

O CONTROLO SOCIAL E A EXPERIÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE: INOVAÇÕES INSTITUCIONAIS NA GOVERNAÇÃO EM SAÚDE¹

João Arriscado Nunes, Daniel Neves,
Marisa Matias, Ana Raquel Matos

Introdução

Os Conselhos de Saúde, criados no Brasil no âmbito do processo de reforma sanitária e de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), constituem uma das inovações mais interessantes no campo da saúde e do envolvimento dos cidadãos na definição das políticas de saúde. Estes surgem como instituições híbridas que associam mecanismos de democracia directa com os da democracia representativa (van Stralen, 2005).

A sua compreensão enquanto espaços institucionais de participação cidadã será tanto mais abrangente e eficaz se forem tomados em consideração 3 pilares distintos que enformam a sua existência: um pilar político, que tomou forma com o movimento sanitarista brasileiro; um pilar de conhecimento e de produção de saberes, que corresponde à emergência de um novo paradigma no domínio da saúde pública e que dá pelo nome de Saúde Colectiva; e, finalmente, um pilar institucional, ligado à própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. É, aliás, ao SUS que os conselhos de saúde se encontram vinculados.

O movimento sanitarista brasileiro

O movimento sanitarista brasileiro nasceu na década de 70 do século XX no interior das Universidades Brasileiras, mais precisamente nos recém-criados Departamentos de Medicina Preventiva, num contexto político de crescente oposição ao regime autoritário. O movimento fez coincidir com o projecto sanitarista de melhoria das condições de saúde da população brasileira um projecto político de democratização do Estado e uma nova concepção de saúde, que esteve na base da emergência de um novo paradigma de saúde pública. Nele foi produzida uma crítica ao regime autoritário e à sua actuação no campo da saúde, colocando em causa a centralização das decisões nas mãos de técnicos, burocratas e políticos, vulneráveis às pressões e interesses dos sectores privados. Os efeitos perversos das políticas de saúde então existentes foram realçados, como a excessiva dependência em

¹ A investigação que serviu de base a este artigo foi realizada no âmbito do projecto “Researching Inequality through Science and Technology” (ResIST), financiado pela Comissão Europeia (CITS-CT-2005-020952), realizado no Centro de Estudos Sociais.

relação aos actores privados e a endémica exclusão da maioria da população no acesso a cuidados primários de saúde. A frase “Saúde é Democracia” é reveladora da percepção pelos sanitaristas de que não seria possível uma efectiva melhoria das condições de acesso à saúde pela maioria da população brasileira sem um decisivo passo para a conquista da democracia (Arouca, 1986).

O movimento Sanitarista teve o seu apogeu em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde as suas propostas foram transformadas num programa que viria a ser inscrito na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas de criação do SUS. A definição de saúde que encontramos no relatório final da Conferência é decisiva para a compreensão do movimento da reforma sanitária. Esta corresponde ainda a uma ampliação do conceito de saúde, que propõe uma ruptura com o domínio do paradigma biomédico:

- 1) Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- 2) A saúde não é um conceito abstracto. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- 3) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, protecção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
- 4) Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas económicas e sociais, assegurando os meios que permitam efectivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e económicas pela população. (Arouca, 1986)

Saúde Colectiva

Naquele que veio a ser designado de paradigma da Saúde Colectiva, o estudo dos processos de saúde-doença passou a dar enfoque não aos indivíduos, ou ao seu simples somatório, mas às determinantes sociais dos processos de saúde-doença e ao colectivo social, com as suas classes sociais e as suas dinâmicas relacionais, assim como à distribuição social da doença e da saúde. Assumiu-se também que os problemas de produção de saúde e doença verificados numa população são indissociáveis das condições sociais, económicas e políticas em que esta vive. O trabalho de identificação e caracterização destas determinantes sociais, que esteve no centro da reflexão do projecto sanitarista, conduziu à necessária articulação de múltiplos saberes disciplinares como a sociologia, a antropologia, a economia, mas também com os saberes locais daqueles que, por estarem próximos dos contextos locais, melhor conseguem identificar as determinantes sociais implicadas nos processos de saúde-doença das comunidades.

