

Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde

Amélia Cohn e Yasmin Lilla Bujdoso

É inquestionável a evolução da extensão da cobertura dos serviços públicos de saúde nos 25 anos de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. Mais recentemente, com os programas Saúde da Família e Mais Médicos, essa extensão da cobertura ganha novo impulso a partir do modelo da atenção básica (AB). Não obstante, resta a indagação de se essa expansão da cobertura significa maior democratização do acesso à saúde por parte da população brasileira e, além disso, qual o papel que vem jogando nesse processo a participação da sociedade na formulação e na implementação das políticas públicas de saúde.

Enfrentar a busca de articulações entre a participação social e a democratização da saúde no país não é tarefa fácil, e demanda a explicitação de várias questões. Algo que deve ser marcado de imediato é que a literatura sobre essa relação vem pautada por dois vieses: o primeiro, de os estudos serem no geral restritos e restritivos ao setor da saúde, o que fragmenta a questão da relação entre participação social e democracia; o segundo diz respeito a se restringirem à concepção de que essa participação social se dá fundamentalmente (assumida na prática como exclusivamente) por meio da participação da sociedade nos conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais. Quando a referência são os movimentos sociais, estes são analisados da ótica igualmente quase exclusiva de movimentos da sociedade com frágeis possíveis ligações com as instâncias de participação. Soma-se a isso a inexistência de dados e informações sistemáticas

sobre a experiência dos conselhos de saúde que permitam traçar um mapa de seu funcionamento e sua composição.

Outra questão a ser esclarecida é a do significado polissêmico que o termo “democratização da saúde” assume nos distintos discursos dos diferentes atores sociais, pesquisadores e/ou sujeitos políticos e sociais. Ambas as questões articulam a indagação de qual o potencial da natureza efetivamente democrática dos conselhos gestores, quer do ponto de vista da sua representação, quer do ângulo da sua capacidade de ser um fórum efetivo de negociação de conflitos de interesses, esta apontada para tomadas de decisão que não se restrinjam a ser o resultado de uma mera somatória de interesses particulares dos segmentos ali representados.

Participação social e conselhos de políticas públicas

A herança social de nossa história manifesta-se hoje na persistência de grandes desigualdades sociais – em que pese sua diminuição significativa nos últimos doze anos – e da impermeabilidade do Estado às demandas sociais, sobretudo aquelas oriundas dos segmentos pobres e marginalizados da sociedade.

Não obstante, programas recentes de combate à pobreza do governo federal, em especial o Bolsa Família (2003), trazem para o cenário social mais amplo a participação de novos segmentos – ou atores – sociais. Estes eram até então denominados “marginais” por se encontrarem à margem da sociedade, nela se inserindo de forma esporádica e absolutamente incerta e insegura, tanto no que diz respeito ao acesso a bens de consumo coletivo, quanto à esfera da decisão política e, sobretudo, do mercado de trabalho.

Paralelamente, e em articulação com o Programa Bolsa Família, as políticas de saúde a partir dos anos 2000 avançaram no sentido da universalização do direito à saúde concebida muito mais, é verdade, como universalização da cobertura à assistência médica do que da atenção à saúde, como reza a Constituição de 1988. Essa expansão veio acompanhada da multiplicação de instâncias de participação da sociedade na formulação e na implementação de políticas de saúde e de políticas públicas em geral.

É oportuno registrar que, entre todos os segmentos de políticas públicas, a política setorial de saúde foi a pioneira na instituição dos conselhos gestores desde 1990. Nesse sentido, o setor foi aquele que apresentou tanto uma proposta mais acabada da nova institucionalidade da saúde como um direito constitucional, quanto o modelo de uma organização sistêmica para a prestação de serviços de saúde e de atenção à saúde. Não é por acaso que a partir de

2004, por exemplo, se institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nos moldes do SUS, inclusive no que diz respeito à participação da sociedade na gestão da política de assistência social.

No entanto, os distintos segmentos das políticas sociais setoriais, com objetos específicos de intervenção na realidade social (saúde, educação, habitação, preservação dos recursos naturais, entre outros) abrangem e dizem respeito a diferentes setores da sociedade. Nesse ponto, ganha relevo o tema da fragmentação social em interesses setorializados e, a partir deles, sua capacidade de articular-se em torno de algo mais abrangente – os direitos sociais básicos dos indivíduos.

