

Participação social: instrumento formal ou prática cidadã?O caso do cons. mun. de saúde de NSR/RS.

Sarmiento Rossana.

Cita:

Sarmiento Rossana (2010). *Participação social: instrumento formal ou prática cidadã?O caso do cons. mun. de saúde de NSR/RS. V Congreso Latinoamericano de Ciencia Política. Asociación Latinoamericana de Ciencia Política, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-036/682>

OS CONSELHOS DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO POPULAR: REALIDADE OU UTOPIA?

Isis Padilha Macagnanⁱ

Juliane Meira Wincklerⁱⁱ

Rossana Machado Sarmientoⁱⁱⁱ

Grupo de Pesquisa em Gestão e Políticas Públicas – UERGS

Área Temática: Estado, Administración y Políticas Públicas

"Trabajo preparado para su presentación en el V Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Buenos Aires, 28 a 30 de julio de 2010."

Resumo

Através de levantamento bibliográfico, discorremos sobre o processo de democratização e participação social na saúde, concentrados no conceito de descentralização. Os conceitos de controle social e repartição do poder estão entre os princípios balizadores do SUS, onde a efetivação na rotina dos mecanismos participativos previstos torna-se questionável. As evidências da necessidade da democratização no setor público levam a investigação dessa prática: como esses conceitos estão sendo aplicados na sua integralidade; questionando a democratização vigente. A construção do trabalho é dada a partir da análise de diferentes Conselhos de Saúde sob ótica do sociólogo Pierre Bourdieu.

Palavras-chave: SUS, Conselhos de Saúde, democratização, participação social, descentralização.

Introdução

A partir de 1988, com a criação da Constituição da República do Brasil (CF/88), nosso país vai pouco a pouco se adaptando a uma rotina democrática em que participar das decisões do país consiste em um direito garantido na lei. No Artigo 196 da CF/88 estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado que, deve promovê-la através de políticas sociais e econômicas que integrarão uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo assim um sistema único.

O então chamado Sistema Único de Saúde tem suas diretrizes diretamente ligadas a este novo contexto democrático, prevendo a descentralização da tomada de decisão e a participação da comunidade¹.

Os artigos constitucionais que discorrem sobre a saúde, posteriormente vão sendo regulamentados por leis que estabelecem como o sistema deverá ser organizado² e como a será estabelecida a participação da população neste sistema³. A Lei 8.142/90 restringe-se aos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde para as três esferas de governo.

Nesta perspectiva buscou-se discutir como as diretrizes de descentralização e participação da população na tomada de decisão dentro do SUS vem sendo desenvolvida. Para isso, foram estabelecidas conexões com a teoria desenvolvida por Pierre Bourdieu, a respeito

ⁱ Acadêmica de Administração Sistema e Serviços de Saúde - UERGS- isismacagnan@hotmail.com.

ⁱⁱ Acadêmica de Administração Sistema e Serviços de Saúde - UERGS- juwinckler@gmail.com.

ⁱⁱⁱ Bacharel em Administração Sistema e Serviços de Saúde - UERGS- ro_sarmiento@yahoo.com.br.

do poder simbólico que existe entre as relações. Optou-se por incluí-lo a este trabalho visto que se pretende entender os aspectos subjetivos envolvidos nos mecanismos de participação.

O trabalho utilizou método dedutivo para suas análises e considerações, com levantamento bibliográfico sobre o tema, e coleta documental de atas, as evidências são quantitativas, a partir dos dados construídos e agrupados, e qualitativas, a partir da análise de conteúdo relacionando com a teoria sociológica de Pierre Bourdieu.

1. Abordando a realidade do poder à luz de Pierre Bourdieu

Discutir a participação popular nos Conselhos de Saúde requer que, reconheçamos o poder existente nas relações entre os diversos segmentos que o compõe. Nesta perspectiva, buscou-se apresentar brevemente e estabelecer relações com a teoria desenvolvida por Pierre Bourdieu.

A primeira tentativa em aplicar a teoria desenvolvida por Bourdieu⁴ a este trabalho exige que, seja esclarecido o conceito de poder simbólico. Estando o poder em toda parte, Bourdieu afirma ser necessário buscar descobri-lo nos lugares em que ele se deixa ver menos ou em que é completamente ignorado.

O poder definido como poder simbólico é considerado invisível por Bourdieu⁵. Seu exercício só acontece mediante a cumplicidade de quem não quer saber que lhe é sujeito ou que o exerce. O autor afirma que, os diferentes universos simbólicos (mito, língua, arte, ciência) são instrumentos de conhecimento e de construção do mundo dos objetos, tornando-se instrumentos de conhecimento e comunicação. O poder simbólico é, então, um poder de construção da realidade que tende a estabelecer um sentido imediato do mundo.

