da RAA e podem ter abrangência estadual, municipal e regional, o que varia consoante a organização local e regional dos serviços de saúde e as formas de pactuação estabelecidas entre os gestores do SUS. Os complexos reguladores estaduais são administrados pelas secretarias estaduais de saúde objetivam garantir o acesso da população às unidades de saúde que estão vinculadas a esse órgão. Os complexos reguladores municipais têm o propósito de assegurar o acesso dos usuários aos ES que estão sob a gestão dos Poderes Públicos locais.

Os complexos reguladores regionais podem assumir os seguintes modelos de gestão: i) estadual, em que compete às secretarias estaduais regular o acesso não apenas aos ES de sua competência, mas também aos dos municípios situados em uma região; e ii) compartilhado, caracterizada por repartição das competências regulatórias entre as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Em geral, os referidos complexos organizam-se em Central de Regulação de Consultas e Exames (CRCE), em Central de Regulação de Internação Hospitalares (CRIH) e em Central de Regulação de Urgências (CRU). A função da CRCE consiste em regular os procedimentos que incluem terapias e cirurgias ambulatoriais. A CRIH regula o acesso a leitos e a procedimentos hospitalares eletivos. A CRU exerce a atribuição de regular o atendimento pré-hospitalar de urgências e de emergências. Ademais, em alguns estados, pode ser constituída a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), que deve integrar a regulação de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Menciona-se, ademais, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), instituída pela Portaria nº 2.309/GM/MS, de 19 de dezembro de 2001, para organizar a referência interestadual de pacientes que dependem de atendimento hospitalar de alta complexidade. Por meio da Portaria nº 589/SAS/MS, de 27 de dezembro de 2001, foram incluídas as especialidades de cardiologia, de neurocirurgia, de ortopedia, de oncologia e de epilepsia como grupos de procedimentos de alta complexidade.

Compete a essa central organizar o fluxo de referência de pacientes que apresentam necessidades de assistência hospitalar de alto custo, caracterizada pela baixa disponibilidade no âmbito do SUS. Com a publicação da Portaria nº 39/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2006, houve um processo descentralização para as CERACs dos

procedimentos mencionados. Desde então, somente os estados com evidentes restrições de oferta nas especialidades acima mencionadas podem efetuar solicitações à CNRAC.

4 Regulação Assistencial no Rio de Janeiro

A regulação assistencial no Rio de Janeiro caracteriza-se pelo funcionamento de complexos reguladores, cujas ações e procedimentos são executados por centrais de regulação de cada ente federado e de cada região, ou seja, pela CRM/RJ, pela CER/RJ e pelas Centrais Regionais de Regulação (CREGs), que foram, respectivamente, instituídas por meio da Resolução nº 854/SMS, de 27 de março de 2002, e da Resolução nº 2102/SES, de 14 de julho de 2003.

A CRM/RJ constitui unidade que integra a Coordenadoria Geral do Complexo Regulador (CGCR), da Subsecretaria Geral (SUBGERAL) da SMS/RJ, nos termos do Decreto nº 39.669, de 15 de dezembro de 2014. Entre as atribuições da CGCR, está estabelecer a interlocução do complexo regulador e a rede de serviços de saúde e organizar as ações da CRM/RJ no que concerne ao atendimento ambulatorial, hospitalar, a de urgência e de emergência.

A CGCR, por seu turno, é composta pelas seguintes coordenações: a Coordenação da Regulação de Internação Hospitalar, pela Coordenação da Regulação Ambulatorial (CRA) e pela Coordenação da Regulação de Urgência e Emergência (CRUE). As principais funções da primeira são coordenar a regulação das internações hospitalares de todas especialidades médicas nas unidades de saúde próprias, contratadas e conveniadas, gerir a oferta de leitos disponíveis no SUS e monitorar as atividades dos Núcleos Internos de Regulação (NIRs).

