

**PARTICIPAÇÃO
E SAÚDE
NO BRASIL**

Soraya Vargas Côrtes
organizadora

EDITORA



FIOCRUZ

Copyright © 2009 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 978-85-7541-176-6

Capa, projeto gráfico
Carlota Rios

Revisão e copidesque
Jorge Moutinho

Normalização de referências
Clarissa Bravo

Supervisão Editorial
M. Cecília Gomes Barbosa Moreira

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

C828p Côrtes, Soraya Vargas (Org.)
Participação e Saúde no Brasil. / organizado por Soraya
Vargas Côrtes. - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
208 p., tab., graf.

1. Conselhos de Saúde. 2. Participação Comunitária.
3. Sistema Único de Saúde. 4. Qualidade da Assistência
à Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. - 362.10680981

2009
EDITORIA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 - sala 112 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br/editora

6. UMA SÍNTESE DO DEBATE SOBRE OS MECANISMOS E AS DINÂMICAS PARTICIPATIVAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Soraya Vargas Côrtes

Os estudos aqui reunidos procuraram introduzir perspectivas de análise inovadoras para o debate sobre participação na área da saúde. A primeira delas foi a recusa a falsos dilemas, sobre “se os conselhos de saúde são deliberativos” ou “se as relações entre os atores no interior desses fóruns são igualitárias”. Guiados por tais questionamentos chegar-se-ia à constatação do óbvio, de que os conselhos de saúde são deliberativos apenas no sentido em que discutem exaustivamente as questões que estão na agenda setorial; e também de que as relações de poder em seu interior não são igualitárias. Em vez disso, as lentes de análise utilizadas nas pesquisas buscaram compreender como participavam atores sociais e estatais e qual o papel dos conselhos na arena decisória setorial.

A segunda perspectiva refere-se ao fato de as investigações não se limitarem a realizar estudos de casos, tão comuns quando se trata da temática. Embora o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul sejam ‘casos’, o fórum federal é único. Apenas o Conselho gaúcho se enquadraria plenamente na acepção de um ‘caso’, extraído de um universo de 27 fóruns similares. No estudo dos conselhos municipais de saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), o universo considerado é formado por todos os fóruns da região. Os resultados obtidos são generalizáveis apenas para as cidades da RMPA. Entretanto,

pode-se supor que, em regiões metropolitanas com características semelhantes às de Porto Alegre, seria possível chegar a conclusões similares. Observe-se ainda que foram descritos os mecanismos de participação existentes em todos os hospitais próprios do Ministério da Saúde. Desse modo, não é improvável que as conclusões apresentadas na maioria dos capítulos possam alcançar certo grau de generalidade.

Uma terceira perspectiva é que, em contraste com a maioria dos estudos sobre o tema, os artigos não focalizaram a análise nos participantes 'usuários'. O conceito foi útil apenas na análise de mecanismos de participação individual em hospitais. No entanto, não foi considerado adequado para a compreensão de processos políticos que envolvem atores coletivos. Assim, por um lado, as pesquisas utilizaram os conceitos de atores estatais e societais ao se referirem àqueles que agem, em geral, representando interesses de órgãos públicos ou de governo, no caso dos primeiros, ou representando interesses de coletividades ou particulares, no caso dos segundos. Os atores societais foram divididos em dois grandes tipos: os de mercado e os sociais. Os primeiros estão associados ao conceito de sociedade civil; os segundos estão relacionados à noção de economia de mercado. Por outro lado, os estudos identificaram a existência de articulações entre atores estatais e societais, que por vezes constituíam-se como comunidades de política, que desconsideravam os limites formais entre Estado e sociedade. Tais comunidades agem em contextos de redes de políticas e são integradas por indivíduos que compartilham uma determinada visão sobre quais devem ser os resultados das políticas. Eles ora agem em organizações da sociedade civil ou do mercado, ora ocupam postos em instituições governamentais.

Uma quarta perspectiva inovadora de análise foi o uso de uma abordagem teórica que ressalta as relações de interdependência entre as instituições, os atores estatais e os atores societais. Assim, os estudos utilizaram as contribuições do institucionalismo histórico e das vertentes teóricas político-institucional, construcionista e estratégico-relacional, ao destacar a importância não apenas de redes de relações entre atores sociais, mas também entre eles e atores estatais. Essas abordagens permitem o uso da noção de 'configuração de relações', inspirada na obra de Norbert Elias, que concebe a sociedade como algo que está sempre 'se fazendo', mudando, ainda que de forma incremental.

Informados por tais perspectivas analíticas, os capítulos permitiram que se identificasse o papel que os mecanismos de participação do Sistema

Único de Saúde (SUS) examinados desempenham na arena política setorial. No caso dos conselhos, propiciaram o aprofundamento da compreensão das relações sociais que tais fóruns engendram em seu interior e que se irradiam na rede de relações, mais amplas, que compõem a dinâmica política setorial.

