

A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde

The indispensable self-criticism: notes on the challenges to health social control

Autocrítica necesaria: notas sobre los desafíos del control social en salud

Francini Lube Guizardi | flguizardi@gmail.com

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo - Fiocruz Brasília, Laboratório de Educação, Mediações Tecnológicas e Transdisciplinaridade em Saúde (Lemtes).

Resumo

No ano de realização da 15^a Conferência Nacional de Saúde, esta nota busca analisar alguns dos desafios atuais relacionados à construção da participação social no Sistema Único de Saúde. Como ponto de partida é apresentado um conjunto de problemas que permanecem não superados, indicados com significativa convergência pela produção acadêmica da área. Abordam-se, em seguida, a fragilidade da democracia em nossa história republicana e a conjuntura política atual, que evidenciam a permanência de uma cultura política autoritária, que legitima e naturaliza desigualdades, injustiças e opressão social. Por fim, discute-se que o potencial democrático dos conselhos e das conferências precisa ser reposicionado, não mais na conformação, fechada, destes dispositivos, mas nas articulações e ressonâncias que são capazes de engendrar, como dispositivos de amplificação e socialização de debates relevantes.

Palavras-chave: Controles informais da sociedade; Controles formais da sociedade; Políticas de controle social; Sistema Único de Saúde; Conferências de saúde; Política de saúde.

Abstract

In the year of the 15th National Health Conference, this note seeks to analyze some of the current challenges related to the construction of social participation in the Sistema Único de Saúde (Unified Health System). Its starting point is a set of problems that remain to be overcome as indicated by a significant convergence of the academic production in this area. Then, the text approaches the fragility of democracy in our republican history and the current political situation which show the persistence of an authoritarian political culture that legitimizes and naturalizes inequality, injustice and social oppression. Finally, it is argued that the democratic potential of the health councils and conferences needs to be repositioned. Those instances of participation should have not a closed conformation, but instead they must be able to produce an amplification and socialization of social relevant debates.

Keywords: Informal social control; Formal social control; Social control policies; Sistema Único de Saúde (Unified Health System); Health conferences; Health policy.

Resumen

En el año de realización de la 15^a Conferencia Nacional de Salud, esta nota busca analizar algunos de los problemas actuales relacionados con la construcción de la participación social en el Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud). Como punto de partida se presenta un conjunto de problemas que permanecen no superados, mapeados por la convergencia significativa con respecto a ellos en la producción académica de la área. El texto aborda entonces la fragilidad de la democracia en nuestra historia republicana y la actual situación política, las cuales demuestran la persistencia de una cultura política autoritaria que legitima y naturaliza la desigualdad, la injusticia y la opresión social. Por último, se argumenta que el potencial democrático de los consejos y conferencias de salud depende de la apertura de su conformación y de la capacidad que tienen de producir la amplificación y el intercambio de debates sociales relevantes.

Palabras clave: Control social informal; Control social formal; Políticas de control social; Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud); Conferencias de salud; Política de salud.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Declaração de conflito de interesses: declaro não haver conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Faperj

Agradecimento/Contribuições adicionais: a Felipe Machado, Grasielle Nespoli, Maria Luiza Cunha Silva e Márcia Lopes, pesquisadores integrantes do projeto, cujos resultados fundamentaram a reflexão realizada no artigo.

Histórico do artigo: Submetido: 16.set.2015 | Aceito: 18.set.2015 | Publicado: 30.09.2015

Licença: CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Recis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Este ano realizaremos a 15^a Conferência Nacional de Saúde. Desde o lendário marco da VIII Conferência, realizada em 1986, o evento tornou-se importante emblema da participação social no setor, ao incorporar representantes da sociedade civil organizada com o objetivo de avaliar o sistema de saúde e propor diretrizes para guiar a política nacional de saúde nos quatro anos subsequentes. Em que pese o consenso em torno dessa narrativa, evocada sistematicamente no campo da saúde coletiva, a experiência com os dispositivos institucionais de participação criados pela Lei 8.142, de 1990, demonstra não ter produzido os efeitos esperados, no que diz respeito às expectativas que conselhos e conferências mobilizaram como instrumentos de democratização da gestão das políticas de saúde.

