

Deliberação política nos espaços de participação social do Sistema Único de Saúde do Brasil

Politic deliberation within the spaces for social participation in the National Health System

Jorge Otávio Maia Barreto¹, Guiomar de Oliveira Passos²

¹ Doutorando em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); Secretário Municipal de Saúde de Piri-piri (PI).
jorgeomaia@hotmail.com.

² Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB); Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI).
guiomar@ufpi.edu.br.

RESUMO São examinados aspectos normativos dos espaços participativos do Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo os sentidos da deliberação política. O objetivo é investigar a natureza política da atuação deliberativa das instâncias participativas da política de saúde. Foram identificadas fontes normativas da constituição e operacionalização desses espaços, as quais foram analisadas com referência em três autores da corrente deliberacionista: Jürgen Habermas, Joshua Cohen e James Bohman. Divergências nos sentidos de deliberação coletiva entre as normas da constituição e atuação dos espaços participativos do SUS foram identificadas, prevalecendo a perspectiva habermasiana.

PALAVRAS-CHAVE: Participação social; Formulação de políticas; SUS; Sociedade civil.

ABSTRACT *This paper examines normative aspects of participatory spaces of the National Health System, discussing the meanings of political deliberation. The objective was to analyze the political nature of the performance of deliberative participatory models of health policy. Normative sources of the constitution and operation of these facilities were identified, which were analyzed with reference to three authors of the current of deliberative democracy: Jürgen Habermas, Joshua Cohen and James Bohman. Divergences in the senses of collective deliberation among the rules of the constitution and operation of participatory spaces in the National Health System were been identified, prevailing the habermasian perspective.*

KEYWORDS: *Social participation; Policy making; Unified Health System; Civil society.*

Introdução

O Estado brasileiro, reformulado pela Constituição Federal de 1988, tem a democracia entre seus princípios fundamentais, estando garantida a participação do povo na proposição e condução das políticas públicas. Na política de saúde, a participação popular é uma das diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), consignada no art. 198 da Constituição Federal e regulamentada pela Lei Federal 8.142, de 1990, que instituiu os espaços coletivos de participação na gestão do SUS, conferindo-lhes poder de deliberar sobre diretrizes, estratégias e controle da execução da Política de Saúde. A previsão normativa é a base para a discussão sobre os sentidos previstos para a deliberação política nos espaços de participação social no SUS.

De uma forma geral, por deliberação entende-se o processo decisório de discussão, exame ou reflexão sobre uma decisão a ser tomada. Contudo, no SUS, o sentido e o alcance da deliberação popular não se apresentam como tema pacífico considerando-se as várias fontes normativas que tratam de tais espaços. Tais divergências são identificadas por Guizardi *et al.* (2004) em análise delineada a partir dos relatórios das conferências nacionais de saúde sobre a participação da comunidade no SUS. Os autores apontam deslocamentos dos sentidos da participação social desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e destacam a relevância da discussão acerca dos espaços institucionais existentes, especialmente quanto à operacionalização dessas arenas, a fim de viabilizar o princípio participativo e a produção do SUS pela comunidade (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Este texto tem o objetivo de discutir os sentidos da deliberação política nos espaços coletivos institucionalizados do SUS a partir da dimensão normativa constitucional e legal, à luz das teorias de Habermas (1990; 2004), Cohen (1999) e Bohman (2000), especialmente quanto às suas concepções acerca das decisões coletivas, as quais se inscrevem na corrente deliberacionista.

Conforme Faria (2000), esses autores discutem o alcance e a natureza das decisões políticas coletivas para a democracia e oferecem subsídios importantes para a análise do papel reservado aos espaços públicos de participação popular em face do Estado. Em termos perfunctórios, as concepções analisadas partem dos

processos argumentativos influenciadores da opinião pública (HABERMAS, 1990; 2004), passando pela Poliarquia Diretamente Deliberativa de Cohen (1999), até a proposta dialógica de Bohman (2000) para o mecanismo de ajuste de interesses na construção de consensos colaborativos nos espaços de participação social.

Para o escopo pretendido, inicialmente foram expostos elementos das teorias dos três autores estritamente relacionados com a natureza e alcance da deliberação política coletiva. Em seguida, tendo-os como referência, se analisou como a perspectiva normativa da constituição e operacionalização dos espaços de participação popular do SUS tratou os processos de deliberação política, enfocando seus sentidos na concretização do princípio participativo na política de saúde no Brasil.