Retorna-se então à questão dos avanços da participação social na gestão das políticas públicas – e aqui o interesse central são as políticas de saúde – marcadas no período recente pela ênfase nas políticas de combate à pobreza e à desigualdade social. Dessa perspectiva, ganha importância o movimento realizado pelos debates sobre desigualdades sociais não mais pautados pelo trabalho e, por conseguinte, pelas classes sociais, mas pela renda; pelos distintos graus de inserção social da ótica da capacidade de os indivíduos no âmbito da esfera privada mostrarem-se aptos (ou não) para prover suas necessidades sociais básicas. Evidencia-se no debate em curso não mais a sociedade crivada por “classes sociais” no sentido clássico do termo, mas por “classes de renda”, verificando-se com isso uma perda de identidades sociais desses sujeitos, objetos das políticas públicas – e de saúde em particular.

Em decorrência, o mercado emerge como uma sombra ameaçadora. Do ponto de vista neoliberal, ele assume duas dimensões fundamentais. A primeira é de que a relação Estado/sociedade transforma-se em uma tríade – Estado, mercado, sociedade. No caso da saúde, isso se traduz em um conjunto de forças em disputa a fim de marcar a lógica das políticas da área, pautando-as pela racionalidade da escassez de recursos para as políticas sociais, em especial para as de cunho universal. Os indivíduos deveriam então responsabilizar-se pela sua própria saúde, buscando consumir produtos e serviços do mercado, cabendo ao Estado cuidar daqueles segmentos que se encontram radicalmente excluídos socialmente. É com essa matriz que emergem as propostas de focalização das políticas sociais e de saúde, a exemplo das reformas do setor que se voltam para a obrigação de o Estado fornecer um pacote básico de assistência para a população mais pobre ou miserável.

A segunda dimensão, tão grave quanto a primeira, diz respeito ao mercado entendido (claro que para fins somente analíticos) como um complexo econômico e industrial da saúde (Gadelha, 2012), e nessa condição central

não só para o desenvolvimento do país, mas também porque passa a ser visto como um grande aliado na construção da universalização do direito à saúde. Assim, enquanto o mercado produtor de serviços de assistência médica era tido, no movimento da reforma sanitária, sobretudo dos anos de 1970 e 1980, como a força a ser combatida, nas duas décadas seguintes, ele passa a ser um aliado cobiçado pelas propostas de choque da gestão pública, já que é visto como um gestor de recursos públicos mais apropriado, porque responderia mais diretamente à lógica do custo/efetividade.

Dessa forma, o mercado passa a se constituir, cada vez mais, em um outro interlocutor fundamental no processo de participação social, até porque os prestadores de serviços de saúde têm assento nos conselhos de participação social. Com isso reforça-se a fragmentação da sociedade em termos de defesa da satisfação dos seus interesses ou necessidades sociais voltados para os direitos sociais, ou de interesses ou necessidades sociais, particulares, voltados para necessidades específicas de distintos segmentos sociais, distantes de se articularem de forma substantiva com a defesa dos direitos universais.

A questão da participação da sociedade na gestão pública das políticas sociais – as de saúde em particular – passa então, de forma crescente e cada vez mais complexa, a envolver a tríade Estado, mercado e sociedade, sendo o mercado um intermediador entre Estado e sociedade. Cabe então questionar até que ponto a participação social nos conselhos gestores – arenas privilegiadas de participação social na saúde – significa, ou vem significando, o fortalecimento do espaço público na sociedade brasileira e de forma mais imediata a democratização das políticas de saúde.

No primeiro quesito vale lembrar que a participação da sociedade no Estado engendradora a partir dos anos de 1980 não só tinha como objetivo democratizar o Estado, via penetração maior da sociedade civil no seu controle e fiscalização, mas também politizar a própria sociedade (Neves, 2007). Contudo, enquanto naquela década os movimentos sociais eram oponentes do Estado, em um contexto de democratização política então vigente, nos anos de 1990 sua ação traduz-se em uma “participação negociada”, disputando projetos distintos no interior dos espaços públicos.

Assim, se é possível que a participação da sociedade civil seja entendida, de um lado, como possibilidade na construção da democracia – na medida em que ocorre a partilha do poder de decisão entre o Estado e a sociedade, associada ao projeto democratizador e ao controle da sociedade civil sobre o Estado –, por outro, existe a possibilidade de se ver aí um limite à construção da democracia e dos espaços públicos, tendo-se em

mente que o incentivo do Estado pode representar a transferência de suas responsabilidades à sociedade e o total apoio a matrizes liberais e de caráter privado no trato das questões públicas (*Idem*, p. 399).