A literatura da área tem indicado, com significativa convergência, um conjunto de problemas que permanecem não superados, particularmente em relação à experiência dos conselhos de saúde, hoje estimados em 5.597 unidades, entre conselhos municipais, estaduais e distritais de saúde¹. Destacam-se, nesse sentido, aspectos como: a baixa representatividade; problemas de infraestrutura, associados à pouca autonomia em relação ao poder executivo; a prevalência da agenda e dos interesses do segmento de gestores; as dificuldades relacionadas ao emprego de linguagem especializada, que deslegitima e interfere negativamente na participação de grupos populares; e a tendência à reprodução das relações de força que caracterizam o exercício do poder local, revelando baixa capacidade de intervir e modificar este cenário²⁻¹¹.

Ao longo da trajetória de 25 anos de implementação e consolidação dos dispositivos de participação social na saúde, um conjunto de iniciativas foi empreendido para qualificá-los e fortalecê-los, como as plenárias e os fóruns nacionais de conselhos de saúde; as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, direcionadas ao funcionamento e à organização dos conselhos; as estratégias de educação permanente voltadas para o controle social; a política nacional de gestão estratégica e participativa na saúde, entre outros. A permanência dos problemas elencados, entretanto, impele-nos ao desafio de revisitar a experiência de participação institucionalizada na saúde pois, usualmente, quando as respostas não satisfazem, é preciso considerar a necessidade de repensar as perguntas feitas. Nesse ponto, contudo, um esclarecimento impõe-se de antemão: o exercício de reflexão crítica que propomos nesta nota não desconsidera nem a magnitude, nem a relevância dessa experiência. Afinal, não fosse potente não teria havido tanta resistência em reafirmá-la e aprofundá-la, como pudemos observar com a não aprovação da Política Nacional de Participação Social pelo Congresso Nacional, em 2012. Simplesmente esse fato histórico, cujos enunciados e significado perduram até o momento no cenário brasileiro, já valida a experiência do setor saúde, pioneiro na formalização e organização capilarizada dessas instâncias.

Feita a ponderação, podemos retomar nossa análise. Na trajetória de pesquisa que temos trilhado chama a atenção o fato de que os conselhos estudados demonstraram ser pouco porosos às movimentações sociais de seu respectivo território. Essa observação apoia-se na percepção de que a atividade dos conselhos propicia dinâmicas participativas que tendem a engendrar um campo autorreferido, tanto de questões como de atores. A título de exemplo consideramos válido compartilhar dados de um estudo de caso realizado em 2012ⁱ, com o objetivo de pesquisar a implementação do ParticipaSUS pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, no qual foram entrevistados conselheiros estaduais representantes dos diferentes segmentos (prestadores/gestores, usuários e trabalhadores). Além das entrevistas, realizadas também com técnicos da Secretaria (20 no total), observamos reuniões da plenária e analisamos diferentes documentos, incluindo as atas de reuniões do conselho estadual, realizadas entre 2007 e 2012.

i A pesquisa, intitulada Dilemas da participação política no Sistema Único de Saúde: um estudo sobre a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa pelo governo do Estado do Rio de Janeiro, foi realizada entre 2011 e 2013, financiada pela Faperj, por meio do edital de Auxílio à Pesquisa, processo no. E-26/110.508/2011 - APQ1.

Nos dados coletados, sobressaiu a avaliação de que o controle social tem se restringido ao conselho, quando deveria ter significado e alcance para além destes fóruns institucionalizados. Além disso, alguns conselheiros indicaram que a prática e alcance real revelam-se muito distantes do que foi proposto no arcabouço institucional do SUS.

Aos oito conselheiros entrevistados foi solicitado identificar atores ou grupos sociais mobilizados pelas ações do ParticipaSUS. Nossa intenção com esse questionamento era mapear as redes de políticas articuladas em torno de sua implementação, bem como a relação que os conselheiros estabeleciam com elas. Quanto a isso, foi possível perceber grande dispersão nas indicações realizadas e pouca proximidade dos conselheiros com os movimentos e entidades reconhecidos como atuantes. Deduzimos que esse quadro indicava baixa experiência de mobilização e articulação dos conselheiros diretamente com grupos organizados da sociedade civil no desempenho de suas atividades, o que não nos parece ser uma característica isolada do conselho estudado.