Esta intenção de incluir as experiências, saberes e práticas vindas da sociedade civil na construção democrática de um novo modelo de saúde foi realçada por uma das figuras emblemáticas do movimento sanitário, Sérgio Arouca, no seu discurso de abertura da VIII Conferência:

Porque o problema aqui não é o de buscar um modelo de saúde que seja adequado à nossa cultura de brasileiros, tirado do bolso de uma hora para a outra, mas sim o de se buscar um sistema de saúde cuja experiência tenha sido gerada nas vivências do trabalho comunitário de bairros, nas práticas dos sindicatos, da Igreja, das secretarias de saúde, estaduais e municipais, que tanta coisa têm enfrentado no sentido de transformar esse sistema, baseados no conhecimento, inclusive, de pessoas que, por assumirem mais a convivência com esse sistema perverso, foram para algum lugar do país e começaram alguma experiência concreta, na tentativa de modificá-lo. (Arouca, 39: 1986)

Nesta perspectiva, a materialização do direito à saúde não é dada por adquirida pela via da sua inscrição na Constituição e pela sua formulação legal, surgindo, antes, como um processo de construção permanente de exercício da democracia. Apesar de configurada como uma responsabilidade do Estado, a participação da sociedade civil para a sua efectivação foi fortemente enfatizada, nomeadamente através das suas múltiplas entidades representativas, na formulação da política, planeamento, gestão, execução e avaliação das acções na saúde. Tratou-se, assim, de uma proposta de redefinição do sistema público de saúde enquanto projecto colectivo e democrático que, obrigatoriamente, ocorreria apenas através da inclusão, em primeiro lugar, das múltiplas entidades oriundas da sociedade civil no debate em torno do sistema de saúde e, em segundo, dos múltiplos saberes e práticas que dela emanam para os espaços até então restritos da medicina e da saúde (Nunes *et al.*, 2007).

O sistema único de saúde

A Constituição Brasileira de 1988 sancionaria as directrizes do movimento sanitário cristalizadas pela VIII Conferência ao estabelecer a saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, e a participação da sociedade civil no planeamento e gestão como as directrizes centrais que mais tarde seriam fundadoras do SUS.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e económicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às acções e serviços para sua promoção, protecção e recuperação. (Constituição Brasileira, artigo 196)

As acções e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes directrizes:

- I – descentralização, com direcção única em cada esfera do governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as actividades preventivas, sem prejuízo de serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. (Constituição Brasileira, artigo 198)

O SUS foi posteriormente regulamentado pela Lei n.º 8.080 (1990). No seu artigo 36 foi declarado que o processo de planeamento e orçamentação do SUS deveria ser feito no sentido ascendente, do nível local para o federal, através da auscultação de órgãos deliberativos especificamente criados para essa função. A saúde emergiu, assim, como uma questão de cidadania e a participação política dos cidadãos na definição das políticas de saúde e no controlo da sua implementação como condição para a sua concretização (Guizardi e Pinheiro, 2006).

Os Conselhos Municipais de Saúde

Os Conselhos de Saúde foram criados, juntamente com as Conferências de Saúde, através da Lei n.º 8.142 (1990). Esta lei trata “da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” e criou, em cada esfera de governo, e sem prejuízo das funções do poder legislativo, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A representação dos usuários tanto nos Conselhos como nas Conferências, seria paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Deste modo, a sua arquitectura institucional caracteriza-se por uma composição paritária entre representantes dos usuários (50%) e representantes dos órgãos institucionais e trabalhadores (25% cada). No caso do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, este é composto por 36 membros, dos quais 18 são representantes dos usuários, 9 representantes dos trabalhadores de saúde do SUS de Belo Horizonte e 9 representantes dos prestadores de serviços públicos e privados de saúde. A distribuição dos lugares de representação dos usuários no seu interior surge organizada em duas lógicas de inclusão distintas, uma primeira territorial e ligada à organização espacial do próprio SUS no território do Município de Belo Horizonte, e uma outra ligada a grupos de risco e a associações de usuários do SUS como, por exemplo, associações de pensionistas, mulheres e portadores de doenças crónicas.