A integração da classe dominante acontece através da contribuição da cultura dominante, que integra a sociedade de forma fictícia e legitima a ordem estabelecida por meio de distinções (hierarquias), tal como esclarece Bourdieu. Estas hierarquias consistem nos sistemas simbólicos – instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e conhecimento – que exercem função política e contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra, o que para este autor pode ser definida como violência simbólica.

Para Bourdieu⁶, há uma dupla determinação nas ideologias, pois elas servem não apenas aos interesses das classes que elas exprimem, mas também a interesses específicos de seus produtores, tornando os sistemas simbólicos muito fortes, e as relações de força que existem dentro deles, irreconhecíveis. Assim, o poder simbólico é definido através de uma relação determinada entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos dentro da estrutura do campo onde se produz e reproduz a crença.

A compreensão do conceito de poder simbólico nos permite avançar para outros dois conceitos também trabalhados por Bourdieu: o de *habitus* e o de campo. Sendo assim, como ele mesmo afirma “a noção de *habitus* exprime, sobretudo, a recusa a toda uma série de alternativas nas quais a ciência social se encerrou, a da consciência (ou do sujeito) e do inconsciente, a do finalismo e do mecanicismo”⁷.

Para Bourdieu, o *habitus* consiste em um conhecimento adquirido, bem como em um haver ou capital do sujeito, que é capaz de indicar uma “disposição incorporada, quase postural”⁸. Pode-se ainda defini-lo como ação realizada automaticamente, pois permanece internalizada sem ser racionalizada.

O campo, por sua vez, consiste em um espaço social de relações objetivas, sobretudo interações, que segundo Bourdieu⁹, podem ser disfarçadas pelos agentes já que são eles que determinam a força dessas interações. As estruturas das relações que ocorrem dentro do campo podem explicar e tornar visível a forma concreta das interações. Bourdieu atenta que o analista deve procurar a interação objetiva que se esconde entre a interação declarada.

O espaço pode ser concebido também como campo de forças, quer dizer, como um conjunto de relações de forças objetivas e impostas a todos os que entram nesse campo e

irredutíveis às interações dos agentes individuais ou mesmo às interações diretas entre os agentes.

Após esclarecidos estes três primeiros conceitos podemos avançar, então para entender como o poder simbólico vai aparecer e o que ele vai representar nas interações humanas, bem como nas interações entre os conselheiros dos Conselhos de Saúde.

Através da obra de Bourdieu, entende-se que o poder, não estando apenas nas mãos de um, vai pouco a pouco sendo divisionalizado. Esta divisionalização é resultado das lutas por uma identidade regional, que são travadas na busca do monopólio de impor definições legítimas das divisões do mundo social. O centro desta disputa é o poder, através dele uma visão de mundo social é imposta a determinado grupo, que segundo o autor, realizando sobre o mesmo o sentido e o consenso sobre o sentido.

Bourdieu explica que de uma divisão resulta uma fronteira, que é capaz de produzir a diferença cultural. É por isso que o discurso regionalista tem em vista a imposição legítima de uma nova definição das fronteiras, contraposta a definição dominante que a ignora. Sendo assim, mundo social é uma representação da vontade, um espaço construído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição constituídos pelo conjunto das propriedades que atuam no universo social considerado, em que existir socialmente consiste também em ser reconhecido como distinto.

Pierre Bourdieu esclarece ainda, que o regionalismo consiste num caso de lutas simbólicas onde a questão central é a conservação ou a transformação das relações de forças simbólicas. Mediante a luta isolada dos dominados nas relações de forças simbólicas, não lhes resta outra coisa que não a aceitação da definição dominante de sua identidade.

De acordo com Bourdieu, a revolução simbólica contra a dominação simbólica, consiste em um processo de re-apropriação coletiva do poder que anteriormente havia sido abdicado pelo dominado a proveito do dominante, aceitando ser negado para poder ser reconhecido.

As lutas a respeito da identidade regional são na verdade lutas pelo monopólio de se fazer ver e se fazer crer, de dar a conhecer e de fazer reconhecer, de impor a definição legítima das divisões do mundo social, e por este meio, de fazer e desfazer os grupos. O que nelas está em jogo é o poder de impor uma visão do mundo social através dos princípios de divisão, que quando se impõe ao conjunto do grupo, realizam o sentido e o consenso sobre o sentido e, em particular, sobre a identidade e a unidade do grupo.

A fronteira nunca é mais do que produto de uma divisão a que se atribuíra maior ou menor fundamento na realidade segundo os elementos que nela reúne, tenham entre si semelhanças mais ou menos numerosas e fortes. A fronteira, esse produto de um ato jurídico de delimitação, produz a diferença cultural. Quando os dominados nas relações de forças simbólicas, declaram luta em estado isolado, acabam por não terem outra escolha a não ser a da aceitação da definição dominante de sua identidade. Isso se dá em função da intimidação que a dominação simbólica exerce no jogo.