Outro ponto de destaque foi a elaboração da agenda das reuniões, apontada por conselheiros dos três segmentos como problemática, pela predominância de informes, ou temas e pautas considerados secundários. Alguns conselheiros queixaram-se de que questões relevantes não teriam sido discutidas no conselho, cuja pauta seria conformada em grande medida por assuntos internos, como solicitação de entrada ou saída de comissões, ou assuntos referentes à inserção do conselho em ações e atividades do controle social em âmbito nacional, como no caso da organização de eventos ou da participação em capacitações e reuniões promovidas pelo Ministério da Saúde.

Além da composição das agendas, a condução do debate no conselho foi questionada, com o argumento de que não permitiria aprofundar e confrontar posições distintas. A aprovação da Fundação Estatal seria um exemplo de questão controversa, inclusive em âmbito nacional, por ter provocado grande mobilização contrária de grupos atuantes na sociedade civil organizada, e que, contudo, foi discutida rapidamente no conselho estadual. Conforme as atas analisadas, o tema da Fundação Estatal de Direito Privado foi mencionado em reunião do CES/RJ em três ocasiões, duas delas como informes, e na reunião de aprovação do plano estadual de saúde 2008/2011, quando o termo “de Direito Privado” foi retirado da redação do Objetivo 2, e o plano foi aprovado, prevendo a implantação de três Fundações estatais.

Embora tais dados não possam ser generalizados, colocam-nos questões relevantes para a reflexão neste momento de preparação para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Faremos, então, o exercício de formular outras perguntas, como dito anteriormente.

Nosso ponto de partida será o tema da representatividade, apontado de modo recorrente como principal obstáculo a ser superado. Será que a resposta a esse problema pode ser conseguida pela qualificação da representação, como comumente enunciado? Vários autores têm exposto os limites e as contradições inerentes aos mecanismos representativos, característicos da democracia liberal moderna^{12,13,14,15}, sinalizando negativamente a respeito dessa questão. Insistir em seu aperfeiçoamento significaria, nessa leitura, intervir na roupagem do problema, sem tocar em suas raízes.

A fragilidade da democracia em nossa história republicana deixou marcas profundas e dolorosas, reificadas no cotidiano de nossas instituições e práticas sociais. A conjuntura atual de crise política, catalisada pela última eleição presidencial de 2014, trouxe à tona uma realidade que os 27 anos de Constituição Cidadã não conseguiu transformar: somos uma sociedade autoritária e violenta, que naturaliza desigualdades, injustiças e opressão social. Os quadro de conflito social que vivemos não nos deixa omitir isso: o genocídio dos jovens negros e pobres, a opressão dos indígenas, a intolerância religiosa, a gentrificação nas metrópoles, a impossibilidade histórica de avançar nas reformas de base (agrária, tributária e política), a extensão da violência contra as mulheres e grupos LGBT, a enorme concentração dos meios de comunicação social, a proliferação de discursos de ódio, alguns dos quais intentam retroceder aos tempos e modos de ação do regime ditatorial e, sobretudo, a dificuldade de estabelecermos diálogos éticos

em torno de nossas diferenças. Toda essa herança esteve, recentemente, edificada na triste aprovação da redução da maioria penal, que tem na configuração conservadora do atual Congresso Nacional condição de possibilidade e, ao mesmo tempo, um analisador das contradições e limites que marcam o processo de democratização de nossa sociedade.

A construção de instituições democráticas, como aquelas que temos forjado na área da saúde, revela-se entremeadada por essas características e pela cultura política que as atualizam. Considerando esse fato, avaliamos que o potencial democrático dos conselhos e das conferências precisa ser reposicionado, não mais na conformação, fechada, destes dispositivos, mas nas articulações e ressonâncias que são capazes de engendrar, como espaços públicos, porosos e plurais. Neste sentido, a representatividade de atores individuais pode ser um falso problema/critério de análise, pois mais do que a fidedigna representação de uma gama incontável de interesses, importa que essas instâncias funcionem como dispositivos de amplificação e socialização de debates, como campo fértil para novas conexões e articulações entre redes e movimentações sociais. Nessa perspectiva, conselhos e conferências seriam compreendidos como espaços públicos de aprendizado democrático e produção de um plano de visibilidade, onde se faz visível tanto a enunciação de implicações e posições distintas e por vezes contraditórias, como a composição de alianças orientadas à produção e afirmação do comum. Esses consistem num experimento ético que nos tem feito muita falta, e que os dispositivos institucionalizados de participação, em geral, não têm conseguido promover.