Democracia deliberativa em Habermas, Cohen e Bohman

A teoria democrática tradicional baseia-se no princípio de que a vontade da maioria legitima a decisão colegiada, onde deliberação assume sentido decisionista, importando na submissão de todos à vontade da maioria (AVRITZER, 2000). Assim, decisões coletivas seriam tomadas com base no princípio numérico e quantitativo, resolvendo de forma simples e prática a questão da legitimidade da decisão, já que prevê a prevalência da vontade da maioria, presumida como vontade geral. O processo de decisão colegiada, porém ensejou também outras abordagens.

A teoria democrática formulada por Habermas (1990; 2004) estabelece outras bases para a legitimação de uma deliberação: qual a decisão livre de indivíduos em espaços institucionalizados que possibilitem o debate e a negociação para construção de um consenso racional através da argumentação. Esse processo comunicativo teria o poder de influenciar a decisão governamental, legitimando-a.

Habermas rompe radicalmente com a teoria democrática tradicional e trata da legitimação da democracia a partir da institucionalização de procedimentos e condições de comunicação em nível social. A institucionalização da comunicação pela canalização da opinião pública informalmente constituída e conseguinte

racionalização dessa argumentação, influenciariam o sistema administrativo dos governos.

Segundo essa concepção, os processos de deliberação assumiriam uma forma argumentativa pública, no qual a troca de razões e informações se daria sem nenhuma restrição à participação, ou seja, livre de qualquer tipo de coerção interna ou externa. O resultado do processo seria o consenso racionalmente fundamentado acerca do objeto da discussão, o qual poderia abranger todos e quaisquer assuntos acerca dos quais caiba deliberação. Entretanto, o resultado desse processo deliberativo não condicionaria a tomada de decisão do governo, mas seria elemento fundamental para sua legitimação social.

A deliberação em Habermas (1990; 2004) é, portanto, o processo de argumentação para a construção de consenso de opinião, consistente em acordo racionalmente motivado, e a inferência desse consenso sobre o processo decisório governamental. Nisso residiria a legitimidade da tomada de decisão no âmbito do governo, ou seja, no alinhamento das decisões do governo com o consenso construído nos espaços deliberativos.

Cohen (1999) ampliou a proposição de Habermas a partir da sua idéia de Poliarquia Diretamente Deliberativa, que postula a operacionalização dos espaços democráticos de deliberação política de forma a propiciar a discussão engajada, não apenas para a construção de consensos que influenciem a decisão política do governo, mas também para a transferência do poder decisório para as instâncias coletivas. Para esse autor, Habermas falhou ao limitar a deliberação apenas à instância discursiva, configurando-a como condição por si suficiente à legitimação da democracia.

Na operacionalização dos espaços deliberativos, Cohen (1999) defende que as decisões acerca de questões afetas aos cidadãos sejam por estes tomadas, não se restringindo à discussão e consensos com poder de influenciar a decisão governamental. Sua proposta é de constituição de arenas políticas abertas onde se exercite a deliberação coletiva no sentido de decisão direta.

A Poliarquia Diretamente Deliberativa implica, portanto, na participação direta nos espaços de decisão institucionalizados, que devem conectar-se entre si, possibilitando a troca de informações, experiências e a construção de consensos, para decidir em última

instância sobre questões de interesse comum, de forma a condicionar a ação dos governos.

A operacionalização proposta por Cohen (1999) desloca o foco decisório da burocracia governamental para os espaços deliberativos democráticos, certamente conferindo muito poder aos espaços coletivos, mas não trata de romper em definitivo com a perspectiva do consenso baseado na vontade da maioria, ainda sobrevivendo a necessidade de reconhecimento de uma vontade geral nos processos decisórios. Somente com Bohman (2000) o processo de deliberação ganha acepção dialógica, tornando a operacionalização dos espaços democráticos mais livres da idéia de consenso mandatário, legitimador das decisões governamentais no Estado democrático.

