

**PODER DELIBERATIVO, PARIDADE, AUTONOMIA: DILEMAS DA PARTICIPAÇÃO
SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL**

Flavio Goulart¹

Um breve percurso pelos conceitos

A participação da sociedade nas políticas de Governo, assim como a Democracia, da qual é parte, pode não representar o melhor dos mundos; o problema, como dizia Sir Winston Churchill, é que não existe nada melhor para substituí-las. Sua negação, a história tem demonstrado, a cada vez que acontece produz desdobramentos perigosos para a liberdade e para os direitos de todos e de cada um.

Bobbio (2004), pensador contemporâneo que tem se ocupado extensivamente da questão da democracia e de outras correlatas, tem desenvolvido reflexões importantes para o aprofundamento do tema, ajudando, assim, a clarear o objeto em foco, a chamada *participação social*, não tanto em seu sentido lato, mas naquele relativo ao *controle social conciliar* presente no sistema de saúde brasileiro.

Democracia e participação são conceitos históricos, com longa história, seja na forma de ser imaginada ou na prática concreta dos homens. As muitas críticas ou, em contrapartida, as inúmeras tentativas de aperfeiçoamento que receberam ao longo da história, pode-se dizer, são tão antigas quanto à própria formação do conceito de democracia, que remonta a alguns séculos AC.

Com efeito, mesmo os gregos, seus fundadores, não deixavam de lhe fazer ressalvas. Platão dizia que a mesma seria apenas a melhor forma de governo entre as piores, ou seu oposto, a pior forma entre as melhores. Aristóteles, mais generoso, distinguia formas diversas de democracia, desde os governos com participação igualitária de pobres e ricos, até a soberania da massa e não da lei, sendo esta última, para ele, a forma de governo mais corrupta e detestável (Bobbio, 2004).

¹ Médico; Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia-MG (1983-88 e 2003-04); Professor Titular (aposentado) da Universidade de Brasília. E-mail: goulart.fa@gmail.com

Entre os romanos, detentores de uma civilização sem dúvida mais complexa e abrangente do que a dos gregos, o conceito evoluiu. É de um de seus pensadores, Juliano, (citado por Bobbio, 2004) a afirmativa de que o povo deve criar o direito não apenas através do voto, ou seja, não somente *dar vida às leis*, mas também *dar vida aos costumes*, o que não ocorreria apenas com o simples exercício do voto. Como desdobramento do pensamento romano e sua re-elaboração no Medievo, dá-se que a transferência do poder aos governantes nunca se daria de forma completa, pois o povo reteria sempre uma parcela de poder consigo, para usá-lo em determinadas circunstâncias.

Em vertentes mais modernas de pensamento, os conceitos de democracia e de participação passam por momentos de aprofundamento no século XVII, quando Locke na Inglaterra e Rousseau no continente defenderam posições relativamente antagônicas: o primeiro pela representação como verdadeiro mecanismo do exercício democrático; o segundo, que preferia a utilização do termo República, pugnando pelo exercício direto do poder pelos próprios cidadãos. Neste aspecto, Rousseau pode ser considerado o pai da participação social moderna, dentro de sua doutrina do *contrato social*, na qual defende a *vontade geral* como entidade capaz de elaborar as leis mediante o uso do consenso decorrente da participação igualitária de todos os membros da sociedade (Bobbio, 2004).

A Revolução Francesa representou um momento, senão de consolidação, pelo menos de experimentação das idéias contratualistas, ao se contrapor à concentração do poder nas mãos de poucos, distribuindo-o, ao contrário, entre diversas instâncias grupais institucionalizadas ou não – os primeiros *colegiados*. Assim, no lugar dos antigos regimes monárquicos e oligárquicos, sempre comandados por poucos indivíduos, surge uma nova feição de governo, que Bobbio (2004) denomina de *policracia* (governo de muitos).

A partir do século XIX, tanto na tradição liberal como na socialista, estão presentes idéias relativas às diversas formas de democracia e de participação política. Na primeira vertente, as palavras-chave são: liberdade de associação, direitos individuais, poder de voto, representação. O liberalismo, entretanto, não foi capaz de produzir mais do que transformações quantitativas na expansão da democracia – *não uma reviravolta, mas uma correção*, segundo o autor em foco. Na vertente socialista, de forma diferente, o apelo diz respeito à democracia *a partir de baixo*, também exercida de forma direta, abrangendo decisões tanto políticas como econômicas, envolvendo não só a sociedade política como a civil (Bobbio, 2004).

Esta última modalidade de pensamento terá profundos reflexos no século XX, com a formação dos *conselhos operários (soviets)*, inicialmente na Rússia revolucionária e depois em outros países da Europa e, por hipótese, até mesmo na formação dos instrumentos de participação vigentes hoje no Brasil, pelo menos na área da saúde. Sobre ela, seguramente também muito influente no campo de que trata o presente ensaio, valem alguns comentários adicionais. Marx enalteceu a chamada Comuna de Paris (cerca de 1870), vendo na mesma o surgimento de órgãos governo não estritamente parlamentares, mas ao mesmo tempo de ação simultânea nos campos legislativo e executivo. Lênin e seus seguidores não foram menos enfáticos, ao anunciar e comemorar a *nova democracia* dos conselhos, germe de um *novo tipo de Estado*, capaz de contrabalançar alguns dos efeitos maléficos do capitalismo, ultrapassando e substituindo os débeis mecanismos da democracia política formal, promovendo a passagem dialética do cidadão abstrato ao cidadão trabalhador-produtor (Settembrini, 2004).

Discussão derivada é a da *democracia formal* versus a *democracia substancial*, atributos, aliás, presentes, de forma mista, na grande maioria dos sistemas políticos, ao longo da história e contemporaneamente. Ainda Bobbio (2004) aponta, como principal crítica às regras formais da primeira vertente, o fato de que elas dizem respeito somente ao *como*, mas não a *o quê decidir*. Dar substância ao processo democrático significaria, exatamente, superar esta dificuldade, ou seja, clarificar o que cabe ser feito pela sociedade civil e os pressupostos das relações entre esta e a sociedade política. Certamente este é um dilema que acompanha as iniciativas de participação, como elemento de uma *democracia substancial*.

A noção de *participação* estaria associada, assim, a uma necessária *consubstanciação da democracia*. Ainda conforme Bobbio (2004), *participação* é uma expressão altamente polissêmica e que, por isso mesmo, se acomoda a diversas interpretações, o que sem dúvida, prenuncia divergências em sua compreensão. Pode-se ter, por exemplo, a participação em que o cidadão não passa de simples expectador até uma situação de protagonismo de destaque nas decisões políticas. Esta última possibilidade, aliás, é a qual o autor dedica especial atenção, ao considerá-la como o sentido mais ampliado e qualificado da *participação*. Entretanto, para que seja eficaz aquele protagonismo, é de se supor que o ambiente onde a participação ocorra seja o mais isento possível de competição, ao contrário do que geralmente ocorre em sistemas políticos concretos. Além disso, a participação em tal

sentido somente poderá ocorrer amplamente em pequenos universos, seja das organizações ou das coletividades. Da mesma forma, a participação está ligada a fatores muito diversos, que podem variar – e muito – em cada momento histórico e de uma sociedade para outra. Ela seria mais intensiva e abrangente, por exemplo, no segmento masculino, nas classes mais altas e mais letradas, nos cidadãos urbanos e nos ambientes mais politizados. Como ainda lembra o autor em pauta, não existe ainda uma teoria completa que dê conta de um fenômeno tão complexo e tão sujeito a contradições e conflitos como é o caso da participação.

Godbout (1986) chega a falar em uma *participação contra a democracia*, ao estudar o caso dos sistemas de serviços sociais e de saúde no Quebec, advertindo para pelo menos dois grandes riscos potenciais dos processos de participação social tal qual são conhecidos nas sociedades industriais contemporâneas: a necessidade de grande investimento de tempo e esforços intelectuais de quem participa do jogo e, por conseqüência, a freqüente captura que fazem do processo participativo aqueles grupos sociais mais bem posicionados quanto a tais recursos, ou seja, os funcionários públicos, não exatamente os usuários. Este autor admite ainda, em outra obra (Godbout, 1983), que a abordagem da participação social inspirada no marxismo e na luta de classes não é capaz, por si só, de explicar o fenômeno, embora seja largamente utilizada em toda parte (inclusive na realidade brasileira – nota do autor). Nesta vertente, o foco se dá na produção e não no consumo de bens, configurando uma abordagem reducionista e determinista, segundo o mesmo autor, pois seria exatamente na esfera do consumo que se torna possível ao autor cidadão praticar o jogo da participação e até mesmo influir fortemente sobre ele, conforme verifica empiricamente na realidade de seu País, o Canadá.

