

Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema

Social participation and health in Brazil:
a systematic review on the topic

Fernando Santana de Paiva ¹
Cornelis Johannes Van Stralen ¹
Pedro Henrique Antunes da Costa ²

Abstract *The process of democratization of Brazil contributed to the emergence of management councils and thematic conferences in the context of public health policies. The scope of this article was to conduct a systematic review of the literature in order to establish the factors associated with the process of institutionalization of these democratic areas. The following databases were researched: LILACS, IBECs, MEDLINE, SciELO, PAHO, PsycINFO, Web of Science, Social Science and EBSCO. For the composition of the sample of 25 articles, the following key words were used: Social Control, Social Participation, Consumer Participation, Community Participation, Public Participation, Citizen Participation, Political Participation, Participative Management, Participative Democracy, Deliberative Democracy with Health Councils and Health Conferences. The results found synthesize a set of categories that has impacted the participatory public spaces: political representation and qualification, relationships among the social actors, institutional design, political culture, discourses about health/disease and the debate about democracy. The findings help to move forward in the understanding of such institutions, fostering the construction of alternatives committed to the strengthening of democracy in Brazil.*

Key words *Social participation, Health counseling, Democracy*

Resumo *O processo de democratização brasileiro contribuiu para a emergência de conselhos gestores e conferências temáticas no contexto das políticas públicas de saúde. O objetivo do presente artigo foi realizar uma revisão sistemática de literatura com o intuito de conhecer os fatores relacionados ao processo de institucionalização destas arenas democráticas. Foram pesquisadas as seguintes bases: Lilacs, Ibecs, Medline, Scielo, Paho, Psycinfo, Web of Science, Social Science e Ebsco. Para a composição da amostra de 25 artigos foram associados os seguintes descritores: Social Control, Social Participation, Consumer Participation, Community Participation, Public Participation, Citizen Participation, Political Participation, Participative Management, Participative Democracy, Deliberative Democracy com Health Councils e Health Conferences. Os resultados encontrados sintetizam um conjunto de categorias que tem impactado os espaços públicos participativos: representatividade e capacitação política, relações entre os atores sociais, desenho institucional, cultura política, discursos sobre saúde/doença e o debate em torno da democracia. Os achados contribuem para avançarmos na compreensão de tais instituições, favorecendo a construção de alternativas comprometidas com o fortalecimento da democracia em nosso país.*

Palavras-chave *Participação social, Conselhos de saúde, Democracia*

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Presidente Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31.270-901 Belo Horizonte MG Brasil. fernandosantana.paiva@yahoo.com.br
² Universidade Federal de Juiz de Fora.

Introdução

Nas últimas duas décadas foram instituídos no Brasil espaços públicos de participação e controle social em torno das políticas públicas de saúde, conformando os chamados conselhos gestores e conferências temáticas. A possibilidade de concretização de tais espaços ocorreu a partir da promulgação da constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1990, onde os conselhos de saúde foram instituídos nas três esferas governamentais, assim como foi delimitada a realização periódica de conferências temáticas. Estes mecanismos passaram a atuar no processo de deliberação política, em aspectos relacionados ao planejamento, execução, controle, fiscalização e supervisão dos planos, programas e projetos a serem implantados a nível local, além de discutirem sobre a formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde¹⁻³.

Sposati e Lobo⁴ sinalizam que estes mecanismos de controle social na saúde surgiram em meio às expectativas dos protagonistas da reforma sanitária brasileira que apostaram na possibilidade de contraposição a uma cultura política tradicional, marcada por práticas clientelistas e autoritárias, favorecendo o *accountability*, apostando ainda que sua institucionalização terminaria por se constituir como um espaço de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem. Esta concepção, conforme esclarece Stralen⁵ baseia-se no fato de que o sistema de saúde envolve vários *stakeholders* e que a sua reestruturação envolve as expectativas, as demandas e os comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção – de gestores até usuários –, e implica a reformulação das relações entre estes atores.

A despeito de tais expectativas, é imperioso analisar como tais inovações democráticas têm se inserido no contexto sociopolítico e econômico nacional nestes últimos 20 anos, a fim de compreendermos como eles têm cumprido com seu ideário resolutivo de vocalização das demandas sociais e a democratização das relações sociais e políticas^{6,7}.

Nesta perspectiva o objetivo do presente artigo foi realizar uma revisão de literatura sistemática, tendo por finalidade construir um mapeamento da produção acadêmica em relação à temática, visando apreender os resultados encontrados por investigações que intentaram compreender o processo de institucionalização dos espaços públicos de participação no setor saúde em nosso país.

Metodologia

Primeiramente procedeu-se a busca de resumos empregando o operador booleano *and* na associação entre os seguintes descritores: *Social Control*, *Social Participation*, *Consumer Participation*, *Community Participation*, *Public Participation*, *Citizen Participation*, *Political Participation*, *Participative Management*, *Participative Democracy*, *Deliberative Democracy* com *Health Councils* e *Health Conferences*. As bases de dados definidas para a busca foram: Lilacs, Ibecs, Medline, Scielo, Paho, Psycinfo, Web of Science, Social Science e Ebsco. É importante sinalizar que optamos por não estabelecer um corte temporal para a realização desta pesquisa.

O segundo passo se deu a partir da leitura acurada dos resumos encontrados, sendo incluídos aqueles que preenchiam os seguintes critérios: a) relatos de pesquisas empíricas (de natureza quantitativa ou qualitativa) sobre conselhos municipais de saúde e conferências (nacional, estadual e municipal) de saúde; b) objetivos, métodos e resultados claramente definidos no resumo; c) a pesquisa ter sido realizada com conselheiros ou demais atores sociais que participem destas arenas deliberativas; d) artigos publicados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram excluídos os artigos com as seguintes características: a) trabalhos teóricos, relatos de experiências, materiais educativos, teses ou dissertações; b) resumos sem descrição metodológica completa (objetivos, método e resultados); c) pesquisas realizadas com atores sociais (profissionais, usuários ou gestores) que não participam da dinâmica dos conselhos e conferências; d) artigos interessados em comparações entre diferentes conselhos gestores de políticas públicas.