O primeiro fórum analisado, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi criado em 1937, mas somente a partir de 1990 passou a ter relevância na arena decisória setorial. De 1990 a 2006, do ponto de vista legal, as funções do Conselho permaneceram as mesmas, mas o seu papel, no contexto do sistema, e a sua composição modificaram-se. Entre 1990 e 1993, o fórum posicionava-se no centro da arena política setorial. Nesse conturbado período inicial de implantação do SUS, atores governamentais, sociais e de mercado disputavam principalmente ali a ampliação de sua influência sobre os rumos da política de saúde nacional. A partir de 1993, no entanto, o Conselho deixou de ter uma posição garantida e estável no centro do processo decisório. As variações nessa posição passaram a depender, em grande parte, do modo como se estruturavam as relações entre os gestores federais de saúde e o grupo de conselheiros oriundos de entidades sociais que lideravam os trabalhos do fórum.

O lugar relativamente secundário do fórum para a construção de consensos ou explicitação de conflitos sobre temas candentes da área se deveu, em parte, à criação das comissões intergestores que, depois de 1993, constituíram-se como o principal espaço colegiado decisório e de coordenação federativa do SUS. Não apenas os gestores federais de saúde, mas também os estaduais e municipais priorizaram a atuação nessas comissões. No entanto, a posição do Conselho na arena decisória setorial foi também o resultado da estratégia adotada pelos conselheiros provenientes de entidades sociais, que hegemonizavam os trabalhos do fórum.

Entre 1990 e 2006, tanto em termos relativos como absolutos, cresceu o número de conselheiros provenientes de organizações sociais – principalmente das categorias de profissionais e trabalhadores de saúde; de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências; e de associações comunitárias, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs) – enquanto diminuiu a participação dos representantes governamentais e de mercado. Como mostra o capítulo 2, em 2005 o aumento no número de conselheiros sociais no plenário era apenas um dos indicadores de sua predominância. Além

disso, eles eram os mais assíduos às reuniões, eram aqueles que se manifestavam com maior frequência durante as discussões, que coordenavam a maior parte dos debates e que mais vezes representavam o Conselho em atividades externas. Havia uma preponderância relativa desses conselheiros na condução das discussões e deliberações, ante a menor participação de conselheiros governamentais e o diminuto envolvimento de representantes de organizações de mercado.

Um ‘núcleo duro’ de seis conselheiros provenientes de entidades sociais – formado por quatro representantes de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde e dois de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências – influenciava fortemente as discussões e deliberações que ocorriam no fórum. Esses conselheiros adotaram como estratégia concentrar as discussões no funcionamento do próprio fórum e no controle social no SUS e procuraram restringir a influência dos representantes de entidades de mercado, de médicos e de gestores no processo decisório do fórum. Desse modo, inadvertidamente, estimularam os últimos, que ocupavam posições centrais na arena decisória setorial, a buscar defender seus interesses e apresentar suas propostas em outros espaços políticos. Conselheiros que representavam entidades de mercado, os médicos e os gestores reduziram a sua influência no interior do fórum, mas continuaram a ocupar posições muito influentes nessa arena.

No entanto, isso não deve obscurecer o fato de que o CNS exercia importante papel no contexto da política de saúde do país, ao fiscalizar a implementação de ações e ao deliberar sobre assuntos variados. Agindo como uma instância de fiscalização da execução da política de saúde, de forma constante, ele procurava obter informações sobre as ações das instituições públicas e privadas atuantes na área. Desenvolvia ainda uma intensa atividade deliberativa, no sentido de promover a discussão pública de propostas de políticas e de programas afetos à área.

Saliente-se que o fórum desempenhava também o papel de congregar atores individuais e coletivos comprometidos com o controle social e com a defesa dos princípios fundamentais do SUS. Sob a liderança de seus membros mais atuantes, o CNS tornou-se o principal espaço de articulação com os conselhos estaduais e municipais e um dos lugares centrais de conexão entre participantes importantes da rede da política de saúde, em especial da nova comunidade de política que se formara no final dos anos 90, na área da saúde. Era o principal espaço de articulação nacional de aliados e de

difusão de idéias e propostas da nova comunidade, que disputava com outras comunidades, marcadamente com o movimento sanitário, a condição de herdeira legítima do movimento sanitário fundador do SUS.

A análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) mostrou a existência de similaridades entre o fórum nacional e o estadual. Assim como no CNS, no CES/RS, além de discutirem-se intensamente políticas e programas de saúde – especialmente aquelas relacionadas à gestão e a questões financeiras –, articulavam-se e – por meio dessa articulação – fortaleciam-se politicamente atores sociais e governamentais que defendiam a implementação de políticas de saúde que seguissem os princípios estabelecidos pelas leis que instituíram o SUS. Também no CES/RS havia a predominância de representantes de entidades sociais, e os representantes de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde destacavam-se dentre os demais participantes ao hegemonizar debates e coordenar diversas instâncias. No fórum estadual, no entanto, as conexões entre os representantes de profissionais e trabalhadores de saúde e outros atores sociais eram menos consistentes. Outra diferença era a presença maior dos gestores estaduais na condução geral dos trabalhos do CES/RS em relação ao que foi verificado no fórum nacional. No CES/RS, além de disporem dos recursos de poder inerentes à condição de gestores, eles podiam agir diretamente sobre a definição da agenda política do fórum.