O ponto de partida de Bohman é o mesmo dos anteriores: o processo de tomada de decisão no âmbito das políticas públicas faz-se tanto mais legítimo quanto mais seguir o julgamento livre e crítico dos cidadãos, todavia, acrescenta o sentido de intercâmbio de razões (BOHMAN, 2000).

O autor inova ao fundamentar a deliberação política no processo dialógico de construção do consenso pela influência mútua de razões, numa acepção mais afeita à atividade cooperativa para a solução de problemas. Com isso, Bohman (2000) superou a proposição discursiva de Habermas (1990; 2004) e a participação direta de Cohen (1999).

É que, para Cohen, os espaços de deliberação democrática são para solucionar problemas ou conflitos através de processos coordenados e colaborativos de argumentação e decisão que decorrem do consenso com o qual os participantes colaboram para a produção do resultado, mesmo quando dele discordam. Bohman (2000) assume que o próprio processo discursivo é um início de processo dialógico, pois a comunicação de argumentos já o produziria.

O diálogo em Bohman (2000) difere do discurso quanto ao seu desenvolvimento, uma vez que este último tende a se fechar, enquanto o primeiro, a se ampliar. Os desfechos também são diversos. Segundo esse autor, o discurso habermasiano não possibilita a construção de consensos cooperativos, mas favorece o consenso fundamentado numa decisão de opções, de toda forma prevalecendo uma vontade da maioria. Já no diálogo a

vontade da maioria perde seu papel no processo decisório, uma vez que a deliberação dialógica propõe mútua e múltipla influência dos argumentos na construção de um consenso que sintetize, no sentido dialógico, os interesses dos grupos envolvidos possibilitando a expectativa de que as decisões políticas contemplarão em alguma medida os interesses envolvidos.

Além da possibilidade da construção do consenso pelo processo dialógico, Bohman (2000) propõe também que a institucionalização dos espaços públicos deliberativos seja feita por cada agente operacionalizador, conciliando a complexidade social com a possibilidade de exercício deliberativo dialógico e dando materialidade à soberania popular.

Verifica-se, assim, que a deliberação política coletiva como elemento do exercício da democracia e de legitimação das ações de um governo é comum no pensamento dos três autores, todavia, esses a concebem de modo diferente. Para Habermas (1990; 2004) a deliberação consiste no processo argumentativo, discursivo, fundamentalmente influenciador da opinião pública e legitimador de decisões, porém não decisório. Cohen (1999) acrescentou o poder de decisão, transferindo-o do governo para os próprios cidadãos nos espaços públicos institucionalizados e Bohman (2000) introduziu o diálogo na construção de um consenso colaborativo em que se contemplem todos os interesses na decisão.

Os espaços institucionais de deliberação coletiva no SUS

A participação da comunidade na Política de Saúde, reclamada pela sociedade brasileira, especialmente no 'Movimento Sanitarista', tem início no contexto das lutas pela redemocratização do Estado brasileiro. Em meio à forte repressão política, as experiências das comunidades eclesiais de base, pastorais da igreja, associações de bairro e sindicatos, foram precursoras dos conselhos populares de saúde, que se tornaram ativos em meados da década de 1970 (ROMÃO NETTO, 2006).

Os movimentos de articulação da vontade social para a inserção da comunidade na Política de Saúde culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que desenhou o projeto institucional do SUS fundamentado

na compreensão da saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente [...] e na participação da população” (BRASIL, 1986, p. 4). Essa se previu que seria plena, abrangendo “o planejamento, execução e controle dos programas de saúde” (BRASIL, 1986, p. 18).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) consagrou a compreensão de saúde como um processo social amplo e complexo e o modelo institucional participativo. No artigo 196 da CF/88, a saúde foi considerada um direito universal garantido:

mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2007a, p. 141).

O modelo participativo está resguardado no inciso III do artigo 198 da CF/88, ao estabelecer a participação comunitária na gestão e controle dos serviços e ações de saúde como diretriz fundamental do SUS (BRASIL, 2007a).

Verifica-se que os debates iniciados nos movimentos sociais acerca da saúde alcançaram os espaços institucionalizados de discussão coletiva, tais como a Conferência Nacional de Saúde, e acabaram por afetar o âmago do Estado, causando mudanças na sua organização, modo de agir e de se relacionar com a sociedade. Desse modo, introduzia-se em âmbito constitucional, a possibilidade de deliberação coletiva em espaços institucionalizados, ao lado dos mecanismos tradicionais de decisão na política de saúde do Estado brasileiro.