A partir da utilização dos descritores supracitados, foi encontrado um total de 2128 estudos. Após o descarte dos resumos duplicados, a leitura pormenorizada de seus resumos e a aplicação dos critérios indicados, permaneceram 37 estudos, os quais foram lidos na íntegra. Posteriormente foram excluídos mais 12 trabalhos que não estavam de acordo com os critérios supracitados e, mais adiante, após consultoria com um especialista na área, incorporou-se mais um artigo, perfazendo assim um total de 26 trabalhos. Entretanto, apenas um deles foi destinado a analisar as conferências de saúde, e por esta razão, optamos em analisar apenas as pesquisas ocupadas com os conselhos de saúde, sendo então a amostra final composta por 25 artigos de natureza empírica. Estes foram tabulados, com dis-

criminação dos seguintes itens: autores, ano, país e periódico de publicação, descrição do tema de estudo, metodologia empregada e resultados encontrados. Este processo, ilustrado na Figura 1, culminou na definição de categorias temáticas identificadas após análise descritiva e qualitativa da amostra bibliográfica. Cumpre destacar que todo o procedimento de busca ocorreu por meio da avaliação por pares, o que significa que dois pesquisadores realizaram ao mesmo tempo a busca nas bases de dados empregando os mesmos descritores. Em seguida houve a avaliação de um terceiro pesquisador, atuando como um juiz, sendo processada uma discussão com os demais para a definição dos trabalhos incluídos na amostra final. Ademais, em todo o processo descrito anteriormente foi utilizado como ferramenta de apoio o programa *EndNote X.3*, com o intuito de organizar o material encontrado.

Resultados

Todos os estudos a respeito dos conselhos de saúde datam da última década (anos 2000), o que pode ser explicado pela novidade que tais arranjos democráticos representam. Os periódicos nacionais foram os que mais apresentaram publicações (20), seguido da Inglaterra (3), Espanha (2) e Estados Unidos (1). O método qualitativo para a realização das pesquisas foi o mais empregado, correspondendo a 19 trabalhos, sendo a análise documental (principalmente atas das reuniões), seguida de observação e entrevistas com atores chave as técnicas mais utilizadas. Quatro estudos se valeram de métodos qualitativos e quantitativos, ao passo que quatro outras pesquisas empregaram unicamente métodos quantitativos (*surveys*).

A partir dos resultados encontrados, sintetizados no Quadro 1, abordaremos cada uma das categorias, apontando os principais argumentos e análises empregados em meio aos diferentes estudos identificados.

Representatividade política

A discussão em torno da representação política nos conselhos de saúde tem ocupado espaço central entre os trabalhos analisados. A este respeito, Urbinati⁸ nos esclarece que historicamente, a democratização iniciou-se com o processo representativo, o qual seguindo a dinâmica de organização social e legal – e a formação de uma ligação sem precedentes entre Estado e sociedade

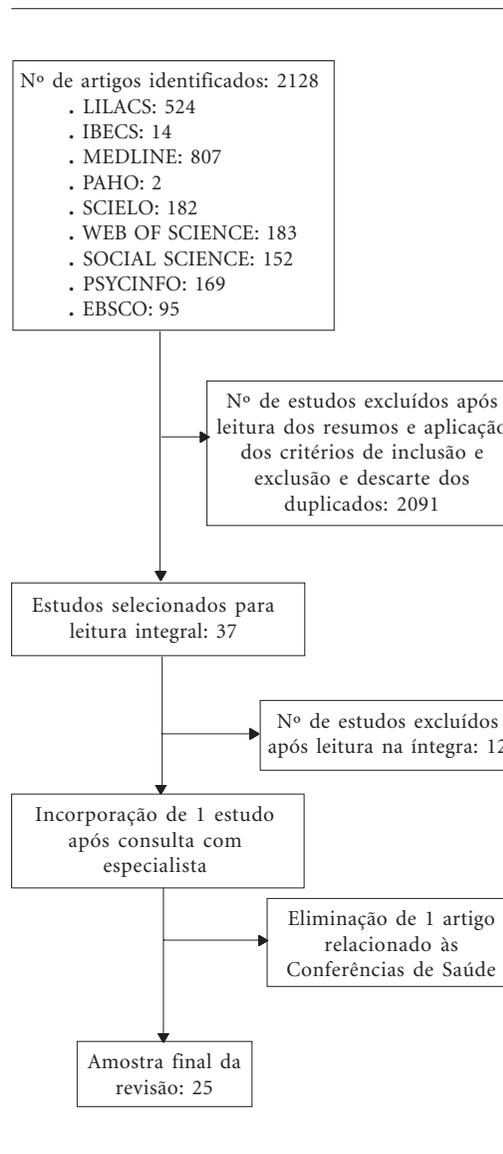


Figura 1. Processo de coleta dos artigos.

Fonte: do autor

– tem no ideal da representação a possibilidade de que [...] *qualquer reivindicação que os cidadãos tragam para a arena política e queiram tornar um tema de representação é invariavelmente um reflexo da luta para a redefinição das fronteiras entre as suas condições sociais e a legislação*⁸. Ao passo que uma política representacional concebe a sociedade democrática como uma malha intrincada de significados e interpretações das crenças e opiniões dos cidadãos a respeito de quais são seus interesses, crenças que são específicas, diferenciadas e sujeitas à variação ao longo da vida real das pessoas.

