



Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado

Antônio Ivo de Carvalho¹

Ao discutir as possibilidades e condições de participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, Soraya Cortes refuta, com sucesso, uma conhecida tese, não rara na literatura internacional, que duvida da viabilidade da criação de canais participatórios nos países em desenvolvimento, particularmente na América latina, cujas instituições estariam “*dominadas por pactos e acordos informais elitistas e pela fraqueza da sociedade civil*”, desabilitando assim uma participação social efetiva.

Recuperando as fontes conceituais inspiradoras e as experiências sociais precursoras dos atuais Conselhos, a autora demonstra a singularidade desses órgãos e sua vocação, desde as origens, como espaços de veiculação de demandas sociais não acolhidas pelos canais tradicionais da vida política. Remete ao cenário político da época para a explicação dessa singularidade, produzida em grande parte graças à peculiar *policy community* que, conhecida setorialmente como movimento sanitário, formulou e implementou a agenda da reforma da saúde.

Embora a autora, com razão, afirme que os antecedentes dos Conselhos estão mais imediatamente ligados aos canais formais de integração interinstitucional, criados com propósitos racionalizadores no início dos anos 80 (as Comissões Interinstitucionais), do que às experiências de participação comunitária, típicas da proposta de extensão dos cuida-

dos primários, ou de participação popular, típicas das lutas e movimentos sociais urbanos, caberia acrescentar algo ao seu argumento, de modo a não confundir esses órgãos com as invenções burocráticas de uma mera auto-reforma do Estado.

Os Conselhos de Saúde, na verdade, são expressões institucionais de um processo mais amplo de reordenamento das relações Estado-sociedade, impulsionado por forças e fatores tanto endógenos quanto exógenos ao aparelho de Estado. Tal processo, que não foi específico da área da saúde, acelerou-se no final dos anos 80 e instituiu no país um novo padrão de políticas sociais, caracterizado pela extensão universal dos direitos e, portanto, das prestações sociais.

Os Conselhos nascem, então, como novos arranjos institucionais destinados a dotar o Estado de ânimo institucional e estrutura organizacional para implementar as políticas sociais universalistas, tal como preconizadas na Constituição de 1988. Uma reforma, portanto, do Estado, dirigida a ajustar seu sentido de “público”, assim como a induzir uma maior responsabilidade perante o conjunto da sociedade.

Na verdade, as circunstâncias da época fizeram dos Conselhos de Saúde uma espécie de paradigma de inovação institucional que se estendeu a outros setores de política social. Observando os princípios da descentralização e da participação, característicos do *policy-making* social de então, os Conselhos emergentes assumiam, ao lado de atribuições de planejamento e controle das políticas, um

¹ Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

papel de “proteção” dos direitos. Nesse sentido, somavam-se ao conjunto de instrumentos institucionais então criados com a finalidade de garantir o exercício dos direitos de cidadania (Ministério Público, Procuradorias especiais, Procons etc.).

Não sendo provenientes nem de uma ocupação do Estado pela sociedade, nem de uma benevolência ou concessão do Estado, disposto a entregar os anéis de uma aparência democrática para manter os dedos de uma essência autocrática, os Conselhos podem ser enfocados como componentes de uma reforma democrática do Estado. Nesse sentido, seu desempenho como canais participatórios deve ser discutido no contexto de sua efetividade democrática, ou seja, de seus efeitos sobre a vida social e especialmente sobre o funcionamento do Estado.

Tomados como instituição nacional, na medida em que estão implantados por todo o território, os Conselhos podem ser analisados a partir de uma dupla abordagem (Putnam, 1996). Como variável dependente do contexto histórico e das circunstâncias políticas e sociais. E como variável independente, isto é, como instância produtora de efeitos sobre funcionamento do Estado e da sociedade.

Como variável dependente, é bom sempre enfatizar que os Conselhos são fruto, antes de tudo, de um processo de caráter nacional. A abrangência de sua implantação, envolvendo hoje cerca de 3.500 municípios, segundo estimativas recentes do Conselho Nacional de Saúde, só pode ser explicada por fatores desencadeadores de vigência nacional. A participação suscitada ou propiciada por essa rede – algo em torno de 70 a 100 mil “postos” de conselheiros – representa uma oferta institucional de oportunidades de participação sem precedentes na história política do país.