O caso brasileiro de *participação* na área da saúde

O caso brasileiro pode trazer alguma perplexidade quando se depara com o uso relativamente indiscriminado de pelo menos três expressões para designar o fenômeno da participação da sociedade civil no sistema de saúde: *participação social*, *participação comunitária* e *controle social*.

A Constituição Federal e as duas leis orgânicas de saúde falam em *participação da comunidade*. Nenhuma palavra sobre *controle social*. Não é difícil explicar tal divergência: o primeiro termo tem fundamento sociológico clássico, enquanto o segundo se origina de certa

inquietação ideológica e da influência política dos atores de um movimento social que granjeou enorme prestígio político desde os primórdios da Reforma Sanitária brasileira, nos anos 70 e 80 e que também marcou posição no cenário da saúde na década seguinte. Por ora, basta dizer que a expressão *controle social*, a qual, curiosamente até a década de 80 e ainda hoje, em áreas externas à saúde, significa exatamente o contrário, ou seja, o controle dos cidadãos pelo Estado (Singer *et al.*, 1979), passa a ser utilizada, desde o início dos anos 90, como uma espécie de marcador de uma *nova era* para a participação social em saúde no Brasil. Tal mudança tem como outras características a reforma do antigo Conselho Nacional de Saúde, a sua recomposição em bases paritárias e a retomada e a continuidade de suas atividades, com um papel político do órgão sem dúvida muito mais destacado (CNS, 2003).

As dificuldades conceituais se acentuam quando se percebe que organismos que variam em suas missões e atribuições – todos dentro da esfera pública – recebem a mesma denominação: *conselhos*. Pouco ajuda, ainda, o fato de que a nomenclatura também varia, não necessariamente para funções diferentes, de forma que existem *conselhos, colegiados, conferências, plenárias e comissões* exercendo tarefas que se assemelham e se superpõem nas questões relativas à participação social.

A *participação social* (ou o *controle social*, se assim for desejado...) nas políticas públicas e, particularmente, na saúde, não se inaugura, no País, em definitivo, com a Constituição de 1988 e muito menos com os fatos políticos e jurídicos dos anos 90. Há outras raízes, sem dúvida. Em texto da década de 90 que se transformou, com justiça, em referência para os estudiosos do assunto, Carvalho (1995) atribui grande peso a experiências desenvolvidas dentro e fora do Estado, ao longo da década anterior, destacando entre elas a formação do Conselho de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com a subsequente criação das comissões interinstitucionais de saúde (CLIS e CIS) e seus desdobramentos em determinadas situações locais, citando nominalmente o caso do município do Rio de Janeiro como portador de grande avanço nesta área, ao criar tais comissões também em nível de regiões de saúde.

Este autor cita também, embora de passagem, localizando-as como remanescentes de uma espécie de pré-história da participação social no Brasil, algumas experiências, chamadas de *laboratórios experimentais*, levadas a cabo por influência direta de universidades, sintonizadas àquele momento (anos 60 e mesmo depois) com as propostas de *medicina comunitária*, importadas do exterior, principalmente dos Estados Unidos.

Há mais ingredientes nesta história, entretanto. Na verdade, nas décadas de 70 e 80, alguns municípios brasileiros, independente de alguma influência universitária ou norte-americana, já vinham experimentando novas formas de gestão e assistência em saúde, inclusive no campo da participação e controle pela sociedade das políticas e dos serviços de saúde, conforme demonstram Almeida (1988), Goulart (1996), entre outros autores.

Carvalho (1995), autor já citado, destaca também a forte influência do que denomina de *movimento social* na gênese do controle social em saúde, tal qual é conhecido hoje. E tem toda razão. Tal movimento foi analisado com abrangência – com certa dose de indulgência também, o que seria de se esperar, sendo a autora uma notável participante do mesmo – por Escorel (1987). Quem são seus membros e quais são suas características? Ele tornou-se reconhecido como um conjunto organizado de pessoas e grupos articulados em torno de ideologias e saberes, bem como de um projeto de mudanças nas práticas de saúde, de acordo com a definição daquela autora. Suas raízes são também bastante diversificadas, mas convergem em uma organização informal de pessoas, do eixo Rio-São Paulo, que durante os anos mais duros do arbítrio se reunia quase clandestinamente para discutir projetos de saúde para o país, tendo como ambiente mais freqüente o Hotel Novo Mundo, no Rio, pelo que tomou esta denominação também informal: *Grupo Novo Mundo* (Goulart, 1996). Na seqüência é que surgiram os outros grupos e movimentos, aos os quais a história formal costuma conceder mais espaço, tais como o CEBES, a ABRASCO, o movimento sindical médico, o movimento municipalista de saúde, entre outros.

Praticamente sem exceções notáveis, os atores que compunham o referido movimento tinham algumas características dignas de nota: eram jovens (faixa etária geralmente inferior a 40 anos com raras exceções), possuíam formação universitária em saúde, tinham vinculação institucional pública (com universidades, geralmente, mas também na FIOCRUZ, INAMPS e secretarias de saúde), além de pouca (ou nenhuma) experiência com o poder *de fato*, por exemplo, na direção de sistemas de saúde. Além disso, faziam, de modo geral, oposição ao regime militar, militantes (ou pelo menos simpatizantes) que eram de partidos e organizações políticas de esquerda, com amplo domínio do antigo Partido Comunista Brasileiro. Eram também, sem dúvida, portadores de propostas progressistas em matéria de saúde, inspiradas nos sistemas de proteção social tanto do mundo socialista como dos

welfare-states europeus tradicionais. Sua herança e seu ponto de vista sobre condução e estratégia política, pode-se dizer, associavam-se a um modo *leninista* de ação².

Este grupo teve – e nisso deve se reconhecido e valorizado seu mérito – uma história de amplo sucesso na conquista de posições no aparelho de Estado após o início da Nova República, ou mesmo um pouco antes disso, visto que já tinha representantes de alguma influência no próprio CONASP, criado no início dos anos 80, ainda nos anos de ditadura. Com efeito, alguns dos membros mais notáveis de sua *vanguarda* vieram a ocupar postos-chave na direção do Ministério da Saúde, da FIOCRUZ, do INAMPS e de vários outros órgãos do sistema de proteção social, a partir de 1985. Propuseram e organizaram a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco do imaginário sanitário brasileiro. Conduziram todas as grandes transformações da saúde no período da Reforma Sanitária: das Ações Integradas de Saúde ao SUDS; da descentralização do INAMPS à sua fusão com o Ministério da Saúde e daí à construção do SUS. Mesmo em clima político adverso (governo Fernando Collor), estiveram presentes ou influíram sobre a negociação política que produziu a Lei 8142 – documento base do controle social no Brasil – na verdade uma retomada pactuada de artigos vetados pelo Executivo na Lei 8080. Assim, nada mais natural que tenham exercido forte influência, também, na formação dos conteúdos jurídicos, políticos e mesmo operacionais do *novo* Conselho Nacional de Saúde e da *nova* participação social, agora denominada *controle social*, instituídos no País a partir de 1990.

Sobre tal *movimento sanitário*, dois de seus analistas (e sem dúvida, também, membros destacados) mostram como o mesmo é percebido e se coloca diante da realidade da saúde no País. Carvalho (1995) destaca sua singularidade e seu caráter especial, sua capacidade tática de ocupar espaços institucionais, enfatizando que: *não é possível compreender nem a dinâmica concreta nem a direcionalidade do processo de reformas do sistema de saúde brasileiro, sem considerar a existência e a atuação desse vetor político*. Escorel (1987) em tom não menos encomiástico, o qualifica como: *um ponto de aglutinação, um código de identidade, um discurso que permitia o reconhecimento de um projeto comum, em construção teórica e prática*.

² *Leninismo*, aqui, é tomado como uma constatação, não como um juízo de valor ou de ideologia. Trata-se de um modo de ação política tradicional na esquerda brasileira, seja na vertente comunista tradicional ou naquela facção renovadora que deu origem ao Partido dos Trabalhadores. Segundo SETTEMBRINI (2004), suas características principais são traduzidas por certa impaciência e desejo de exercer protagonismo na conquista do Estado, aspectos sintetizados por Lênin em sua famosa obra *O que fazer?* Outros aspectos em destaque são: voluntarismo, vanguardismo, defesa do auto-governo (“*todo poder aos soviets*”), além de certo messianismo. Segundo este autor, o êxito do leninismo como estratégia política manteve-se circunscrito a países atrasados, associando-se frequentemente a um *anarco-populismo indígena*. McLELLAN (1988) aponta ainda no leninismo a opção pela conquista do poder pelas vanguardas, mais do que pela formação da militância, além de forte impulso para participação no e utilização do aparelho de Estado para os fins revolucionários.