Quadro 1. Principais categorias temáticas e síntese dos resultados.

Categorias	Síntese dos resultados
Representatividade política	Profissionalização dos conselheiros; Distanciamento entre representantes e representados; Ausência de marcadores claros quanto à escolha das entidades representativas
Capacitação política	Falta de capacitação técnica e política para participação nos conselhos de saúde.
Relações estabelecidas entre os atores sociais	Relações assimétricas entre atores sociais, permeadas pela valorização de um discurso técnico/científico.
Cultura Política	Impacto da cultura política tradicional marcada pelo paternalismo, autoritarismo e clientelismo.
Desenho institucional	Dificuldades de autonomia política e logística dos conselhos; Carência de entendimento sobre os procedimentos e dinâmica de funcionamento dos conselhos.
Discursos sobre Saúde/Doença	Divergências entre concepções de saúde de caráter abrangente com a busca por reivindicações marcadas pelo modelo biomédico.
Democracia em debate: uma mirada a partir dos conselhos de saúde	Discussão em relação aos pressupostos da democracia representativa, participativa e deliberativa.

Fonte: do autor

O tema da representação tem sido apontado como um nó limitador destes espaços públicos, podendo os resultados ser assim sintetizados: a) processo de oligarquização, profissionalização e elitização dos conselheiros de saúde que representam diferentes setores sociais; b) frágil relação entre os representantes e a base representada; c) ausência de regras claras no que se refere à seleção das entidades representativas da sociedade civil (dificuldade em representar uma sociedade complexa e com discursos diversos); d) conformação de atores políticos denominados de “policonselheiros”.

No que se refere ao processo de oligarquização, profissionalização e elitização dos conselheiros, as análises se direcionam para o processo de escolha das entidades que serão representadas no conselho, pelas quais serão indicados os atores a compor tal arena. Não se configura claramente quais os critérios de elegibilidade de tais entidades, que estão sujeitas a malha social extremamente diversa em nosso país⁹. Um grupo de pesquisadores contribui nesta direção ao sinalizar o papel dos gestores na definição de quem

participará dos conselhos, uma vez que tendo em conta a prerrogativa da indicação de entidades, os representantes do poder executivo buscam articular parcerias que melhor representem seus interesses. Neste sentido, a proximidade do ator estatal com alguns segmentos sociais poderá significar suas indicações para a composição do conselho, sendo, portanto, estrategicamente inseridos nos espaços públicos mais em razão de sua aliança com o ator estatal do que de fato por representarem a diversidade existente na esfera da sociedade civil¹⁰⁻¹³.

Ademais encontramos situações apontadas pela literatura de que, especialmente em municípios de pequeno porte vem ocorrendo um processo de formação de “policonselheiros”¹⁴. Isto revela que um grupo específico de atores sociais passa a ocupar todos os diferentes espaços públicos – conselhos gestores –, culminando em certa profissionalização da função de conselheiro. As consequências são os limites que tal quadro coloca para o processo de representatividade de interesses coletivos diversos, uma vez que a cristalização destas posições nos variados espa-

ços públicos não contribui para a sublevação de atores historicamente excluídos dos processos de deliberação e, além disso, a situação em tela sinaliza para a inexistência de uma sociedade civil com histórico de participação e mobilização social, o que reflete na dificuldade de emergência de atores coletivos organizados em prol da publicização de seus interesses.

Outro aspecto relevante se refere ao processo de afastamento das bases de apoio por parte dos conselheiros. Isto tende a refletir uma lacuna referente à discussão com os representados acerca das decisões tomadas no conselho e ainda a não discussão sobre as reais necessidades dos segmentos populacionais a serem vocalizadas nos espaços de controle social. Os resultados encontrados referem-se ao frágil vínculo estabelecido entre representados e representantes, revelando diferenças em defesa de propostas comuns no cenário da sociedade civil, o que contribui para a dificuldade e mesmo a ausência de uma construção coletiva de um projeto social e político, orientados para o fortalecimento do processo de democratização^{15,16}. Encontramos ainda investigações que apontam para o próprio descontentamento dos atores sociais inseridos nos conselhos com respeito à organicidade da representação. Assim, em alguns casos o ator estatal aponta a fragilidade da representação dos conselheiros usuários, que, segundo eles, não conseguem vocalizar e problematizar as questões junto à comunidade. Em contrapartida, os representantes dos usuários avaliam que o poder executivo frequentemente tenta transformar o conselho em um espaço burocratizado, restrito à aprovação de verbas, onde apenas se referenda as propostas apresentadas, não havendo possibilidade de que o exercício político deliberativo, e, por conseguinte, o de representação de interesses de fato ocorra^{5,14}.

Guizardi e Pinheiro¹⁷ contribuem com esta discussão ao salientar que pretender uma [...] *igualdade a partir da presença física dos representantes seria supor que ela pudesse superar em si mesma um longo processo sócio-histórico engendrado através de inúmeras desigualdades*¹⁷. Quadro este, que de acordo com Gerschman⁶ ao propor uma análise histórica sobre a conformação dos espaços conselhistas considera que [...] *a representação da sociedade civil nos conselhos de saúde foi se tornando, na conjuntura política adversa dos anos 90, mera virtualidade*⁶, uma vez que ocorrem disputas de interesses e projetos políticos diferenciados. Por este motivo os conselhos tem se transformado em espaços burocráticos e ocupados com a elaboração e execução de projetos

setoriais e de legitimação das práticas governamentais.