De acordo com o que foi exposto, entende-se que, estando o poder em toda parte, a democracia exercida na rotina dos Conselhos de Saúde permite identificar uma luta simbólica, em que o Conselho representa o campo, que por sua vez envolve diferentes mundos sociais, que buscam ao mesmo tempo impor suas verdades de mundo sobre os demais.

O texto a seguir apresentará não apenas conceitos tais como o de participação e descentralização, bem como, buscará evidenciar como estes conceitos estão sendo aplicados na prática.

2. Relações das Estruturas Sociais

Com a consolidação da estrutura da sociedade, conceitos são criados, alterados e re-significados. Por isso, nesse capítulo pretendemos fazer uma breve reflexão sobre os

conceitos de democracia, participação, descentralização e desconcentração, que são chaves para a análise da efetivação dos mecanismos participativos previsto no Sistema Único de Saúde.

2.1. Democracia Hegemônica e Democracia Contra-Hegemônica

A democracia surge em Atenas, no período Clássico Grego, onde teve seu apogeu com Péricles (entre 449 e 431 a.C), tendo cerca de um século e meio de duração. Nesse contexto, a democracia era exercida por todos aqueles que eram considerados cidadãos, o que excluía mulheres, crianças, estrangeiros e escravos.

A democracia ateniense era entendida como: *demos*, povo e *kratía*, poder. Ou seja, era o poder do povo, um espaço de prática política livre, onde os cidadãos se reúnem e tomam decisões. Não delimitando uma “divisão clara entre ‘Estado’ e ‘sociedade civil’”¹⁰.

Após esse período, a democracia deixa de estar em pauta nos Estados, ressurgindo, com outra roupagem, a da Representação, com a Guerra das 13 Colônias¹¹, em 1776, que deu origem aos Estados Unidos da América.

Dentro dessa conjuntura, definimos duas correntes de afirmação da democracia: a hegemônica, que é a “(...)supremacia, domínio, preponderância, proeminência”^{12,13} e o contrário, sua definição antagônica, a contra-hegemônica.

A corrente hegemônica, entende a democracia através da representação, seria a Democracia Representativa, onde há a delegação, através do voto do poder de tomada de decisão a alguém. Assim, na conceitualização de um de seus próprios defensores, a democracia é “[...] arranjo institucional para se chegar a certas decisões políticas que realizam o bem comum, cabendo ao próprio povo decidir, através a eleição de indivíduos que se reúnem para cumprir-lhes a vontade”¹⁴. Dentre seus defensores, além de Joseph Schumpeter, podemos encontrar Giovanni Sartori¹⁵, Norberto Bobbio¹⁶ e Robert Dahl¹⁷.

Já a corrente contra-hegemônica, percebe a democracia através da participação direta de todos os cidadãos. Onde a tomada de decisão não deve ser delegada a alguém como um “cheque em branco”, mas sim construída através da participação de todos. Essa corrente não rejeita a representação, contudo esta é apenas uma opção para operacionalização, não a ferramenta maior para o funcionamento da democracia. Para autores como Domenico Losurdo¹⁸, Ellen Wood¹⁹ e Carole Pateman²⁰, o modelo que construímos hoje é qualquer coisa, menos democracia.

Com a apresentação desses conceitos podemos sugerir o SUS como modelo antagônico ao modelo de Estado. Quando o último baliza-se pela democracia representativa, o SUS nasce contra-hegemônico, prevendo o cidadão na tomada de decisão. Mesmo que, hoje restritos aos Conselhos e Conferências.

2.2. Participação como direito fundamental

Os direitos fundamentais são a “concretização daqueles direitos e garantias reconhecidas como essenciais a todos os indivíduos indistintamente”²¹ e habitualmente são divididos em três gerações: a 1º direitos individuais ou civis, a 2º direitos sociais e a 3º direitos coletivos ou difusos. Nos restringiremos a explicar a cerca da primeira geração, mas cabe ressaltar que o direito a saúde é um direito de 2º geração, e que necessita de prestação positiva por parte do Estado, ou seja, da sua intervenção para a garantia do direito.

Os direitos de primeira geração são caracterizados pela prestação negativa do Estado, e surgiram com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1799, fruto da Revolução Francesa. Dentre esses direitos, encontra-se as liberdades políticas, e nelas encontra-se inserida a participação, que

[...]referem-se à participação do indivíduo no processo do poder político. As mais importantes são as liberdade de associação, de

reunião, de formação de partidos, de opinar o direito a votar, o direito de controlar os atos estaduais e, por fim, o direito de acessar aos cargos públicos em igualdade de condições²².