De fato, são esses os dilemas e contraditórios que a participação da sociedade nos conselhos de saúde enfrenta até os dias atuais. Em primeiro lugar porque existe um discurso sobre a responsabilização das famílias sobre a saúde de seus membros. Estas foram confrontadas, na primeira década dos anos 2000, com o Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, que buscava reverter o modelo de atenção à saúde a partir da AB; por outro lado, nesta década elas se veem desafiadas e tentadas por políticas recentes de popularização dos planos e seguros de saúde. Por meio deles haveria uma força motriz de construção, senão de apoio, ao menos, de um imaginário de que a responsabilidade sobre a saúde dos cidadãos recaia sobre a sociedade, cabendo ao Estado somente as ações voltadas para os extremamente pobres e para os casos de maior complexidade, não cobertos pelos seguros e planos “populares” de saúde, e mesmo pelos não populares. Em segundo lugar porque as experiências da participação social nos conselhos de saúde demonstram que elas acabam por fracionar as demandas sociais, segmentando-as em necessidades específicas de cada grupo ou segmento representado, o que dificulta o salto para que essas demandas particulares se transformem em universais. No entanto, esse salto para outra dimensão do repertório social está se revelando muito ágil, com a saúde transformada em bem de consumo – coletivo, quando se trata do SUS, ou privado, quando se trata dos planos e seguros de saúde, incentivados pela política pública de saúde mais recente.

Por fim, verifica-se uma crescente mescla e opacidade dos limites entre as esferas pública e privada da vida social. De um lado, há a tradução em termos imediatos das necessidades cotidianas dos distintos grupos específicos, no que aqui se denomina demandas particulares. De outro, a crescente normatização da vida social a partir de programas de saúde (o Saúde da Família é o mais exemplar deles) que adentram a esfera privada da vida das pessoas – embora, em princípio, com base na busca ativa dos usuários do SUS, algo extremamente meritório –, fazendo com que os serviços da área saltem os muros de seus respectivos equipamentos. Nesse ponto é importante constatar que a saúde acompanha – e por vezes lidera – a tendência atual das políticas sociais no país, que é sua crescente capilaridade social, fato inédito em nossa tradição histórica, com exceção das campanhas de vacinação do início do século XX (Cohn, 2012).

Dessa forma, é significativo lembrar que a análise realizada por Dagnino (2004) a respeito das experiências de orçamento participativo aponta que o que está em jogo é a disputa de projetos políticos distintos, que “assume então o caráter de uma disputa de significados para referências aparentemente comuns: participação, cidadania, sociedade civil, democracia. Nessa disputa, onde os deslizamentos semânticos, os deslocamentos de sentido, são armas principais, o terreno da prática política se constitui num terreno minado” (*Idem*, p. 97). Trata-se exatamente desse terreno minado quando se fala da questão da participação nos conselhos de saúde: neles, a relação entre Estado e sociedade, intercalada pelo mercado nela também presente, torna-se fluida, porque pouco clara, uma vez que os parceiros apresentam desigualdade (assimetria) de informação e de capacidade de organização e mobilização. Não é de hoje que se verifica a capacidade da saúde de mobilizar de forma espasmódica os distintos setores da sociedade em torno de demandas específicas, e quando se trata da defesa do SUS e de seus princípios e diretrizes, estes acabam sendo recodificados a partir das demandas específicas (particulares) de cada segmento presente nesses fóruns, que então filtram de forma decisiva a postura desses atores.

Em contrapartida, se, de um lado, esses conselhos são uns dos poucos deliberativos (o que significa que em tese deveriam definir as políticas de saúde), de outro, a prática do processo de tomada de decisões acaba sendo a do consenso. E para se alcançar o consenso, conflitos de interesse têm de ser necessariamente diluídos, amenizados, no que acabam pesando sempre mais os interesses já instituídos, e não os instituintes de novas normas e diretrizes para a política de saúde no país. Definitivamente, esses espaços de participação não vêm se estabelecendo em espaços de conflito e de negociação clara de interesses. Fato que é tão mais significativo na medida em que os estudos sobre os movimentos sociais e sua relação com o Estado se pautem por duas ordens de preocupação: a primeira, a dimensão do controle público da gestão do Estado, mostrando como ela tende na atualidade a se generalizar por toda a rede social; a segunda, o seu significado e impacto sobre o sistema político de representação – discute-se aqui até que ponto essas novas práticas não significariam o enfraquecimento do sistema político, uma vez que a emergência e a generalização dos movimentos sociais e da participação nos conselhos de gestão constroem identidades sociais no âmbito restrito de demandas sociais específicas, e não no da coletividade (Cohn, 2003).