Frente a este quadro, podemos considerar que para compreendermos o significado da representação política no interior dos conselhos de saúde, é importante ter clareza que a existência legal de tais arenas não garante imediatamente a representação dos interesses coletivos, pois o fato de se ter um espaço de participação, pode não necessariamente formalizar os interesses daqueles que estão de alguma maneira sendo representados. E, conseqüentemente, pode ocorrer uma baixa visibilidade dos conselhos e uma representação conselhistas despida da defesa de projetos e demandas criados coletivamente, o que pode reduzir o fortalecimento das entidades, organizações e movimentos sociais em prol da democratização das políticas públicas de saúde¹⁵.

Capacitação política

A preocupação com a capacidade (condições em se inserir nas arenas participatórias com o intuito de deliberar sobre os temas e projetos na área de saúde) dos atores sociais é bastante discutida em meio às pesquisas encontradas. Os resultados têm sinalizado a preocupação com a capacitação para o exercício democrático no interior dos conselhos de saúde, em especial, com o segmento usuários, o qual é percebido com poucos recursos para exercer o papel deliberativo nos conselhos, haja vista a falta de informação, escolaridade, habilidade e clareza acerca da dinâmica e funcionamento dos mesmos^{18,19}.

Estar capacitado surge em meio aos estudos a partir da consideração de aspectos de ordem técnica, política e logística. No que se refere à capacidade técnica, alguns apontamentos são majoritariamente considerados, como a importância do grau de escolaridade e a valorização de certo “perfil”, leia-se, um conjunto de habilidades para o exercício deliberativo, como capacidade argumentativa e conhecimento especializado sobre a política de saúde. A ausência ou fragilidade com relação a estas habilidades pode dificultar a concretização de uma gestão participativa, conforme discutido por Gonçalves et al.²⁰. Argumento respaldado por Guizardi e Pinheiro¹⁷, que consideram que [...] *a falta de preparo para a função fica explícita na constatação de que quase todas as pessoas que participaram dos conselhos afirmam não ter conseguido participar das discussões e questões trabalhadas nesse espaço*¹⁷. A noção de capacitação atrelada a conhecimentos técnico-operacionais revela por outro lado o pri-

vilégio atribuído no interior dos espaços públicos ao discurso tecnocrata-especializado. E nesta perspectiva o segmento dos usuários termina por apresentar dificuldades no exercício deliberativo, ao prevalecer uma linguagem técnica, e que, portanto dificulta o diálogo entre os segmentos, sendo encontradas situações de manipulação de tais espaços, uma vez que não havendo tempo e/ou condições técnicas para deliberação, ocorre uma pressão para a aprovação imediata de projetos com argumentos de ordem financeira como balizadores²¹⁻²³

Em outra direção, alguns poucos trabalhos sinalizam que tais arranjos representam um espaço de aprendizagem democrática, e, portanto, são importantes para o desenvolvimento de uma chamada cultura cívica. Labra e Figueiredo²⁴ apresentam este argumento e consideram os conselhos de saúde como locais de aprendizado de práticas democráticas, de tolerância e de cooperação, com potencial para o fomento de um círculo virtuoso que tende a inculcar valores de uma comunidade cívica ao incentivar a acumulação de capital social, contribuindo para o fortalecimento da democracia. Assim, a falta de capacitação não deve ser compreendida como um problema estrutural para a legitimação dos conselhos, mas ser analisada a partir de outro prisma, uma vez que os conselhos podem assumir o papel de formadores de sujeitos mais críticos e capazes para o exercício democrático.

Acreditamos que seja necessário um maior questionamento acerca da natureza e importância da capacitação para o exercício democrático, ao nos fazermos a seguinte questão: de que capacitação está-se falando? O que os estudos apontam é a dificuldade encontrada pelos atores inseridos nestas arenas políticas em atender aos preceitos teórico-legais que embasam o exercício dos conselhos. Ou seja, é consensual afirmar que os conselhos não atingem o ideal deliberativo e conseqüentemente não cumprem a legislação brasileira referente ao papel destas arenas de participação social, o que pode remeter-nos a questionar a capacidade deles em atingir determinados ideais da democracia deliberativa, pautada pela argumentação racional entre os atores políticos, a despeito de outras formas discursivas que são produzidas, tendo em vista as diferenças sociais e culturais que existem em nossa sociedade e se reproduzem no espaço conselhistas. Ademais, a dificuldade dos conselheiros em cumprirem com suas atribuições, e, portanto, se tornarem incapazes, pode também estar relacionada a certa sobrecarga de atividades e expectativas com rela-

ção a este espaço público. E, por fim, é curioso que não encontramos ao longo dos artigos analisados, alguma discussão sobre a capacitação dos profissionais, prestadores de serviço e representantes do executivo para o exercício deliberativo, fazendo crer que talvez tais segmentos já possuam alguma capacitação “natural” para o debate democrático. Enfim, questões que talvez possam ser melhores analisadas posteriormente.

Relações estabelecidas entre os atores sociais

No intuito de provocar alguma reflexão sobre esta categoria, pode ser relevante resgatar duas questões importantes. A primeira diz respeito à relação que historicamente se estabeleceu entre os saberes ditos populares e o saberes de natureza técnico-científica em nosso contexto sociocultural. É atribuído um caráter de maior legitimidade aos detentores de um conhecimento sistematizado e, conseqüentemente, com maior autoridade para direcionar e decidir sobre diferentes questões, que terminam por exercer maior autoridade sob aqueles que não o possuem. Em especial, no campo da saúde, esta situação pode ser observada nas relações que se estabelecem entre profissionais (detentores de um saber especializado) e usuários, por onde são estabelecidas hierarquias de saber, atribuindo ao discurso profissional/especializado maior legitimidade perante aos saberes oriundos do contexto social. Uma segunda questão nos remete à maneira com que tradicionalmente os diferentes saberes são empregados no exercício de tomada de decisões no âmbito político. Neste contexto, podemos encontrar a valorização da expertise, haja vista a utilização de um conhecimento técnico-científico que legitime decisões e projetos políticos. Associando a valorização do saber especializado em detrimento aos saberes populares com a tradição política na qual as decisões devem ser tomadas por “notáveis”, configura-se um quadro onde o poder passa a ser exercido por aqueles que cumprem tais requisitos: maior conhecimento especializado sobre as questões debatidas.