Assim como no CNS, a posição dominante dos atores sociais, no interior do CES/RS, não significava que o fórum ocupasse lugar central no processo decisório setorial. A dominância no interior do Conselho era o resultado de articulações entre representantes de organizações sociais, que atuavam nos conselhos estadual, regionais e municipais de saúde, e dirigentes estaduais de saúde. No entanto, os conselheiros provenientes de entidades de mercado, cuja posição no interior do fórum era hierarquicamente inferior à dos representantes de entidades sociais e dos gestores, fora do Conselho fortaleciam-se. Para isso podiam acionar os poderes Judiciário e Legislativo e, assim, garantir que as políticas de seu interesse fossem levadas a efeito e que medidas que a elas se opusessem não viessem a se efetivar.

Também o exame dos conselhos municipais de saúde da RMPA permitiu que se constatasse que eles exerciam funções deliberativas e de fiscalização. Assim como nos fóruns nacional e estadual, o significado de deliberação relacionava-se ao modo como as decisões eram tomadas, mediante discussão e votação. A fiscalização, por sua vez, referia-se não apenas ao destino de

verbas e ao financiamento em saúde, mas também à qualidade do atendimento prestado e às ações do gestor público.

Nos fóruns municipais era expressiva a presença de atores sociais e governamentais não apenas na composição legal dos fóruns, mas também nas suas instâncias decisórias e no processo de formação de suas agendas. Os gestores de saúde municipais definiam a infra-estrutura para o funcionamento dos fóruns, além de serem muito influentes na formulação da agenda de debates e no próprio encaminhamento dado às decisões tomadas. Os representantes de entidades sociais tinham igualmente presença marcante nas discussões que ocorriam nas plenárias, nas instâncias de direção dos fóruns e na formação das agendas de debates. Observe-se ainda que não foi possível identificar a existência de uma articulação de atores estatais e societários que se assemelhasse a uma comunidade de política, reformista ou não, atuando no setor, no nível metropolitano.

A análise dos mecanismos participativos em hospitais do Ministério da Saúde visava apenas a descrever os mecanismos existentes. A sistematização dos resultados dessa investigação pioneira teve como mérito inserir as organizações hospitalares no âmbito dos objetos empíricos que podem ser focalizados ao se tratar do tema da participação em saúde. A pesquisa, cujos resultados foram apresentados no capítulo 5, permitiu constatar que as políticas federais, que induziam à criação e à expansão desses mecanismos, tiveram reflexos na organização e no funcionamento dos hospitais estudados. A partir de 2003, ampliou-se a participação de indivíduos e de grupos, internos e externos aos hospitais examinados, o que resultou na inclusão das visões desses indivíduos e grupos nos processos decisórios dessas organizações.

Uma das contribuições mais interessante que os estudos de *Participação e Saúde no Brasil* oferecem para o debate sobre o tema é a constatação de que atores sociais exercem uma influência decisiva sobre a dinâmica de trabalho dos fóruns. Dentre esses atores, os representantes de profissionais e trabalhadores de saúde, e mesmo os profissionais de saúde individualmente, destacam-se como os protagonistas de eventuais articulações entre atores sociais realizadas no âmbito dos conselhos, como os dirigentes de instâncias assessoras ou de coordenação, tanto nos conselhos como nos hospitais, e como os agentes políticos com presença marcante na área. Investigações futuras poderão explorar as raízes sociológicas e simbólicas do poder de tais atores que extrapola os limites das instituições de saúde, nas quais reconhecidamente eles detêm o controle técnico e político, estenden-

do-se também para os espaços participativos nos quais disputam com os atores governamentais a definição da agenda de debates e possibilidade de formular propostas de políticas para a área.

As conclusões apresentadas pelos estudos sobre as ações, as posições e o nível de influência de atores estatais e societais nos mecanismos participativos examinados – e sobre como tais mecanismos afetam a arena decisória da área da saúde – poderão estimular novas pesquisas sobre a temática que avancem no sentido de enriquecer os recursos teóricos e de método à disposição dos analistas. Porém, a expectativa mais ambiciosa dos autores que integraram o esforço de pesquisa empírica e o processo de elaboração dos textos aqui reunidos é de que as análises contribuam para que os atores políticos diretamente envolvidos na arena política da área da saúde, particularmente aqueles que participam dos conselhos ou que estão envolvidos com a implantação de outros mecanismos participativos, reflitam sobre suas ações e sobre as condições institucionais em que elas se desenvolvem. Esse é o ponto de partida para a construção de estratégias de ação que favoreçam, de fato, a democratização da gestão em saúde do Brasil e, principalmente, que viabilizem a realização, ainda que parcial, dos objetivos que inspiraram a construção do SUS no país.