Em suma, trata-se de um ator (ou um conjunto de atores) fortemente influente. O conteúdo do que passou a se denominar, a partir dos anos 90, *controle social* refletem muito de perto o projeto ideológico deste grupo, na verdade extraordinariamente coeso em termos de pensamento, em que pese diferenças que por vezes manifestem, de fundo partidário ou de facções, mais do que de natureza propriamente ideológica, guardando correspondência com os traços já apontados no *leninismo* político.

De movimento ideológico a ação política

A participação social no Brasil tem seu início a partir de processos micropolíticos e locais, a partir de modelos importados, desenvolvendo-se na primeira metade do século XX. Neste momento, a mobilização geralmente se dava a partir do próprio Estado e não das próprias comunidades e a informalidade e não-institucionalização eram aspectos freqüentes (Carvalho, 1995).

Mais tarde a equação se torna mais complexa. Começam a surgir movimentos dentro da própria sociedade e o Estado, agora, já não convoca mais; antes, é visto com maus olhos, como autêntico *escritório de interesses da burguesia*, no jargão marxista, corrente de pensamento que, aliás, tem marcada influência neste movimento, seja em sua análise ou mesmo em sua práxis. Ainda segundo o autor acima citado, a ênfase deixa de ser o *desenvolvimento da comunidade* e passa a ser *reivindicações* e a categoria *comunidade* dá lugar a *povo*. Os anos 90, de consolidação da redemocratização do País, dão lugar a novas transformações no conceito de participação, agora assegurada na própria Constituição Federal, promulgada pouco antes. As palavras de ordem passam a ser *controle social, busca de identidade, construção autônoma da cidadania, autonomia decisória*. A partir deste momento, vínculos com o Poder Executivo passam a ser bem vindos, ou, pelo menos, não mais rejeitados liminarmente.

Paim (1997) resgata um pouco da história a formação das idéias que acabaram desembocando naquilo que deu origem aos atuais conceitos e práticas de participação e controle social no Brasil, embora seu foco seja os movimentos do *preventivismo* e da *saúde comunitária*, além da própria produção teórica e crítica da saúde coletiva no Brasil. Ele chama atenção para uma *luta contra-hegemônica* que envolveu a construção de novos

modelos de atenção à saúde, mediante componentes de *saber, ideologia e ação política*, com deslocamento da ênfase centrada meramente nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, gerando práticas de saúde imbuídas de caráter social e com dimensões simultaneamente técnicas, políticas e ideológicas. Também é destacado que alguns desses conceitos e práticas foram elaborados em contextos externos ao país, sendo apenas atualizados no Brasil.

Ao longo do tempo, porém, o que era um *movimento ideológico* passaria também gradualmente a incorporar um caráter de *ação política*, conduzida por atores sociais diversos, como se verá adiante.

Tal importação de idéias e projetos não esteve, naturalmente, isenta de críticas e contradições no campo da saúde. Testa (1992), por exemplo, aponta que as diferenças econômicas e culturais entre os países acabam por resultar em imposição de cópias ineficazes daquilo que é funcional apenas em outras realidades, já que os receptores raramente detêm condições de realizar uma *conceituação totalizante* das propostas adventícias. Donnangelo e Pereira (1979), além de Arouca (1975), em textos que se tornaram clássicos, discutem a formação das ideologias e das práticas em saúde no Brasil, enfatizando o papel de experiências e programas desenvolvidos e mantidos por universidades, ocorridas nos anos 60, a partir da importação de conceitos. Estes autores apontam, ainda, para a existência de raízes mais amplas de tal movimento, vinculadas tanto à crise do capitalismo como ao impacto dos resultados da implementação dos *welfare states* na Europa, e também à política externa norte-americana da Era Kennedy, voltada para os países pobres da América Latina, a *Aliança para o Progresso*.

O conceito de *participação*, então qualificado como *comunitária*, viria a ter seu substrato teórico, político e ideológico consagrado e expandido na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, a partir da qual ela se soma e até se confunde com as palavras de ordem geradas no evento, particularmente *atenção primária à saúde* (WHO, 1978). Segundo Silva J^r. (1998), o componente da *participação* faria parte de um novo paradigma de saúde, reunindo diversos outros elementos estruturais, tais como o coletivismo; a integração da promoção, prevenção e cura; a desconcentração e a descentralização de recursos e de poder; a adequação das tecnologias; a aceitação e inclusão de práticas não oficiais, interdisciplinares e multi-profissionais.

O fato é que a participação social ou comunitária no setor saúde sempre esteve no foco de intensas polêmicas, mobilizando energias intelectuais para sua crítica, não só no Brasil como em toda a América Latina, com ataques que se dirigiam contra as potencialidades de controle sobre a sociedade, a imposição de mecanismos participativos, além do favorecimento da acumulação de capital aos produtores e da manutenção e aprofundamento das desigualdades de acesso (Donnangelo e Pereira, 1979).

Curioso constatar, entretanto, que em anos seguintes, particularmente na década de 90, esta crítica se atenua bastante, ou por outra, as citadas energias intelectuais vão se concentrar em encontrar soluções, não mais apenas em demolir as propostas colocadas em campo, vistas como eram sob uma ótica fortemente ideológica e até certo ponto conspiratória. É neste momento, segundo Paim (1997), que se dá o *renascimento* de um paradigma alternativo de medicina social, ancorado na concepção de *determinação social do processo saúde-doença* e na dinâmica do *processo de trabalho em saúde*, com marcante influência nas propostas democratizantes de reforma do sistema, que convergem com a concretização da *reforma sanitária*, dentro do panorama de redemocratização do País, vindo a desaguar no conceito ampliado de saúde incorporado na Constituição de 1988.

É assim que é gerada a transformação daquele *movimento ideológico* em *ação política*, pois com a redemocratização do país abriram-se novas possibilidades, à luz do dia, dando agora voz e ação a atores diversificados, não apenas às academias, aos organismos internacionais ou aos órgãos centrais dos governos das três esferas. Os novos protagonistas que entram no jogo passam a então a formular e colocar em prática novas propostas de participação social no cenário. São eles os municípios e o impacto que produziram foi marcante, como de resto o fizeram em relação a todo um conjunto de políticas públicas a partir dos anos 90, assunto tratado por diversos autores: Escorel, 1987; Almeida, 1988; Goulart, 1996, Silva, 200; entre outros.

A implantação das reformas do sistema de saúde no Brasil, na década de 80, preliminarmente com as AIS e os SUDS e depois com o SUS, com a conseqüente municipalização das responsabilidades, por certo representou um outro estímulo fundamental para que os fenômenos de oficialização e ampliação da ação participativa da sociedade acontecesse na saúde. Nesse quadro, certamente se inserem outros determinantes, como: o incremento de intercâmbio de modelos com outros países; o desenvolvimento da capacidade formuladora dos organismos gestores; a qualificação da

prática participativa; a ruptura com o caráter meramente demonstrativo e experimental das experiências anteriores. O grande denominador comum seria a liberação das amarras de um debate profundamente ideológico e marcado pelo (legítimo) sentimento de resistência ao arbítrio, que se viu superado após a passagem dos *anos de chumbo*.

Jacobi (2002) resume tal trajetória a partir de estudos sobre o processo participativo em outras áreas, além da saúde, pontuando a complexidade crescente nas interações dos movimentos sociais com órgãos públicos e uma importância crescente das assessorias especializadas e das articulações interinstitucionais, fenômenos que ganham força na década de 80. Na seqüência, a politização da esfera privada decorrente da redemocratização do País acarreta a construção de novos padrões de valores, com vinculação ideológica e política entre as necessidades coletivas e seus condicionantes estruturais, dando margem à multiplicidade de dinâmicas participativas nos conselhos e colegiados, a partir da Constituição de 1988. Assim, uma *concepção conciliar* é a que marca presença no Brasil, com relativa legitimação do papel inovador de tais organismos, tidos como reais facilitadores da presença da sociedade civil na gestão pública. Trata-se, segundo este autor, de uma forma de institucionalização ampliada, embora de fundo neo-corporativo, que sem dúvida inaugura arenas institucionais de inclusão de grupos sociais, com regras claras e transparentes, representando substancial avanço na promoção do exercício efetivo de uma cidadania ativa.

Participação social em visão panorâmica no Brasil, hoje

A *concepção conciliar* de que fala Jacobi (2002) produziu numerosos organismos de participação relativos às políticas públicas no Brasil, talvez dezenas deles atualmente. Para as finalidades do presente trabalho, foram selecionados alguns destes conselhos para um estudo comparativo de suas funções, estrutura e processos de decisão³. São eles: Conselho Nacional de Saúde (CNS); Conselho Nacional de Educação (CNE); Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humanas (CDPH); Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA); Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES); Conselho Nacional de Previdência

³ Estudo realizado a partir de visitas às páginas destes organismos na web, com consultas também às leis de criação dos respectivos conselhos, disponíveis em sites de legislação brasileira.

social (CNPS). Tal estudo será objeto de publicação posterior e por ora basta apresentar uma súmula dos achados, conforme se vê no quadro seguinte.