Os principais achados no tocante às relações que se constroem no interior dos conselhos parecem sinalizar que ocorre a utilização de um discurso técnico/científico como forma de se estabelecer relações de subordinação, especialmente entre o segmento dos profissionais/executivo em relação aos usuários²⁵. A concretização desta situação está ligada à adoção, conforme sinalizado acima, de uma linguagem que tende a margi-

nalizar das discussões o segmento menos escolarizado ou aquele menos acostumado ao debate e exercício político, uma vez que determinados saberes são mais valorizados e, portanto, mais aceitos e legítimos entre os atores sociais, o que remete a nossa discussão sobre a capacitação realizada no item anterior^{17,22}.

Consequentemente observamos a demarcação de diferentes posições de poder no processo de deliberação e tomada de decisões, culminando em comportamentos marcadamente tidos como mera vocalização de demandas e queixas dos usuários, condicionando as decisões de fato aos argumentos de profissionais especializados, por meio da expertise e/ou pelos atores estatais ao se valerem da posição de maior autoridade perante os demais participantes do conselho. Isto pode revelar também a tradicional relação que se estabelece entre Estado e sociedade civil no que diz respeito às discussões sobre políticas públicas, haja vista que a população é entendida como mera receptora e beneficiária de ações e serviços, sendo responsabilidade do aparato estatal decidir sobre como e quando ofertar tais benefícios²⁶. Wendhausen e Caponi²² ainda consideram que as relações existentes no interior do conselho podem ser marcadas por hipercodificações ideológicas, as quais são utilizadas para silenciar e visam limitar o processo dialógico entre os sujeitos sociais. Assim como sinalizado anteriormente, o discurso técnico (especialmente de profissionais e do executivo) diminui as possibilidades de um debate democrático no interior destas arenas democráticas, fazendo emergir um conjunto de relações e articulações assimétricas entre os diferentes atores, a partir de um silenciamento que ocorre por meio de discursos considerados “verdadeiros” ou “autorizados”. Ao mesmo tempo, conforme salienta Wendhausen²⁵ a assimetria encontrada no interior dos conselhos pode ser compreendida como o produto das desigualdades sociais com as quais nos deparamos em nossa realidade sociocultural. E indubitavelmente estas não serão dissolvidas simplesmente pela institucionalização de espaços marcados por um teor democrático e participativo, mas contrariamente podem ser intensificadas e dificultarem a consolidação dos conselhos de saúde²⁷.

Cultura política

A formação dos conselhos foi pensada como a possibilidade de conformação de uma nova cultura, no sentido de democratizar o processo de tomada de decisões na política pública de saú-

de⁴. A novidade representada por tais arenas se contrapõe a modelos tradicionais que caracterizam a *práxis* política em nosso país. Nesta perspectiva, vale resgatar que o projeto da participação e controle social na saúde, materializado via conselhos e conferências, a despeito de se caracterizarem como arenas inovadoras da cultura política brasileira, tem se deparado com um arcabouço político nacional caracterizado por práticas tradicionais como o clientelismo, a patronagem, o autoritarismo e o paternalismo²⁸. Esta assertiva nos aponta para um quadro conflitante, haja vista que vão se conformando projetos políticos, mediados por práticas discursivas divergentes, mas, que de alguma maneira, se articulam e promovem a concretização das práticas observadas no interior dos mecanismos de gestão participativa na saúde.

Um aspecto comumente encontrado é a defesa de interesses particulares em contraposição a conformação de um projeto coletivo que substancialize as discussões em torno das políticas na saúde. O clientelismo se atualiza no interior dos conselhos, sendo possível a observação de *trocas de favores* ou mesmo certa mercantilização das questões e problemas que são até ali direcionados. O exercício deliberativo acerca das questões de saúde pública pode ser substituído pelo favorecimento de aliados ou eleitores, formando assim uma cadeia articulada na defesa de interesses de ordem particular e não pública, sendo reforçados pela expectativa em se alcançar determinados ganhos secundários, como o acesso a serviços ou benefícios tais como exames, medicamentos e outros procedimentos ofertados pelo SUS, o que pode ser percebido pela população como a alternativa mais viável para a resolução dos problemas encontrados⁵.

Cornwall²⁹ pôde verificar que as práticas políticas sofrem influência da cultura política, analisando os significados de contenção e contestação operados pelos partidos políticos (mediadores tradicionais na história da política e no sistema democrático) no interior dos arranjos participativos na saúde. A autora considera que para uma melhor compreensão a respeito dos conselhos, entendidos como instituições políticas, não se deve ignorar a influência dos partidos políticos, bem como os demais mecanismos tradicionais de representação, a partir do entendimento das práticas empregadas em espaços públicos diversos. Tal consideração levanta uma questão sobre a não existência de “espaços deliberativos puros”, ou seja, sem nenhuma influência externa que possa comprometer o exercício deliberativo.

Em contrapartida a convivência de discursos e práticas diversas com relação à democracia no interior dos conselhos nos remete à importância em se considerar o contexto sociopolítico sob o qual tais arranjos estão assentados. Nesta direção compreender como os pressupostos da democracia participativa, que defendem a capacidade de discussão entre os diferentes grupos sociais em busca de soluções para seus problemas coletivos, convivem com práticas políticas marcadas pelo clientelismo, autoritarismo e sentimentos de patrimônio, pode ser um passo importante para avançarmos com nossa discussão a respeito do potencial democrático dos espaços públicos participativos.