No que se refere ao SUS, a participação é prevista no artigo 198, que define as diretrizes do Sistema Único, através da participação da comunidade, sendo que a descentralização e o atendimento integral também compõe o artigo²³.

2.3. Descentralização versus Desconcentração

Estes conceitos entram em voga, principalmente com a investida liberal na Administração Pública. No Brasil, a partir do governo Fernando Henrique Cardoso, tendo como marco o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995, do então ministro Bresser Pereira, inicia-se a passagem da administração pública burocrática para a gerencial, através da Nova Administração Pública (NAP). Nesse novo contexto, tem-se o interesse de tornar o governo mais empresarial²⁴. A descentralização, conforme os mantenedores dessa teoria, seria uma das formas de auxiliar esse processo, flexibilizando e tornando a tomada de decisão pelo gestor mais ágil.

Contudo, há um equívoco bastante presente no que de fato é descentralização. Este, diferentemente de centralização, que é quando “decisões públicas e administrativas são adotadas por um centro de poder do Estado”²⁵, ocorre “quando se transfere poder de decisão e autoridade”²⁶. Dessa forma, Christian Guy Caubet²⁷ esclarece que “*Descentralizar é transferir efetivamente o exercício do poder de decisão, a partir do lugar onde está exercido num primeiro momento, para uma entidade, um órgão, uma comunidade etc..., que passa a exercê-lo sob sua própria responsabilidade*”.

Quando há apenas a delegação de tarefas, e não de poder, isso é apenas desconcentração. Assim, apenas a delegação por parte do órgão central de atividades, sendo que este ainda concentra o poder, a tomada de decisão²⁸.

No SUS, a idéia que apresenta-se no artigo 198, onde consta a descentralização como princípio, é a de delegar a responsabilidade sobre o sistema, “responsabilidade de organizar e conduzir o sistema para o município, promovendo a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, com a participação organizativa e de recursos dos Estados e da União”²⁹, e é através desse entendimento que pretendemos construir nossa análise.

3. Sistema de Saúde no Brasil

A saúde como direito fundamental foi positivada no texto constitucional de 1988, no artigo 196, que diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”³⁰. Assim, com a Constituição Brasileira de 1988, a saúde passa a outras dimensões, sendo a partir de então de acesso universal e igualitário a todos os cidadãos brasileiros.

Entre as diretrizes desse novo sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS) destacam-se a descentralização político-administrativa, onde cada instância governamental teria sua parcela de organização, distribuição e recursos, bem como poder e autonomia para deliberar e decidir os caminhos de sua instância administrativa, segundo suas competências legais; ainda pode-se destacar a participação da comunidade, o controle social do SUS, que se materializa fundamentalmente nos Conselhos e Conferências de Saúde de cada esfera governamental; além de outros princípios como o atendimento integral, a hierarquização, regionalização, eficiência e eficácia a fim de produzir resultados com qualidade nesse sistema. Essas diretrizes estão normatizadas no artigo constitucional 198.

O artigo constitucional supracitado foi regulamentado através de outras normativas criadas para a organização do SUS, como a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,

Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente

ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado³¹.

Nesta lei, balizada nas diretrizes já previstas no texto constitucional, são apresentados os princípios do SUS, em seu artigo 7º. Abaixo destacaremos os princípios do Sistema vinculados diretamente com este trabalho:

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população³².

Aliado aos princípios e diretrizes do SUS, na carta magna, artigo 37º onde encontram-se os princípios que pautam a administração pública, a participação da sociedade é novamente abordada, reforçando a participação quanto exercício fundamental da administração e deliberações pública, auxiliando o fortalecimento da descentralização, quanto repartição do poder nessas.

Em documentos legais de apoio e organização do SUS, a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 é uma das mais relevantes, pois dispõe sobre a participação da sociedade e transferência de recursos financeiros na gestão deste. Esta lei estabelece os instrumentos de participação e fóruns de descentralização para as três esferas de governo, as quais são as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Esses fóruns são instâncias colegiadas, ou seja, todos os partícipes têm igual direito e poder, e se organizam no âmbito Federal, Estadual e Municipal obrigatoriamente. A composição destes é regulamentada e paritária, sendo sempre 50% das vagas destinadas a representantes dos usuários do Sistema Único, 25% para representantes dos profissionais envolvidos, e os outros 25% é dividido entre representantes do governo e dos prestadores de saúde. Essa composição harmônica tem o intuito de auxiliar na consolidação de vínculos entre os diferentes segmentos sociais e o SUS, e assim, criar condições para a formulação adequada de políticas públicas em saúde, respeitando as especificidades de cada região e a opinião de cada segmento. A composição paritária é pautada na Resolução nº333/04³³, e segundo a mesma é fundamental para a eficiência e eficácia gerencial, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada.