Compete à CRA coordenar a realização de consultas e exames especializados pelas unidades assistenciais, avaliar as solicitações e realizar os agendamentos prioritários, agilizar o acesso dos usuários do SUS aos serviços disponíveis e elaborar e monitorar as escalas de férias e de trabalho dos profissionais de saúde. São funções da CRUE, entre outras, coordenar, orientar, supervisionar e avaliar a execução dos programas, projetos e atividades do Sistema de Urgência e Emergência em âmbito municipal e elaborar planos de contingência para atuação da CRM/RJ diante de situações críticas.

A Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro foi instituída pela Deliberação nº 39/CIB-RJ, de 24 de junho de 1999. Após a publicação dessa norma, foi publicada a Resolução nº 2102/SES, de 14 de julho de 2003, que estabeleceu diretrizes para o funcionamento da referida rede, entre as quais:

Facilitar o acesso aos serviços de saúde existentes no Estado, de forma equânime e tecnicamente qualificada a partir da pactuação do Protocolo de Regulação;

Contribuir para um processo pedagógico permanente de aplicação dos Protocolos junto às unidades solicitantes e executantes, interagindo na troca de informações visando a resolutividade mais apropriada para cada caso; Instrumentalizar e apoiar o processo de regionalização e hierarquização das ações de saúde no Estado (RIO DE JANEIRO - Estado, 2003, Anexo Item1).

A fim de implementar a CER/RJ e expandir a rede, foram criadas as CREGs, mediante a aprovação da Deliberação nº 0384/CIB-RJ, de 4 de outubro de 2007. Atualmente, o Estado do Rio de Janeiro dispõe de uma CERAC e das seguintes CREGs: Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba e Baía de Ilha Grande, Metropolitana, Noroeste, Norte e Serrana.

Por ocasião da 3ª Reunião Ordinária da CIB-RJ, de 11 de março de 2009, foi publicada a Deliberação nº 869/CIB-RJ, 11 de março de 2010, que aprova a implementação do Complexo Regulador e a Informatização da Rede de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Em 20 de julho de 2015, a CIB-RJ, mediante a Deliberação nº 3.470, criou a Central Unificada de Regulação do Rio de Janeiro (REUNI-RJ), que visa ordenar o acesso de usuários residentes nos municípios fluminenses a serviços definidos como estratégicos no contexto do SUS, por exemplo, procedimentos de radioterapia, de hematologia, de cirurgia bariátrica, de gestação de alto risco e de terapia renal substitutiva (TRS).

A constituição da REUNI-RJ decorreu de pactuações estabelecidas entre o governo federal e os governos municipal e estadual do Rio de Janeiro a fim de unificar as atividades de regulação dos serviços de saúde, de ampliar o acesso a unidades ambulatoriais e hospitalares e de ordenar a lista de espera por procedimentos no SUS. Essa nova central é coordenada pela SES/RJ e tem sede no Centro Integrado de Comando e Controle (CICC), localizado no bairro carioca da Cidade Nova. De acordo com o MS, trata-se de medida que deverá beneficiar cerca de 11,5 milhões de pessoas no Estado do Rio de Janeiro.

São subunidades da regulação assistencial no Estado do Rio de Janeiro os NIRsⁱⁱ, órgãos das unidades executantes e solicitantes criados para otimizar os processos de

trabalho relacionados à regulação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, que incluem a comunicação com as centrais de regulação, a inserção de dados nos sistemas informatizados, a organização das agendas de consultas e exames e a ordenação do mapa de leitos da unidade.

Em 2005, o MS propôs a constituição de NIR nos hospitais localizados no município do Rio de Janeiro, de modo a criar um “espaço institucional” dotado de funções internas e externas voltadas à definição de prioridades de internação e de controle do fluxo de entrada e de saída de emergência hospitalar. Entre as funções internas, destaca-se o controle dos leitos e das vagas de internação, com base no critério da admissão por risco e no monitoramento do tempo médio por permanência (TMP). O referido Ministério menciona como função externa a promoção do relacionamento da unidade de saúde com as centrais de regulação e com as demais unidades que compõem a rede local e regional de atenção à saúde.