Segundo a Lei n.º 8.142, os Conselhos de Saúde são de carácter permanente e, por definição, a instância deliberativa do sistema de saúde nos seus três níveis de governo – federal, estadual e municipal. Actuam na formulação de estratégias e no controlo da execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusivamente nos seus aspectos económicos e financeiros. As suas decisões são homologadas pelo chefe do poder constituído na respectiva esfera de poder. A importância dos Conselhos Municipais de Saúde no SUS está patente no facto de ser por intermédio destes que os municípios são dotados dos recursos federais e estaduais destinados à saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no seu conjunto, é constituído por uma multiplicidade de órgãos com atribuições e níveis de actuação distintos. É constituído, num primeiro plano mais restrito, pelo Plenário (a instância deliberativa), a Mesa Directora (composta por dois usuários, um trabalhador e um representante dos prestadores de serviços), a Secretaria Executiva (com competências de assessoria administrativa), as várias Câmaras Técnicas (com competências de assessoria em relação a várias áreas temáticas), os vários Conselhos Distritais de Saúde e as Comissões Locais de Saúde instaladas em cada unidade de saúde. Num plano mais alargado e informal (dependendo da organização dos

vários segmentos da sociedade civil), o Conselho é constituído pelo conjunto das Plenárias – sendo as de usuários e de trabalhadores as que mais se destacam.

Ainda segundo a Lei n.º 8.142, as Conferências de Saúde, que reúnem periodicamente de 4 em 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, ficam incumbidas da avaliação da situação da saúde e da tarefa de propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis de governação correspondentes. A organização das Conferências ocorre no sentido ascendente, com a realização de conferências distritais, municipais, estaduais e, finalmente, federais de modo a incorporar no estabelecimento dos parâmetros para a saúde os saberes, as necessidades e as expectativas territoriais da população no sentido micro-macro.

Se, por um lado, as Conferências de Saúde são responsáveis pelo estabelecimento das metas e dos parâmetros de interesse público mediante as quais se deve reger o governo da saúde, os Conselhos de Saúde são responsáveis pelo controlo e fiscalização das acções políticas de governação à luz dos parâmetros definidos pelas Conferências.

Território enquanto espaço de cidadania

A criação de um sistema público de saúde descentralizado capaz de proporcionar condições de implementação de políticas mais democráticas, igualitárias, transparentes e orientadas para um esbatimento das desigualdades locais, regionais e estaduais no acesso da população à saúde, aparece, assim, vinculado à institucionalização destes espaços em todos os níveis e etapas de implementação das políticas de saúde. A forte dimensão territorial destes espaços e o carácter descentralizado dos processos de tomada de decisão indicam a sua percepção enquanto estruturas institucionais mediadoras da construção do território enquanto espaço de cidadania (Santos, 2007). Essa construção deve ser entendida como um processo onde a existência ou não de infra-estruturas (educação, saúde, transportes, etc.) e a possibilidade de acesso das populações desempenham um papel importante:

A possibilidade de um indivíduo ser, em maior ou menor grau, cidadão, depende largamente da sua localização no território. Enquanto um dado *local* aparece enquanto condição de pobreza, outro *local*, pode, no mesmo momento histórico, facilitar o acesso a bens e serviços disponíveis, em teoria, para todos, mas que na verdade são inacessíveis para muitos. (Santos, 2007: 107).

Neste contexto, a cidadania emerge como sendo o resultado da mediação de múltiplas entidades. A definição do grau em que cada indivíduo é realmente um cidadão deve ser entendido pelas condições de possibilidade que lhe são dadas para levar a cabo com dignidade o seu projecto de vida (Nunes *et al.*, 2009).

Controlo social, Estado e sociedade civil: um novo modelo de governação

A actuação dos Conselhos de Saúde enquanto sistemas de *accountability* é designada pelos diversos actores intervenientes como o “controlo social” que é exercido pela sociedade civil através da sua participação na definição, problematização e avaliação das políticas públicas de saúde promovidas pelo Estado.

[O controlo social] foi uma conquista da sociedade civil brasileira, devendo ser entendido como um instrumento de democracia. Tem como pressupostos básicos o desenvolvimento da cidadania, a construção de espaços democráticos, beneficiar o conjunto da sociedade e ter actuação permanente.