Desenho institucional

O desenho institucional pode ser compreendido pela conformação de espaços institucionais que se dão a partir da relação entre sociedade civil e política, a qual incide na dinâmica e no funcionamento, na definição de regras e normas com vistas à redução de iniquidades sociais, com reflexos no potencial democratizante dos conselhos de saúde. Estes, segundo Avritzer³⁰, são pensados como desenhos institucionais de partilha do poder e são constituídos pelo próprio Estado, com representação mista de atores da sociedade civil e atores estatais, o que insere a noção de instituições participativas, sob as quais se expressam formas diferenciadas de incorporação de cidadãos e associações da sociedade civil na deliberação sobre políticas.

A respeito desta categoria, podemos inicialmente ressaltar que a estrutura dos conselhos de saúde não apresenta um caráter homogêneo ao longo de nosso país, a depender de fatores de ordem social, cultural, política e econômica que influenciam a maneira como o conselho será desenhado. Neste sentido, diferenças quanto ao tamanho do município (pequeno, médio ou grande porte), o histórico de mobilização social bem como a tradição política local irá impactar diretamente no desenho institucional dos conselhos de saúde^{19,31,32}. Em pesquisa realizada com mais de cinco mil municípios brasileiros, Moreira e Escorel³¹ discutem questões relacionadas à estruturação dos conselhos a partir de três fatores: a) autonomia; b) Organização; c) Acesso. Em relação ao fator autonomia os resultados encontrados sinalizam para as dificuldades de ordem estrutural dos conselhos de saúde, concretizados pela ausência de linha telefônica, internet, recursos humanos, sede própria para funcionamento

bem como autonomia orçamentária, sendo o quadro mais grave o observado em municípios com até 50 mil habitantes. A respeito da categoria organização, os resultados se mostraram negativos em relação à participação em capacitações, existência de comissões internas de funcionamento, sendo apenas positiva a periodicidade das reuniões, que é mensal conforme recomendado pela resolução 333 do Ministério da Saúde. O acesso foi a dimensão melhor avaliada entre os municípios brasileiros, sinalizando a possibilidade no âmbito legal, respaldados pelos regimentos internos dos conselhos, dos atores políticos assumirem a presidência do conselho, bem como a garantia de participação da população durante as reuniões ordinárias. Entretanto, vale salientar que ao comparar as diferentes localidades, os resultados referentes a municípios situados no interior são sempre piores em relação àqueles de caráter mais urbano e industrial, ou de grande porte.

Em um estudo de caso realizado por Cotta et al.³³ foi encontrado problemas com respeito à estrutura do CMS, como ausência de paridade entre os representantes e divulgação das reuniões, além de ser significativa a baixa publicização das decisões tomadas no interior dos conselhos, bem como a não avaliação dos documentos de gestão. Resultados que vão ao encontro da pesquisa desenvolvida por Stralen et al.⁵ no estado de Minas Gerais, ao revelar que a discussão acerca da estruturação do conselho, definição de regras e atribuições toma parte significativa das reuniões, o que indica a necessidade de melhor compreensão dos próprios conselheiros acerca do espaço público em que estão inseridos.

Discursos sobre saúde/doença

A discussão sobre as concepções marcadas por certos reducionismos (médicos, psicológicos) a respeito do binômio saúde/doença é extensa na área da saúde. A tradição e a influência do modelo biomédico marcaram e ainda estão presentes na produção de conhecimento, formação profissional e planejamento de ações e serviços em saúde pública³⁴. Automaticamente, as concepções calcadas em uma visão curativa e medicamentosa, que prevalece e conformam as representações de profissionais, gestores e inclusive da própria população se evidenciam nas discussões e tomadas de decisão operadas pelos conselheiros de saúde, impactando sobremaneira a priorização de ações, serviços e resolução de questões neste campo.

Wendhausen e Rodrigues³⁵ observaram divergências entre os discursos e as práticas dos conselheiros concernentes à questão da saúde, pois a despeito de apresentarem um discurso que se aproxima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que a compreende como um “completo estado de bem-estar biopsicossocial”, o mesmo não parece repercutir em suas práticas no interior dos conselhos. Apesar de apresentarem um discurso de saúde abrangente, não conseguem materializá-lo nas discussões e proposições realizadas pelas arenas políticas participativas. Os fatores que podem explicar tal dissonância podem estar associados à cultura medicalizante na qual estamos inseridos, bem como pela histórica relação estabelecida entre população e serviços de saúde, em que a demanda termina sendo por garantir acesso a medicamentos, procedimentos especializados e atendimento médico em detrimento a implementação de projetos e ações de cunho preventivo e próximo ao ideal da promoção da saúde³⁶.

Este quadro não favorece que algumas discussões sejam inseridas na agenda, como aquelas relacionadas aos pontos de estrangulamentos do sistema de saúde – o financiamento e o planejamento –, além da própria organização das redes assistenciais, permanecendo fixados, portanto, em pontos que visem atender as demandas populares pelo viés da cura e medicalização³⁵. Fato que corrobora os achados de Guareschi e Jovchelovitch²⁷, que ao analisarem dois conselhos locais de saúde, apontam o movimento dos conselheiros (especialmente os usuários) em se inserirem nestes espaços públicos com o objetivo de se aproximarem dos médicos e/ou especialistas a fim de conseguirem mais facilidades de atendimento e acesso a recursos para tratamento. Situação que pode contribuir para que tais arenas democráticas se configurem como *locus* destinado para a busca de soluções imediatas para questões de saúde de natureza individual, privativa e orientada pela tradição biomédica.