Conforme o MS é recomendável que um NIR seja composto por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e assistentes administrativos) e que realize reuniões periódicas com base nas informações constantes no censo hospitalar diário. A elaboração de um plano de trabalho mensal é importante, pois pode permitir ao NIR auxiliar a unidade na redução do TMP por mês, por clínica e por patologia.

No âmbito do sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro, a instituição dos NIRs nas respectivas unidades hospitalares consolidou-se com a publicação da Resolução nº 1.205/SMS, de 20 de junho de 2006. De acordo com essa norma, são atribuições de um NIR estabelecer interlocução permanente e direta com as centrais municipal e estadual de regulação e propor e atualizar os protocolos de diretrizes clínicas e terapêuticas relativas ao fluxo de transferência de pacientes.

Há diversos NIRs no Estado e no município do Rio de Janeiro, nas unidades de atenção primária, secundária e terciária, entre as quais, destacam-se as Clínicas da Família (CFs), os centros municipais de saúde (CMS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), policlínicas, institutos, hospitais e maternidades. Cumpre mencionar que o número de hospitais com NIRs implantados constitui importante indicador de desempenho, referente ao eixo Saúde, do Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro (2013-2016).

Aspectos importantes da regulação assistencial no Rio de Janeiro são os textos informativos e protocolos regulatórios, formulados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

(SES/RJ). No que concerne ao município carioca, os seguintes documentos podem ser encontrados na plataforma virtual da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV): Regulação Ambulatorial, Regulação de Internação Hospitalar, Passo a Passo Resumido para o Regulador SISREG e Protocolo para o Regulador do SISREG.

Esses documentos contêm informações que prestam esclarecimentos sobre procedimentos, fluxos e normas da regulação ambulatorial e hospitalar aos gestores e profissionais de saúde das UEs e das US. Neles, é possível, ainda, ter acesso a formulários de “encaminhamento” (referência e contra referência) e a orientações sobre o agendamento de consultas na rede de saúde do município do Rio de Janeiro.

A execução das funções inerentes aos complexos reguladores exige a participação e o comprometimento, nas centrais estaduais e municipais de regulação, de profissionais capacitados (BRASIL, 2006a, p.20), que podem ser diferenciados pelos seguintes perfis: coordenador, regulador, atendente de regulação (videofonista), administrador de banco de dados, administrador de rede e técnico de informática. Cada um desses perfis refere-se a atribuições e a tarefas específicas, que variam de acordo com o grau de complexidade e de responsabilidade.

No que diz respeito aos Núcleos Internos de Regulação (NIRs), a composição do quadro de recursos humanos varia de acordo com o perfil das unidades de saúde, embora a maioria daqueles ser, quase sempre, formada por médico regulador (autorizador), enfermeiro coordenador (gerente), e assistentes administrativos.

5 Sistemas Informatizados de Regulação

As atividades executadas pelas centrais de regulação são apoiadas por sistemas informatizados, ferramentas tecnológicas criadas para operacionalização dos complexos reguladores, de modo a facilitar os fluxos de acesso aos Estabelecimentos de Saúde (ES) e a racionalizar oferta de serviços do SUS desde a rede de atenção básica até a internação hospitalar. A exemplo no estado do Rio de Janeiro, os sistemas mais utilizados pelas unidades de saúde são o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o Sistema Estadual de Regulação (SER).

O SISREG, programa de funcionamento *online* e em tempo real, desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão do Ministério da Saúde (MS), é acessado por unidades de cerca de 1.600 municípios, por 204 centrais de regulação ambulatorial e 19 centrais de regulação hospitalar, de acordo com a

Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde (CGAM/DATASUS). O referido sistema é acessível mediante diversos navegadores de acesso à internet (*Mozilla Firefox, Internet Explorer, Google Chrome*, entre outros) e apresenta ambiente de treinamento para aqueles interessados em assimilar suas diversas funcionalidades.

