

Ligia Bahia

Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,
Brasil.
ligiabahia@terra.com.br

As conferências de saúde: desafios à democracia participativa

O artigo *Conferência Nacional de Saúde: Desafios para o País* sistematiza o conhecimento acumulado sobre o tema e contém reflexões e interrogações sobre os potenciais e limites das experiências recentes de democracia participativa. O texto é abrangente, rico, instigante. Seu autor, atento às articulações políticas contemporâneas, conjuga a compreensão das contradições do processo de implementação do SUS, “*realização ou regressão do ideário da Reforma Sanitária*” (p. 2048), com a literatura pertinente e sua experiência de participação em conferências nacionais de saúde.

O trabalho atende plenamente as necessidades da produção de conhecimentos orientada por lentes ampliadas e que explicitam seu teor normativo. Entretanto, o exame da mesma temática sob um ângulo mais restrito e outro registro teórico, permite entrever a organização da participação social nos conselhos e conferências de saúde e desafios e potenciais a serem ponderados com base no mapeamento de dinâmicas objetivas. Lentes de aproximação evidenciam que as demandas e interesses em torno das agendas redistributivas, pelas políticas de bem-estar social universais, têm sido interrogadas pelas pautas das lutas pelo reconhecimento¹ de minorias étnicas, sexuais, raciais, portadores de patologias e deficiências e diferenças de gênero.

No Brasil, os fóruns participativos de saúde tornaram-se um estuário de dois processos diferenciados de afirmação identitária. O primeiro é facilmente visível e se expressa tanto nos conselhos quanto nas conferências de saúde, na ocupação dos assentos destinados aos usuários, por movimentos que propugnam valores comunitários culturalmente específicos. O segundo, tem natureza diversa, não tem raízes nas disparidades sociais, refere-se à participação de entidades de profissionais de saúde de nível superior não médicos. Embora tais associações e sindicatos não apoiem suas reivindicações nos princípios de equidade, terminam por invocar, por meio da participação e proximidade com os processos de normatização do Ministério da Saúde, o reconhecimento de cada profissão.

Certamente, uma pauta pela inscrição obrigatória de categorias profissionais nas ações de saúde, não pode ser confundida com a de movimentos afirmativos por justiça social, tampouco se ajusta às agendas sindicais típicas. Mesmo as-

sim, o elemento comum a ambas as representações, a dos que lutam pela afirmação das diferenças e a da franja sindical, que empunha a bandeira das equipes multiprofissionais como apanágio da boa saúde, é a ênfase no reconhecimento e não na igualdade social. Parcela significativa dos conselheiros e delegados nas conferências de saúde filia-se a um ou por vezes a ambos os movimentos identitários.

Portanto, a forte presença de uma representação voltada à defesa de interesses distintos daqueles das tradições igualitárias socialistas e trabalhistas é um desafio considerável, na medida em que impõe uma hipótese que não pode ser descartada: a da inexorabilidade de uma agenda fragmentada, reflexo das intenções e estratégias de agentes sociais, para os quais as políticas redistributivas não conseguem articular ou enfrentar concretamente experiências de injustiça e não oferecem garantias imediatas de mobilidade profissional.

Paridade ou ser par

Um aspecto ainda pouco iluminado da atual dinâmica dos conselhos e conferências é a interpretação de paridade, de participação paritária e suas repercussões sobre a representação, representatividade e agendas. A paridade vem sendo tomada como uma sucessiva quantificação da participação segmentada (trabalhadores, usuários e gestores). Trata-se de uma concepção estritamente numérica de representação que não questiona a necessidade de se avançar no encontro de alternativas para a participação entre iguais. Preenchimentos de vagas de acordo com critérios definidos por quem já participa, fortalecem, na realidade cristalizam representações, conferindo-lhes, paradoxalmente, a atribuição de produzir normas de exclusão dos não participantes.

O *trade-off* participação/exclusão reflete-se nas fragilidades da representação e representatividade. A sinergia entre as óbvias lacunas de representação, tais como trabalhadores da saúde de nível médio e associações de empregadas domésticas, com as tendências de exercer mandatos sem representatividade das bases e exclusão de novos movimentos e redes sociais dos fóruns participativos, debilita o debate e a formulação de uma agenda realista para o sistema de saúde no Brasil. Consequentemente, as instâncias participativas na saúde buscam orientação e coesão na racionalidade político-partidária ou no senso comum.