Nesse processo de interação comunicativa entre sociedade e Estado identificam-se elementos da concepção habermasiana (HABERMAS, 1990; 2004) acerca da deliberação coletiva, uma vez que os debates travados nos espaços coletivos acabaram por constituir um amplo consenso social em torno do escopo da ação do estado em relação à saúde e a forma de implementá-la.

A legislação complementar à CF/88, consistente nas leis federais 8.080/90 e 8.142/90, denominadas de Leis Orgânicas da Saúde, definiu a configuração, abrangência e atribuições dos espaços de participação social no SUS. A Lei Federal 8.080/90 instituiu a conferência e os

conselhos de saúde, tornando a participação da comunidade um princípio organizacional do SUS (BRASIL, 1990a). A partir de então, essas instâncias se tornariam obrigatórias nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal. Por seu turno, a Lei Federal 8.142/90 teve por escopo principal a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências financeiras intergovernamentais, aludindo expressamente à obrigatoriedade do funcionamento das instâncias colegiadas do SUS, apontando diretrizes para sua composição e tratando, ainda que de forma não detalhada, dos procedimentos participativos inerentes à operacionalização destes espaços.

Segundo estes dispositivos, as conferências de saúde, em cada nível de gestão, se reúnem a cada quatro anos e são compostas por representações de vários segmentos sociais. O papel normativo previsto para as conferências de saúde, segundo a Lei Federal 8.142/90, é avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 1990b). Suas atribuições, portanto, são propositivas, e não decisórias. Além disso, sua atuação foi circunscrita ou limitada pelas atribuições do poder legislativo, as quais foram preservadas, de forma a não causar sobreposição e garantir a autonomia entre poderes e tripartição das funções estatais.

Nesse ponto, deve-se reconhecer que a proposição normativa da Lei Federal 8.142/90 para a atuação das conferências de saúde se alinha ao processo comunicativo de influência pelo discurso de Habermas (1990; 2004), pois sobressai o papel propositivo pela operacionalização de processos comunicativos que envolvem debates para a formação de consensos a fim de influenciar a decisão dos governos.

Todavia, estudos como o de Guizardi e colaboradores (2004), que analisaram os relatórios das conferências nacionais realizadas após a VIII, apontaram que o consenso social sobre a natureza e alcance da deliberação política nos espaços coletivos institucionalizados diverge da proposição normativa federal. Verificou-se que as conferências de saúde se reconhecem como espaços de deliberação coletiva das diretrizes estruturantes e condutoras do SUS com caráter decisório explícito, e não apenas propositivo, na configuração da política de saúde (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Segundo os autores, esse anseio está expresso nos relatórios analisados, mas é forçoso reconhecer que o

papel deliberativo das conferências não se sobrepõe às instâncias legislativas ou à própria gestão do executivo, o que significaria a extrapolação do seu papel propositivo e para assumir aspectos mandatários na política de saúde.

Assim, esse posicionamento das conferências de saúde, apontado por Guizardi *et al.* (2004), acabaria por se afastar do espírito normativo da Lei Federal 8.142/90, ao buscar atribuir à deliberação política nesses espaços um caráter decisório e vinculador da ação dos governos. Essa posição, que também se contrapõe à visão constitucional, que previu papel propositivo e não decisório para a conferência de saúde, expõe uma perspectiva coletiva construída no âmbito das conferências mesmo, que demandam por maior poder decisório nessa instância de participação popular do SUS.

Nesse aspecto, parece que o consenso social sobre o papel das conferências apontado por Guizardi *et al.* (2004) se alinha ao mecanismo deliberativo proposto por Cohen (1996), ao postular a transferência da tomada de decisão na política de saúde para a deliberação direta dos cidadãos dentro dos espaços públicos institucionalizados, como a conferência de saúde.

Em que pesem as posições conflitantes, a previsão normativa aponta que as conferências de saúde têm papel propositivo, não determinando estritamente a ação do governo. Não foram, portanto, as conferências concebidas para extrapolar a função de espaço de formação de opinião coletiva, mas adotaram o sentido de canalizar a opinião pública formalmente constituída de modo a influenciar, orientar ou ainda legitimar decisões governamentais relacionadas com a Política de Saúde. Essa compreensão se aproxima muito da perspectiva habermasiana (HABERMAS, 1990; 2004).