Esse sistema apresenta os módulos ambulatorial, internação e Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC), em que o primeiro relaciona-se ao controle do fluxo de agendamentos de consultas e de exames, o segundo é concernente às solicitações de procedimentos hospitalares e o terceiro visa ao ordenamento dos serviços ambulatoriais de alta complexidade/custo. O SISREG, que mantém interface com os demais sistemas de informação do SUS, caracteriza-se pelos perfis de acesso de administrador (realiza a configuração do sistema), de solicitante (promove agendamentos), de executante (confirma agendamentos), de regulador (autoriza laudos) e de videofonista (promove agendamentos complementares).

Elaborado pelo DATASUS e pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas do MS, o Sistema Informatizado da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (SISCNRAC) objetiva otimizar o fluxo de referência interestadual de procedimentos hospitalares de alta complexidade, registrar as dificuldades dos estados que apresentam ausência ou insuficiência da oferta dos procedimentos nas especialidades reguladas pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e monitorar a transferência dos usuários do SUS do seu local de residência para o atendimento em outro estado.

O SER, criado em 2009, é um *software* elaborado pela SES/RJ e pela empresa Eco Sistemas, a fim de conferir mais agilidade no processo de busca de vagas nas unidades que compõem a rede estadual de saúde do Rio de Janeiro. Por meio do SER, a Superintendência de Regulação (SR), divisão da SES/RJ, organiza e otimiza os pedidos de internação e de realização de exames em linhas de cuidado de alto custo e de alta complexidade, por exemplo: TRS, oftalmologia, oncologia, cardiologia, psiquiatria, reabilitação física, saúde auditiva e unidade de tratamento intensivo (UTI).

São módulos do SER o regulador e o operacional, naquele consta lista de pacientes de acordo com a gravidade (classificação de risco), evolução clínica e ordem de ingresso e neste se pode ter acesso a formulários de solicitações de procedimentos, promover o

agendamento de consultas e exames, emitir AIH e APAC e enviar mensagem eletrônica aos usuários de saúde para realizar os procedimentos que foram previamente agendados.

6 Fluxos de Regulação no Rio de Janeiro

Os fluxos de regulação no estado e no município do Rio de Janeiro seguem o modelo de organização das redes de referências locais e regionais que abrangem ES de graus distintos de complexidade. Em virtude do processo de municipalização do SUS e do fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família (ESF), esse modelo está centrado nas UBS ou nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), que, em tese, devem estar aptas a oferecer respostas à maior parte dos problemas de saúde. Em ocasiões em que a APS não pode prestar o serviço mais adequado às necessidades do usuário, compete às centrais de regulação acionar as unidades de atenção secundária e terciária para que essa demanda seja suprida.