A diferença fundamental desses mecanismos de interface com a comunidade são as suas atuações. Nas Conferências se propõe as diretrizes para a formulação de políticas de saúde, assim, é mais estratégica, e os Conselhos possuem caráter deliberativo, e então formula as políticas públicas de acordo com as orientações das Conferências, controlam a execução de suas proposições, e têm suas decisões autônomas homologadas pelo chefe do poder executivo de cada esfera de governo.

As Conferências, ainda, ocorrem a cada 4 anos e têm

[...] com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política

de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde³⁴.

No entanto, as Conferências, por seu espaçamento temporal, e pela abrangência, têm função mais generalista, onde se propõem questões de formulação estratégica para a saúde da população. E as deliberações das Conferências de Saúde são encaminhadas ao Poder Executivo, ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, e essas definições estabelecidas serão o norte das práticas e estratégias a serem adotadas nas políticas públicas de saúde. Devem ser seguidas a risca, uma vez que este é o fórum máximo de deliberação e formulação da área no país, e constitui de um espaço amplo, paritário e democrático, que envolve, ou tenta envolver, representação de todos os atores e segmentos que atuam neste setor.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados obrigatórios de caráter permanente e deliberativo, e devem ter suas normas de funcionamento definidas em regimento próprio. E atuam, conforme referência da Lei 8.142/90,

[...] na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo³⁵.

Compete aos Conselhos uma série de atribuições, que garantem o controle e a participação social nas ações voltadas para a proposição e discussão de políticas públicas. Entre elas, destacam-se: operacionalizar as diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde; deliberar sobre programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo; avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais; aprovar a proposta orçamentária anual da saúde; analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento; estabelecer ações de informações, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competência do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões; acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde³⁶. Essas atribuições, relacionadas acima, evidenciam a descentralização quanto princípio do SUS, pois essas competências, em tese, têm poder deliberativo agregado.

Sobre os Conselhos de Saúde, ainda, cabe ao Governo garantir o funcionamento pleno, sendo que o orçamento compete ao próprio Conselho gerenciar, a fim de maior autonomia e conservação de poder e descentralização. No que tange à estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde, ele deve ser composto por uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, sempre respeitando a paridade, e deve manifestar-se por meio de: resoluções, que são obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo; recomendações; moções; e outros atos deliberativos.

4. Ensaio Crítico

Para a análise empírica do presente trabalho foram coletadas todas as atas de reuniões disponíveis do ano de 2009 de Conselhos de duas instâncias governamentais, o Conselho de Saúde do município de Nova Santa Rita (CMS), cidade da região metropolitana do Estado do Rio Grande do Sul, e o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS), do mesmo Estado. A escolha por analisar dois fóruns de participação de instâncias distintas deu-se para viabilizar meios de comparação destes. No CES/RS foram analisadas 22 atas, entre reuniões ordinárias e extraordinárias, disponíveis no sítio do Conselho na internet³⁷ e do CMS obtivemos 14 atas no ano de 2009, que foram coletadas *in loco*.

Assim, foram analisadas a propriedade das deliberações destes Conselhos, classificando as deliberações dessas atas entre políticas públicas, quando relacionadas diretamente na formulação, estratégia e impacto organizacional e relevância nas políticas, e quando deliberações operacionais, sendo estas de organização interna destes fóruns, organização externa de eventos, cronograma de reuniões e deliberações informativas com objetivos organizacionais, sem impacto direto em políticas e estratégias. Entende-se por política pública as ações governamentais que repercutem na economia e na sociedade, sem com isso ignorar as inter-relações existentes entre Estado, política, economia e sociedade³⁸.

Informes e aprovações de atas das reuniões anteriores foram desconsideradas quanto a deliberações, por serem irrelevantes na formulação de políticas públicas e aspectos organizacionais dos Conselhos, sendo a aprovação de atas ato contínuo, permanente e obrigatório no sentido jurídico e formal destas, portanto ato vinculado da realização e registro dessas reuniões. A origem da proposta para deliberação, ou seja, quem a elaborou ou quem encaminhou esta, é classificada de origem do governo, ou dos conselheiros. Para tanto, se considera que além das proposições encaminhadas pelo Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, as de origem de conselheiros de representação do governo nesses fóruns, também é proposição de origem governamental, todos os outros conselheiros representantes de suas instituições são considerados não-governo³⁹.

O quadro cruza as deliberações do Conselho, quanto a sua aprovação, negação, ou aprovação com ressalvas, para esta, aprovações parciais e/ou com alterações são consideradas. Ainda se classifica as deliberações quanto o quórum sobre elas, sendo de decisão unânime ou de maioria simples, e se estas foram realizadas com discussão do plenário ou sem discussão. No entanto, neste trabalho não será analisado a qualidade das discussões que ocorreram nesses fóruns, ou seja, se foram discussões sobre a proposta, ou se foram discussões sobre “perfumaria” da proposição.