Democratizar o Estado implica reconhecer que na nossa sociedade existem interesses diferentes e contraditórios. Este reconhecimento materializa-se na constituição de canais e/ou mecanismos/instrumentos que facilitam a expressão dessas múltiplas demandas e em espaços para a negociação de alternativas de acção e soluções que as levem em consideração. (ConSaúde, n.º 1: 7)

Assim, a designação de controlo social reclama, em primeiro lugar, o reconhecimento da existência de diferentes e conflituais interesses na sociedade; em segundo lugar, a criação de “canais” e espaços que possibilitem que a expressão e a confrontação desses interesses; e, em terceiro lugar, que esses diferentes interesses se engajem num exercício de negociação ou de composição de soluções adequadas aos problemas trazidos para o debate público.

Ainda que a definição de “controlo social” nomeie o eixo Estado/sociedade civil, os moldes como um e outro são concebidos sugere a emergência de concepções distintas das comumente representadas. Neste sentido, é exigida uma problematização do que é Estado e do que é sociedade civil, por oposição a uma concepção dicotómica de tradição liberal que opõe o Estado à sociedade civil. Tal decorre da emergência de novas configurações ancoradas em novas dinâmicas relacionais entre a sociedade, nos seus diferentes segmentos organizados, o seu território e as estruturas institucionais de poder que tradicionalmente a governam. Estas configurações revelam que, ao invés de concepções estanques e bem delimitadas de Estado e de sociedade civil, estamos perante uma heterogeneidade de actores e entidades – sejam movimentos de doentes, movimentos de pensionistas, sindicatos laborais na área da saúde, organizações empresariais, etc. – que se articulam de modo complexo, em distintas escalas, actuando em diferentes domínios e mobilizando interesses distintos, por vezes conflitantes.

Podemos, assim, sintetizar o controlo social como um processo que assume a sociedade como protagonista, o Estado e a sua acção como o seu foco de atenção e a promoção da democracia como seu objectivo. Apesar de o Estado (e as suas acções) ser visado como objecto de controlo, a criação de espaços públicos que possibilitam à sociedade civil, diversa e conflitual, encontrar um espaço de expressão, conflito e negociação coloca-a (e aos que a protagonizam) no centro de um processo onde as acções públicas deixam de ser da exclusiva responsabilidade do Estado, passando a derivar de configurações de actores que assumem como objectivo central a promoção da democracia.

Enquanto concepções mais convencionais assumem uma distinção bem delimitada entre instituições públicas sujeitas a *accountability* e os sujeitos a quem estas devem prestar contas, a noção de controlo social obriga a que os cidadãos sejam simultaneamente fiscalizadores e fiscalizados. Em suma, uma acção ancorada num controlo social permite redistribuir a responsabilidade do Estado através de novas configurações de Estado e de sociedade civil, em todos os níveis, ou seja, desde a deliberação até à avaliação das acções. Como tal, através dos Conselhos

de Saúde e da concepção de controlo social enquanto mecanismo de *accountability*, parecem existir indícios que apontam para a constituição de uma nova constelação de governação nos domínios da saúde pública com a articulação dos actores formais e dos múltiplos actores oriundos da sociedade civil. Por outro lado, os Conselhos surgem como espaços de construção continuada de uma cidadania territorializada vinculada ao domínio da saúde pública onde a participação e o controlo social por eles operado desempenham um papel central.

Os Conselhos de Saúde: um modelo eficaz?

Para uma avaliação da eficácia dos Conselhos e do exercício do controlo social enquanto mecanismo de *accountability* deve ser tida em conta a seguinte questão: em que medida um Conselho de Saúde, enquanto espaço de participação, serve como mecanismo de mitigação das desigualdades no acesso à saúde pelos segmentos mais desfavorecidos da população? Esta questão desdobra-se ainda em duas outras questões, ainda que intimamente interdependentes. Em primeiro lugar, em que medida é que a participação dos sectores organizados da sociedade nestes espaços de tomada de decisão é efectiva? Em segundo lugar, em que medida é que essa participação tem servido para a construção do território enquanto espaço de cidadania? Com efeito, a construção dos Conselhos de Saúde enquanto espaços de democratização da gestão da saúde só ocorrerá se o seu funcionamento quotidiano se traduzir em práticas democráticas de participação e de diálogo que permitam uma construção da saúde como dimensão central da cidadania e como projecto colectivo que vise o bem-estar da sociedade civil no seu conjunto.