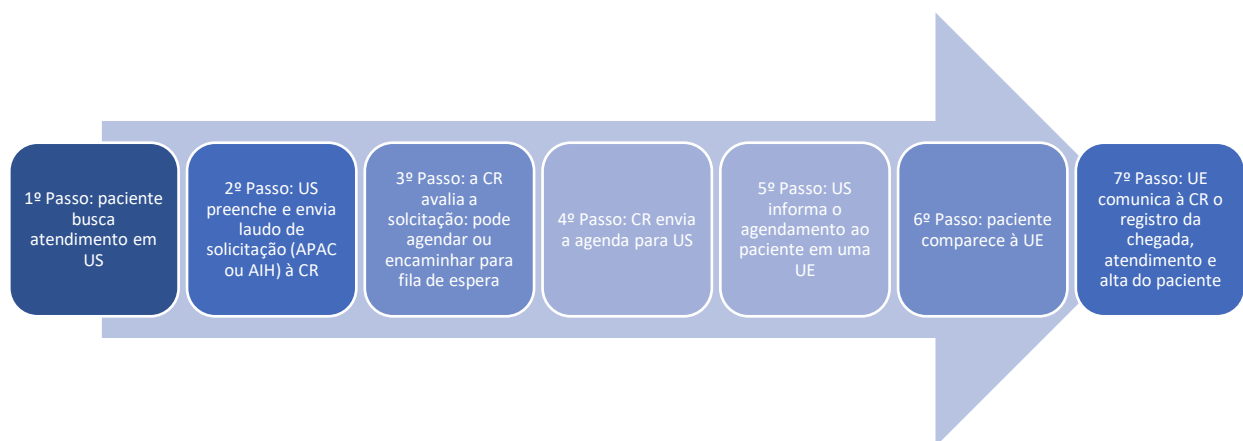
Os fluxos de regulação no estado e no município do Rio de Janeiro seguem o modelo de organização das redes de referências locais e regionais que abrangem ES de graus distintos de complexidade. Em virtude do processo de municipalização do SUS e do fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família (ESF), esse modelo está centrado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), que, em tese, devem estar aptas a oferecer respostas à maior parte dos problemas de saúde. Em ocasiões em que a APS não pode prestar o serviço mais adequado às necessidades do usuário, compete às centrais de regulação acionar as unidades de atenção secundária e terciária para que essa demanda seja suprida.

O SUS apresenta, via de regra, fluxos de referência e de contra referência, conforme os princípios da regionalização e da hierarquização do atendimento. Em relação ao primeiro fluxo, o movimento de um usuário de saúde inicia-se em uma unidade da APS para, a partir daí, atingir os demais de níveis de complexidade da atenção. No que concerne ao segundo fluxo, observa-se o caminho inverso, ou seja, um usuário de unidade de saúde classificada de alta complexidade (hospital ou instituto), após ter seu quadro clínico estabilizado, deve ser redirecionado para unidade de média ou de baixa complexidade.

Os fluxos de atendimento regulado têm como passo inicial a busca do paciente por serviços oferecidos por unidades das redes locais e regionais de saúde, denominadas solicitantes. Nas situações em que se exige autorização prévia, a US deve preencher laudo (AIH e APAC) e enviá-lo para Central de Regulação (CR), que pode, após análise, autorizar e agendar o procedimento solicitado em uma UE, por cota ou reserva técnica, ou encaminhar o paciente para a fila de espera. Uma vez agendado o procedimento, a CR comunica a US, e esta informa o paciente do agendamento. Por fim, o paciente se dirige à UE, que deve registrar a chegada, o atendimento ou a alta do paciente juntamente com a CR.

Nos procedimentos em que é prescindível a autorização prévia, a US efetua agendamento imediato, quando é possível prestar o atendimento, ou envia solicitação à CR. Após recebida a solicitação, a CR procede o agendamento ou encaminha o paciente para a fila de espera. A CR, então, informa a US do agendamento, e a US, por seu turno, notifica o paciente que a solicitação foi atendida. Em seguida, o paciente deve se deslocar para a UE, a qual compete comunicar a chegada e o atendimento do paciente à CR. Nas figuras abaixo, é possível visualizar os fluxos de atendimento regulado com ou sem autorização prévia.

Figura 2 – Fluxo de Atendimento Regulado com Autorização Prévia



Fonte: Elaborado pelos autores com base no sítio eletrônico do Ministério da Saúde

Figura 3 – Fluxo de Atendimento Regulado sem Autorização Prévia



Fonte: Elaborado pelos autores com base no sítio eletrônico do Ministério da Saúde

7 Resultados e Discursões

Verificamos que é fundamental estruturar e sistematizar os processos executados pelos ES no que concerne à regulação assistencial com base nos dispositivos legais e nos modelos formulados pelos órgãos reguladores nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), tendo em vista uma prestação pública de serviços de saúde pública de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Nesse sentido, faz-se necessário ampliar a inserção das unidades de saúde, sobretudo as federais, nas redes local e regional de atenção à saúde, a fim de assegurar mais resolutividade e mais universalidade na prestação serviços públicos de saúde.