As análises das atas do CES/RS e do CMS foram tabuladas em quadros distintos, em função de suas diferentes competências deliberativas. Segue abaixo os quadros com as informações agrupadas das deliberações destes órgãos.

	Tipo de proposta		Total	%	Aprovada	Aprovada com alteração	Recusada	Maioria		Unanimidade	
	Política Pública	Operacional						Com discussão	Sem Discussão	Com discussão	Sem Discussão
Governo	12	9	21	75%	14	4	3	7	2	6	6
Conselheiros		7	7	25%	5	2		2	4		1
Total	12	16	28	100%	19	6	3	9	6	6	7
%	42,86%	57,14%	100%		67,86%	21,43%	10,71%	32,14%	21,43%	21,43%	25%

Quadro 1 – Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

	Tipo de proposta		Total	%	Aprovada	Aprovada com alteração	Recusada	Maioria		Unanimidade	
	Política Pública	Operacional						Com discussão	Sem Discussão	Com discussão	Sem Discussão
Governo	8		8	61,54%	8						8
Conselheiros	1	4	5	38,46%	4			1		4	
Total	9	4	13	100,00%	12			1		4	8
%	69,23%	30,77%	100%		92,31%			7,69%		30,77%	61,54%

Quadro 2 – Conselho Municipal de Nova Santa Rita

Lutas históricas da população pelo direito de participar da vida política de seu país foram institucionalizadas na área da saúde, através dos Conselhos e Conferências. A prática, porém, desta vitória tem significado, ao contrário, uma luta pouco evidente, em que os cidadãos segregados em segmentos participam de discussões que, apesar de aparentemente descentralizar poderes, legitima o poder da classe dominante, neste caso, legitima o poder do governo sobre as decisões da população. Esta afirmação fica evidenciada quando observamos

os resultados das proposições realizadas nos dois Conselhos estudados. Em ambos os casos, em sua maioria, as propostas referentes a questões mais importantes como a discussão de políticas públicas são sempre trazidas pelo segmento governo, enquanto que os demais segmentos se restringem a trazer propostas referentes a questões operacionais.

	Tipo de proposta			
	CES/RS		CMS	
	Política Pública	Operacional	Política Pública	Operacional
Governo	100%	56,25%	88,89%	0
Conselheiros	0	43,75%	11,11%	100%

Quadro 3 – Porcentagem das proposições

As propostas trazidas pelo governo na sua maioria são aprovadas, demonstrando o quanto os Conselheiros acabam aceitando uma realidade de mundo trazida e imposta em seu universo, em que aceitá-la é sinônimo de abdicação de sua realidade. Essa realidade apresentada nesta análise, de que os Conselhos passam a responder demandas governamentais deixando de ser propositivos já foi abordada por outros estudiosos, como Cristina Paniago⁴⁰, Jovito Adiel Skupien⁴¹ e Márcia Grisotti⁴².

Essa falta de proposições dos conselheiros, conforme estudos de casos em outros Conselhos de Saúde⁴³, são decorrência da falta de preparo e conhecimento das atribuições, obrigações e limites dos fóruns paritários. E as propostas dos Conselheiros, no presente estudo, revelam a massiva proposição, quando há, de questões operacionais, de estrutura, organização dos Conselhos e outras miudezas, sendo no CES/RS 100% das proposições dos conselheiros desta ordem, e no CMS, apenas um das cinco proposições eram no âmbito de políticas públicas, as outras quatro eram questões operacionais.

A busca por desvendar a invisibilidade do evidente, assim como propõe Pierre Bourdieu, nos faz refletir sobre o poder envolvido nestas relações. Ao contrário da descentralização do mesmo, reconhecemos sua concentração nas ações do governo, quando toda e qualquer resolução dos Conselhos precisa ser legitimada pela homologação do Poder Executivo. Este ato acaba definitivamente com toda a luta que um grupo social tem para tentar impor a sua concepção de mundo, visto que a predominância é a visão do grupo que detém legalmente o poder instituído em suas atribuições.

O processo de homologação da decisão dentro do sistema dos Conselhos vai de encontro ao princípio de descentralização, uma vez que a própria construção sugere que aconteça um controle da tomada de decisão, por parte do Executivo, denotando a desconcentração das mesmas e não a sua descentralização. Conforme Cristina Paniago, em não havendo “garantia de que as decisões do conselho tenham uma implementação efetiva, e não há instrumentos jurídicos que ‘obriguem o executivo a acatar as decisões dos conselhos (mormente nos casos em que essas decisões venham a contrariar interesses dominantes)”⁴⁴.