ATRIBUTO	COMENTÁRIOS
BASE JURÍDICA	Criados por leis específicas, emanadas do Executivo, que geralmente detalham suas funções, composição e aspectos operacionais (exceção: saúde)
IDADE	Variável. CNE, CNS e CDPH são os mais antigos (início do século XX e décadas de 30 e 60, respectivamente), mas sofreram marcantes transformações democratizadoras nos últimos anos. Os demais tendem a surgir ao longo do processo de redemocratização do País.
VINCULAÇÃO	Todos pertencem formalmente à estrutura do Executivo e têm tarefas e atribuições coerentes com tal definição.
PRESIDÊNCIA	Ministros ou funcionários graduados do Executivo, em cargos definidos pela lei como <i>atos</i> . Saúde é, mais uma vez, exceção (a partir de 2006).
ESTRUTURA OPERACIONAL	A maioria tem comitês temáticos, grupos técnicos e outras denominações para operacionalizar suas tarefas. No CNE é bastante marcante esta divisão, funcionando praticamente como dois conselhos paralelos, que levam apenas as questões a serem dirimidas ao "conselho pleno".
PODER DELIBERATIVO	Os termos poder <i>deliberativo, deliberar e deliberação</i> aparecem em apenas alguns casos (CNS, CONAMA, CNE) e são qualificados mediante termos tais como <i>assessorar, formular, avaliar, recomendar, opinar, definir, acompanhar a execução, fiscalizar etc.</i> É patente a necessidade de <i>homologação</i> das decisões por parte do Executivo.
PARIDADE	Não é aspecto constante. No CONAMA as entidades oficiais são maioria; no CNDES está estipulado que o governo federal não poderá ocupar mais do que 25% das vagas. No CNS os quantitativos de participação dos diversos segmentos são auto-regulados, o que é também uma exceção à regra geral.
PROCESSO DE COMPOSIÇÃO	Geralmente por escolha direta que parte do Executivo. Para a representação da sociedade, há definição legal prévia e a intervenção do Executivo na escolha é a regra, mediante listas múltiplas, por exemplo. CNS seria, mais uma vez, exceção.
PROCESSOS DE DECISÃO	Variável. No caso do CONAMA ocorre definição mais abrangente relativa aos poderes do conselho e sua publicização (<i>resoluções, moções, recomendações, proposições</i>). Também no CONAMA aparece uma figura original, a <i>deliberação vinculada</i> a diretrizes, normas técnicas e padrões estabelecidos. Necessária a homologação (pelo Executivo) em todos os casos.

Em resumo, a presença dos conselhos no panorama das políticas públicas no Brasil tem como aspectos comuns: a vinculação ao Poder Executivo, o estatuto de política de governo, os atributos de instância de consulta, acompanhamento e formulação de políticas, com o poder deliberativo atrelado (ou vinculado) às diretrizes previamente estabelecidas em leis e normas próprias de cada área de atuação.

Como se percebe, também, não são poucas as particularidades e exceções que a área da saúde apresenta em termos de controle ou participação social. Entre estas, podem ser arroladas: a presidência exercida por um ator não-governamental, a paridade auto-regulada, a escolha direta a partir das bases dos conselheiros usuários, além da ausência de regulação definida por Lei em relação aos demais aspectos operacionais do Conselho. Prevalece, ainda, um forte discurso *autonomista*, traduzido pelo apelo ao poder deliberativo, pela defesa do processo direto de escolha de conselheiros, pela reivindicação de autonomia orçamentária e administrativa. Outra particularidade é a inclusão das conferências de saúde, também

definidas como *deliberativas e paritárias*, como instrumento de participação social, como está no texto da Lei 8142 (BRASIL, 1990), instrumento legal básico – embora extremamente lacônico – que rege a criação dos conselhos de saúde das três esferas de governo.

A qualidade da participação social em saúde no Brasil tem sido mais bem definida contemporaneamente mediante estudos formais, por exemplo, aquele conduzido por Rasga e Escorel (2006) e também na operacionalização de um cadastro de conselhos de saúde, mediante parceria entre a Secretaria de Gestão Participativa e o CNS, disponibilizado também na *web* ([www.participanet](http://www.participanet.org.br), 2007).

De acordo com estes estudos, existem cerca de 5,5 mil conselhos no País, presentes, portanto, na maioria absoluta dos municípios; neles atuam quase setenta mil conselheiros. Destacam-se marcantes obstáculos ao funcionamento regular e efetivo destes conselhos, seja nos municípios ou na esfera dos estados, entre os quais podem ser apontados: as dificuldades de exercício do seu *caráter deliberativo*; as precárias condições operacionais resultantes de uma infra-estrutura muito deficiente; a irregularidade de funcionamento; a escassez de outras alternativas participativas; a baixa transparência das informações relativas à gestão; as dificuldades e a baixa mobilização de ações voltadas para a formulação de estratégias e políticas; a não-inclusão em suas pautas do tema da construção de um novo modelo de atenção à saúde, além das questões relativas à baixa representatividade e escassa legitimidade dos representantes, refletindo nas relações entre estes e seus representados (Dominguez, 2007).

Além disso, o processo de capacitação dos conselheiros de saúde é precário, não alcançando 45% dos municípios com mais de 100 mil habitantes e muito aquém disso nos municípios menores. O conceito de usuário parece ser bastante fluido, com presença relativamente freqüente de atores e entidades esportivas, filantrópicas, religiosas, patronais, ambientais e até mesmo governamentais dentro de tal segmento. Com freqüência relativamente alta, o presidente não é eleito, o conselho não é paritário e as reuniões não são divulgadas e nem abertas para a população, que também não dispõe de direito a voz nas reuniões.

O trabalho citado de Rasga e Escorel (2007), mediante a utilização de engenhosos *índices*, aponta também, de forma mais precisa e definida, algumas das variadas dificuldades e limitações ao funcionamento dos conselhos em relação, por exemplo, a sua reduzida adequação à Resolução 333, as precárias condições de autonomia, democratização, estrutura física, equipamentos e as dificuldades marcantes em relação à gestão em geral.

O assunto tem recebido especial atenção de autores que se debruçam sobre a situação da participação social em saúde no eixo Rio-São Paulo. Labra e Figueiredo (2002), por exemplo, analisando o caso da cidade do Rio de Janeiro, enfatizam o grande potencial dos conselhos em gerar círculos virtuosos caracterizados pelo envolvimento dos cidadãos em questões de interesse coletivo, bem como pela acumulação de capital social e de uma cultura cívica. Reconhecem, entretanto, que algumas condições decisivas devem estar presentes, o que nem sempre acontece, como é o caso do apoio de atores com predisposições reformistas dentro do Estado, da adesão de diferentes estratos sociais, além do próprio avanço da democracia em sentido lato.

Bosi e Afonso (2002), também analisando o caso do Rio, apontam elementos das concepções dos usuários sobre sua participação na saúde, constatando o distanciamento em relação a uma autêntica condição de cidadania, ao lado de expectativas nem sempre concretizadas quanto à construção de canais de expressão. Destaca-se, assim, uma falta de correspondência entre o discurso legal e a realidade concreta dos cidadãos, o que resulta, no caso específico da saúde, em longo caminho a ser percorrido para a conquista da equidade e para a garantia do direito à saúde, a despeito dos muitos avanços obtidos no plano legal.

Gershman (2004) observa que a representatividade nos conselhos cariocas reforça a desigualdade do exercício da representação na sociedade como um todo, notando a existência de uma *elite diferenciada, formada por homens mais velhos, melhor educados e com salários maiores que a média da comunidade*, como detentores do atributo de representação. Além disso, destaca que o conceito de controle social é dificilmente compreendido pelos conselheiros, cujo exercício de representação é também *difuso*. Esta autora observa, ainda, que o movimento de conselhos de saúde nutre-se diretamente da experiência sindical, em cuja origem está o Estado e sua ação na definição de políticas econômicas e que uma *sobre-determinação* do político foi secundada por uma *determinação* no plano econômico, o que fez os movimentos populares em saúde virtualmente desaparecerem da cena social e política, embora tenham permanecido ativos os conselhos.

Isso teria provocado, a partir dos anos 90, resultados não alentadores, com a representação da sociedade civil nos conselhos transformada em *mera virtualidade*, já que desprovida de maior sentido político e profundo foco em interesses particulares.

