

Debate sobre o artigo de Gadelha

Debate on the paper by Gadelha

Debate acerca del artículo de Gadelha

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO011015>

Sarah Escorel

Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, Brasil.
sescorel@ensp.fiocruz.br

Reconhecer e superar os limites da participação institucionalizada

Muitas vozes, pouco diálogo

Em primeiro lugar, há que se reconhecer a longevidade do mecanismo inovador constituído pelas conferências (e conselhos) de saúde, mesmo considerando apenas a trajetória a partir de sua transformação em efetivamente participativas, ou seja, desde a 8ª CNS, em 1986, tornando-se modelo e referência para outros setores no país e no exterior. Talvez por isso mesmo, alguns problemas foram se acumulando ao longo dos anos sem terem sido adequadamente enfrentados ou resolvidos.

Toda Conferência pretende ser uma “nova 8ª”, demonstrando, como bem assinala Gadelha (p. 2050), a “nostalgia da 8ª CNS, que incorpora um caráter quase mítico na história da saúde pública e do controle social”. No entanto, desde então não foi possível reproduzir suas principais características: convergência de propostas (em particular, com a retirada do setor privado e hegemonia da esquerda não radical ou reformista), a organização em torno de três eixos estruturantes do direito, da organização e do financiamento da saúde, numa conjuntura em que havia muitos estímulos para avançar no social, ou como se dizia na ocasião, pagar a dívida social acumulada nos anos da ditadura civil-militar, produzindo um relatório final lido e relido, citado e conhecido, conciso e utilizado.

O modelo de organização das conferências apresenta “rachaduras” e as soluções encontradas a cada nova realização revelaram-se até o momento paliativas. Desse fórum com muitas vozes e pouco diálogo resulta um relatório de escassa serventia. Não há avaliação do que foi deliberado em conferências anteriores, não são discutidas prioridades nem as viabilidades técnica, financeira e política, não há análise da maneira como (nem quando) as resoluções irão incidir nas condições de saúde e de atenção à saúde da população. A inclusão das múltiplas proposições no relatório final serve para legitimar demandas que depois precisam percorrer

um (lento) processo de incorporação e discussão institucional para ter alguma perspectiva de vir a se transformar em política. Ou seja, trata-se de um modelo de organização efetivamente democrático, porém pouco resolutivo, o que não constituiria problema maior se não fosse esperado que desse fórum saíssem as diretrizes norteadoras da política de saúde para pelo menos os três anos seguintes.

Apenas para ter uma referência diversa, do outro lado do globo, e embebido em outra cultura, as conferências de saúde na Tailândia, organizadas desde 2008, têm como orientação “o triângulo que move a montanha”¹ (p. 5) para selecionar participantes em todos os processos de formulação das políticas públicas, composto por três setores: governamental/político com autoridade de tomar decisões e implementar políticas; acadêmico/especialista técnico que provê o conhecimento e as evidências que informam as políticas; e o setor composto pela sociedade civil/comunidade/setor privado que proporciona a informação e a voz da população.

Realizadas anualmente, em um movimento que parte do nível local com plenárias de base territorial e também setorial, as conferências nacionais de saúde tailandesas têm como modelo a Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e debatem resoluções elaboradas ao longo de um processo que dura quase um ano: chamada de apresentação de propostas, a formação de grupos de trabalho compostos pelos agentes propositores e técnicos especialistas no assunto, a seleção de resoluções (geralmente 4 a 6) segundo sua viabilidade e factibilidade baseadas no conhecimento acumulado sobre o assunto, possibilidades técnicas de incidir sobre o problema e recursos (de todos os tipos) disponíveis para a sua implementação e a redação das resoluções que são apresentadas para discussão nas plenárias finais. Mesmo durante a própria Conferência, há um grupo que examina as propostas de mudanças no conteúdo da resolução apresentadas pelos participantes e que pode permitir ou interromper o debate segundo considerações de ordem técnica.

Se fica evidente que nas conferências tailandesas há predomínio do setor acadêmico/técnico em detrimento da voz da população, em nossas conferências, por sua vez, parece ter-se perdido o norte da saúde da população como fator fundamental, como critério e princípio elementar para a apresentação das propostas. Observa-se também a falta de debate consubstanciado configurando o dilema, assinalado em texto anterior², entre duas formas de manifestação da soberania popular existentes na Antiguidade Clássica: Ágora ou Coliseu. Entre a prevalência da força

dos argumentos, do discurso e do convencimento dos demais como formas básicas de deliberação (Ágora) e a manifestação de forma direta e incisiva, no grito (Coliseu). Temos inúmeros exemplos de plenárias finais de Conferências em que cansados das atividades dos dias anteriores e diante da perspectiva de horas de deliberação pela frente, os delegados escolhem não discutir os diferentes pontos de vista, manifestando-se enfaticamente: “vota, vota”.