Esses fatos acabam por vulnerabilizar e fragilizar as deliberações dos Conselhos, conforme palavras do conselheiro e vice-presidente do CES/RS, Paulo Humberto Gomes da Silva, na ata extraordinária número 6, “se deve evitar a situação em que se encontra o Tribunal de Contas, na qual há cerca de trinta anos as ressalvas não são cumpridas”⁴⁵, assim, busca-se não perder como o Tribunal de Contas nesse relato, a autoridade do Conselho.

Nesta análise, chama a atenção o fato de que no Conselho de Nova Santa Rita todas as proposições para deliberação foram aprovadas, sem qualquer alteração, e ainda, na maioria, por unanimidade e sem discussão acerca do tema. No Conselho Estadual de Saúde, a diferença consiste em que a maioria das decisões ocorrem por aprovação unânime (12, e quanto por maioria 9), e de todas as aprovações, a maioria ocorre com discussão do plenário.

Aceitar esses fatos sem questioná-los não se faz possível, visto que o campo ao qual pertencem esses Conselhos envolve, no mínimo quatro sub campos de interesses divergentes:

o segmento governo, o dos prestadores, o dos usuários e o segmento dos profissionais de saúde. Sendo assim, era esperado que interesses conflitantes resultassem em lutas simbólicas, na disputa de posições.

Apesar dessas diferenças na aprovação das proposições, os dois Conselhos, mesmo com competências distintas, apresentam grande uniformidade de características, com a maioria de propostas encaminhadas pelo governo diretamente ou por seus conselheiros representantes, são aprovadas por unanimidade e muitas vezes sem discussão alguma, os conselheiros de outras representações pouco apresentam proposições e essas, quando ocorrem, são de caráter operativo. As deliberações feitas pelos Conselhos, conforme reclames dos seus integrantes, nem sempre são homologadas e respeitadas pelo Executivo. Esses apontamentos demonstram a instauração da cultura dominante ou ainda mais, o *habitus* de se atribuir a capacidade de planejar e criar políticas aos técnicos do governo.

5. Reflexões finais

O estudo de casos práticos nos permite não apenas fazer uma ligação direta com a teoria, mas principalmente nos leva a refletir sobre o modelo vigente de participação da população no Sistema Único de Saúde, e sobre como o princípio de descentralização está sendo instaurado nesta prática.

Reconhecemos que apesar de todos os problemas apontados não podemos negar que, ao menos, há uma garantia legal de espaço para as discussões. Ressaltamos, no entanto, que a existência desses espaços ainda não é suficiente para que a descentralização de fato ocorra, é preciso que as deliberações provenientes dessas discussões sejam garantidas. Isso garantiria que a luta simbólica dos sujeitos, por apresentar suas diferentes concepções de mundo social fossem contempladas e, de fato respeitadas. Significaria a ruptura com uma cultura dominante, que mascara as tensões entre os diferentes campos envolvidos no Conselho, e faz das suas verdades o senso do sentido.

Essas características apresentadas denotam que o princípio de descentralização, enquanto pulverização do poder e exercício da participação social respeitada e propositiva, de fato não ocorra, sendo meramente formal. Assim, a desconcentração, enquanto delegação de tarefas e consulta vazia de opiniões sem compromisso, é o que se visualiza nos casos estudados.

Entendemos que há ainda muito por ser feito para que ocorra a verdadeira descentralização da tomada de decisões. À luz do estudo realizado vislumbramos que isso só será possível a partir de uma mudança postural dos sujeitos, emancipando-se como cidadãos capazes de se reconhecerem e de reconhecerem o poder simbólico existente nas relações sociais, e, portanto nas relações dos Conselhos.

Contudo, mesmo que estes fóruns não materializem a efetiva participação da comunidade não se pode intitulá-la de utópica. Os Conselhos se constituem em uma realidade que deve ser estudada e repensada, inclusive enquanto espaço formal de participação, para que se possa alcançar ao ideário previsto na Constituição e nas Leis Orgânicas. E que nestes espaços plurais e paritários não sejam apenas fóruns que debatam lutas reais e que dividam um poder inexistente.