Em um movimento contraditório, dilui-se e fragmenta-se assim a sociedade civil exatamente quando o Estado se torna mais permeável à sua participação. Na década de 1990, Arato (1995) apontava o êxito histórico da recuperação

do conceito de sociedade civil como uma nova estratégia reformista ou revolucionária de transformação dos regimes ditatoriais (Leste Europeu e posteriormente América Latina), baseada na organização autônoma da sociedade e na reconstrução de laços sociais fora do Estado, bem como em uma concepção de esfera pública independente de toda forma oficial de comunicação ou controle partidário.

É nesse “terreno minado” que os movimentos sociais se movem. E o grande dilema que sempre marcou – e ainda marca – a sua participação no interior do Estado é a busca de identidade e participação social, que se dá a partir da escolha entre autonomia e eficácia (Tatagiba, 2004). De fato, a legitimidade das lideranças e dos representantes dos movimentos sociais depende da capacidade de o Estado dar respostas efetivas às demandas por eles apresentadas. Por outro lado, dependem também da capacidade de os movimentos sociais resistirem às tentações representadas pela aproximação com o Estado, quer à sua cooptação pelo Estado, quer à profissionalização de suas lideranças. São vários os estudos que apontam para a baixa rotatividade não só das representações dos distintos movimentos sociais nos conselhos de participação, mas também da baixa rotatividade de suas lideranças nesses conselhos.

A importância, portanto, de se debruçar sobre experiências concretas de participação da ótica da relação Estado/sociedade (e mercado) torna-se paulatinamente mais presente, exigindo novas perspectivas de análises – como as que vêm sendo desenvolvidas por Avritzer (2007) e Gurza Lavalle (2006) – e que não se restrinjam à área da saúde, peculiar pela presença de grandes instituições articuladoras do ideário da reforma sanitária brasileira, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Mais que articuladoras desse ideário, essas instituições acabam sendo as grandes responsáveis pela transmissão das demandas formuladas para o interior do Estado nos espaços de participação – que a rigor deveriam se corporificar como decisões deliberativas, e não meramente consultivas, dado o estatuto dos conselhos de gestão na área da saúde ditado por lei. Mas as experiências na saúde não eliminam o fato, apontado por vários autores, entre eles os já citados, de que a participação social nos conselhos representa a emergência do fenômeno das “novas formas de participação social”, que permitem o que aqueles autores denominaram de “pluralização da representação política” (Gurza Lavalle, Castelo e Houtzager, 2006).

Exatamente por isso, essas novas formas de participação também acabam por reforçar a contraordem da tentação de que as demandas apresentadas nos conselhos sejam pautadas pela carência e não pelos direitos, porque enquanto

a carência remete à situação clara da pobreza como uma situação absoluta, os direitos remetem à situação da desigualdade e da justiça social (Cohn, 2003). Isso é tão mais importante quando as lutas pelos avanços do SUS no país se dão em um ambiente de dois projetos políticos e sociais em ação: o da destituição dos direitos sociais, condizente com a nova ordem global; e o da construção e fortalecimento dos direitos sociais, cumprindo o que reza a Constituição brasileira (Fonseca e Fagnani, 2013).

No entanto, há que se atentar para o fato de que, como apontam Avritzer (2007) e Gurza Lavalle (2006), não se pode atribuir aos segmentos organizados da sociedade que participam dos conselhos a representação do “bem comum” ou do interesse público, muito menos conceber as deliberações dos conselhos como expressão do retrato do interesse público e do bem comum, como se este fosse o resultado da mera somatória dos interesses particulares neles representados (Cohn, 2003).

A experiência recente do Conselho Nacional de Saúde¹

O objetivo do subprojeto da pesquisa que levantou e analisou os dados que dão suporte ao que se segue foi analisar a atuação de atores sociais específicos da área da saúde em uma instância de participação deliberativa: o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tratou-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa de análise temática que abrangeu tanto o levantamento documental de atas, normativos e consultas públicas do CNS (de 2006 a 2011), quanto entrevistas semiestruturadas com representantes das entidades participantes do segmento de usuários, realizadas entre o segundo semestre de 2013 e primeiro semestre de 2014.