Neste sentido, a discussão de projetos voltados para a aquisição de medicamentos e garantia de atendimento médico/especializado à população tendem a ser privilegiados pelos conselhos de saúde, haja vista o caráter emergencial que tais temáticas provocam entre os atores sociais. Os conselheiros reproduzem um discurso médico tradicional atrelado a necessidade de se ofertar ações e serviços relacionados à cura de doenças, calcada na epidemiologia tradicional, afastando-se do discurso sanitarista que compreende a saúde atrelada a questões estruturais

como moradia, trabalho, saneamento, educação dentre outras, que praticamente são inexistentes na pauta de discussão dos conselhos de saúde.

Democracia em debate: uma mirada a partir dos conselhos de saúde

O debate sobre os limites da democracia representativa tradicional e o avanço que representa o pensamento sobre uma democracia participativa e deliberativa é realizado por alguns pesquisadores a partir da análise da dinâmica e inserção dos conselhos de saúde no cenário político brasileiro. Encontramos perspectivas que defendem e apostam na capacidade de a sociedade civil organizada, a partir do processo de vocalização de seus discursos, conseguirem impactar a atuação do Estado tradicional, contribuindo para sua democratização. Avritzer³⁷ tem sido um importante defensor desta prerrogativa, e a partir de suas análises sobre as experiências originárias do Orçamento Participativo, tem buscado demonstrar a capacidade de capilaridade decorrente dos processos deliberativos que ocorrem nestas arenas democráticas em transformar as relações entre Estado e sociedade civil no que diz respeito à tomada de decisões em relação aos gastos públicos.

A despeito desta aposta na capacidade democratizante centrada na sociedade civil, alguns estudos têm tentado debater tal perspectiva apontando os limites desta abordagem de análise sobre a relação entre Estado e sociedade civil. O estudo realizado por Schönleitner³⁸ a respeito do impacto dos conselhos municipais de saúde na democratização das discussões sobre esta política setorial em quatro municípios brasileiros (dois na região nordeste e dois na região sul) aponta que para além de uma sociedade civil participativa, é muito importante considerarmos a articulação entre fatores como a cultura cívica, o papel das instituições políticas tradicionais e o desenho institucional das arenas de participação democrática. A questão emergente é que o investimento na democracia deliberativa não resolve em si a falta de democracia e, por esta razão, Schönleitner³⁸ propõe analisarmos como se dá a interação entre os fatores supracitados em relação ao processo de consolidação dos espaços deliberativos. Pressupõe uma análise mais acurada dos mecanismos tradicionais da democracia representativa, remetendo então a necessidade de se operar mudanças nos modelos tradicionais da política concomitantemente ao investimento em novos arranjos democráticos como os conselhos. A

análise acerca dos limites da formalização de práticas democráticas pautadas pela participação e deliberação leva o autor a considerar que: *uma vibrante vida associativa não se traduz automaticamente em um vibrante engajamento político. As instituições políticas, ações estatais e as redes de relações horizontais são importantes para compreendermos o potencial democrático da sociedade civil, observando se ela é capaz de transformar a política, e, conseqüentemente tornando a prática deliberativa um resultado, e não uma causa para consolidação da democracia*³⁹.

Nesta perspectiva, os debates em torno da democratização das políticas públicas são marcados pelos novos arranjos deliberativos e pelos novos padrões de relações entre Estado e sociedade civil, que buscam o aprofundamento da democracia. Ao mesmo tempo tais espaços requerem um reforço mútuo entre os atores envolvidos, o que representa a divisão de poder entre um governo comprometido com os ideais da democracia participativa, assim como da importante presença de virtudes cívicas entre os atores da sociedade civil, e, por último, a importância de um desenho institucional que possa favorecer a redução das iniquidades sociais, as quais impactam diretamente no exercício democrático, conforme discutido anteriormente^{38,39}.

Retomando o estudo de Coelho¹⁰, realizado junto a 31 conselhos locais de saúde na cidade de São Paulo, é possível problematizarmos o caráter pró-democrático atribuído à sociedade civil. De acordo com a autora, os atores sociais inseridos nos conselhos de saúde estavam diretamente associados aos gestores locais, os quais a partir de uma série de articulações buscavam formatar os conselhos de saúde com antigos aliados e atores da sociedade civil que apresentavam interesse em estar próximos à máquina estatal. Assim, se por um lado a presença de gestores com um projeto político calcado na participação social era importante para legitimar a atuação dos conselhos, por outro, os procedimentos de eleição dos conselheiros não eram transparentes, o que refletia um desenho institucional incapaz de corrigir as desigualdades de acesso entre representantes da sociedade civil. Coelho¹⁰ argumenta que ao se pensar na potencialidade da sociedade civil em democratizar as práticas estatais, é importante compreendermos como se dá a organização da sociedade para atender determinadas solicitações estatais, ou seja, como em um determinado contexto ocorrem as articulações entre tais polos, compreendendo um processo de coinfluência constante.

Considerações finais

Os resultados expressos pelas diferentes pesquisas analisadas apontam para as dificuldades de consolidação dos conselhos de saúde como espaços públicos de deliberação participativa. As categorias apresentadas: representatividade política, capacitação política, relações entre os atores sociais, cultura política, desenho institucional, discursos sobre saúde/doença, bem como o debate em torno do potencial democrático de tais arenas sinalizam as questões que merecem ser profundamente analisadas no contexto político contemporâneo em relação aos conselhos gestores na área da saúde.