Os conselhos de saúde, por seu turno, diferem das conferências, pois na sua previsão normativa, expressa na Lei Federal 8.142/90, há um caráter deliberativo próprio. Os conselhos são órgãos colegiados permanentes e obrigatórios nas três esferas de governo, compostos por representantes do governo, provedores e sociedade civil organizada, para atuarem nas etapas de formulação e controle da política de saúde em cada instância (BRASIL, 1990b).

Para Martins *et al.* (2008), os conselhos de saúde são espaços deliberativos da máquina político-institucional do SUS, consistindo em instrumentos a favor dos direitos

dos cidadãos, superando as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Os conselhos possuem caráter decisório na formulação e controle da execução da política de saúde, para além do papel propositivo das conferências.

O exercício dessa deliberação foi normatizado por leis e decretos executivos em cada instância de governo, que trataram da operacionalização e funcionamento dos conselhos. No âmbito federal, o Decreto Federal 99.438, de 7 de agosto de 1990, antes mesmo das posteriores leis complementares, definiu, dentre outras competências do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a atuação na formulação e fiscalização da Política Nacional de Saúde no nível federal (BRASIL, 1990c). Além de conter a formulação mais tarde repetida na Lei Federal 8.142/90, esse decreto executivo trouxe também a composição do CNS e criou suas comissões intersetoriais e remeteu para o regimento interno a sua operacionalização e funcionamento (BRASIL, 1990c).

Alterações no Decreto 99.438/90 foram inseridas pelos posteriores decretos federais 571/92, 1.353/94, 1.440/95, 2.979/99, 1.974/96, 3.496/00 e 4.070/03, todos tratando da composição do CNS (BRASIL, 1990c); até que, em 2006, novo decreto federal revogou toda a normatização anterior, mas manteve as competências do CNS dentro dos limites da Lei Federal 8.142/90.

O novo Decreto 5.839/06, entretanto, acrescentou a expressão “inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2006a) à anterior formulação da competência do CNS para “atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal” prevista no inciso primeiro do artigo 2º do Decreto Federal 99.438/90 (BRASIL, 1990c). Exceto pelas alterações na composição do CNS, o novo decreto não trouxe inovações quanto ao detalhamento da operacionalização dos processos de deliberação coletiva no âmbito do CNS.

Por outro lado, a implementação dos preceitos constitucionais do SUS, dentre os quais a operacionalização participação popular em instâncias deliberativas, exigiram a instituição de complexo arcabouço normativo, institucional e organizativo. Tal foi expresso, sobretudo, nas Normas Operacionais Básicas do SUS, as NOB-SUS, como ficaram conhecidos os documentos

editados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996, que trataram principalmente da organização e gestão do SUS.

As NOB-SUS declaram os conselhos de saúde indispensáveis à descentralização da Política de Saúde e condicionaram os repasses de recursos financeiros da União para estados e municípios ao seu efetivo funcionamento, sendo a criação e operacionalização dos conselhos de saúde competência de cada esfera de gestão.

A NOB-SUS 96 expressa que a:

direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/1990. (BRASIL, 1997, p. 13).

Assim, a apreciação e aprovação de questões relacionadas à gestão do SUS em seus vários níveis seriam objeto de apreciação e aprovação dos conselhos. É o que está expresso, por exemplo, quando a NOB-SUS 96 trata da definição dos pisos financeiros da assistência à saúde, que devem ser negociados nas comissões intergestores e formalizados em atos dos gestores estaduais e federal, mas somente serão implementados se “aprovados previamente nos respectivos conselhos” (BRASIL, 1997, p. 17).

De uma forma geral, as NOB-SUS, assim como as próprias leis orgânicas da saúde, incentivaram a instalação e funcionamento das instâncias participativas nos níveis municipal e estadual da gestão do SUS, em especial pelo condicionamento das transferências financeiras federais, ao estabelecer o funcionamento do conselho municipal de saúde como requisito para a habilitação para receber recursos da gestão do sistema de saúde (BRASIL, 1997). A partir daí, cada município e estado criou seu próprio conselho de saúde dentro de sua competência legislativa, constituindo um compêndio normativo inesgotável, mas em princípio orientado pelas diretrizes constitucionais e legais, que previram os conselhos como espaços coletivos com caráter permanente e deliberativo, tal como previsto no parágrafo segundo do artigo primeiro da Lei Federal 8.142/90 e reiterado pela NOB-SUS 96 (BRASIL, 1990b; 1997).