A partir da análise desses dados, constataram-se os desafios expostos a respeito da participação social no processo de tomada de decisões e a construção da cidadania. Nesse sentido, o primeiro fato que chama a atenção, em ambas as fontes de informação, é o predomínio de uma relação mais formal dos líderes, representantes no colegiado de um determinado segmento, com suas bases sociais, destacando-se a presença de representantes profissionais dos usuários. Estes são remunerados pela entidade que representam para atuarem naquele espaço, sendo que essa prática, quando ocorre, é justificada pela ausência de trabalho dos respectivos movimentos sociais com suas bases para a formação de novos líderes. Há, além disso, a já mencionada dificuldade de diversificar os representantes, o que significa a divisão ou a repartição do poder no interior do próprio movimento. Por outro lado, há representantes dos usuários que

1. Os dados são o resultado de um subprojeto da pesquisa “Direito à saúde e democracia sanitária: pontes para a cidadania”, desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (NAP-Disa-USP) e coordenada por Sueli Dallari, Celso Campilongo e Amélia Cohn. No subprojeto, Yasmin Lilla Bujdoso participa na qualidade de pós-doutoranda. Ele foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública (Coep-FSP-USP), em conformidade com a Resolução n. 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do CNS, protocolo n. Caae-0140.0.207.000-11, e aprovado em 17 de fevereiro de 2012 sob número OF.Coep/019/12.

na realidade são trabalhadores da saúde, prestadores de serviços de saúde e também gestores públicos.

Essa hibridiz da composição da sociedade civil, no segmento abordado, é relevante exatamente porque mina o terreno da participação social ao mesclar várias identidades sociais. No caso dos “profissionais” da participação social, seu distanciamento das bases associa-se ao distanciamento dos próprios líderes (que os contratam por falta de capacidade ou vontade política de formar substitutos) e confunde o público com o estatal quando gestores e trabalhadores da saúde estão entre os usuários. Por exemplo, os conselheiros representantes de entidades de pessoas portadoras de patologias e de deficiências lutam, quase sem exceção, para que seja aprovada uma decisão que responda à necessidade urgente de atendimento. Já os conselheiros representantes de movimentos sociais mais amplos, que poderiam ampliar sua atuação articulando demandas particulares à saúde como direito, também acabam por centralizar sua atuação nos direitos do segmento que representam. Aqui destacam-se os representantes dos movimentos populares de saúde, em contraste, por exemplo, com os representantes dos grupos indígenas, que têm – segundo análise das atas das reuniões do CNS – menos de 35% de suas intervenções referidas a demandas específicas. Esse percentual sobe para 43,5% no caso dos movimentos populares de saúde, contrariando assim as expectativas do senso comum. E no caso dos representantes do LGBT a relação inverte-se: 61,2% das intervenções de seus representantes são destinadas a demandas específicas desse segmento.

Por outro lado, na busca de efetivação das deliberações tomadas naquele espaço institucional, percebem-se dois movimentos: críticas ao Ministério da Saúde (MS), o que apontaria para uma visão que distingue o CNS do MS, concebendo-os como entidades distintas e não aquele como um braço deste; e a busca de soluções e impasses das suas demandas não atendidas pelo Executivo no Judiciário, ou seja, a judicialização das demandas de saúde. Esse fenômeno acontece, portanto, de forma crescente tanto nos casos individuais e privados como nos de caráter mais coletivo, com origem em movimentos sociais e/ou segmentos organizados da sociedade. No que diz respeito à distinção entre MS e CNS, os representantes dos usuários apresentam várias críticas ao Executivo. Entre elas, o fato de o MS deliberar sem consulta às entidades diretamente vinculadas e interessadas nas distintas questões específicas que lhes dizem respeito; publicar portarias consultando não o CNS, mas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que é uma comissão gestora sem participação da sociedade; e, mais grave, utilizar a Secretaria Executiva do CNS como anteparo

para definir as pautas na mesa diretora que as leva ao pleno para a discussão e deliberação do coletivo.

Outra dimensão dessa experiência do CNS que chama a atenção é a relação entre o saber técnico sobre vários temas e as demandas específicas dos segmentos representados, além das demandas sociais reais das quais os membros representantes são delegados. A forma como estes lidam com a demanda técnica (orçamento, lei, norma técnica, por exemplo) revela que, no geral, incorporam a ideia de que precisam conhecer o tema, dominar o assunto e incorporar o saber técnico. Com isso, desqualificam-se na outra ponta da sua representação, isto é, ser portadores da demanda social tal como o segmento que representam a vive e sente. Esse fato é reforçado pela política liderada pelo próprio MS de capacitar os conselheiros por meio de cursos ministrados pelas universidades, no geral públicas.