Neste sentido, o experimento ético a que nos referimos depende da possibilidade de articular dispositivos capazes de trazer à cena pública os pressupostos e modos de leitura do mundo que conformam com essa tradição, bem como os discursos que a ela se contrapõem. Para isso, precisamos tornar porosos conselhos e conferências, produzir com, e a partir deles, movimentos que extrapolem suas fronteiras, aproximando a participação política na saúde da vida cotidiana das pessoas e, inclusive, do cotidiano dos serviços de saúde que compõem a rede do SUS.

Quanto a isso cabe questionar os requisitos, cada vez mais complexos, colocados para a atuação nessas instâncias. Frente às dificuldades elencadas no início do texto, a alternativa da capacitação é repetidamente evocada como solução confortável. Aqui, colocamos outra questão às respostas habituais: caberia mesmo aos representantes, em conselhos e conferências, dominar os meandros técnico-administrativos do sistema de saúde? Para que tenham uma participação efetiva, é preciso que se convertam em especialistas? Talvez a questão não seja a oferta ou qualidade da formação disponibilizada, mas a premissa de que um processo educativo, muitas vezes conformado em consonância com a tradição pedagógica e os saberes hegemônicos, pode solucionar o problema do aprendizado ético e democrático que nos falta.

Hannah Arendt enfatiza a importância do espaço público para a política, como condição de exercício da liberdade. O espaço público, em sua compreensão, não pode ser identificado a um lugar institucional, e sim à possibilidade dialógica da interação e produção de referências comuns, a partir das quais podemos discernir e significar a experiência humana, e com isso estabelecer os parâmetros e valores com os quais julgaremos o mundo que compartilhamos. *Os critérios de verdade, de justiça e de legitimidade são construídos na experiência intersubjetiva que os homens fazem da realidade do mundo. E é por isso que dependem do senso comum, que ela [Hannah Arendt] define como um “sexto sentido” que permite a cada um comunicar-se com todos os demais e fazer a experiência da pluralidade humana, a partir da qual opinião e julgamento se constituem*¹⁶.

Em uma direção oposta à essa compreensão do espaço público, nossas instituições tendem a fechar-se, a edificar muros e paredes, como um confuso labirinto, que nos obstaculiza a ampliação dessa experiência intersubjetiva evocada por Hannah Arendt. Nele não nos vemos coletivamente, apenas esbarramos com caminhos fechados pela concentração do poder político e comunicacional, atualizado por práticas autoritárias, cotidianas, naturalizadas e difusas.

As questões trazidas pelo estudo de caso que apresentamos abordam algumas dessas práticas, indicando que a densidade política dos mecanismos de participação social na saúde tem sido esvaziada de diferentes formas: pelo fechamento de sua dinâmica; pela constituição de um processo político autorreferido; pelo fato de que debates cruciais são desviados e silenciados; pelos requisitos e pelo tempo técnico que se impõe como parâmetro utilitário.

Somado a isso, na conjuntura atual, o Sistema Único de Saúde, como expressão institucional de um direito social, encontra-se gravemente ameaçado. Um conjunto de ações conservadoras tem buscado minar seus alicerces e fazer-nos retroceder às segmentações e hierarquizações que conformaram historicamente a política de saúde. A aprovação da Emenda Constitucional 86, que formalizou o subfinanciamento do sistema; a Lei 13.019 que abriu, de modo inconstitucional, a assistência à saúde ao capital estrangeiro; a tramitação do projeto de lei complementar de número 451, que busca alterar o artigo 7º da Constituição Federal, inserindo novo inciso visando obrigar todos os empregadores a garantirem serviços de assistência à saúde a seus funcionários, são alguns exemplos de tais ameaças, absolutamente concretas.

Contudo, sempre que uma reação conservadora se articula com tamanha veemência, e nossa história pode facilmente corroborar essa perspectiva, significa, sobretudo, que avançamos. É claro que nunca o suficiente, nem o desejado, mas não haveria recomposição autoritária sem a composição de inúmeras e efetivas resistências e transformações sociais. Aprofundá-las é nosso mais urgente desafio, um desafio que nos convoca ao exercício de autocrítica. Com base na obra de Offe, Gozzi¹⁷ escreve um trecho elucidativo, em face do cenário acima descrito:

Quanto mais a política se fizer concreta, tanto mais se multiplicarão os conflitos e se acentuarão os efeitos da polarização. Estará assim aberto o caminho à crise política, devido à incapacidade de coordenar todos os interesses do complexo social; além disso surgirá para o Estado o problema da legitimação, ou seja, do consenso acerca dos critérios qualitativos que orientam suas intervenções¹⁷.