Seguiram-se às NOB, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), as quais também

enfocaram a organização da gestão do SUS, especialmente em face da necessidade de articulação regional entre os entes federados. É que o intenso processo de descentralização, notadamente em nível municipal, expôs a complexidade de um sistema único com elementos extremamente distintos.

Instituíram-se, então, mecanismos para a regionalização hierarquizada da assistência à saúde, com base num plano diretor de regionalização e outros instrumentos de planejamento regional integrado. A NOAS SUS 01/2001, editada em 26 de janeiro de 2001, teve o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001, p.14) e baseou-se numa macroestratégia de planejamento integrado a fim de conformar redes de saúde articuladas e cooperativas.

Essa norma atribuiu aos conselhos de saúde a apreciação e aprovação dos instrumentos de planejamento regional, tais como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), bem como daqueles destinados ao planejamento dos sistemas locais de saúde e prestação de contas, como o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Esses documentos deveriam obrigatoriamente “ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde” é referida expressamente a NOAS SUS 01/2001 (BRASIL, 2001, p. 50).

Mais adiante, a NOAS SUS 01/2002 (BRASIL, 2002), que substituiu a norma anterior, trouxe como principal inovação a constituição de redes funcionais de serviços de saúde, de forma regionalizada, buscando superar a visão autárquica da municipalização da saúde, mantendo a competência dos conselhos de saúde para apreciar e aprovar os instrumentos de planejamento da gestão, tal como a norma anterior. Isso se expressou pela repetição da formulação da NOAS anterior quanto às responsabilidades da gestão em elaborar “o Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde” (BRASIL, 2002, p. 27).

Verifica-se, assim, que a atuação dos fóruns de participação popular no âmbito da gestão do SUS nas NOAS, assim como nas NOB, esteve principalmente relacionada com a apreciação e aprovação dos

instrumentos de planejamento do SUS. Neles, assume a deliberação coletiva sentidos decisórios na apreciação e aprovação de propostas advindas dos órgãos executivos, especialmente no planejamento da Política de Saúde. Por conseguinte, o exercício deliberativo previsto pelas NOAS se aproxima da perspectiva habermasiana (HABERMAS, 1990; 2004), sendo uma forma de influenciar o governo mediante a construção de consensos racionalmente elaborados através de processos comunicativos nos espaços coletivos de participação social.

Nessa mesma esteira, o Sistema de Planejamento do SUS foi instituído em 2006, pela Portaria nº 3.085 do Ministro da Saúde, e implementou um conjunto de medidas relacionadas aos instrumentos de planejamento para a proposição de políticas e estratégias pelo governo. A Portaria 3.332/2006, que apresenta orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS criado pela Portaria 3.085/2006, confere aos fóruns populares papel decisório na apreciação e aprovação dos planos de saúde municipais, estaduais e nacional, bem como dos relatórios anuais de gestão de todas as esferas de governo. Determinam o parágrafo 7º do artigo primeiro e o parágrafo 5º do artigo 4º daquela norma, a obrigatoriedade de submissão para apreciação e aprovação pelo conselho de saúde competente, do plano de saúde e do relatório anual de gestão (BRASIL, 2009, p. 90-91).

A participação e o controle social também aparecem, conjuntamente, como uma das diretrizes para a gestão do SUS no âmbito do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), regulamentado pela Portaria 699/2006, do Ministério da Saúde. Remete às leis orgânicas da saúde a natureza deliberativa dos espaços públicos institucionalizados do SUS, determinando que:

a direção do SUS, em cada esfera de governo é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo conselho de saúde, nos termos das leis 8.080/90 e 8.142/1990. (BRASIL, 2006b, p. 73).