O outro lado da moeda é que isso aponta para a importância de o representante do usuário se qualificar politicamente (Dagnino, 2002) e não apenas em termos técnicos – para o que a própria prática da participação revela-se fundamental, na medida em que é através dela que o representante experimenta lidar com diferentes concepções e interesses, o que a convivência nesse espaço (CNS), com suas plenárias e comissões, acaba por favorecer. Mas há que se registrar que esse também se torna um forte motivo para não alternar a representação. Dos catorze entrevistados representantes dos usuários que compõem a gestão do CNS, quatro estavam há pelo menos dez anos no Conselho; e cinco, entre cinco e nove anos. Não obstante, dos catorze representantes do segmento de usuários vinculados a portadores de patologias e deficiências, sete eram homens e sete, mulheres, entre 45 e 67 anos de idade, a maioria (dez) com curso superior completo ou incompleto, sendo que quatro possuíam profissões na área da saúde (três profissionais médicos). No geral, constata-se que houve uma “democratização de gênero” no processo de representação com o crescente envolvimento dos homens nos movimentos sociais vinculados à área social (e não ao trabalho), já que até muito recentemente a maioria esmagadora das suas lideranças era feminina, obedecendo a tradição brasileira de que o cuidado é tarefa da mulher. Quanto às entidades representadas, quinze das 108 representações levantadas participam no pleno desde 1991 e catorze, desde 1995; seis representações participaram de seis mandatos, doze, de cinco, e onze, de quatro mandatos. Também no caso das entidades, não resta dúvida de que quanto mais se participa do CNS (representantes e entidades, independentemente da relação mais ou menos orgânica daqueles com estas), maior habilidade política é desenvolvida por esses atores, para muito além dos

curso de capacitação. Mas se representantes e entidades tendem a se perpetuar nas cadeiras diretoras e no pleno, verifica-se que algumas das representações que partilham cadeiras participam do pleno sob a forma de rodízio, dividindo portanto esse espaço, embora de forma comedida.

A dinâmica do funcionamento do CNS é bastante complexa e não favorece a articulação horizontal entre demandas específicas em busca da construção da saúde como um direito e o SUS, não só pela imbricação entre Executivo e CNS, que compromete a autonomia deste, mas por sua própria dinâmica interna. Ele compreende em sua estrutura: *plenário* (fórum de deliberação com reuniões mensais ou por convocação extraordinária do seu presidente); *mesa diretora* (eleita pelo plenário, com mandato de um ano); *presidência* (eleita por votação secreta dos conselheiros titulares, com mandato de um ano); *grupos de trabalho* (instituídos pelo plenário com vigência de até seis meses); *secretaria executiva* (órgão vinculado ao gabinete do MS com a finalidade de promover as condições necessárias para o cumprimento das competências do CNS); *comissões* (compostas por até 22 membros, entre titulares e suplentes, constituem organismos de assessoria ao plenário). Essa estrutura complexa redundante em uma realidade óbvia: a maior parte das discussões e resoluções das reuniões do pleno é destinada ao debate e a resoluções relativas ao funcionamento interno do próprio CNS, em uma disputa de poder mais voltada para dentro do colegiado que para fora. A concorrência evidencia-se também no fato de que, pelas atas das reuniões, das 26 comissões então vigentes, nove representações participam de sete a onze comissões, enquanto os 71 restantes participam de três a nenhuma comissão. E ao longo dos últimos seis anos do período analisado, apenas 17 das 108 entidades participaram da mesa diretora, responsável por definir a pauta das reuniões e conduzir os processos administrativos e políticos a serem deliberados pelo pleno.

Nessa complexa dinâmica de funcionamento do CNS, a disputa pelo poder, ou pela presença nos postos que ele dispõe, acaba por provocar dois movimentos simultâneos. Primeiro, a assunção da agenda governamental sobre as políticas de saúde (até pela coincidência do espaço físico ocupado por sua Secretaria Executiva, no interior do MS), não causando espécie o fato de o financiamento do Estado para a saúde ser o tema que mais dominou as plenárias do conselho. Segundo, a assimetria de informações e de poder entre os pares tendendo a se sobrepor à capacidade de articulação de demandas mais abrangentes e universais. À fragmentação das demandas favorecida pela estrutura do CNS – dado que sua complexidade e a existência de múltiplos postos e cadeiras a serem ocupados fazem com que os conselheiros precisem

estar permanentemente mobilizados para esse jogo do poder – associa-se, como consequência, a segmentação da clientela, entendida aqui como usuários do SUS, que compõem 50% de seus membros. Não é de se estranhar, portanto, a queixa entre os conselheiros usuários do SUS – no caso dos entrevistados representantes dos portadores de patologias e de deficiências – quanto à repetição excessiva dos assuntos das pautas que são levadas ao pleno e à dificuldade de tomada de decisão, pois mesmo quando algo é aprovado, segundo eles, o tema retorna para a pauta em reuniões sucessivas.