Ressaltar as dificuldades de concretização dos conselhos pode inicialmente denotar a ideia de fracasso de tais iniciativas. No entanto, o objetivo aqui não é fechar a discussão sob este prisma, mas ressaltar a importância destas iniciativas, haja vista o poder que possuem em tensionar tradicionais relações entre Estado e sociedade civil. É importante salientar que a despeito de questões que se mostram impeditivas para o alcance das expectativas em torno dos espaços conselhistas, pensamos que, se por uma ótica não se deve compreender que se constituem como forças pró-democráticas *per se*, não devem ser analisadas a partir de um referencial normativo, culminando em seu total descrédito. O debate em torno das possibilidades democráticas suscitadas pela conformação dos espaços conselhistas podem colocar dilemas que instiguem futuras investigações voltadas para entender o potencial democratizante destas e outras formas de organização e mobilização social voltadas para o aprofundamento democrático no que diz respeito às políticas públicas, neste caso o setor saúde, assim como em outras esferas da vida social.

Portanto, o quadro que as pesquisas sinalizam pode direcionar para a elaboração de diferentes perguntas e tentativas de compreensão de tais espaços, uma vez que passado pouco mais de 20 anos de institucionalização legal de tais mecanismos, faz-se justificável uma análise conjuntural que permita contribuir para se pensar nestes e mesmo em outros mecanismos que tem tentado contribuir para o fortalecimento de projetos em prol da emancipação social em nosso país.

Colaboradores

FS Paiva participou de todo o processo de construção do artigo. CJV Stralen participou da concepção, orientação e revisão final do artigo. PHA Costa contribuiu com a coleta e organização do material empírico.

Referências

1. Cortes SV, organizador. *Participação Social e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
2. Santos BSS, Avritzer L, organizadores. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
3. Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E, organizadora. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p. 47-103.
4. Sposati A, Lobo E. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cad Saude Publica* 1992; 8(4):366-378.
5. Stralen CJV. *Os desafios da Participação Pública no Sistema Único de Saúde: a Experiência das Conferências e Conselhos de Saúde*. [relatório de pesquisa]. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 2010.
6. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1670-1681.
7. Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias* 2002; 4(7):18-49.
8. Urbinati N. O que torna a Representação Democrática? *Lua Nova* 2006; 67(7):191-228.
9. Stralen CJV, Lima AMD, Fonseca Sobrinho D, Saraiva LES, Stralen TV, Belisario SA. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):621-632.
10. Coelho VSP. Brazil's health councils: The challenge of building participatory political institutions. *IDS Bulletin* 2004; 35(2):33-39.
11. Labra ME. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? *Divulg Saude Debate* 2008; (43):106-117.
12. Lavallo AG, Acharya A, Houtzager PP. Beyond Comparative Anecdotalism: Lessons on Civil Society and Participation from São Paulo, Brazil. *World Development* 2004; 33(6):951-964.
13. Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Pereira MF. Local health governance in central Brazil. *J Ambul Care Manage* 2009; 32(2):132-140.
14. Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23(6):403-409.
15. Duriguetto ML, Souza Filho R. Conselhos de direitos e democratização. In: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, organizadora. *Conselhos dos Direitos: desafios teóricos e práticos das experiências de democratização no campo da criança e do adolescente*. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2011.
16. Lima JC. Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde. *Divulg Saude Debate* 2001; 25(59):29-39.
17. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):797-805.

18. Bezerra CKF, Araújo MAD. Conselho Municipal de Saúde de Pedras do Fogo - PB: um estudo sobre participação. *Rev Adm Saude* 2009; 11(42):30-42.
19. Lopes MLS, Almeida MJ. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): realidade e desafios. *Divulg Saude Debate* 2001; 25(59):16-28.
20. Gonçalves AO, Silva JF, Pedrosa JIS. Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil. *Divulg Saude Debate* 2008; (43):96-105.
21. Casarote AC, Silva CRS, Lopo MDL, Leite GL. Percepção dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde de Francisco Morato sobre empoderamento nas suas gestões. *Saude Coletiva* 2007; 4(15):78-83.
22. Wendhausen ALP, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1621-1628.
23. Wolmer LGS, Falk JA. Utilização de informações para controle social: o caso do Conselho do Distrito Sanitário III do Recife. *Cad Saude Colet* 2006; 14(4):665-682.
24. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):537-547.
25. Wendhausen ALP. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev. Esp. Salud Publica* 2006; 80(6):697-704.
26. Saforcada E, Lellis M, Mozobancyk S. *Psicología y Salud Pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós; 2010.
27. Guareschi P, Jovchelovith S. Participation, Health and the Development of Community Resources in Southern Brazil. *J Health Psychol* 2004; 9(2):311-322.
28. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2455-2464.
29. Cornwall A. Deliberating Democracy: Scenes from a Brazilian Municipal Health Council. *Politics & Society* 2008; 36(4):508-531.
30. Avritzer L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opinião Pública* 2008; 14(1):43-64.
31. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):795-806.
32. Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. *Divulg Saude Debate* 2008; (43):48-61.
33. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Municipal Health Council: (re) thinking the gap between the institutional pattern and the space of social participation. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2437-2445.
34. Saforcada E. *Psicología Sanitaria: Analisis Critico de los Sistemas de Salud*. Buenos Aires: Paidós; 2001.
35. Wendhausen ALP, Rodrigues IF. Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no conselho. *Cienc. Cuid. Saude* 2006; 5(2):166-174.
36. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, Skupien JA. Resolutions of the Health Council: instrument of social control or bureaucratic document? *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2431-2436.
37. Avritzer L. *Democracy and the Public Space in Latin America*. Princeton: Princeton University Press; 2002.
38. Schönleitner G. Between liberal and participatory democracy: Tensions and dilemmas of leftist politics in Brazil. *Journal of Latin American Studies* 2006; 38(1):35-63.
39. Schönleitner G. *Deliberative health councils and local democracy in Brazil: politics, civicness, and institutions* [tese]. London: London School of Economics and Political Science, University of London; 2004.

Artigo apresentado em 08/05/2012

Aprovado em 27/06/2012

Versão final apresentada em 03/07/2012