Dallari et al. (1996) destacam, por parte dos conselheiros de saúde da cidade de São Paulo, a existência de um discurso recorrente com relação ao direito à saúde, entretanto dentro de uma visão *jusnaturalista*, que sobrepõe a existência do Estado ou das leis. Também no campo paulistano, Jacobi (2002) observa um dilema entre uma *nova qualidade de cidadania*, a abrir novos e efetivos espaços de participação *versus* as barreiras que ainda devem ser superadas nas iniciativas de gestão democrática, dentro de uma complexa e contraditória institucionalização de práticas participativas inovadoras e que superem as ações de caráter utilitarista e clientelista. Este autor observa que a análise de tais práticas permite leituras que oscilam entre apologia e voluntarismo, de um lado e, do outro, indiferença e subestimação. Constata, ainda, que são escassas as experiências de gestão que assumem de fato uma radicalidade democrática, o que obriga a pensar sobre a participação da população e a sua relação com o fortalecimento de práticas políticas e de constituição de direitos que transcendam os processos meramente eleitorais. Aponta também algumas visões pouco realistas, como a dos *Conselhos Populares* da primeira administração do PT na capital paulista, percebidos como autêntica *panacéia*, distante de uma inovação efetiva na relação entre o Estado e sociedade civil. Por tudo isso, destaca o autor, parece remoto o surgimento de um paradigma de significativa repercussão no atual quadro brasileiro, seja por falta de vontade política dos governantes, seja pela fragmentação e fragilidade da sociedade, ainda refratária a práticas coletivas.

Macedo (2005) analisou a produção científica a respeito da participação e do controle social no setor saúde, no Brasil, nos últimos dez anos, afirmando que apesar do direito de participação e controle social estar garantido pela legislação vigente, o processo para a construção desses direitos ainda se vê diante de fortes desafios para a consolidação do princípio constitucional do direito à saúde. Além disso, lembra a autora, mesmo sendo notório o incremento do número de espaços formais para a participação em saúde no Brasil, isso não garantiria, por si só, a qualidade dessa participação, sendo necessário também avaliar se os espaços institucionais têm sido usados para a tomada de decisões em favor dos interesses coletivos, de forma democrática, ou se apenas surgiram novos espaços para a representação de velhos interesses corporativistas e individuais.

Discussão

Como se viu, a participação e mais ainda, o *controle social* em saúde no Brasil, constituem processos ainda em construção, sobre os quais uma visão crítica, além de aprimoramentos conceituais e operacionais deveriam ser, não apenas acolhidos, como também promovidos, o que, aliás, é convite explicitado na própria página do CNS na *web*.

Curiosamente, entretanto, nem sempre esta receptividade à mudança é observada entre os diversos segmentos e atores presentes no sistema de saúde, não só em relação ao processo de participação como também em relação a quaisquer propostas de renovação e revigoramento do arcabouço do SUS. Isso diz respeito, particularmente, ao que é professado pelas *comunidades epistêmicas*⁴ que gravitam em torno da discussão de saúde no Brasil, principalmente do *main-stream* ao qual pertencem aqueles atores do movimento sanitário que tiveram papel histórico na formulação do SUS e do conceito de controle social em saúde, conforme mencionado antes. Com efeito, existe a tendência de se taxar as propostas de aprofundamento da discussão de forma até certo ponto desqualificadora, como *reforma da reforma*, o que certamente não propicia que as discussões do tema prosperem⁵. Constata-se, assim, uma espécie de *unanimidade endogâmica* nas discussões sobre o sistema de saúde.

O pressuposto deste trabalho pode ser traduzido por: *é necessário não só defender o SUS, mas também arejar o debate sobre o mesmo, questionando verdades estabelecidas, principalmente aquelas previsíveis, estabelecidas e repetidas sem crítica, de forma a produzir ruptura com as endogamias e unanimidades imperantes*. Ou, para ser provocativo: *um dos maiores problemas do SUS tem sido a unanimidade!*

Com efeito, quase toda a discussão registrada tem-se polarizado entre duas vertentes opinativas, de fundo ideológico: os que atacam a própria idéia-matriz do SUS, clamando por sua eliminação ou, no mínimo, por sua aplicação apenas aos segmentos mais pobres *versus* outros que não aceitam qualquer mudança nos rumos do sistema, brandindo de forma insistente argumentos que enfatizam o caráter de *conquista social* do mesmo ou da

⁴ *Comunidades epistêmicas*: o termo tem sido utilizado, como chama atenção COSTA (1996) para focar o fato cada vez mais freqüente de que determinados grupos técnicos radicados em organismos internacionais de fomento, dos quais o Banco Mundial constitui um bom exemplo – e não os governos nacionais – assumem poder de decisão nas questões internas de um País. Aqui, entretanto, como já realizado antes pelo autor (GOULART, 2002), o termo é utilizado para designar grupos também dotados de capacidade para ou influência na tomada de decisões que repercutem amplamente, como é o caso dos atores intelectuais do *movimento sanitário* aqui analisados

⁵ O tema da *reforma da reforma* tem sido recorrente nos vários congressos e encontros da área da saúde e, mais uma vez, seus apresentadores e debatedores primam pela unanimidade e certo dogmatismo, refutando, preliminarmente toda e qualquer proposição de mudança no arcabouço legal do SUS. Veja-se, por exemplo, debate reproduzido em RADIS, 2006.

necessidade de cumprimento estrito do que *está na Lei*, atirando à *vala comum da reforma da reforma* quaisquer propostas que pareçam suspeitas de *revisionismo* relativo ao SUS.

Assim, defende-se aqui que é importante superar tal panorama discursivo, fundado na vedação de qualquer mudança nos rumos do sistema, em busca de maior abertura das formulações, mesmo em relação ao que é imposto pelo arcabouço normativo vigente. Essa afirmativa parecerá herética, porque existe um sentimento de orgulho, por parte de muitos setores sociais, a respeito das conquistas sociais obtidas no texto constitucional e qualquer tentativa ou mesmo insinuação de buscar novos rumos para o SUS em geral, ou mesmo para a participação social em particular, corre o risco de se confundir com uma renúncia às sobreditas conquistas.

Deixando claro: torna-se preciso que alguns dispositivos legais e, por conseqüência, determinadas práticas estabelecidas e consagradas, possam ser, em primeiro lugar, *melhor compreendidos* mediante análise crítica, para na seqüência serem (ou não) *flexibilizados, revistos* ou até mesmo *reformados*, exatamente para fazer a participação social no SUS de fato avançar. Isso seria, sem dúvida, uma *tese na contra-mão*, mas *tese* em sentido *aristotélico*: uma proposição assumida como princípio teórico que fundamenta uma demonstração, argumentação ou um processo discursivo. *Na contra-mão*, por sua vez, não indica apenas que o autor queira ser meramente *do contra* ou (des)inventar a roda. O que se quer é mais: pensar um pouco mais profundamente sobre o conteúdo e o significado daquelas aparentes *verdades*, validadas não exatamente por sua demonstração empírica, antes pela sua repetição intensiva.

É dentro de tais pressupostos que, nas páginas seguintes, são explicitadas algumas propostas de aprofundamento conceitual e quiçá de aprimoramento legal dos dispositivos de *poder deliberativo, paridade* e *autonomia* dos conselhos de saúde, sabidamente caros a todos quantos pugnam pela democratização da saúde no Brasil.

- ***Poder Deliberativo***

Deliberar, segundo o dicionário Houaiss (2004) é verbo transitivo direto e indireto pronominal, que tem, entre suas acepções, *decidir(-se), após reflexão e/ou consultas* e ainda, *empreender reflexões e/ou discussões sobre algo no intuito de decidir o que fazer*.

Os fatos da vida real mostram, entretanto, que *deliberação*, na prática concreta dos conselhos de saúde, não se constitui exatamente como tomada de decisão autônoma e dotada de capacidade de produzir transformações externas ao circuito onde foi gerada, enquadrando-se, talvez, na segunda acepção do dicionário (*empreender reflexões e/ou discussões*).

Neste aspecto, entretanto, parece ocorrer grande distância entre a realidade, e mais ainda, entre o que dizem as leis e o que se desprende das práticas participativas reais do País, de um lado e, de outro, o pensamento ou o desejo daqueles que estão imersos no cotidiano da participação social em saúde.

Com efeito, não é demais lembrar, a *deliberação* dos conselhos esbarra em outros dispositivos legais, traduzidos pelo dever da homologação por parte do Executivo, obrigado a determinados constrangimentos e responsabilidades ditados pelas leis vigentes e submetido à vigilância do Legislativo, dos Tribunais de Contas e do Ministério Público. Tudo isso, dentro de um panorama contemporâneo de forte regulação, dada, entre outros instrumentos legais e normativos, pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Sem embargo todavia, o mesmo Ministério Público ao qual cumpre zelar pela responsabilidade jurídica fiscal, costuma enquadrar os Prefeitos e Secretários de Saúde pelo não-cumprimento das *deliberações* dos conselhos.