É claro que as características dessa participação, e seu significado concreto para o desempenho dos Conselhos e para a vida

social, dependerá fortemente de variáveis locais, tal como bem apontou a autora. Entretanto, parece evidente que as circunstâncias locais incidem sobre um cenário institucional sobredeterminado nacionalmente. Basta lembrar que cerca de 95% dos Conselhos hoje existentes foram constituídos a partir de 1991, quando foi editada a Norma Operacional Básica n.º 01, que operacionalizou a obrigatoriedade da existência de Conselhos municipais e estaduais, para fins de acesso à descentralização de recursos federais (Carvalho, 1995). Desde então, através das sucessivas NOBs, não apenas a existência dos Conselhos continua como pré-requisito para a habilitação de municípios, quanto esses órgãos têm sido mantidos no desenho legal da cadeia decisória do SUS nas diversas esferas.

Assim, embora na contramão da cultura política do país, o advento dos Conselhos de Saúde como fenômeno nacional foi fruto de forte indução legal e administrativa, originada na esfera federal, num contexto político de um projeto de remodelagem institucional do Estado visando, via “descentralização e participação”, habilitá-lo para a implementação de políticas sociais universalistas.

Embora a conjuntura atual seja bastante distinta, permanece vigente o arranjo institucional nacional que dá destaque e fomento aos Conselhos, reiterando a possibilidade de disseminação das experiências sociais por eles suscitadas. Alternativamente, poderíamos especular que a perda hipotética desse *tonus* normativo produziria um cenário em que as possibilidades de participação propiciadas pelos Conselhos seriam privilégio apenas das regiões e municípios em que as circunstâncias locais fossem especialmente favoráveis.

O enfoque dos Conselhos como variável dependente, em busca de verificar seus efeitos ou impactos sobre o processo social, apresenta a dificuldade da escassez de material empírico, em função do pouco tempo decorrido de vigência desses órgãos e da diversidade de situações locais. Entretanto, é

possível, pelo menos como hipótese, considerar que sua contribuição para a democracia esteja se dando em pelo menos dois eixos: ao nível do Estado, induzindo maior responsabilidade pública dos governos; e ao nível da sociedade, possibilitando a emergência de novos sujeitos políticos e identidades coletivas (Carvalho, 1997).

No primeiro nível, funcionando como espaços públicos de veiculação e tematização de interesses sociais vigentes na área da saúde, pode se supor que os Conselhos favoreçam não apenas a ampliação do espectro social a ser atendido pela política pública, quanto uma maior demanda por mecanismos de responsabilização dos gestores (*accountability*). Estudo recente, envolvendo 1.422 secretários municipais de saúde, revela importantes mudanças na cultura institucional, expressivas de um novo padrão de relação Estado-sociedade, e de responsabilização do governo (Fleury & Carvalho, 1997). Em mais de 70% dos casos, verificou-se a existência de alguma inovação institucional, voltada para a ampliação da participação da sociedade na gestão da saúde. Na mesma pesquisa, 62,7% dos secretários consideram o

Conselho de Saúde a força municipal mais influente na definição das prioridades em saúde, bem acima do Legislativo, de políticos isolados e de outros órgãos municipais. Por outro lado, uma grande maioria de secretários referiu prestar contas de sua gestão à sociedade e a outras áreas do governo, sendo que 53,9% deles prestam contas regularmente aos respectivos Conselhos.

Sobre a sociedade, os Conselhos de Saúde tendem a exercer efeitos estimulantes para um exercício mais extensivo da cidadania. Conferindo "*status* público" a grupos de interesse até então excluídos, os Conselhos funcionam também como catalisadores da disseminação de organizações civis que, independentemente da participação formal nesses órgãos, vão se constituindo como sujeitos políticos e aumentando sua capacidade de intervenção do processo da política pública. Numerosos grupos de interesse ganharam identidade e organicidade na sua interação com os Conselhos. Exemplo notável é dado pelas organizações de pacientes ou portadores de patologias, de importância crescente na arena da saúde, dentro e fora dos Conselhos.

Referências bibliográficas

- CARVALHO, A.I. (1995) – *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social*. Rio de Janeiro: IBAM/FASE.
- . (1997) – Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: A Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: Fleury, S. (org.). – *Saúde e Democracia*. São Paulo: Lemos.
- FLEURY, S.; CARVALHO, A.I. *et al.* (1997) – Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil. Relatório de Pesquisa, FGV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, mimeo.
- PUTNAM, R.D. (1996) – *Comunidade e Democracia: A Experiência da Itália Moderna*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- RIBEIRO, J.M. (1997) – Conselhos de Saúde, Comissões Intergestoras e Grupos de Interesses no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 13(1):81-92.