Relativamente à primeira questão, está em causa compreender até que ponto a inclusão de diferentes actores se traduz na sua real participação nos processos de tomada de decisão e, adicionalmente, em que medida as suas preocupações, necessidades e saberes são incorporadas e contribuem para a definição dos parâmetros e dos processos de tomada de decisão em saúde. Em situações em que se assiste a uma reprodução dos contributos resultantes do domínio do saber técnico-administrativo no espaço do Conselho, assim como no desempenho das suas funções deliberativas, podemos estar perante modelos de organização que configuram processos de “dupla delegação” (Callon *et al.*, 2001), ou seja, uma reprodução dos processos de delegação política e cognitiva que caracterizam os mecanismos formais da democracia representativa.

O princípio de “dupla delegação” traduz-se numa separação entre leigos e especialistas e entre representação e participação. De acordo com este modelo, os cidadãos são caracterizados por um duplo défice: o défice de capacidade política (ao assumir-se que estes são guiados por interesses privados e individuais e, como tal, dificilmente capazes de representar o interesse público, que deve ser assegurado pelos seus representantes eleitos) e de conhecimento (colocando cientistas e especialistas no papel de legítimos defensores do interesse público em matérias de decisão que envolvam dimensões técnicas). Neste modelo, que, a título de exemplo, tem vigorado nas sociedades democráticas da Europa, os cidadãos apenas são capazes de fazer opções e ter uma participação relevante em processos de tomada de decisão mediante o recurso a uma educação apropriada. O caso do Conselho Municipal por nós estudado afasta-se desta concepção, configurando um

espaço onde são produzidas novas configurações de conhecimento e onde, para utilizar a terminologia definida por Arnstein (1969), há lugar a uma efectiva redistribuição de poder nos processos de co-decisão que se aproxima de um processo de “parceria”. Efectivamente, no caso analisado, os cidadãos revelam-se capazes de controlar o seu envolvimento nos procedimentos participativos (incluindo a capacidade de influenciar a distribuição de informação, a definição da agenda e das prioridades, a formulação de estratégias e programas de acção, a distribuição dos recursos financeiros, o envolvimento nas deliberações, a capacidade de gerar decisões vinculativas, etc.) e de exigir que os processos postos em prática sejam inteligíveis para aqueles que neles participam.

A qualidade da participação é medida em função da real capacitação dos cidadãos para desempenharem um efectivo exercício de controlo social, influenciando efectivamente na definição das estratégias e programas políticos e participando da distribuição dos benefícios que deles advém. No caso concreto do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e tendo em conta que as tomadas de posição do conselho são de carácter deliberativo e obrigatoriamente homologadas pelo Prefeito, está igualmente implicado um nível de implementação e interferência na definição das políticas públicas de saúde:

[...] como é que seria esse diálogo do Conselho com o Gestor? Então, através de alguns documentos fixos, necessários. Por exemplo, e um deles é o Plano de Saúde! Sem Plano de Saúde ninguém recebe verba de investimento ou verba de custeio. Então, é uma prerrogativa. O momento do Plano, que geralmente vai por 4 anos, de 4 em 4 anos o Gestor vai chegar, dialogar com o Conselho [...] através de um documento, com o que ele planeja para os próximos 4 anos. É o início de um diálogo com o controle social e o Conselho pode modificar o plano, ele revisar o plano, ele pode modificar da forma que ele queira. Mas só o Plano resolveria? Não! [...]. A Conferência tira as directrizes. As directrizes tem que esta contempladas no Plano. O Plano tem de estar de acordo com as directrizes que a sociedade maior decidiu. Então está no Plano. No Plano, não adianta você ter um bom Plano que está em consonância com a conferência, e mais com algumas demandas que o próprio Conselho verificou (ele é deliberativo por isso ele pode pôr também). Se não tiver dinheiro ele não sai de intenção! Então, o diálogo de se aprovar a proposta orçamentária, antes de ela ir para o legislativo, e quem aprova é o legislativo. Ela tem de passar pelo Conselho de Saúde para verificar essa compatibilidade, essa possibilidade, entre aquilo que está proposto no Plano e aquilo que você tem na questão de dinheiro, do orçamento do próprio município! Outro momento importante de diálogo documental do Gestor como Conselho é o relatório de gestão anual. Então, você planejou, você tem dinheiro, mas, e depois de um ano, executou o quê? Você queria reduzir a mortalidade infantil de 18 por mil para 16 por mil, você não conseguiu ou você até conseguiu para 15 por mil. O Gestor tem de falar para o Conselho porque é que ele conseguiu mais, por que é que ele conseguiu menos, o que é que impediu, se foi falta de recursos humanos, ou outra coisa. Ele tem de ter esse diálogo franco, essa autocrítica, porque na realidade, sem esse instrumentos, sem o relatório de gestão, sem o relatório financeiro, sem o plano de saúde, sem o orçamento, e se isso não tiver uma coerência entre si. Sem isso não tem um diálogo claro