A falta de discussão leva algumas vezes a facilitar a derrota de propostas que beneficiariam o desenvolvimento do SUS. Por exemplo, na 13ª CNS, numa conjuntura em que estavam no Congresso tanto a prorrogação da *Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira* (CPMF) quanto a *Emenda Constitucional nº 29* (EC 29), a disputa entre posições representadas por um lado pelo ministro da saúde e por outro pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde prevaleceu sobre a análise de quais seriam, naquele momento, as melhores estratégias para garantir recursos financeiros para o setor, possibilitando que a prorrogação da CPMF fosse derrotada sem qualquer resistência e sem que a aprovação da EC 29 tivesse ganho nem em conteúdo nem em agilidade de aprovação.

É preocupante a realização da 15ª CNS numa conjuntura “pantanosa”, para dizer o mínimo, marcada pela prevalência de uma divisão social/eleitoral no país; pela postura conservadora e privatizante do legislativo evidenciada na aprovação da entrada do capital estrangeiro no setor, na tentativa (embora retirada em seguida) de estabelecer a cobrança dos serviços de saúde presente na Agenda Brasil/Calheiros e na própria derrubada do decreto que criava a Política Nacional de Participação Social (PNPS); por uma crise política e econômica que além de não conseguir solucionar o subfinanciamento do SUS, ainda impõe mais restrições propondo a substituição de recursos públicos regulares por emendas parlamentares; e o Ministério da Saúde figurando como moeda de troca de um pacto de governabilidade que até o momento não parece proporcionar qualquer garantia de estabilidade política, e que certamente “submete à negociação de alto risco os rumos do direito à saúde, do SUS” provocando o repúdio do CEBES e Abrasco, entre outras entidades³.

Aos desafios conjunturais somam-se os problemas estruturais já mencionados. A 15ª CNS apresenta novamente um excesso de eixos (sete), além de um eixo transversal que pouco dialoga com os demais eixos, pelo menos no documento orientador de 60 páginas. A proposta de organização traz mudanças promissoras como a introdução de plenárias populares, embora ainda

esteja por ser avaliado o quanto estas chegaram a interferir no sentido da democratização do restante do processo. O regimento também inclui uma etapa de monitoramento a partir de 2016, sob a responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde, com base no relatório final da Conferência, embora não refira como isto será feito.

O documento metodológico que ainda aguarda homologação e publicação no *Diário Oficial da União*⁴, estabelece que serão organizados grupos de trabalho por eixo temático onde serão lidas, debatidas, votadas e priorizadas as diretrizes consolidadas das etapas estaduais do eixo em questão, além das diretrizes do eixo transversal. Não são mencionadas quantas diretrizes podem ser priorizadas e como será feita esta prioridade. Mais uma vez, irão para a plenária final as diretrizes que alcançarem mais de 50% e menos de 70% dos votos em metade mais um dos grupos de trabalho de cada eixo temático. Ou seja, não foi alterado o fato de que justamente essas propostas controversas, que não alcançaram o quórum de 70% em metade mais um dos Grupos de Trabalho (GT) do eixo temático, venham a ser discutidas em plenárias com 2 mil ou mais pessoas. Qual diálogo pode surgir nesse espaço? Que decisão com reflexão e exame das posições divergentes pode ser tomada?

Como organizar a participação de 4.322 indivíduos, em particular dos 3.248 delegados, em grupos de trabalho de sete eixos temáticos? Qual é o número máximo de pessoas e qual é a duração necessária do GT para que os assuntos sejam debatidos e priorizados? Um debate que pretende traçar as diretrizes da política de saúde para os próximos anos, além de ouvir e legitimar as demandas da população, precisaria se estender por mais tempo sem necessariamente exigir a presença dos delegados numa mesma localidade. Por mais tempo sim, já que matérias controversas, as que irão para a plenária final, só são apresentadas com redação própria, no relatório consolidado dos GTs que muitas vezes chega aos delegados no início da plenária final. A área da comunicação tem instrumentos que possibilitam trazer novas formas de participação, assim como sua ampliação, e que poderiam ajudar a resolver impasses estruturais da organização das conferências.

Limites da participação institucionalizada

Diversos autores, em particular Fung ⁵, analisam que a forma tradicional de formulação de políticas envolvendo parlamentares e o aparato burocrático governamental apresenta déficits democráticos que podem ser supridos por mecanismos e instâncias participativas. Esses espaços permitiriam apresentar aos cidadãos novas informações sobre assuntos que não aparecem ou são superficialmente debatidos nas campanhas eleitorais, supervisionar o processo político, manter a máquina política e administrativa transparente e responsiva aos cidadãos, particularmente os que não integram a elite, e controlar e monitorar o aparato administrativo que implementa e frequentemente faz a política.