Considerações finais

O setor da saúde foi aquele que, já em 1988, primeiro apresentou a proposta de um modelo de organização e de gestão do sistema de saúde brasileiro em que estava já incluída a participação social. Nesse ponto, ele foi pioneiro entre as propostas para a área social. A partir da promulgação da Carta Constitucional, teve início a instalação desses conselhos de participação, ou de gestão, já que sua existência é pré-condição para que estados e municípios recebam os repasses de recursos das outras instâncias governamentais. Atualmente, 99,78% dos municípios brasileiros têm seu conselho de saúde (Abreu, 2010; Pires e Vaz, 2012; Dominguez, 2014), o que significa uma “cobertura universal” dessa modalidade de gestão na área da saúde.

Assim, apresentar as limitações no processo de participação da gestão pública da saúde na atualidade, evidenciadas por pesquisa empírica, está longe de exprimir a inviabilidade desse modelo de gestão. Este efetivamente significa e promove o fortalecimento da esfera pública e da nova forma de representação direta na gestão como fenômenos fundamentais para a construção da saúde como um direito, para além da busca de maior cobertura e melhor qualidade na prestação dos serviços de atenção à saúde. Isso não significa, no entanto, que esse processo, exatamente por tratar da construção de uma ordem democrática, não seja tortuoso e complexo, sobretudo porque ocorre enquanto se constroem tanto o SUS como essas identidades sociais protagonistas dos conselhos de participação.

A relação entre Estado e sociedade acaba sendo mediada pelo mercado, não só em termos da compra e venda de serviços de saúde, sobretudo por meio de seguros e planos de saúde, mas também – e aqui é o que importa em particular – no imaginário social, fazendo com que se torne eficaz o ideário de que a saúde é responsabilidade individual da família e de cada um (Laurell, 2007), portanto algo pertinente à esfera privada da vida social. A participação social

na gestão pública da atenção à saúde requer exatamente o oposto: a questão da saúde como algo pertinente à esfera pública da vida social porque constitui um direito universal e um dever do Estado.

No entanto, o que se constata é que nessas arenas se defrontam as necessidades de saúde particulares, específicas de determinados segmentos da sociedade, com os interesses privados do mercado e com a finalidade última dessas instâncias de participação: a definição de prioridades e estratégias de enfrentamento dos grandes desafios do SUS em construção. Recorde-se que essa definição tem caráter deliberativo e não meramente consultivo.

À segmentação das demandas da sociedade associa-se a estrutura complexa dos conselhos de gestão, em particular do CNS, aqui tomado como caso empírico, que demanda dos participantes atenção constante com os processos de eleição para suas instâncias internas, além da necessidade de ter um mínimo de demandas dos seus representados atendidas pelos governos para que sua legitimidade se sustente.

Esses processos e dinâmicas acabam por embaçar os limites entre a esfera pública e privada da vida social, tal como estão embaçados e embaralhados os limites entre o que é uma instituição pública e uma instituição privada no mercado de serviços de saúde e na própria estrutura dos equipamentos públicos estatais: de um lado, as isenções fiscais e formas de subsídios para prestadores privados de serviços de saúde que têm acesso a eles porque “prestam serviços de relevância para o SUS”; de outro, as entidades filantrópicas que passam a oferecer serviços privados típicos do mercado ou, ainda, os serviços públicos estatais de saúde que passam a contratar entes privados “de relevância pública e social” para a gestão direta dos equipamentos de saúde.

É a partir dessa realidade que as identidades desses sujeitos sociais na área da saúde vão se constituindo, o que está longe de significar que essa experiência de participação direta na gestão pública de saúde, de mais de vinte anos, não tenha sido responsável pelos avanços do SUS no país pela conquista da atenção à saúde como um bem coletivo e um direito universal.

Referências bibliográficas

ABREU, Maria Aparecida Azevedo. (2010), “Representação de interesses nos conselhos nacionais de políticas públicas”. In: SILVA, Fábio de Sá e; LOPEZ, Felix Garcia & PIRES, Roberto Rocha C. (orgs.). *Estado, instituições e democracia: democracia*. Livro 9, vol. 2. Brasília, Ipea.

