



10º Congresso de Pesquisa

CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: COOPTAÇÃO OU PROTAGONISMO DA SOCIEDADE CIVIL? - UM ESTUDO DE CASO

Autor(es)

TELMA REGINA DE PAULILO SOUZA

Apoio Financeiro

FAP/UNIMEP

1. Introdução

Atendendo os anseios dos movimentos sociais, em particular o movimento sanitário, no caso da saúde, e buscando se alinhar às democracias ocidentais, a Constituição Brasileira de 1988, apresenta uma combinação entre formas de representação e formas de participação que redefine o “lugar” da Sociedade Civil (SC) no campo do político. Na perspectiva dessa nova institucionalidade democrática, no que tange as formas de participação, além do plebiscito, referendo e iniciativa popular (abrangendo os Poderes Executivo e Legislativo), a participação da SC é afirmada, nos termos constitucionais, nos processos de deliberação de políticas públicas (capítulos da seguridade social e da reforma urbana). Nesse contexto de democratização brasileira, a criação do Sistema Único de Saúde representou um marco histórico, visto incluir a participação social como um dos seus princípios, o que aparece pontualmente na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90), especificamente na Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre recursos financeiros e, mais detalhadamente, na Resolução nº 333/2003 que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Passado mais de duas décadas da instauração desse processo de democratização, nesse modelo híbrido de participação da SC nas ações do Estado, nos interessa saber como se dá a participação da SC nos processos decisórios acerca das políticas da saúde. Como questão de fundo, que temos investigado nos últimos anos, preocupa-nos compreender os sentidos da democracia brasileira, visto sua histórica herança autoritária e conservadora, amalgamada nas entranhas do Estado brasileiro e no tecido cultural nos diversos estratos sócio-econômicos do país. Nessa perspectiva, focamos essa preocupação em um estudo de caso, pois estamos investigando uma realidade particular; situando esse particular no contexto de outros estudos com as mesmas preocupações. Trabalhamos com a ideia de que a engenharia democrática instituída a partir dos anos 90 do século XX no Brasil, em que pese ter criado espaços públicos de participação, nos quais Estado e SC, ambos constituídos por diversos grupos de distintos interesses, podem “dialogar”, mas ainda não permitiu a superação da centralização do poder na elite dominante. A ideia de co-gestão presente na nova institucionalidade democrática, de fato, não garantiu a partilha do poder, condição para a consolidação da democracia no país. O estudo em tela trata da participação da sociedade civil na representação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no Conselho Municipal de Saúde (CMS) na cidade de Piracicaba.

2. Objetivos

Os objetivos da pesquisa são: (1) Compreender os sentidos da participação dos representantes da sociedade civil (SC), particularmente os representantes dos usuários do SUS, no Conselho Municipal de Saúde na cidade de Piracicaba; (2) Identificar os limites e possibilidades de um Conselho de Saúde na formulação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde no município considerado, com especial destaque à atuação da SC nesse Conselho; (3) Identificar os obstáculos e os avanços para a consolidação de uma democracia participativa por meio das ações de um Conselho gestor, no caso, voltado à política de saúde. Os objetivos da pesquisa,

portanto, estão relacionados a uma avaliação do próprio sistema de saúde, visto que o protagonismo social é um dos princípios fundamentais do SUS, a partir de uma experiência particular, na cidade de Piracicaba.

3. Desenvolvimento

Para compreender o funcionamento dos Conselhos, não é suficiente tomarmos o conselho como unidade de análise. Há de levar em consideração, por quem são compostos os conselhos, o que os leva a participar e como eles agem. (STRALEN, 2005, p. 326)

Estamos trabalhando com o método qualitativo, visto estarmos interessados, particularmente, na “análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações” (CHIZZOTTI, 1998, p. 78) Os procedimentos delineados para a coleta de dados são:

(a) Observação participante das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS e das reuniões da Secretaria Executiva do CMS, que conta com a participação de 04 representantes de usuários, eleitos pelo próprio Conselho em reunião ordinária de 22 de fevereiro de 2011 (gestão 2011-2014). Tais observações estão em curso e participamos de todas as reuniões até o momento.