Um aspecto particular da área da saúde é que a referência à deliberação está presente tanto nas atribuições dos conselhos como das conferências de saúde. É mais uma variável na equação, criando uma situação de triplicidade, pois afinal, o poder de *deliberar* é atribuído às plenárias das conferências, aos conselhos e também ao Executivo, o único que o detém, de fato e de direito. Isso acarretaria uma situação sem dúvida esdrúxula, que poderia ser traduzida por *quando muitos deliberam, ninguém delibera*. O problema maior é que apenas *um* destes entes, o Executivo, tem atribuições legais bem estabelecidas de deliberar, cumprindo assim uma jocosa observação de Castells (1979): *eu participo, tu participas, nós participamos... eles decidem*.

Não seria este *poder deliberativo* uma relíquia sindicalista ou, talvez, leninista, devidamente trazida à luz pelos reformadores da Saúde no Brasil, derivada da formulação original dos *soviets*, nos quais o poder operário assumia funções ao mesmo tempo legislativas e executivas? Como se verá adiante, tal forma de conceber o poder deliberativo está em

sintonia, também, com o conceito e a práxis de *autonomia* de que os conselhos de saúde no Brasil parecem estar particularmente imbuídos.

Assim, a *decisão* implícita na tal *deliberação* apenas embeberia o imaginário dos conselheiros e dos demais participantes do controle social, mais do que aconteceria de fato. O uso contínuo e reiterado da expressão *deliberação ou poder deliberativo* e o que ela implica, pode mais atrapalhar do que ajudar a prática da participação, pois acarreta expectativas dos participantes do jogo participativo, que não podem tomar decisões *de fato*, já que do outro lado da mesa elas não *deverão*, mas sim *poderão* (ou não) serem cumpridas – e isso é *de direito*. Tal fenômeno tem potencial de agravamento pelas novas determinações e práticas do CNS (2003b), fazendo com que a condução do conselho deixe de ser atributo dos gestores. Em outras palavras: a homologação do Executivo, que antes poderia ser tomada como compromisso do gestor, pode passar a ser exercida como mera concessão, relativa a um organismo que se afasta do que determina a lei e se coloca *de fora* do Executivo, não mais como seu componente, embora os defensores de tal medida às vezes utilizem este mesmo argumento, com sinal trocado, para defendê-la (Batista Jr., 2007).

Na verdade, o elenco de atribuições dos conselhos de saúde, já definido legalmente e na própria Resolução 333, além de consagrado pela prática, deixa claro que deliberar (tomar decisões que impliquem em mudanças no sistema de saúde) pode não ser exatamente o que se sonha dentro dos entes de participação social, pois seus atributos se referem a *formular, mobilizar, fiscalizar, auto-regular-se, discutir, opinar, propor, exercer visão estratégica* etc, conforme se depreende da leitura da *Quinta Diretriz* da referida Resolução. Assim, no que está escrito, não há grande diferença entre os conselhos de saúde e das demais áreas de governo. As grandes diferenças são simbólicas, relativas à maneira como os participantes dos conselhos encaram suas funções.

O próprio CNS, em documento de 2003 (CNS, 2003a), reconhece que deliberações relativas à formulação de estratégias que pertençam à alçada privativa do Gestor (grifo do autor) necessitam ser homologadas, mediante sua transformação em ato oficial de governo. Além disso, acrescenta-se que apenas a organização interna, bem como as eventuais articulações com os outros conselhos, com o Poder Legislativo e com outras instituições da sociedade, devem estar protegidas pela autonomia conciliar, não dependendo da homologação para se realizarem.

Como visto acima, em pelo menos um dos conselhos nacionais estudados, o CONAMA, surge uma forma mais precisa de qualificar o poder deliberativo do conselho, aliás prevista na lei específica. Trata-se da figura da *deliberação vinculada*, ou seja, atrelada a diretrizes, normas técnicas e padrões previamente estabelecidos e, portanto, não totalmente capaz de produzir decisões a partir da vontade autônoma dos conselheiros.

- **Paridade**

O termo *paridade* por certo não evoca maiores discussões semânticas, tais como as que envolvem *deliberação*. Com efeito, este substantivo pode significar não só a qualidade ou característica *do que é par*, como também a qualidade da *igualdade*, de *ser parecido* ou *semelhante*, além de, em termos jurídicos, a *igualdade salarial* entre os mesmos níveis de carreira em profissões diferentes (Houaiss, 2004). o que também se conhece como *isonomia*.

Quando se compara o caso da saúde com os outros conselhos de políticas sociais no Brasil dois aspectos saltam aos olhos. Primeiro que paridade não chega a ser uma constante, podendo até mesmo ser deslocada em favor do pólo social, como acontece no CNDES; segundo, que ela não é, em nenhum caso, salvo a saúde, auto-regulada, mas sim definida por lei.

Não há, portanto, contradições semânticas, mas apenas possíveis diferentes interpretações conceituais. Além de tudo, não resta dúvida que o princípio da paridade é altamente democrático. Mas talvez valha a pena entrar em detalhes sobre algumas que afetam seu *modus operandi*.

Para começar, é bom lembrar que tal *igualdade entre pares* é apenas apontada de forma genérica pela lei 8142, cabendo, aliás de forma inédita no CNS, quando comparado aos outros conselhos, sua auto-regulação. A lei fala em um *órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários*, além da *representação dos usuários paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos*, não estabelecendo quotas para outros segmentos além dos usuários. Mas sem dúvida soa um tanto esdrúxula a definição auto-regulada de que gestores e prestadores devam dividir e se

acomodar na mesma parcela de vagas, semelhante à parcela individual destinada aos trabalhadores e aos profissionais.

A equiparação isonômica de gestores a prestadores é sem dúvida surpreendente. Como explicá-la? Rejeição da presença do Estado? Luta ideológica que persiste sem adquirir o estatuto de movimento social? Disputa sindical extemporânea? Relíquia de práxis política forjada *rumo à Estação Finlândia*, em embates de um século atrás, que insiste em se mostrar no cenário da contemporaneidade?

Quando o mesmo princípio da paridade se aplica tanto a conselhos como a conferências, como está na lei 8142, uma outra contradição se instala. As conferências de saúde, aliás, são típicas da área da saúde, aparecendo na lei 8142 como instrumentos de participação social, tanto quanto os conselhos. Mas a verdade é que existe uma grande distância entre uma coisa e outra, o bastante para que não se aplique o mesmo princípio de paridade nas duas situações.

Com efeito, nada mais democrático do que a paridade dos usuários frente aos demais segmentos nos conselhos. Ela garante, ou, pelo menos potencialmente pode garantir, uma dinâmica de *checks & balances* necessários para que uma das partes, seja o Estado ou as corporações, não sobrepuje a outra parte, modo geral mais fraco, o povo. É bem verdade que o que se assiste muitas vezes é que a metade popular é muitas vezes também ocupada por zelosos membros das corporações ou do próprio Estado, mas isso é um desvio, uma patologia da representação, mais do que uma regra ou um problema ameaçador ou sem solução.

Já as conferências têm outro significado. Elas constituem grandes eventos cívicos, verdadeiras *tempestades de opiniões*, nos quais a presença robusta e a diversidade dos segmentos e das idéias são, mais do que necessárias, desejáveis. Nas conferências, a vigência da paridade acarreta simplesmente a ampliação artificial e hipertrofiada das bancadas de gestores, de prestadores, de trabalhadores para que sejam alcançados os 50% lado respectivo. Imagine-se a situação de um município pequeno, onde é perfeitamente possível reunir cem, duzentas ou mais pessoas para discutir saúde. Mas isso implicaria, nos termos estritos da lei, que outras tantas pessoas, funcionários públicos, médicos, sindicalistas etc. fossem também mobilizadas para se obter um equilíbrio "paritário" de forças, mas que neste caso soa pouco realista e menos ainda democrático.

Veja-se o caso da conferência-marco da política de saúde no Brasil, a VIII CNS, que não primou pela *paridade*, ou seja, na qual havia muito mais *povo* do que governo ou corporações e que foi e continua sendo um tremendo e histórico sucesso...

As conferências temáticas (Ciência e Tecnologia, Assistência Farmacêutica, Recursos Humanos e tantas outras) que consumiram as energias dos militantes do SUS nos últimos anos, usaram o abusaram do princípio da paridade. Quem esteve presente, por exemplo, na CNC&T⁶ de 2004, na qual, mais uma vez a utilização pouco crítica do conceito de paridade provocou estragos, desta vez de forma reversa, ao conceder que decisões técnicas e dependentes de conhecimento especializado pudessem acontecer em clima de assembleísmo, *paridade*, *poder deliberativo* e, por consequência, radicalização ideológica e triunfo de certo *achismo*. A multiplicação destes fóruns, sempre realizada em nome da democratização da saúde, acabou por forçar uma quase-profissionalização dos participantes disponíveis – afinal era preciso, acima de tudo, cumprir o princípio da paridade – gerando assim uma nova figura no cenário: a do *delegado permanente (e polivalente)*.