No entanto, Conferências (e conselhos) só podem suprir os déficits democráticos do modo tradicional de formulação das políticas se apresentarem certas características: diversidade de composição, acompanhada de simetria de poder interno e de representatividade dos participantes; processos democráticos de deliberação e de tomada de decisão; transparência e mecanismos de responsabilização pelas decisões e suas consequências; e formas de pressionar o poder constituído tanto para que este leve em conta as deliberações tomadas nas instâncias participativas quanto para que as instâncias possam efetivamente acompanhar e monitorar a formulação e implementação das políticas governamentais.

Mesmo apresentando essas características, embora consigam suprir déficits democráticos do modo tradicional de formulação de políticas, as instâncias de participação social institucionalizadas produzem “novos” déficits democráticos, em particular, o de ouvir “certas” vozes e não “todas” as vozes, e ainda assim com algumas vozes prevalecendo sobre outras. Mas, sobretudo, déficits produzidos pelos limites impostos pela institucionalização: “(...) a conquista de novo espaços de participação e deliberação teve como contrapartida, antes de mais nada, a ‘tradução’ das reivindicações em formas concretas de institucionalização” ⁶ (p. 29). Reconhecer esses limites e assegurar-se de que outras modalidades de participação social possam também influenciar a formulação de políticas é uma forma de refletir sobre o papel real a ser desempenhado pelas Conferências, e aprimorar sua organização para efetivamente cumprir este papel. No entanto, passada a etapa nacional, reconhecendo-se todos os problemas, esse assunto é esquecido e retomado apenas no momento de organização de outra Conferência, quando seria muito benéfico se fosse constituído um grupo que, por um período mais longo e com ampla consulta,

buscasse soluções para os impasses recorrentes dessa instância participativa.

Como a democracia é um processo sem fim, as modalidades existentes de participação (representativa, participativa, deliberativa) devem permanentemente buscar seu aprimoramento, modificando sua organização, discutindo sobre o seu papel e, ao reconhecer seus limites, identificar a necessidade de criar e possibilitar o surgimento de novas formas de participação (neste momento, me vêm à mente as redes sociais, as manifestações de rua, as festas populares) que tenham incidência na formulação de políticas, já que o simples fato de surgirem questiona e aprimora as modalidades existentes. E mesmo porque as instâncias existentes não dão conta nem de apreender todas as demandas nem de dar espaço para os diversos interesses. Para além dos “desenhos institucionais alternativos” propostos por Santos, trata-se de aceitar incorporar e dialogar como o não institucionalizado (o que provocou grande desagrado em parlamentares e advogados quando do debate sobre a PNPS).

Para finalizar cabe a pergunta: nesta conjuntura, qual deveria ser o papel desempenhado pela 15ª CNS?

Embora concorde com Gadelha que a reversão da grave situação depende de uma forte consciência sanitária e mobilização social, considero discutível tanto que isso possa se dar exclusivamente dentro do âmbito setorial, quanto que isso resulte do “*encontro do estudo de cenários com as teses políticas em debate*” (p. 2056). A necessária superação da “*forma fragmentada de articulação de propostas e expressão de interesses*” (p. 2048), como bem expressa o autor, ainda que momentânea, deve articular-se em torno de um projeto coletivo, um projeto de Brasil, de Reforma Sanitária, do SUS. No entanto, há que se levar em conta que propostas muito amplas acabam por se tornar estratégias discursivas que não mobilizam a sociedade porque não dizem nem se expressam em como as reformas e propostas vão incidir no SUS e no seu cotidiano de saúde. Neste momento, a discussão do Relatório Consolidado, as diretrizes da política de saúde, perdem em importância, mas não o diálogo. Neste momento, este é o legado que queremos da 15ª CNS – a capacidade de dialogar, de aceitar e conviver com as diferenças, de estabelecer um projeto comum para reafirmar o direito à saúde e um SUS de qualidade

1. Kanchanachitra C, Escorel S, Kadama P. Participatory democracy: lessons learned from national health assemblies in Brazil, Thailand and Uganda. Salaya: Institute for Population and Social Research, Mahidol University/Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz/Kampala: African Centre for Global Health & Social Transformation; 2015.
2. Escorel S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 83-119.
3. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Dilma, preserve os interesses públicos na saúde! Saúde é política de Estado. <http://cebes.org.br/2015/09/dilma-preserve-os-interesses-publicos-na-saude-saude-e-politica-de-estado/> (acessado em 10/Out/2015).
4. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 501, de 7 de maio de 2015. <http://conferenciasaude15.org.br/wp-content/uploads/2015/06/Documento-metodol%C3%B3gico.pdf> (acessado em 10/Out/2015).
5. Fung A. Democratizing the policy process. In: Goodin RE, Moran M, Rein M, editors. The Oxford handbook of public policy. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 667-84.
6. Nobre M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: Coelho VSP, Nobre M, organizadores. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34; 2004. p. 21-40.