com o Conselho. [...]. Mas sem esse diálogo e sem essa coerência entre os documentos, o processo de gestão fica pequeno. E um dos problemas que a gente nota hoje, é que a relação do Conselho com o Gestor não é apenas fiscalizar se gastou ou não! Isso é importante? É! Agora, é o poder de planejamento e de execução que os gestores têm que ter no processo. Então o Conselho tem que estar de olho: está tudo certo? Está tudo documentado? Quer dizer, se ele aprovar todas essas peças, o dinheiro vem da reserva federal e vem da esfera estadual! Mas só isso é importante para o conselho? Para decidir o processo? A coerência, o resultado, e no final, você fala: não, realmente, investiram tantos milhões, e você conseguiu ter como resultado uma melhoria da qualidade de vida da população! Porque a saúde é vista pela qualidade. Não queremos saber se aumentou ou não o nº de internações. Aumentou? Aumentou. Precizou? Precizou. Mas e isso é importante? A pergunta que a gente tem de fazer com a reforma sanitária é: melhorou a qualidade de vida da população? Ou piorou? Se está tendo mais internações você pode dizer: ah, então melhorou o sistema de saúde! Mas não é isso que nós queremos! Nós queremos a inversão do modelo, queremos um modelo mais preventivo e menos curativo, isso é a finalidade geral de um bom planejamento e o que o SUS necessita! (Entrevista2: 650-704)

Deste modo, o poder deliberativo e fiscalizador investido no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em articulação com o papel desempenhado pela Conferência de Saúde, exercem uma real interferência na definição e redefinição das políticas municipais de saúde. Recorrendo novamente à tipologia de Arnstein (1969) – traduzida numa ‘escada da participação’ cujos degraus são: Manipulação, Terapia, Informação, Consulta, Pacificação, Parceria, Delegação de Poderes e Controlo dos Cidadãos – a acção do Conselho parece aspirar a um pleno controlo dos cidadãos no domínio das políticas públicas de saúde. No entanto, a análise da sua eficácia enquanto mecanismo dialogista de prestação de contas revela também proximidade com o ‘degrau’ correspondente à delegação de poderes. Os poderes atribuídos ao Conselho, assim como o facto de ser necessário o seu aval para a aprovação do Plano Municipal de Saúde e para a aprovação das contas do Fundo Municipal de Saúde, garante uma mais valia negociada com os gestores públicos e privados da saúde que permite que os usuários detenham algum poder no processo de tomada de decisões no âmbito da definição estratégica das políticas públicas de saúde. Podemos, assim, considerar que o Conselho de Saúde de Belo Horizonte possui um já elevado nível de eficácia no quadro do que podemos denominar de mecanismos participativos de *accountability*.