(b) Entrevistas semi-dirigidas com os 10 representantes titulares dos usuários, e os demais membros da Secretaria Executiva (são 08 membros no total, 04 representantes dos usuários e 04 dos demais segmentos) e com 01 gestor de saúde, também membro do CMS. No total serão 15 entrevistados e, caso algum membro titular não consentir em participar da entrevista, o que será respeitado, recrutaremos usuários suplentes. Apenas iniciamos a realização das entrevistas.

(c) Pesquisa documental: análise de todos os documentos avaliados como relevantes para o estudo, especialmente as atas das reuniões do CMS. Temos todas as atas que permitiu a construção de uma pré-análise.

A análise interpretativa dos dados (diários de campo das reuniões, documentos pertinentes e transcrição das entrevistas), além de focar as questões relacionadas aos objetivos da pesquisa, sempre relacionadas à Política Nacional de Saúde expressa nos textos legais, buscará relacionar a participação observada em Piracicaba com a participação estudada em outras pesquisas que tratem desse tema, buscando-se ampliar a discussão e os limites de um estudo de caso.

Os sujeitos envolvidos no estudo são protagonistas de ações relacionadas ao direito à saúde de toda a população (princípio da universalidade do SUS) e que assumiram publicamente as atribuições ligadas aos órgãos de garantia de tais direitos. Em que pese esse compromisso público, estamos respeitando a liberdade dos sujeitos em participar ou não da pesquisa. Os sujeitos são informados acerca dos objetivos, justificativas, propósitos e metodologia da pesquisa, assim como do respeito ético que permeará todo o trabalho, segundo as normatizações do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196), expressas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética da Unimep (protocolo nº 17/11) O "recrutamento" dos sujeitos está sendo realizado através de contatos da pesquisadora com os membros do CMS envolvidos no estudo.

A análise dos dados será realizada através de uma hermenêutica dos discursos dos entrevistados, fundamentada em conhecimentos das ciências humanas, em particular da Psicologia Política. Neste sentido, propomos uma perspectiva transdisciplinar no enfoque desse estudo, o que temos realizado ao longo de nosso percurso como pesquisadora. Em relação aos documentos, trabalharemos com análise de conteúdo tendo como referência os textos normativos em relação ao SUS e aos direitos humanos e sociais.

4. Resultado e Discussão

A breve discussão ora apresentada enfocará apenas os dados das observações das reuniões do Conselho (sem incluir as reuniões da Secretaria Executiva), que também não estão concluídas, visto ainda estarmos participando dessas reuniões. A dinâmica das reuniões do Conselho é sempre a mesma: inicia-se como os informes da presidência, dos demais conselheiros e os informes da plenária. Posteriormente é realizada a leitura da ata da reunião anterior, colocada em discussão, feita as correções e a aprovação. Na sequência a pauta é aberta para discussões e encaminhamentos. Destacamos que em relação aos informes é frequente nos informes dos conselheiros representantes dos usuários e da plenária a apresentação de demandas em forma de queixa. Essas se referem a ausência de unidades de saúde em algumas regiões, ausência de equipe técnica completa e, com muita frequência, a ausência ou insuficiência de médicos nas unidade de saúde da atenção básica. Grande parte do tempo da reunião é usada para esses “informes”. Via de regra, os presentes na plenária que levam as queixas são orientados a oficializar as mesmas em formulário próprio para esse fim. Os pontos de pauta quase sempre se referem às atribuições do Conselho em relação às ações da Secretaria de Saúde que devem ser submetidas à aprovação do CMS. A prestação de contas, realizada trimestralmente, sempre é apresentada por um funcionário da Secretaria de Saúde que, antes da reunião, disponibiliza o relatório ao Conselho, para que esse o analise antes da reunião. O relatório de gestão é pautado anualmente, no caso do relatório do período de janeiro a dezembro de 2011, foi pauta da reunião de julho de 2012. Relatórios da Vigilância Sanitária e epidemiológica e da saúde do trabalhador (serviços de responsabilidade direta do Estado) e de uma Ong específica (serviço terceirizado) também entram na pauta do Conselho. Em todos esses casos, um técnico dos serviços apresenta os dados, esclarece dúvidas e os relatórios são aprovados, em poucos casos, a prestação de contas foi colocada em dúvida na questão contábil, mas foi aprovada com ressalvas.