O preste estudo, ao tomar a saúde pública como caso emblemático para analisar a regulação do setor saúde, teve como fundamento um diagnóstico prévio que objetivou identificar as principais dificuldades dos ES no que diz respeito ao relacionamento com as entidades assistenciais que integram as redes públicas de saúde e com os respectivos órgãos reguladores. Apontamos como dificuldades identificadas, a predominância de contatos informais como meios para transferência de pacientes para diferentes ES, a constituição incipiente de NIRs em diversas entidades assistenciais, ausência de fluxos estabelecidos para o acesso da população a serviços de saúde da unidade e para transferência de pacientes e o número reduzido instrumentos contratuais entre os ES públicos e os gestores de saúde do Rio de Janeiro.

Destacamos, ainda, como importantes desafios a serem enfrentados pelos ES, no que diz respeito à regulação assistencial, a fragmentação e a baixa coordenação entre as

unidades que compõem as redes de saúde, a dificuldade de utilização de fluxos de acesso coordenados pelos órgãos reguladores, a recorrente judicialização da assistência ambulatorial e hospitalar e os critérios empregados para priorização do acesso, uma vez que as práticas regulatórias são mais condicionadas pelas restrições dos recursos assistenciais disponíveis do que pela melhor alternativa de atendimento para o usuário (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

A fim de se superar as dificuldades identificadas, as ações apresentadas no Quadro abaixo devem proporcionar aos ES alternativas viáveis para aprimorar a gestão da oferta de serviços de saúde no município e no estado do Rio de Janeiro, para ampliar o relacionamento da unidade com os respectivos órgãos reguladores do acesso à assistência e incrementar o grau de satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde da unidade. Dessa forma, por meio dessas ações, são apresentados os seguintes objetivos, ações, cronograma, indicadores de desempenho, metodologias avaliativas e órgãos e instituições envolvidos.

Quadro 2 - Ações Janeiro 2018-2019

Objetivos	Ações	Cronograma	Indicadores de Desempenho/Metodologias Avaliativas	Órgãos/ Instituições Envolvidos
Disseminar a cultura da regulação nos ES com ênfase nos hospitais federais	Realizar oficinas de trabalho e seminários sobre a regulação assistencial nos ES; Realizar reuniões de trabalho sobre a regulação assistencial entre representantes da SMS/RJ, da SES/RJ e do MS	Conclusão: até o fim de setembro de 2018	Oficinas e seminários realizados; Reuniões de trabalho realizadas	SMS/RJ SES/RJ MS ES
Formalizar instrumento contratual de Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos entre os Estabelecimentos de Saúde e o	Apresentar proposta de formalização do PCEP aos ES que não mantêm acordo com a SMS/RJ	Conclusão: até o fim de dezembro de 2018	PCEP assinado pelo Diretor do ES e o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	SMS/RJ ES que ainda não firmaram acordo com a SMS/RJ

gestor municipal de saúde				
Estruturar os NIRs existentes e propor a criação de novos	Promover a capacitação e atualização dos profissionais que atuam nos NIRs existentes Incentivar a criação de NIRs em ES que não dispõem desse órgão	Conclusão: até fevereiro de 2019	Cursos de capacitação/atualização realizados NIRs instituídos em ES que não dispõem dessa unidade administrativa	SMS/RJ SES/RJ MS ES
Otimizar o uso dos recursos da oferta assistencial da rede pública de saúde do Rio de Janeiro	Aumentar a inclusão dos dados relativos à agenda dos profissionais, às consultas e aos exames ambulatoriais e aos leitos de UTI dos ES no SISREG	Conclusão: até o fim de dezembro de 2019	Incremento de 40% da inclusão dos dados relativos à agenda de profissionais, às consultas e aos exames ambulatoriais e aos leitos dos no SISREG	SMS/RJ SES/RJ MS ES

Fonte: Elaborado pelos autores

Disseminar a cultura da regulação nos ES visa obter como resultado uma ampliação da visibilidade das atividades da regulação assistencial perante as equipes que compõem os ES localizados no Rio de Janeiro (ações preconizam os hospitais federais, pois, de acordo com diagnóstico realizado, foram as unidades que menos apresentaram uma integração mais formal às redes municipal e estadual de saúde). Para tanto, é importante realizar reuniões, oficinas de trabalho e seminários informativos sobre o tema a fim de que regulação de serviços de saúde seja entendida com algo mais “benéfico” do que “maléfico”.