Referências Bibliográficas

- ¹ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Artigo 198.
- ² BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro 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 [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2010.
- ³ BRASIL. **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 [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>. Acesso em: 16 de junho de 2009.
- ⁴ BOURDIEU, Pierre; **O Poder Simbólico**; 2002.
- ⁵ BOURDIEU, Pierre, 2002. Idem referência 4.
- ⁶ BOURDIEU, Pierre, 2002. Idem referência 4.
- ⁷ BOURDIEU, Pierre, 2002. Idem referência 4. p.60.
- ⁸ BOURDIEU, Pierre, 2002. Idem referência 4. p.61.
- ⁹ BOURDIEU, Pierre, 2002. Idem referência 4.
- ¹⁰ WOOD, Ellen M. **Democracia contra capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2006. p.193.
- ¹¹ WOOD, Ellen M., 2006. Idem referência 11.
- ¹² Definição disponível em <http://www.dicionariodoaurelio.com/dicionario.php?P=Hegemonia>.
- ¹³ “A potência hegemônica exerce sobre as demais uma preeminência não só militar, como também frequentemente econômica e cultural, inspirando-lhes e condicionando-lhes as opções, tanto por força do seu prestígio, como em virtude do seu elevado potencial de intimidação e coerção, chega mesmo a ponte de construir um modelo para as comunidades sob a sua Hegemonia” BOBBIO, Norberto. **Dicionário de política**. Brasília: Editora UnB, 2003. 1 CD-ROM.
- ¹⁴ SCHUMPETER, Joseph Alois. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961. 512 p. p.305.
- ¹⁵ SARTORI, Giovanni. **A teoria da Democracia Revisada**: 1º o debate contemporâneo. São Paulo: Ática, 1994. 2v.
- ¹⁶ BOBBIO, Noberto. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. 5º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- ¹⁷ DAHL, Robert A. **Sobre a democracia**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001
- ¹⁸ LOSURDO, Domenico. **Democracia ou Bonapartismo**. Rio de Janeiro: UFRJ/UNESP, 2004.
- ¹⁹ WOOD, Ellen M., 2006. Idem referência 11.
- ²⁰ PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- ²¹ MATTOS, Ruy Ferreira. **Direitos Fundamentais e Direito de Liberdade**. Revista Direitos Fundamentais e Democracia, Paraná v. 6.2003. p. 1 – 26 Disponível em <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/viewFile/229/213>>. Acesso em: 20 de abril de 2010.

- ²² TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2002. p.359.
- ²³ Este assunto será abordado no item 3 em maior profundidade.
- ²⁴ CAIDEN,1991, *apud* CLAD. **Uma nova gestão pública para a América Latina**. Documento do Clad, 1998.
- ²⁵ RIVAS, 1991 *apud* REZENDE, Valéria Moreira. **Descentralização ou Desconcentração?** o controle dos gastos com a educação: uma ação que supera a autonomia da escola. Andep. Disponível em < www.anped.org.br/reunioes/28/textos/gt05/GT05-1404--Int.rtf >. Acesso em: 20 de abril de 2010.p.2.
- ²⁶ RIVAS, 1991 *apud* REZENDE, Valéria Moreira. Idem referência 25. p.2.
- ²⁷ CAUBET, Christian Guy. **A água, a lei, a política ...: e o meio ambiente;** 2005.
- ²⁸ RIVAS, 1991 *apud* REZENDE, Valéria Moreira. Idem referência 25. p.2.
- ²⁹ KUJAWA, Henrique; CARBONI, Paulo. (Org.) **Luta pelo direito humano à saúde:** experiência de Passo Fundo. Fundo: Méritos, 2004. 166. p.56.
- ³⁰ BRASIL. Constituição (1988). Idem referência 1. Artigo 196.
- ³¹ BRASIL, 1990 a. Idem referência 2.
- ³² BRASIL, 1990 a. Idem referência 2.
- ³³ BRASIL. **Resolução N° 333, de 4 de novembro de 2003:** aprovar as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, 2003. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_92.htm>. Acesso em: 21 de abril de 2010.
- ³⁴ BRASIL, 1990 b. Idem referência 3.
- ³⁵ BRASIL, 1990 b. Idem referência 3. § 2°.
- ³⁶ BRASIL, 1990 b. Idem referência 3. Quinta diretriz.
- ³⁷ Disponível em <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=34885>>
- ³⁸ SOUZA, Celina. **Estado da Arte de Pesquisa em Políticas Públicas**. In: HOCHMAN, G.; ARRECHE, M.; MARQUES. E. (Org): Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p.65 – 85.
- ³⁹ Listagem da composição do CES/RS disponível em < <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=353>>
- ⁴⁰ PANIAGO, Cristina. **Controle Social e o Fundamento Liberal dos Conselhos Gestores**. In: X ENPESS, 2006, Recife. Crise Contemporânea, Emancipação Política e Emancipação Humana. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2006.
- ⁴¹ SKUPIEN, Jovito A.; UNFER, Beatriz; BRAUN, Katia. **Resoluções do Conselho de Saúde:** instrumento de controle social ou documento burocrático? Disponível em: < http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2557> Acesso em 13 de agosto de 2009.
- ⁴² GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica M.; SILVA, Andréa da. **A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde:** um estudo qualitativo. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=627> Acesso em 13 de agosto de 2009.
- ⁴³ Idem referência 38, 39, e 40.
- ⁴⁴ PANIAGO, Cristina. 2006. Idem referência 38. p.2.
- ⁴⁵ Ata extraordinária n°6 do ano de 2009.