Como se vê, a *paridade* também pode vir a conspirar contra a democracia...

- **Condução política: autonomia ou soberania?**

A resolução 333 é taxativa, em sua Quarta Diretriz: *Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa*. O assunto tem sido colocado como forte princípio para todos os que lidam com a prática da participação social no Brasil. Há uma marcante reiteração dos termos *autonomia*, *independência* e outros semelhantes quando se fala de controle social no Brasil, principalmente quando a palavra é dos conselheiros ou dos atores históricos do movimento sanitário e seus seguidores.

Isso não chega a ser, entretanto, um consenso pacífico. O próprio presidente do Conselho Nacional de Saúde, primeiro representante não-governamental (membro do movimento sindical) eleito para o mesmo em setembro de 2006 e já empossado, admite que ao se

⁶ Na qualidade de membro da Comissão Organizadora do evento, o autor pôde observar de perto incontáveis disputas ideológicas e até partidárias em torno de temas submetidos a votação, às vezes pouco significativos para a política como um todo, mas geradores de grande comoção movida a ideologia no plenário, em que pesasse o evidente mal-estar e até mesmo distanciamento da comunidade científica ali presente.

analisar de forma mais aprofundada decisões tomadas nos conselhos de saúde por todo o Brasil, não são poucas as que não têm qualquer respaldo legal (Batista Jr., 2007a). Os inúmeros choques de atribuições e competências entre conselhos estaduais de saúde e comissões bipartites demonstra que ainda há certa confusão entre a condução do sistema de saúde, atributo inquestionável do Executivo, e as atribuições diferenciadas dos conselhos. Existem mesmo relatos de conselhos de saúde que chamaram para si até mesmo a assinatura de cheques de pagamento de serviços e outros procedimentos inerentes ao gestor público. Certamente são fatos que se atenuam com o tempo, mas que denotam preocupante turvação no cenário da participação social no Brasil.

Em reforço à visão autonomista, recorde-se o entendimento que emana de alguns documentos do CNS (2003a), que dão aos conselhos de saúde o epíteto de *trincheira decisiva para o controle social*, ou ainda de *enclave do controle social dentro do Estado*. Todavia, contraditoriamente, os mesmos textos não chegam a negar que os mesmos conselhos são órgãos pertencentes à estrutura administrativa do Poder Executivo nas três esferas de governo.

O conflito fica patente quando se destaca a busca (ou a auto-atribuição) de *autonomia* para os conselhos de saúde contrário ao panorama legal e cultural que aponta noutra direção. Afinal, os conselhos *fazem ou não fazem parte do Poder Executivo?* Quando se recorre ao que está disposto na lei, seja no caso da saúde ou nos outros conselhos da área social (e mesmo os de outras áreas de governo) a resposta é clara: fazem parte, sim, do Poder Executivo e são por este regulados. Não possuem e nem podem possuir autonomia, portanto, pois são órgãos atrelados ao Estado.

Neste aspecto, Gerschman (2004) observa que o movimento de conselhos de saúde nutre-se diretamente da experiência sindical, acarretando que os movimentos populares praticamente desaparecessem de cena. Jacobi (2004) aponta, ainda, além dos traços sindicalistas, a presença de certo neo-corporativismo na prática conciliar.

O que se percebe, é mais uma vez a influência histórica leninista, inspirada certamente nos *soviets*, em sua fase heróica, quando o auto-governo e a fusão entre legislar e ao mesmo tempo executar eram palavras de ordem e cumpria invadir e pôr abaixo, sem mais demora, o *Palácio de Inverno*...

Uma pergunta, entretanto, não se cala: que autonomia é essa na qual a última palavra é (e deve ser) do Executivo? Não custa lembrar aqui afirmativa recolhida no documento orientador da *Política Nacional de Gestão Participativa* (Brasil 2006), emanado pelo Ministério da Saúde, de que os organismos de controle social *não substituem, mas interagem com os poderes instituídos, ou seja, com o Executivo, Legislativo e Judiciário*. O atual presidente do CNS, entretanto, deixa claro que esta não é exatamente a sua visão sobre o assunto (Batista Jr., 2007b).

O que se quer são conselhos (participativos, formuladores, fiscalizadores etc) ou fóruns autônomos, plenárias de debates, assembléias permanentes, etc. destinadas ao aprofundamento político, conceitual, filosófico dos temas sanitários, mas cujas decisões terão apenas implicações remotas (se tanto) sobre a condução do sistema de saúde? Seria o caso de aprofundar sempre e cada vez mais as discussões com foco na epistemologia e na exegese política? Ou, de forma oposta, o que realmente importa não seria influenciar de fato, com foco na práxis da gestão? Esta é talvez a grande escolha que precisa ser feita... Com efeito, em termos de uma *práxis de gestão participativa*, os mecanismos disponíveis ainda estão em vias de construção e são muito frágeis no Brasil, como afirma JACOBI (2002) entre outros autores. No eixo de uma *epistemologia da gestão*, por sua vez, é grande a experiência nacional, com um sem número de plenárias, congressos, fóruns e outros numerosos eventos e quase-instituições, como tem sido o caso – apropriado, diga-se de passagem – das próprias conferências de saúde.

Conclusões

O processo de participação e controle social em saúde no Brasil é ainda uma construção inacabada e frágil, sendo o arejamento e a ampliação das discussões uma tarefa essencial dos que se dedicam a estudar e participar dos esforços, governamentais ou não, de fazer acontecer a saúde dos brasileiros. Assim, cumpre exercitar, legitimamente, o exercício de certa desconfiança relativa a qualquer unanimidade fácil e gratuita em torno dos conceitos e práticas vigentes.

Não se pode, igualmente, perder de vista que um dilema histórico e não resolvido inteiramente em nenhuma sociedade é aquele existente entre a democracia representativa clássica e a democracia direta em suas diversas formulações, inclusive aquela que vem

sendo experimentada no Brasil com o advento do SUS. Neste campo, a experimentação é sem dúvida necessária e bem vinda. Nisso, o País tem história acumulada, com alguns erros e muitos acertos, mediante os quais é possível aprender e aprimorar as práticas vigentes.

Quando se fala em experimentar e, por conseqüência, *mudar*, não está proposto descumprir as leis vigentes, mediante ações de desobediência civil ou algo equivalente. Mas, sem dúvida, é necessário cometer a ousadia de pensar diferente do que está consagrado e reiterado, visando, quem sabe, transformações futuras, dentro da relação dialética entre *atos jurídicos* e *atos sociais*. Este atributo de ousadia tem relevância social e deve funcionar como contraponto aos defensores da legalidade estrita e restritiva, bem como àqueles que por ignorância, má fé ou falta de opção, trafegam no ilícito. A consolidação do SUS pode depender de mudanças no arcabouço legal, não necessariamente para aviltar as conquistas sociais, mas também para aprimorá-las, no que se torna necessário antecipar e rebater aquilo que determinadas teorias conspiratórias insistem em denunciar. O momento atual do SUS, portanto, ainda é de progressão, construção inacabada que o mesmo ainda é e, para que os avanços desejados de fato aconteçam, deve ocorrer um jogo dialético de proposição, embate e superação, pois afinal a estrutura jurídica e formal do sistema é produto de duas ou três décadas atrás, em relação às quais são marcantes e numerosas as diferenças com os tempos atuais, de natureza epidemiológica, demográfica, cultural, tecnológica, política, entre outras. *Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades*⁷... Então, por que o SUS deve continuar a ser o mesmo?

A participação social na área da saúde tem diferenças marcantes em relação a outras propostas vigentes no cenário nacional, supostamente democratizadoras e que denotariam o avanço da saúde em relação a outras áreas de governo. Embora tais fatos venham sendo cantados em prosa e verso, nem tudo são flores... Se há avanços, há também dilemas não resolvidos, por exemplo, a promoção de falsas expectativas nos participantes dos conselhos de saúde, relativas a um suposto poder efetivo e autônomo de decidir sobre a política de saúde, o qual, todavia, não se realiza de fato.

O CNS e os demais conselhos de saúde das outras esferas de governo não deveriam, portanto, se constituir como meros fóruns de debates, focados na ideologia, com aspirações de vir a ser um *quarto poder*, direção que parece ser assumida pelas resoluções do CNS,

⁷ Primeiro verso de um soneto da *Lírica* de Luis de Camões. Mudam-se os tempos, mudam as vontades / ...

mas sim organismos de formulação, apoio e sustentação estratégica de políticas de interesse coletivo, necessariamente vinculados ao Estado.