A celebração do PCEP entre os ES e a SMS/RJ constitui medida fundamental, uma vez que esse instrumento contratual deverá fornecer fundamento jurídico aos compromissos de gestão e de atenção à saúde assumidos pelos ES e o gestor municipal de saúde. Ademais, é o PCEP que deverá oferecer as orientações necessárias para organizar e para ordenar os serviços prestados pelo ES à população assistida, conforme os marcos regulatórios vigentes

Estruturar e consolidar os processos de trabalho dos ES também é crucial, pois a excelência no desempenho é relevante para efetiva regulação das consultas, dos exames e das interações realizadas pela unidade no SUS. As ações referidas no Quadro 2 vinculadas a esse objetivo têm o propósito de tornar o NIR em espaço institucional de controle efetivo da entrada e da saída de pacientes e de interação com as centrais de regulação e com as demais unidades das redes públicas de saúde. Dessa forma, faz-se não apenas o fortalecimento institucional dos NIRs atuais, mas também a criação de novos em ES em que essa estrutura é inexistente.

A fim de racionalizar o uso dos recursos da oferta assistencial, com base em modelo mais centrado no usuário do que na capacidade instalada, é fundamental que as unidades de saúde pública, por meio dos NIRs, inclua a agenda de profissionais, os procedimentos ambulatoriais realizados e os leitos hospitalares no SISREG. Essa medida deverá beneficiar para assegurar um fluxo mais ordenado de recebimento e de encaminhamento de usuários.

Por fim, acrescente-se que essas ações devem seguir o chamado Ciclo PDCA (“Planejar”, “Desenvolver”, “Checar” e “Ajustar”), caracterizado por quatro etapas. A primeira consiste na proposição dos objetivos e das ações (processos) para alcançá-los. A segunda diz respeito à implementação do que foi programado e planejado de maneira prévia. Na terceira, são comparados os resultados alcançados e os objetivos estabelecidos por meio da análise de indicadores propostos e, na última, devem ser adotadas medidas corretivas para retificar eventuais desvios constatados ao longo da execução do plano.

8 Considerações Finais

Apesar da vigência dos marcos legais acerca da atividade regulatória dos serviços públicos de saúde, a atividade regulatória, norteadada pelo objetivo de regular, mediar e intervir sempre que necessário, ainda, carece mais efetividade na assistência e prestação de serviços a sociedade.

A inserção dos Estabelecimentos de Saúde nas redes de atenção à saúde, mediante os mecanismos regulatórios, deve propiciar não só a ampliação da acessibilidade aos serviços assistenciais da unidade, mas também aumentar o grau de satisfação dos trabalhadores e da população atendida, conforme mecanismos formais de referência e de contra referência do SUS e os critérios de classificação de risco.

Para que a atividade regulatória seja de fato efetiva é necessário capacitar todos os atores envolvidos nas mais diversas etapas do processo, possibilitando que esses contribuam com um desempenho de excelência.

Embora existam diretrizes nacionais da regulação em saúde se faz necessário levar em consideração na elaboração do “desenho” da atividade regulatória de Estados e Municípios, as peculiaridades locais e culturais quando da utilização de modelos criados nos diferentes contextos e esferas (federal, estadual e municipal) para a implementação de ações e processos, sendo esses multiplicados com as adaptações necessárias aos orçamentos e estruturas.

Cabe também através desse estudo despertar interesse em pesquisas mais profundas e empíricas nos ES, propiciando uma avaliação mais completa e detalhada de cada atendimento para estudos futuros.