Essa dinâmica, parece-nos compor a rotina das reuniões do Conselho, com exceção de três momentos: um em uma reunião que ocorreu na UNIMEP, com pauta específica sobre as UPAs, com a presença de representante do gestor e dos técnicos dos serviços; outro, ocorrido em um bairro da periferia, que possibilitou a aproximação da população daquele bairro do Conselho, estimulando a criação de uma Comissão Local de Saúde; e um terceiro momento em que os hospitais conveniados à prefeitura foram chamados para

esclarecer questões em relação aos partos realizados por ambos. Sem detalhamos outras pautas trabalhadas ao longo desse ano e meio de reuniões, levantamos alguns eixos analíticos que deverão ser aprofundados na continuidade da investigação. (1) O Conselho, frente às exigências normativas condicionadas a repasses de financiamento da União, é predominantemente um aparelho mais burocrático do que participativo. (2) É um espaço público que expressa relativo conflito de interesses, com pouca negociação e nenhum antagonismo; (3) É um espaço de conflito (expresso nas falas da plenária apenas enquanto queixas), portanto é um espaço “pré-político”, no qual o poder é exercido, muitas vezes, não através do confronto de posições diferentes e antagônicas, mas através da construção de um consenso que mascara as relações de poder e subordinação engendradas fora dos limites do Conselho. O consenso aqui atua enquanto forma de neutralização do político, próprio do liberalismo. A ideia de consenso significa aceitar o que o “Poder Público” define como prioridade, afinal esse financia a existência dos Conselhos. (4) Considerando os discursos dos representantes dos usuários, identificamos que poucos têm clareza do papel de um Conselho, assim como poucos têm domínio das normatizações do SUS e acerca do próprio Controle Social, muitas vezes expresso no viés clientelista que caracterizou a relação do Estado com a população excluída de uma cidadania propositiva.

5. Considerações Finais

A presença da SC em Conselhos Gestores nem sempre garante sua real participação nas decisões que definem as Políticas Públicas. Em parte, a problemática se delinea na qualidade da participação (distante do discurso forjado pelos técnicos especializados), mas parece-nos central que o maior problema está na própria ideia de representação, ou seja, uma representação assentada em interesses particulares reconhecidos a partir do discurso da sociedade enquanto heterogênea, plural, mas passível de unificação através da cidadania. Nesse discurso, o reconhecimento da diversidade (cultural, étnica, de gênero, religiosa, ou o que seja) parece-nos uma forma de neutralizar a frustração ou revolta diante da impossibilidade de uma cidadania universal. A cidadania coloca-se, na suposta “abertura democrática”, como um direito (a participação passa a ser um imperativo), mas não como um direito a todos os direitos, quer sejam fundamentais ou preconizados nas leis. Trazendo os “insatisfeitos” para dentro das instâncias da política, eles “participam” da legitimação do poder de um Estado insuficiente, ou de um Estado em crise. O Estado liberal promove uma democracia liberal, ou seja, do compromisso de um Estado mínimo, ou de um Estado sem Políticas Públicas Sociais, sendo essas forjadas pelos governos para seus próprios benefícios, no sentido de se manterem no poder. Paralelo a essa “farsa democrática”, os avanços na formulação de propostas, muitas assumindo o caráter de resoluções, que visam garantir um sistema de direitos, é muito grande. Existe uma multiplicação de atores sociais buscando a construção de um protagonismo sem antagonismo. Textos e mais textos críticos da realidade e propositivos são veiculados nos diversos canais de comunicação, especialmente através das novas tecnologias de comunicação, não acessíveis aos sujeitos desprovidos dos direitos sociais. À semelhança dos sofistas, aposta-se na retórica demagógica no debate político, uma retórica que não se traduz em ações coletivas de engajamento processual, no máximo, produz ações diretas que têm um caráter efêmero e não se converte em mudanças macro-sociais de grande impacto. Os representantes da sociedade civil não se reconhecem como uma comunidade política, são assim presas fáceis dos discursos demagógicos, por vezes representado nas próprias regras do jogo democrático, mas que não se convertem em uma cultura política democrática.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de agosto de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990

_____. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, DF, p. 25.694, 31 dez. 1990.

CHIZZOTTI, Antonio. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais . São Paulo: Cortez, 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 196, 1996

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nacional, nº 333, 2003.

STRAGEN, C. J. van Gestão Participativa de Políticas Públicas: o Caso dos Conselhos de Saúde. In Revista Psicologia Política, vol. 5, nº 10 p. 313-344, jul – dez 2005