O fato de que não tenhamos avançado o bastante na construção simbólica do direito à saúde e aprofundado o aprendizado democrático nos contextos institucionais e nas políticas implementadas parece ser um ponto de partida desta necessária autocrítica. Pensar e reconhecer as contradições e limites de operar por dentro da máquina do Estado um projeto de democratização social é outra reflexão premente. O'Connor, já na década de 1970, indicava que a crise fiscal do Estado é, na verdade, uma crise de legitimação frente ao fato de que sua intervenção tende a impor a toda sociedade o peso da valorização e acumulação, exclusiva e excludente, do setor econômico mais desenvolvido¹⁷. Nessa direção, o espaço e, principalmente, a fatia orçamentária destinada às políticas sociais no período recente, bem como a compreensão economicista e instrumental de desenvolvimento que norteou a importante experiência história de intervenção na estrutura de classes da sociedade brasileira são outros pontos a serem refletidos.

Precisamos reconhecer, por exemplo, que o direito à saúde não foi uma prioridade dos últimos três mandatos de governo e que, em grande medida, o maior acesso às estruturas institucionais do Estado por parte do movimento sanitário fez com que quadros e lideranças relevantes tenham se contentado em trabalhar nos limites impostos como possíveis.

Temos avançado pouco na construção de espaços públicos na sociedade brasileira e a saúde tem muito a contribuir nessa tarefa mas, para isso, é necessário o esforço de desnaturalizar os mecanismos e arranjos que cerceiam a potência democrática dos dispositivos que criamos. Faz-se preciso, também, rever o sentido desses dispositivos, cuja conformação foi espelhada na lógica da representação de interesses. Quais são as suas possibilidades de ação e de produção de efeitos quando construídos como espaços públicos, dispositivos abertos e porosos, capazes de potencializar dinâmicas comunicacionais e conexões com as movimentações e conflitos sociais de seus respectivos territórios? O que precisamos fazer para transformá-los nessa direção?

Na trajetória do movimento reformista muito se enfatizou os determinantes e condicionantes sociais da saúde. Hoje, devemos indagar o quanto as lutas e os conflitos que extrapolam a pauta específica da saúde podem reencantar o sentido deste direito social, apoiar sua ressignificação pela população, articulada com um conjunto de outras demandas e experiências da vida coletiva. Essas, entre muitas outras questões, podem trazer-nos, em uma conjuntura tão adversa, um necessário movimento reflexivo de autocrítica, neste momento de avaliação e debate mobilizado pela Conferência Nacional de Saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf Acesso em 16 set. 2015.
2. Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(6): 1621-1628.
3. Coelho VSP. A democratização dos conselhos de saúde. *Novos Estudos – Cebrap*. 2007; 78: 77–92.
4. Bello CA. Orçamento, redistribuição e participação popular no Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*. 2006; 20(3): 95-105.
5. Serapioni M, Romani O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2411-2421.
6. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1): 9-18.
7. Labra ME, Figueiredo JA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; (3): 537-547.
8. Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E. (org.) *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p.47-104.
9. Wendhausen A, Cardoso SM. Processo decisório e Conselhos Gestores de saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007; 60(5): 579 -584.
10. Moroni JA. O direito à participação no Governo Lula. *Saúde em Debate*. 2005; 29(71):284-304.
11. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc. & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 797-805.
12. Negri A, Hardt M. *Império*. 2ª ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Record; 2001. 501p.
13. Negri A. *Multidão: guerra e democracia na era do Império*. Rio de Janeiro: Record; 2005.
14. Cocco G. *MundoBraz: o devir-mundo do Brasil e o devir-Brasil do mundo*. Rio de Janeiro: Record; 2009. 304 p.
15. Guizardi FL. *Do controle social à gestão participativa: perspectivas (pós-soberanas) para a participação política no SUS*. [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008. 259p.
16. Telles VS. Espaço público e espaço privado na constituição do social: notas sobre o pensamento de Hannah Arendt. *Tempo soc*. 1990; 2(1): 23-48.
17. Gozzi Gustavo. Estado contemporâneo. In: Bobbio N, Matteuci N, Pasqueto. *Dicionário de Política*. 11 ed. Brasília: Editora Universitária de Brasília; 1998. p.401-409.