Referências Bibliográficas

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 331-345, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>>. Acesso em: Jan. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/abntnabr6023.pdf>>. Acesso em: Jan. 2017

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>. Acesso em: Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de dezembro de 2001. Seção 1, p. 339. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2309_19_12_2001.html>.

Acesso em: Jan. 2017

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 589, de 27 de dezembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>

. Acesso em: Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2002. Seção 1, p. 52. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>.

Acesso em: Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 39/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 de fevereiro de 2006b. Seção 1, p. 42. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>.

Acesso: Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006c. Seção 1, p. 43. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

Acesso em: Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 de agosto de 2008b. Seção 1, p. 48. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>.

Acesso em: Jan.2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 562, de 17 de maio de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de maio de 2015, Seção 1, p. 50. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/sas/7647-562>>. Acesso em: Jan. 2017.

_____. Plano estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro (2013-2016). Conjunto de ações concretas com diretrizes, metas e iniciativas estratégicas para a cidade do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2753734/DLFE-241955.pdf/Planejamentoestrategico2.0.1.3.2.0.1.6..pdf>>. Acesso em: Jan. 2017.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1043-1053, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700037>>. Acesso em: Jan. 2017.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>>. Acesso em: Jan. 2017.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 39.669, de 15 de dezembro de 2014. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 16 de dezembro de 2014. p. 8. Disponível em: <<http://complexoreguladorsmsrio.blogspot.com.br/p/complexo-regulador.html>>. Acesso em: Jan. 2017

_____. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)**. Resolução SES nº 2.102, de 14 de julho 2003. Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=355&item=3>>. Acesso em: Fev. 2017.

_____. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)**. Resolução nº 1.205, de 20 de junho 2006. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 21 de junho de 2006. Poder Executivo, p. 29. Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=351&item=3>>. Acesso em: Fev. 2017.

_____. **Secretaria Estadual de Saúde**. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Deliberação CIB-RJ nº 0039, 24 de junho de 1999. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/portarias-publicadas-no-dou/doc_download/55-ata-da-12-reuniao-ordinaria-de-2010.html>. Acesso em: Jan. 2017.

_____. **Secretaria Estadual de Saúde**. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Deliberação CIB-RJ nº 0384, de 04 de outubro de 2007. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/127-2007/outubro/270-deliberacao-cib-rj-no-0384-de-04-de-outubro-de-2007.html>>. Acesso em: Jan. 2017.

_____. **Secretaria Estadual de Saúde**. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Deliberação CIB-RJ nº 0869 de 11 de março de 2010. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/84-2010/marco/1134-deliberacao-cib-rj-n-0869-de-11-de-marco-de-2010.html>>. Acesso em: Fev. 2017.

_____. **Secretaria Estadual de Saúde**. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Deliberação CIB-RJ nº 3.470, de 20 de julho de 2015. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/450-2015/julho/3948-deliberacao-cib-n-3-470-de-20-de-julho-de-2015.html>>. Acesso em: Jan. 2017.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde**. RESOLUÇÃO “N” SMS nº 854, de 26 de Março de 2002. Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=350&item=3>>. Acesso em: Jan. 2017.

RODRIGUES, L. C. R. **A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial**: a compreensão dos profissionais envolvidos. 2013. 140 folhas. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de

Medicina de Botucatu, 2013. Biblioteca Depositária: Repositório Unesp. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108430/000737966.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: Jan. 2017.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.25-41, Jan./Jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>>. Acesso em: Jan. 2017.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, Out./Dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016>>. Acesso em: Jan. 2017.

WINDHOLZ, E.; HODGE; G. A. Conceituando regulação social e econômica: implicações para agentes reguladores e para atividade regulatória atual. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 264, n. 3, p. 13-56, Set/Dez.2013. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/viewFile/14076/31331>>. Acessado em: Jan. 2017.

R

E

P



Realização



Apoio