A polarização entre correntes do Partido dos Trabalhadores (PT) e do Partido do Movimento

Democrático Brasileiro (PMDB) gravitou em torno das organizações sociais e fundações estatais de direito privado, e reacendeu quando as disputas por cargos envolvem integrantes dos conselhos que possuem maior proximidade e afinidade político-ideológica com a equipe dirigente do Ministério da Saúde. Em sentido diverso, a rejeição nas conferências nacionais de saúde ao debate sobre a descriminalização do aborto ², o aumento de impostos, inclusive para o financiamento do SUS, expressam decisões filtradas pela influência de igrejas e extraídas do imaginário liberal-conservador.

Nem sempre as instâncias de participação direta da saúde se distinguem do Parlamento pela adesão ou afastamento de agendas emancipatórias. Posicionamentos dos conselheiros e delegados de conferências de saúde sustentaram contrapontos a determinados vetores que restringem a efetivação do SUS. Mas, também ecoaram resoluções ou vetos prejudiciais ao debate sobre saúde e direito à saúde. Trata-se de arquitetura paritária, impressionante em termos de magnitude e espalhamento dos participantes e geração de regras e regimentos, mas que apresenta falhas de suporte à radicalização da luta contra injustiças distributivas.

Justiça e democracia participativa

A tessitura dos aportes da área de saúde coletiva com referenciais teóricos sobre a “qualidade” da democracia, converte-se no texto de Paulo Gadelha em um ensaio abrangente e oportuno sobre os principais obstáculos a serem equacionados para articular “*as agendas setoriais a temas e movimentos de amplitude nacional*” (p. 2048). O autor considera com o devido cuidado o padrão profuso e pontual de resoluções de conferências anteriores, e ainda manifesta preocupação com a multiplicidade de eixos, diretrizes e propostas que organizaram as conferências municipais e estaduais e serão reapresentados na 15ª CNS. Encontrar unidade ou sentido comum a um conjunto de tópicos muito relevantes, mas expressos de modo individualizado, como demanda exclusiva de delegados ou entidades, é uma tarefa que requer vigor redobrado.

Ajustar as expectativas em relação à 15ª CNS, tal como alude o texto, é essencial para encontrar energias necessárias para articular demandas legítimas por reconhecimento com aquelas voltadas à redução da exploração e alocação mais justa de recursos e bens. Uma segunda ordem de incumbências, ainda não devidamente equacionada, está voltada para a identificação de uma agenda compatível e atualizada para repor a cen-

tralidade do conceito ampliado de saúde. Enunciados demasiadamente genéricos como modelo de desenvolvimento ou democracia, acrescidos por adjetivos, são elucidativos, mas insuficientes para intermediar as imprescindíveis articulações com demandas particularizadas.

Temas prioritários como mudança climática, desarmamento, envelhecimento, mobilidade urbana, produção e uso crítico de tecnologias, direito de propriedade intelectual, agravamento da exposição a riscos e situação de saúde de determinados segmentos populacionais e etnias, entre outros, vêm sendo negligenciados nos debates sobre saúde e sistema de saúde no Brasil. O confinamento setorial estende-se à incipiente participação dos conselhos e conferências de saúde na formulação de políticas estratégicas para a área, como aquelas emanadas pelo Ministério das Cidades e outros responsáveis por intervenções ambientais prejudiciais à saúde.

Nada disso é novidade, tampouco as tentativas de dotar, de devolver, à CNS um *status* elevado na formulação e implementação de políticas de saúde são inéditas. Aos conselhos e conferências se atribuiu um papel destacado no processo de construção de uma democracia que seria desafiada a concretizar os pressupostos formais, abstratos do direito à saúde. Contudo, o *script*, o cenário e os atores mudaram ao longo do tempo.

A “nostalgia” da 8ª CNS, especialmente a que acomete os sanitaristas, evoca os bons tempos do debate político acirrado e aprofundado. Os fóruns participativos de saúde na contemporaneidade não cumprem integralmente a missão que lhes foi designada. No entanto, acumularam uma experiência real de democracia direta e exerceram poder de veto em momentos “fortes” da recente história de saúde no Brasil. O que permanece interrogado é se a estrutura e dinâmica da organização dos conselhos e conferências permitem, ampliam a participação em decisões que concernem à vida na sociedade, tais como a proteção aos riscos e liberdade de opções preventivas e terapêuticas para todos.

1. Fraser N. Reconhecimento sem ética. *Lua Nova* 2007; 70:101-38.
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2009.