Em suma, algumas tendências podem ser percebidas no cenário da participação social, por certo preocupantes, a saber: (a) *autonomização*, levantando a expectativa social de que nos conselhos de saúde residiria, de fato e de direito, um *quarto poder*; (b) *plenarização*, mediante a transformação dos conselhos de saúde em *fóruns de debates* entre os diversos segmentos sociais, nem sempre com a participação do Estado, o qual, aliás, por definição legal, é fortemente minoritário; (c) *parlamentarização*, com formação de blocos ideológicos e partidários intra-conselhos e tomadas de decisão por votação, não por consenso; (d) *profissionalização*, dadas as fortes exigências da participação social, dentro daquilo que já havia sido percebido por Godbout (1983) no Quebec há mais de duas décadas, abrindo caminho para a constituição de verdadeiros *profissionais da participação*, ou seja, grupos restritos formados geralmente por funcionários públicos e aposentados; (e) *auto-regulação*, que representa uma particularidade praticamente exclusiva da área da saúde.

Há que se reconhecer o esforço e as conquistas de um ou mais movimentos sociais organizados na realização do projeto político brasileiro de controle social na saúde. Entretanto, alguns traços políticos, como o *sindicalismo* e o *leninismo*, podem não ser, nos dias atuais, adequados para a definição e a manutenção de instrumentos de participação, em uma sociedade muito mais complexa e plural do que aquela que existia quando tais estratégias políticas foram concebidas.

Quando se fala em *autonomia, paridade e poder deliberativo* deve se reconhecer uma enorme distância seja por parte daqueles que participam efetivamente dos conselhos, em qualquer segmento, seja pelos que conceberam o modelo vigente, entre o *idealizado* e o *real*, ou entre o *ideológico* e o *jurídico-administrativo*. Tal disjunção acarreta prejuízos notáveis para as práticas participacionistas, que poderiam ser traduzidos por *camuflagem, desperdício de energias* e até mesmo certo *transformismo*, ou seja, aquilo que *mostra o que não é*, de fato.

Se o verdadeiro e final poder de deliberação é atributo do Executivo, como afirmam e reafirmam as leis, outras tarefas, também nobres, podem e devem ser assumidas pelos conselhos, de acordo com os verbos referidos na Resolução 333 do CNS, em sua Quinta Diretriz: *formular, mobilizar, fiscalizar, auto-regular-se, discutir, opinar, propor, exercer visão*

estratégica. O fato é que não deveria haver conflito entre atribuições que já estão definidas como próprias de cada instância. Cumpre resgatar o papel dos conselhos mediante a qualificação de seus atributos e a sua adequação á realidade cultural e política do País. Entre o *ideológico* e o *jurídico*, em suas formas puras, é possível encontrar uma terceira via, que ultrapasse aquele *movimento ideológico*, tão típico (e necessário) oriundo dos anos de arbítrio, para uma necessária evolução: a *ação política* em ambiente que deixa de ser de competição partidária e ideológica e de *conspiração*, passando a ser de construção solidária do bem comum.

A participação social não é uma *panacéia*: esta é outra lição depreendida do presente estudo, assumida implicitamente também por muitos dos autores consultados. Ela representa um processo oneroso para o cidadão comum e costuma ser apropriada e mantida por determinados grupos sociais, como funcionários públicos, letrados, pessoas mais velhas, homens, militantes políticos. Um outro espectro ronda o cenário: o perigo da *profissionalização* dos agentes da participação social, curiosamente sequer mencionado na maioria dos trabalhos consultados. E além disso: a *plenarização*, a *parlamentarização assembleísta*, a atuação *sindicato-símile*, já comentadas.

Finalizando, cumpre assinalar que conselhos e conferências de saúde são instrumentos de controle social de natureza distinta e devem ter papéis diferentes. A *paridade* ditada pela lei não deveria ser aplicada igualmente nestas duas instâncias, sob pena de produzir discriminação. Não diferenciá-los, como as leis mandam e a prática comum repete, não faz justiça a suas potencialidades específicas. Os conselhos de saúde cumpririam muito bem seus atributos de formulação e acompanhamento de políticas, além de fiscalização das ações de governo. As conferências têm também uma função formuladora, de natureza macro-estratégica, constituindo, ao mesmo tempo, *feira cívica*, *arregimentação de capital social*, além de excelente oportunidade para publicização e divulgação da política de saúde. Uma frase síntese seria: *quando muitos deliberam, ninguém (ou um só) delibera de fato*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C., 1996. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: *Política de saúde e inovação institucional: Uma agenda para os anos 90* (N. R. Costa & J. M. Ribeiro, org.), pp. 69-98, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

AROUCA, A. S. S., 1975. *O dilema preventivista*. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

- BATISTA Jr., F O controle social é um projeto em construção. Entrevista. Radis – Comunicação em Saúde. FIOCRUZ. Nº 53 – janeiro 2007(a). pp. 20-21..
- BATISTA Jr. F. Entrevista. Revista do CONASEMS. Ano II. Nº 21. Janeiro-Fevereiro 2007(b)
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, P.; Dicionário de Política. ED. LGE / UnB. Brasília. 2004.
- BOSI, M. L. M; AFFONSO, K. C. Cidadania, Participação Popular e Saúde: com a Palavra, os Usuários da Rede Pública. Cad. Saúde Pública, Abr 1998, vol.14, no.2, p.355-365.
- BRASIL. Lei 8142, de 29 de dezembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. PARTICIPASUS Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS Brasília, DF – fevereiro de 2005
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS – 1. ed., 7.ª reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil – Participação Cidadã e Controle Social. Ed.IBAM – FASE. Rio de Janeiro. 1995.
- CASTELLS, M. Ciudad, democracia y socialismo. 2a. ed. Mexico: Siglo XXI, 1979.
- COSTA, N. R., 1996. O Banco Mundial e a política social. In: *Política de saúde e inovação institucional* (J. M. Ribeiro & N. R. Costa, org.), pp. 13-30, Rio de Janeiro: Editora ENSP.
- DALLARI, S et. al. O Direito à Saúde na Visão de um Conselho Municipal de Saúde Cad. Saúde Pública, Dez 1996, vol.12, no.4, p.531-540.
- DOMINGUEZ, B. C. A gestão autoritária cede lugar, pouco a pouco, à práxis democrática. Radis – Comunicação em Saúde. FIOCRUZ. Nº 53 – janeiro 2007. pp. 12-19.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L., 1979. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Editora Duas Cidades.
- SCOREL, S. M.; MOREIRA, M. R. Pesquisa Metodologia de Monitoramento e Apoio ao Controle Social e à Gestão Participativa do SUS. Brasil. Ministério da Saúde Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (www....).
- SCOREL, S., 1987. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: Atuação e Representação das Comunidades Populares.. Cad. Saúde Pública, Dez 2004, vol.20, no.6, p.1670-1681.
- GODBOUT, Jacques La démocratie des usagers. Montréal: Boréal, 1986.
- GODBOUT, Jacques La participation contre la démocratie. Montréal: Saint-Martin, 1983.
- GOULART, F. A. A., 1996. *Municipalização: veredas - Caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro/ Brasília: Abrasco/ CONASEMS.
- GOULART, F. A. A. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? Tese de doutoramento. ENPS/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2002.
- HOUAISS, A. Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa. Ed. Objetiva. Rio de Janeiro. 2004
- JACOBI, P. Políticas Sociais Locais e os Desafios da Participação Cidadina REV. Ciências e Saúde Coletiva, 2002, vol.7, no.3, p.443-454.
- LABRA, M. E; FIGUEIREDO, J. St. A. Associativismo, Participação e Cultura Cívica: O Potencial dos Conselhos de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, 2002, vol.7, no.3, p.537-547
- MACEDO, L. C. "Participação e controle social na área de saúde: uma revisão bibliográfica" Tese de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) - Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto. Ano...

McLELLAN, D. *Leninismo*, in BOTTOMORE, T. Dicionário do Pensamento Marxista. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro. 1988

PAIM, J. S., 1986. *Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política*. Rio de Janeiro: Abrasco. (Estudos de Saúde Coletiva, 4)

RADIS, nº 49 – setembro de 2006 – Reforma da reforma – debate.

SETTEMBRINI, ... *Leninismo*, in BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, P.; Dicionário de Política. ED. LGE / UnB. Brasília. 2004.

SILVA JR., A. G., 1998. *Modelos tecnoassistenciais em saúde*. São Paulo: Hucitec.

SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo; s.n; 2001. 288 p. ilus, tab. Tese de Doutorado Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo,

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. São Paulo, Editorial Fundamentos. 1979.

TESTA, M., 1992. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.

WHO (World Health Organization), 1978. *Primary health care*. Geneve: World Health Organization.

Acessos www.

Participanet

ENSP

Ministério da Saúde

Conselho Nacional de Saúde

Outros conselhos...