Regressemos agora à questão da eficácia da actuação dos Conselhos de Saúde: em que medida essa participação tem servido para a construção do território enquanto espaço de cidadania? Em que medida promove efectivamente o acesso à saúde pelos segmentos mais desfavorecidos da população? O trabalho realizado pelo Conselho tem ajudado a expandir a rede pública de saúde para zonas problemáticas em termos sociais e marcadas por claras insuficiências na área da saúde, como a inexistência de infra-estruturas capazes de dar respostas às necessidades da população e, conseqüentemente, a existência de graves défices nos serviços básicos de prestação de cuidados de saúde:

[...] nós conseguimos junto ao Conselho a gestão, porque eu bato de frente com a gestão, da Centro-Sul, conseguimos esses centros de saúde nos piores locais que são as vilas que médico nenhum, gestor nenhum quer ir lá em cima na vila, mas conseguimos. (Entrevista1, 1194-1205)

Com um forte vínculo local às comunidades e com um conhecimento profundo da sua realidade quotidiana, a acção do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte tem obtido resultados francamente positivos na consolidação da rede pública de cuidados médicos através da sua extensão para zonas marginalizadas e, em maior ou menor grau, ignoradas pelas estruturas políticas e técnico-administrativas. Num país como o Brasil, com debilidades na expansão da rede de saúde pública e dificuldades em termos do seu funcionamento, é nos municípios como o de Belo Horizonte, onde a actuação dos Conselhos de Saúde e a participação da sociedade organizada na definição das políticas públicas de saúde é realmente efectiva, que se encontram os melhores resultados em termos de indicadores de saúde.

Por outro lado, as associações no domínio da saúde, através da sua participação nos Conselhos de Saúde, desempenham ainda um papel preponderante em outras áreas como, por exemplo, no assegurar da distribuição de medicamentos a doentes crónicos que não têm possibilidade de os adquirir no mercado:

A nossa associação tem um convénio com o município aonde os nossos pacientes de Belo Horizonte recebem, no caso, não só a medicação pelo SUS que é o gama-interferon e a imunoglobulina, mais os antibióticos, os remédios do dia a dia. Então nós recebemos. E temos um convénio com o Estado, a secretaria estadual também fornece para os pacientes do interior, e isso a gente tem um formulário que encaminha tudo direitinho. E isto tudo quem faz é a associação. Então é este o nosso programa. (Entrevista1, 1245-1251)

A actuação das associações de doentes e usuários através do Conselho de Saúde de Belo Horizonte na obtenção de serviços e de bens tem sido fulcral para garantir o tratamento de uma franja da população estigmatizada e sem acesso ao mercado para adquirir os tratamentos necessários.

As associações actuam ainda na melhoria das condições de acesso da população aos serviços de saúde como, por exemplo, no encaminhamento de doentes com doenças raras para os serviços apropriados e o seu acompanhamento nos tratamentos específicos:

Agora temos uma coisa no Brasil hoje, principalmente em Minas Gerais que está dando muito certo, é o Tele Saúde. O Tele Saúde nós estamos interligados com outras cidades daqui, outros países da Europa, e mesmo lá dentro. Se um doente hoje vai num centro de saúde, o caso dele não é para a atenção básica, é uma doença mais grave, aquele médico discute com a universidade ou até lá fora, então isto ajuda bastante, tanto os pacientes grave como as associações. Então hoje, no meu caso que sou representante da [Associação de doentes com] Imunodeficiência Primária, se eu tenho um paciente da Regional Venda Nova que é uma Regional mais carente, lá na atenção básica, uma criança recém-nascida com 2, 3 meses, está tendo muita infecção, não está se desenvolvendo,

se suspeita da Imunodeficiência Primária. Aí o pediatra entra em contacto pelo Tele Saúde com o nosso serviço. E aí a gente se discute e encaminha a criança para a gente. Aí é feito os exames e se realmente for diagnosticado a Imunodeficiência agente acompanha, se não, devolve, ou então no caso da fibrocística ou de outras doenças mais graves, encaminha para o próprio serviço ali dentro. (Entrevista1, 1227-1240)

Deste modo, é através da mediação das associações que o Estado e o Município vêem asseguradas muitas das suas responsabilidades no que respeita à identificação da população doente e ao seu acompanhamento quotidiano, garantindo o acesso a medicamentos e aos respectivos tratamentos.