No contexto operacional do Pacto de Gestão, uma das três dimensões do Pacto pela Saúde, exigiu-se das três esferas de governo a responsabilidade por ações para fortalecer tais

espaços participativos, ao atribuir à gestão do SUS a tarefa de, por exemplo, “apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento” (BRASIL, 2006b, p. 37).

Essas responsabilidades, junto a muitas outras, constam do instrumento de pactuação denominado de Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Para a validade desse instrumento, se exige, além da negociação entre os entes federados diretamente envolvidos, a apreciação pelos conselhos de saúde respectivos, que decidirão quanto à sua aprovação, tal como disposto no artigo 9º da Portaria 699/2006, que estabeleceu que o fluxo do TCG teria início com a sua aprovação pelo conselho de saúde respectivo (BRASIL, 2006c).

Assim, se verificou ser frequente, nos instrumentos normativos referidos, a previsão da atuação deliberativa dos conselhos com caráter decisório, especialmente quanto à apreciação e aprovação dos instrumentos de planejamento e pactuação da gestão do SUS, tais como os planos de saúde, relatórios anuais de gestão e termos de compromisso.

Essa previsão de exercício decisório na apreciação e aprovação de instrumentos de planejamento, contudo, por si só, não garante que a participação popular nesses espaços seja efetiva e atenda às previsões normativas superiores da Lei Federal 8.142/90 e da própria CF/88. Os conselhos de saúde, segundo vários estudos (COTTA *et al.*, 1998; GUIZARDI *et al.*, 2004; CORREIA, 2005; LABRA, 2005; VAN STRALEN *et al.*, 2006; MARTINS *et al.* 2008), têm encontrado entraves na operacionalização dos espaços institucionais coletivos do SUS. As dificuldades estariam relacionadas, principalmente, à composição, representação e representatividade do conselho, mas também com o reconhecimento social desses espaços como espaços de deliberação, que podem ser pouco conhecidos e valorizados pela sociedade em geral (MARTINS *et al.*, 2008).

A problemática foi objeto de intervenção da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PNGE) no SUS, instituída pela portaria do Ministro da Saúde nº 3.027, de 2007 (BRASIL, 2007b). Nela, entre outras ações, foram estabelecidos mecanismos voltados ao fortalecimento da gestão participativa e controle social no SUS, partindo da compreensão de que:

práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros. (BRASIL, 2007c, p. 15).

Por isso, definiu ações de promoção e aperfeiçoamento da gestão social e democrática das políticas públicas no SUS, estabelecendo diretrizes e princípios que priorizam a construção e atuação de espaços públicos deliberativos, “a partir da ampliação dos espaços de debates para a construção de saberes” (BRASIL, 2007c, p. 13) e o “fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas” (BRASIL, 2007c, p. 14).

Desse modo, a PNGE criou condições para o fortalecimento da prática do princípio participativo constitucional no SUS e contemplou parte dos anseios das conferências identificados por Guizardi e outros (2004), relacionados ao maior poder de decisão dos fóruns democráticos institucionalizados. Com isso, denota uma compreensão de deliberação próxima à de Bohman (2000): baseada no diálogo como processo de construção de consensos colaborativos, tal como expresso na defesa da “ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças” (BRASIL, 2007c, p. 10).

Em síntese, as normas fundamentadoras do SUS, expressas nos dispositivos constitucionais e nas leis orgânicas da saúde, imprimem diferentes sentidos para a deliberação consignada para os espaços institucionalizados de participação social. Ora, aproximam-se da teoria deliberativa habermasiana (HABERMAS, 1990; 2004), por exemplo, ao tratar do papel propositivo das conferências de saúde, ora alinham-se à proposição poliárquica de Cohen (1999), quando atribuem ao colegiado dos conselhos de saúde a competência decisória sobre o planejamento da gestão do SUS. Outras normativas, como a PNGE, apostam na construção de consensos dialógicos, adotando a perspectiva de Bohman (2000), que prioriza o diálogo como mecanismo colaborativo para contemplar os diferentes interesses envolvidos na deliberação.

Conclusões

Este texto objetivou a discussão dos sentidos da deliberação política nos espaços coletivos institucionalizados do SUS a partir da dimensão normativa, à luz das teorias de Habermas (1990; 2004), Cohen (1999) e Bohman (2000).