- ALMEIDA, Carla & TATAGIBA, Luciana. (2012), “Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas”. *Serviço Social e Sociedade*, 109: 68-92.
- ARATO, Andrew. (1995), “Ascensão, declínio e reconstrução do conceito de sociedade civil – orientações para novas pesquisas”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 10 (27): 18-27.
- AVRITZER, Leonardo. (2006), “New public spheres in Brazil: local democracy and deliberative politics”. *International Journal of Urban and Regional Research*, 30 (3): 623-637.
- COHN, Amélia. (2003), “Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (1): 9-18.
- _____. (2012), “Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania”. In: _____ (org.). *Saúde, cidadania e desenvolvimento: pensamento Crítico*. Rio de Janeiro, Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento.
- DAGNINO, Evelina. (2002), “Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades”. In: _____ (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*, São Paulo, Paz e Terra, pp. 279-302.
- _____. (2004), “Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?”. In: MATO, Daniel (org.). *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. Caracas, Faces/Universidad Central de Venezuela.
- DOMINGUEZ, Bruno. (2014), “As vozes do Brasil”. *RADIS*, 144: 11-17.
- FONSECA, Ana & FAGNANI, Eduardo. (2013), *Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania*. São Paulo, Fundação Perseu Abramo, vols. 1-2.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois *et al.* (2012), “O complexo econômico-industrial da saúde: elementos para uma articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento?”. *Saúde em Debate*, 36 (92): 22-31.
- LAVALLE, Adrián Gurza *et al.* (2006), “Representação política e organizações civis: novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 21 (60): 43-66.
- LAURELL, Asa Cristina. (2007), “Health system reform in Mexico: a critical review”. *International Journal of Health Services*, 37 (3): 515-535.
- NEVES, Ângela Vieira. (2007), “Espaços públicos e práticas políticas: os riscos de despolitização da participação da sociedade civil”. In: DAGNINO, Evelina & TATAGIBA, Luciana (orgs.). *Democracia, sociedade civil e participação*. Chapecó, SC, Argos.
- PIRES, Roberto & VAZ, Alexandre. (2012), “Participação social como método de governo? Um mapeamento das ‘interfaces socioestatais’ nos programas federais”. Texto para discussão, 1707. Rio de Janeiro, Ipea.
- TATAGIBA, Luciana. (2010), “Desafios da relação entre movimentos sociais e institui-

ções políticas: o caso do movimento de moradia da cidade de São Paulo – primeiras reflexões”. *Colombia Internacional*, 71: 63-83.

Resumo

Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde

O texto aborda a questão da participação social nas políticas públicas de saúde a partir de 1988. O objetivo consiste em problematizar a relação Estado-sociedade com base na instituição dos conselhos de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) com poder deliberativo. Parte-se do pressuposto de que mais democracia na saúde não se resume na expansão de serviços de saúde e da cobertura de atendimento. Ela compreende a construção da atenção à saúde como um bem público, contraposta à concepção como mercadoria, ou mero bem de consumo individual. Indaga-se sobre a natureza da participação social na saúde, as esferas pública e privada da vida social envolvidas nessa dinâmica, o grau de representatividade dessas demandas sociais, dada a diversidade de atores e de identidades sociais.

Palavras-chave: Participação social; Gestão da saúde; Conselho Nacional de Saúde.

Abstract

Social participation and public management in the Brazil's National Health Service

The article examines the question of social participation in public health policies from 1988 onwards. It seeks to problematize the State-society relation through an examination of the creation of management councils with decision-making powers in Brazil's National Health Service (SUS). The text sets out from the premise that achieving more democratic healthcare is not limited to expanding health services and coverage: such a process also involves building awareness of health as a public asset, rather than conceiving health simply as a marketable item or an individual consumer commodity. The text explores the nature of social participation in healthcare, the public and private spheres of social life involved in this dynamic, and the extent to which these social demands are representative given the diversity of the social actors and identities involved.

Keywords: Social participation; Health management; National Health Board.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015012>.

Têxto enviado em 29/1/2015 e aprovado em 13/3/2015.

Amélia Cohn é socióloga, professora aposentada da USP e pesquisadora sênior do CNPq. E-mail: amelcohn@uol.com.br.

Yasmin Lilla Bujdoso é doutora em ciências da saúde e pós-doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da USP. E-mail: yasminlilla@uol.com.br.