Apesar das premissas fundamentais de constituição do SUS – igualdade e universalidade no acesso à saúde – e da responsabilidade imputada ao Estado pela Constituição Brasileira em fazer cumprir estas premissas, a realidade brasileira revela graves carências e inúmeras deficiências na rede de saúde pública e as dificuldades do Estado e de muitos dos Municípios em corrigir essa situação. Deste modo, as associações têm vindo a assumir um papel activo na busca de soluções para alguns dos problemas que mais se destacam junto das populações mais desfavorecidas. Os Conselhos de Saúde têm sido um importante mecanismo de capacitação para as associações de usuários e demais movimentos organizados actuarem no domínio da saúde. O papel desempenhado por elas é potenciado pela sua ligação formal aos Conselhos, ao funcionarem, por um lado, como pontes de acesso à informação relativa às políticas de saúde e, por outro, como plataformas de intervenção política de defesa dos direitos, interesses e necessidades daqueles que representam. Tal têm-lhes permitido desenvolver acções concertadas e capazes de transformar positivamente a realidade da saúde em diferentes níveis territoriais. A actuação dos Conselhos de Saúde na gestão local da saúde, articulada com as restantes actividades em que se encontram envolvidos, tem revelado o seu papel central enquanto agentes positivos de transformação social no respeitante à melhoria efectiva das condições de acesso à saúde das comunidades locais.

Dificuldades e desafios futuros

Apesar das dificuldades encontradas na constituição e funcionamento dos Conselhos de Saúde, especialmente em pequenos municípios, eles têm-se revelado como um recurso central para garantir a realização do preceito constitucional da saúde como direito de todos e obrigação do Estado. Em termos gerais, tem sido reconhecido que a participação da sociedade civil, através dos Conselhos Municipais de Saúde nas políticas públicas de saúde, tem contribuído para uma melhoria efectiva da qualidade dos serviços públicos locais, havendo um efeito de redistribuição dos benefícios gerados por tais políticas e uma redução dos desiguais níveis de acesso à saúde. A capacidade de organização, fundamentalmente a nível local, da sociedade civil – na figura de associações e movimentos sociais – desempenha um papel fulcral para o eficaz funcionamento dos conselhos de políticas para a sua consolidação no sentido da redistribuição de benefícios e para a mitigação das desigualdades.

Daqui ressalta que, apesar deste esforço de dar voz aos distintos grupos da sociedade civil, a concepção da sociedade civil que aqui emerge como sendo constituída por uma heterogeneidade de entidades organizadas, juntamente com os mecanismos de representatividade criados pelos Conselhos de Saúde parecem conduzir à exclusão de todo um conjunto de grupos sem capacidade de organização – e dos quais destacamos as populações mais vulneráveis das favelas e as populações indígenas. A capacidade de organização e de reivindicação surge como essencial para o seu reconhecimento enquanto actores políticos e, deste modo, para a sua inclusão no espaço de participação dos Conselhos de Saúde. Este é aliás um dos mais sérios desafios à ampliação da democracia sanitária no Brasil e à defesa da máxima “A saúde é direito de todos e dever do Estado” embutida no projecto de construção do SUS.

Referências bibliográficas

- ARNSTEIN, Sherry R. (1969), “A ladder of Citizen Participation”, *JAIIP*, 35: 216-224.
- AROUCA, Sérgio (1986), “Democracia é saúde”, in *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 35-42.
- CALLON, Michel; LASCOUMES, Pierre; BARTHE, Yannick (2001), *Agir dans un Monde Incertain: essai sur la démocratie technique*, Paris: Seuil.
- GUIZARDI, Francini L.; PINHEIRO, Roseni (2006), “Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde”, *Ciência & Saúde Colectiva*, 11 (3): 797-805.
- NUNES, João Arriscado; MATIAS, Marisa; MATOS, Ana Raquel; NEVES, Daniel (2007), *New Accountability Systems: experimental initiatives and inequalities in public policy and health policy domains capacity building*, Relatório de Investigação. Coimbra: CES
- NUNES, João Arriscado; MATIAS, Marisa; MATOS, Ana Raquel; NEVES, Daniel (2009), *New Accountability Systems: Policy Report*, Relatório de investigação. Coimbra: CES.
- SANTOS, Milton (2007), *O Espaço do Cidadão*, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- VAN STRALEN, Cornelis (2005), “Gestão participativa de políticas públicas: O caso dos Conselhos de Saúde”, *Psicologia Política*, 5 (10): 313-344.