Na análise do arcabouço normativo do SUS desde a CF/88 até a atual PNCGP, no que se refere aos espaços de participação popular do SUS, constata-se que: i) São dois os espaços institucionalizados de deliberação política democrática nas esferas de gestão do SUS: a conferência de saúde, eventual, e o conselho de saúde, permanente; ii) cabe à conferência de saúde deliberar/propor sobre diretrizes para a Política de Saúde, influenciando a ação do governo, sem, no entanto, vincular necessariamente a tomada de decisão; e iii) ao conselho de saúde cabe deliberar sobre a formulação das estratégias de saúde para o atendimento das diretrizes da Política de Saúde, bem como acompanhar e exercer o controle social da execução das ações de saúde junto à gestão.

Há deslocamentos e divergências nos sentidos atribuídos à deliberação coletiva nas normas que tratam dos espaços públicos coletivos de participação social do SUS, ora adotando a habermasiana, ora a perspectiva poliárquica de Cohen, às vezes numa mesma normativa, como na Lei Federal 8.142, que prevê um sentido para a deliberação nas conferências e outro para os conselhos de saúde.

A Lei Federal 8.142/90 trouxe a transferência do núcleo decisório das políticas públicas de saúde para os espaços democráticos dos conselhos, identificando-se

com elementos presentes nas idéias de Cohen (1999). Por outro lado, essa mesma lei também atribuiu à conferência de saúde, papel propositivo na construção de consensos sociais para influenciar a ação do governo através da proposição de diretrizes para a política de saúde, representando uma perspectiva afeita à visão de Habermas (1990; 2004).

Noutro campo, a PNCGP apresenta diretrizes para o fortalecimento da gestão participativa e o controle social, numa perspectiva que se coadunam com a dialógica de Bohman (2000).

Todavia, prevalece o sentido habermasiano, denotando que esses são espaços de interação entre formação da vontade institucionalizada de maneira jurídico-estatal e as opiniões públicas culturalmente mobilizadas, constituindo espaços que possibilitam a superação do exercício monocrático deliberativo do poder executivo na política de saúde.

É verdade que resta examinar como as deliberações propositivas, deliberativas ou ainda decorrentes de consensos dialogicamente construídos são efetivadas nesses espaços; vale dizer, como a sociedade faz valer sua vontade e age nas instâncias criadas nesses dispositivos normativos. Contudo, isso implica ampla pesquisa empírica que foge ao escopo deste trabalho. Para os propósitos do momento, o que se constatou é que a deliberação política nos espaços coletivos institucionalizados do SUS, apesar dos diferentes sentidos encontrados, suplanta os tradicionais modos de exercício da democracia liberal e institui formas inovadoras de relação entre Estado e Sociedade, com a adoção de mecanismos e modelos que favorecem os processos participativos no SUS. ■

Referências

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. *Lua nova*, Belo Horizonte, n. 50, 2000, p. 25-45.

BOHMAN, J. *Public Deliberation: Pluralism, Complexity and Democracy*. Cambridge, MA: MIT, 2000.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. *Relatório final*. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2007a.

_____. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 12 jul, 2006a.

_____. Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 8 ago, 1990c.

_____. Lei n. 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), 20 set, 1990a.

_____. Lei n. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 31 dez, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *PARTICIPASUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 699 de 30 de março de 2006. *Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 27 nov, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COHEN, J. Reflections on Habermas on democracy. *Ratio Juris*. v. 12, n. 4, 1999, p. 385-416.

CORREIA, M. V. C. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Viçosa: UFV/ CEBES, 1998.

FARIA, C. F. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. *Lua nova*, Belo Horizonte, n. 50, 2000, p. 46-67.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004, p. 15- 39.

HABERMAS, J. Soberania popular como procedimento: um conceito normativo de espaço público. Tradução Suzuki, M. *Novos estudos*, São Paulo, n. 26, 1990, p. 100-113.

_____. *A inclusão do outro – Estudos de Teoria Política*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 353-384.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008, p. 105-121.

ROMÃO NETTO, J. V. *Participação popular em saúde: o caso dos conselhos gestores de saúde das subprefeituras de São Paulo*. 2006. Dissertação (mestrado). Departamento de Ciência Política de Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006, p. 621-632.

_____.
Recebido para publicação em Novembro/2010
Versão definitiva em Outubro/2011
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve