

Problemas éticos em um Conselho Municipal de Saúde: enfrentamentos necessários para uma cultura participativa

Ethical problems in a Municipal Health Council: necessary confrontations for participatory culture

Juliara Bellina HOFFMANN [1](#); Mirelle FINKLER [2](#)

Recibido: 16/03/2018 • Aprobado: 11/05/2018

Contenido

- [1. Introducción](#)
- [2. Metodología](#)
- [3. Resultados](#)
- [4. Discussão](#)
- [5. Conclusões](#)

[Referências bibliográficas](#)

RESUMEN:

Estudo de caso que objetivou compreender os problemas éticos em um Conselho Municipal de Saúde. Empregou-se triangulação de dados coletados por análise documental de atas, observações não participantes de reuniões e entrevistas com conselheiros de um município do sul do Brasil. Quatro categorias temáticas revelaram os problemas assim agrupados: prática da cultura política; conflitos de interesses; representação política; e papel do Controle Social. O enfrentamento destes conflitos fortaleceria a consolidação dos direitos democráticos tão fragilizados na atual conjuntura político-social.

Palabras-Clave: Ética; Participação Social; Cidadania; SUS.

ABSTRACT:

The case study aimed to understand ethical problems in a Municipal Health Council. It was used triangulation of data collected through documentary analysis of minutes, non-participant observations of meetings and interviews with counselors from a municipality, in the south of Brazil. Four thematic categories revealed the following problems: political culture practice, interest conflicts, political representation, and Social Control role. Confronting such conflicts could strengthen democratic rights consolidation so fragile in the current socio-political context.

Keywords: Ethic. Social Participation. Citizenship. SUS.

1. Introducción

O séc XXI tem cobrado em primeiro plano o respeito ao pluralismo moral, cultural, religioso e político. Este enfrentamento do pensamento homogêneo e hegemônico estimula a participação democrática, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, evidencia o ainda pouco espaço para o pluralismo na política (Gracia, 2001).

De qualquer forma, a complexificação da sociedade ocidental fortaleceu a implementação da democracia participativa (mesmo que representativa) enquanto busca de um bem estar individual e coletivo (Hernandez-Sánchez *et al.*, 2018), colocando a resolução dos problemas nas instâncias de participação cidadã. Este aperfeiçoamento da democracia dá espaço ao estabelecimento dos Conselhos gestores de políticas públicas, como âmbito para discussão e argumentação entre representantes da sociedade civil, do Estado e da iniciativa privada garantido pela constituição brasileira de 1988. Na área da saúde, criam-se os Conselhos de Saúde, instâncias mandatárias que, em nível nacional, estadual e municipal, objetivam o controle social civil na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) - controle social compreendido como o exercício cidadão de fiscalizar, acompanhar e deliberar sobre as ações do Estado.

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) estão presentes hoje em 5.563 municípios brasileiros (BRASIL, 2012a), sendo compostos obrigatoriamente por usuários do SUS, representados por entidades da sociedade civil que detém 50% das vagas e por trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores que, juntos, contam com os outros 50%. O CMS participa do processo de formulação de estratégias e do acompanhamento da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, devendo promover o debate sobre as políticas de saúde, num processo de caráter deliberativo (BRASIL, 2012b).

Este espaço público, para ser coerente do ponto de vista ético, deve ser um caminho para o bem coletivo, uma ponte entre a política, a sociedade e a administração pública, um serviço prestado a *polis*. Retomar esse preceito desconstrói a pretensão de que só há como buscar satisfação pessoal ao se abandonar a preocupação com o coletivo (Baumann, 2000; Escorel, Arouca, 2016).

O espaço da ética é o espaço da contingência, da reflexão sobre o que está posto, mas que pode ser transformado. Um espaço necessário para produção de ideias capazes de sustentar o 'bem comum', a 'justiça social' e outros 'valores morais universalizáveis'. Um espaço para o diálogo e para resolução de problemas que envolvem conflitos morais.

Diferentemente dos problemas de ordem legal - que tem suas soluções vinculadas a normas e leis, os problemas éticos que suscitam determinados deveres estão vinculados a realização de valores morais. Quando consideramos algo justo, pretendemos que o mesmo seja igualmente considerado por qualquer ser racional em condições de imparcialidade, que não se guie por interesses individuais ou de grupo, mas por interesses universalizáveis. O interesse genuíno por valores como liberdade, justiça, solidariedade, dentre outros, se realiza quando nos pré-dispomos a defendê-los para que qualquer pessoa possa realizá-los, como forma de não perdermos nossa humanidade. Assim, universalizamos tais valores (Cortina, 2005). Fato é que se não se consolidam esses valores universalizáveis dentro dos espaços de participação social, pouco a sociedade poderá avançar nas questões de interesse público.

A realização de tais valores, em sociedades moralmente plurais como a brasileira, gera no entanto, inúmeros conflitos entre os diversos valores que se pretende realizar. Frente a esta conflictividade, pode-se olhar a partir de uma postura dilemática, visualizando duas opções - opostas e extremas - de resolução, ou podemos perceber o conflito a partir de uma perspectiva problemática, buscando a elaboração de soluções que contemplem ao máximo cada um dos valores que se deseja preservar (Cortina, 2005; Gracia, 2014). É nestes confrontos entre valores individuais, coletivos e institucionais que os problemas éticos aparecem. Sua análise e deliberação promovem o poder político, ou sejam, fornecem sustentação ética para a política. Uma política não subsumida ao Estado, mas estreitamente ligada à sociedade, pois se concretiza, de fato, no social.

Diversos problemas que ocorrem nesses espaços já foram pesquisados (Paiva, 2014; Wendhausen, Caponi, 2002; Moreira, Escorel, 2009; Grisotti, Patricio, Silva, 2010; Serapioni, 2014), revelando muitas dos entraves democráticos que dificultam a participação social no SUS e a sua efetiva gestão. O que pouco se tem discutido é sua compreensão enquanto problemas éticos, cujo enfrentamento tem potencialidade de tornar esses entraves propulsores de novos mecanismos de participação social democrática. Neste sentido, o

objetivo deste trabalho foi compreender os diferentes problemas éticos existentes em um CMS, a fim de contribuir com a prática da participação cidadã.

2. Metodologia

Esta pesquisa qualitativa – aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC no 539.891/2014) - consistiu em um estudo de caso único, realizado em cenário caracterizado como o de um município de médio porte de Santa Catarina - um estado na região Sul do Brasil.

A primeira etapa da coleta de dados consistiu na análise documental das atas publicamente disponíveis, das últimas onze reuniões de um CMS, selecionado por critério de conveniência. Estas atas correspondiam a um ano de reuniões, período este que abarcou duas gestões do Conselho. A fim de sanar as dúvidas surgidas durante a análise, documentos legais e regimentais também foram incluídos na análise. Antes de findar-se esta etapa, iniciou-se a seguinte, com a sistematização de um diário de campo a partir dos dados registrados durante a observação não participante de cinco reuniões mensais da plenária do CMS e de uma reunião de sua Câmara Técnica.

Estas técnicas de coleta de dados propiciaram uma aproximação com a realidade vivenciada no CMS, favorecendo a elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado, que foi avaliado por dois especialistas em metodologias qualitativas e pré-testado. A fim de captar concepções sobre problemas éticos, o instrumento continha também o relato de parte de uma reunião permeada de questões éticas, inspirado no conteúdo das atas. Este roteiro foi usado como disparador das 12 entrevistas que foram realizadas na terceira e última etapa da coleta de dados, gravadas em áudio.

Foram três entrevistas com conselheiros representantes de gestores e de prestadoras de serviço (G), três com representantes de trabalhadores da saúde (T) e seis com representantes de usuários do SUS (U), mantendo-se assim a proporção numérica da amostra equivalente à distribuição entre os três eixos de representações nos Conselhos de Saúde. Inicialmente, os entrevistados foram selecionados aleatoriamente, mas a partir das suas indicações outros conselheiros foram sendo incluídos. As entrevistas foram finalizadas ao se perceber a repetição dos dados e então, transcritas. Os dados das entrevistas, diário de campo e das atas, compuseram o *corpus* de dados que foi analisado de acordo com a Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2014) e com emprego do *software* Atlas.ti® 7.1.8.

3. Resultados

A codificação e categorização dos dados levou à construção de cinco categorias temáticas: 'Práticas da cultura política: o modelo gerencial'; 'Medindo forças: conflitos de interesses'; 'Afinal o que é representação política?' e 'Papel do Controle Social'. Os diferentes problemas éticos agrupados em cada uma dessas categorias, as situações que favorecem sua emergência, bem como as estratégias de enfrentamento identificadas durante a coleta de dados são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1

Situações com problemas éticos, consequências e enfrentamentos, agrupados conforme categoria temática.

Categorias temáticas	Situações que favorecem a emergência de problemas éticos	Consequências para o CMS	Enfrentamentos
Prática da cultura política: o modelo gerencial hegemônico	Relação paternalista entre Estado e Sociedade	Capacidades assimétricas de decisão	Câmara Técnica
	Processos hierárquicos históricos		
	Fiscalização e controle sem		

	O espírito competitivo das elites	compartilhamento da gestão	
	O não reconhecimento da dimensão ético-social das políticas públicas		
Medindo forças: conflitos de interesses	Secretário de Saúde como presidente do CMS: mediação – controle	Monólogo do fgoverno	Representação permanente dos conselheiros
	Ocupação de vagas alternadas do CMS	Flexibilidade quanto à paridade das vagas	Busca por regulamentação do exercício participativo
	Valores de cidadania X valores de mercado		
Afinal o que é representação política?	Disputa entre os segmentos de representação.	Representante como consumidor de interesses individuais	Aproximação aos CLS
	Falta de articulação dos segmentos entre si e com suas bases representativas.	Incapacidade de enfrentamento – CMS como ouvidoria.	
Papel do Controle Social	Dificuldade de ir além dos objetivos burocráticos.	Déficit de representação substancial	Ausência de mecanismos de proposição e transformação
	Ocupar uma posição de defesa e construção de algo em que não se acredita.		

4. Discussão

4.1. Prática da cultura política: o modelo gerencial hegemônico

A simples implementação das instâncias colegiadas e deliberativas não desburocratiza nem desmonopoliza o poder. Ao aproximarem-se agentes de produção de agentes diretivos, evidencia-se sua diferença historicamente consolidada a partir do modelo gerencial hegemônico (Campos, 2000; Dotto *et al.*, 2016). Grande parte da esfera decisória se concentra entre gestores: *"há um direcionamento da intenção política e o CMS não é convidado a participar"* (T1). Há um desinteresse daqueles que sempre detiveram o controle, em permitir seu compartilhamento. Os mecanismos de controle sobre a maior ou menor egemónic dos conselheiros se embasam na *"utopia concreta de ordenar de maneira racional, metódica e harmônica, coisas e pessoas segundo a vontade e projetos dos superiores"* (Campos, 2000, p.34).

Este egemóni entre uma prática culturalmente egemónica da gestão com a arena participativa dos conselhos tem provocado diferentes matizes de resultados. Um exemplo é a estruturação de uma espécie de paternalismo da Secretaria de Saúde, fundamentado em mecanismos de (des)autorização sobre as ações do Controle Social: *"Pode ver que o Conselho Nacional de Saúde está dentro do prédio do Ministério, e onde que está o Conselho Estadual de Saúde? Está dentro do prédio da Secretaria Estadual. Estão construindo um espaço na Secretaria Municipal de Saúde e nós (CMS) vamos pra lá [...]. O CMS, por estar*

junto com a Secretaria, não tem uma independência, nem do controle dos seus gastos...” (U5). A posição paternalista das estruturas estatais se retroalimenta na construção histórica da cidadania apenas enquanto reivindicação de direitos, diminuindo a autonomia dos conselheiros (Fritzen et al., 2017) e impedindo que a participação social se expresse como “cidadania ativa”. Em outras palavras, como uma atuação responsável, criativa e construtiva da vida comunitária e política. Mais do que uma titularidade de direitos, deve ser também prática dos mesmos (Serapioni, 2014).

Desconcentrar o poder gerencial hegemônico passa pela habilidade de alterar os arranjos estruturais produtores de paternalismo e dominação, tanto as disputas internas nas plenárias como nos espaços externos ocupados pelos conselheiros na definição de políticas. Um deles é o sistema hierárquico que permite pontos de concentração de poder e sujeitos ‘objetivados’, que decidem e agem por objetivos externos a eles, dos dominadores. *Já houve confrontos em que conselheiros foram afastados de seus cargos. Ele não quis sair, ele foi retirado” (U2). Estes dispositivos de controle impedem que os espaços de participação alcancem toda sua ‘capacidade de direção’, perdendo potência para compor consensos e alianças para realizar projetos (Campos, 2000).*

Essa barreira histórica ao compartilhamento do poder se embasa no espírito competitivo das elites: *“[...] eu propus mudar, e dentro da Secretaria foi mais difícil que com os conselheiros. Com os conselheiros foi tranquilo, porque eu fui pactuando com eles” (G2). Melhorar a situação sanitária no Brasil passa pela participação social e pela responsabilidade do Estado em reconhecer a dimensão ético-social das políticas públicas e nelas intervir, uma vez que devem ser instrumentos de aumento de cidadania (Garrafa, 2003; Fritzen et al., 2017). Do contrário, o Controle Social esbarra nas capacidades assimétricas de decisão com mecanismos de imposição e subjugação: “Eu poderia dizer que o que o Conselho faz hoje é Controle Social, mas não é uma gestão compartilhada. Nos é permitido controlar, fiscalizar, mas não gerir em conjunto, isso não...” (T1).*

Os diferentes olhares dos conselheiros, o pluralismo moral, sobretudo dos representantes dos usuários, são importantes mecanismos de democratização, mas que têm dificuldade de superar a gestão hierárquica dos Conselhos de Saúde: *“... eu tenho sido privilegiado nisso, muita coisa eles me consultam para saber o meu parecer, então eles consultam algum para ver se eles (os gestores) estão certo ou não. Porque, às vezes, eles estão pensando uma coisa e o CMS pode refutar” (U5). Este modelo hierárquico de gestão, que atua, por vezes, de forma velada, define a voz de quem será considerada e com que objetivo – como a aprovação de decisões previamente tomadas. Essa forma operacional se distancia de uma gestão compartilhada, evidenciando a dificuldade de estruturas hierarquizadas produzirem participação e cogestão.*

De qualquer forma, é justamente desses processos de luta e negociação que surgem resultados potentes para a produção de saúde. Seria um erro achar que esse enfrentamento Estado-sociedade representa um fracasso da democracia, pois nesse encontro a discussão e resolução de pontos de divergência e de confronto tornam-se possíveis (Campos, 2000; Bispo-Junior, Gerschmann, 2013). Além disso, o próprio aumento das resistências e da influência política do grupo pode gerar maior impacto no desenvolvimento das capacidades de seus membros (Kleba, Wendhausen, 2009). O exercício de participação social é capaz então, de alimentar o sentimento de pertencimento a uma comunidade juntamente com o controle sobre a própria vida, produzindo assim empoderamento (Serapioni, 2014).

O confronto com os problemas éticos identificados produziu neste CMS um novo espaço de possibilidades democráticas: a chamada “Câmara Técnica” (CT). Sua consolidação evidenciou essa busca por cogestão: *“quem deseja um fim ou necessita dele, obriga-se a inventar meios para tal” (Campos, 2000, p. 78). “... a câmara técnica é muito importante pros conselheiros. É aquele momento de estudos que a gente não tem... que é onde todas as apresentações vão antecipadamente pros conselheiros conhecerem [...] e se alguém disser “não passa essa pra frente”, a gente não vai passar (G3)”.*

Com a ausência do Secretário de Saúde e uma maior informalidade em suas reuniões, diminuem-se os mecanismos de controle e de desigualdades, e aumenta-se o compartilhamento do poder, pré-requisitos estes para a democracia participativa (Serapioni,

2014). Assim, facilita-se a construção da subjetividade, aumentando-se as capacidades de análise e de intervenção.

As limitações desta estratégia, quais sejam a diminuição da deliberação e da própria transparência nas discussões das plenárias, somadas a grande quantidade de demandas passadas para a CT (algumas das quais nem se referem a questões técnicas) e o menor número de representantes envolvidos podem ser indícios do próprio esvaziamento da função das plenárias do CMS. A diminuição da prática da deliberação democrática - na qual processos comunicativos ocorrem entre Estado e sociedade, ambos dotados de oportunidade, e que buscam por decisões baseadas em discussão e análise (Serapioni, 2014), mostrou-se como consequência dos problemas éticos identificados e que alimentam as capacidades assimétricas de decisão e a falta de abertura a uma gestão compartilhada as plenárias.

Assim, o espaço da CT foi pensado, um espaço mais propício à deliberação de recomendações que passam a ser determinantes na plenária. Este pode ser um mecanismo possível para se reproduzir decisões coletivas e influenciar diretamente as decisões do Estado, uma forma de manter e efetivar o caráter deliberativo do conselho, tão peculiar ao sistema de saúde brasileiro (Serapioni, Romani, 2006).

4.2 Medindo forças: conflitos de interesses

Apesar da terceira diretriz da Resolução CNS nº 333 afirmar que o presidente do Conselho de Saúde deve ser eleito entre seus membros (Brasil, 2003), é possível que os CMS criem sua própria organização interna, por meio de regimento próprio. Isto permite ao secretário de saúde tornar-se presidente nato do Conselho, uma situação evidente de conflito de interesses: *"Se o presidente do Conselho não fosse o secretário, talvez ele tivesse voz pra esse debate [...] É uma situação que deveria ser repensada"*(T1).

O que subsidia esta situação é o receio de que o secretário de saúde não participe das reuniões se não estiver ocupando a presidência, diminuindo a governabilidade do CMS. Sempre *"argumenta-se sobre a baixa capacidade dirigente dos coletivos. No entanto, os equívocos e dificuldades dos governantes não indicam melhor desempenho"* (Campos, 2000, p.43). A dubiedade legal e ética do secretário de saúde em participar como presidente do Conselho se reforça na difícil separação entre tais funções. O secretário de saúde tem a maior autoridade no CMS por ser o presidente ou é o presidente justamente por ter maior autoridade? Qual deve ser o papel do presidente do Conselho de Saúde: mediação ou controle? Campos (2000) encontra na presença do apoiador (condutor) a figura de um facilitador do estabelecimento de espaços coletivos, sempre que o grupo se fortalece na sua capacidade de análise e intervenção.

É inegável o poder do presidente do Conselho em facilitar ou não as discussões e encaminhamentos, em direcioná-las ou mesmo interrompê-las e cessá-las quando achar conveniente: *"... é o caráter impositivo dele como chefe [...] Uma vez ele mandou uma pessoa calar a boca"*(U5). Esse acúmulo de autoridades, somada ao fato de ser o secretário de saúde do CMS pesquisado um 'doutor' (médico), faz com que seus posicionamentos ressoem como 'palavra final', o que, concordando com a literatura, acaba por transformar o espaço do Controle Social em um lugar de 'monólogo' do governo (Wendhausen, Caponi, 2002).

Tal problemática disparou, no CMS em análise, a necessidade de desenvolver formas de 'medir força' com esta e outras figuras de poder, principalmente com aqueles que detêm o saber técnico. A permanência dos representantes - principalmente dos usuários, na vaga de conselheiro por mais do que o tempo de dois anos indicado pelo CNS (Brasil, 2003), tem sido prática rotineira - embora não exclusiva do Conselho estudado (Fritzen *et al.*, 2017), havendo conselheiros que ocupam vagas alternadas desde sua fundação, há mais de vinte anos. Tal conduta é justificada como forma de melhorar a qualificação de seus representantes: *"... é uma educação permanente. Essa é a formação do CMS. Aí qual é o problema? Daqui dois anos eles saem... esse tava começando a entender como é que era, aí vem uma outra pessoa que nunca viu, aí começa todo o processo de novo"* (G2).

A questão conflituosa entre a permanência do conselheiro como justificativa de maior qualificação na sua atuação e a necessidade de alternância dos representantes como forma de inibir a 'tirania', tem emergido no CMS e estimulado diferentes posicionamentos. Para alguns, tornar o Controle Social uma ocupação legalmente reconhecida, fortaleceria sua atuação e capacidade de resistência e enfrentamento. Além disso, afastar-lhes-ia do papel de reféns do entendimento e da "boa vontade" de seus atuais empregadores que precisam concordar com seu afastamento do trabalho para participar das reuniões. Para a quase totalidade dos conselheiros entrevistados, a conciliação entre emprego e disponibilidade para o exercício do Controle Social tem sido uma significativa barreira a sua participação e qualificação. Uma das conseqüências disso tem sido a maior flexibilidade quanto à paridade das representações nas comissões e oficinas de trabalho, haja vista a dificuldade do comparecimento dos mesmos. *"A gente tem uma coisa que controle social é organização da sociedade civil então tem que ser de graça, não! Entendeu, aquilo é bom pra sociedade, então o Estado tem que patrocinar financiar, incentivar né? [...] Claro que isso traz inúmeras conseqüências, mas as conseqüências não podem ser impedimento [...] a gente tem que encontrar formas"* (U4).

Este problema ético ganha vulto frente à dificuldade dos conselheiros em participar de uma lógica distinta, qual seja a de exercer a cidadania, com seus valores de cooperação e solidariedade, em um mundo dominado pelos valores de mercado. Como contraponto à questão de tornar a representação dos conselheiros uma ocupação regulamentada, os próprios conselheiros apontam as implicações do atrelamento financeiro ao Estado, o questionamento sobre o próprio papel do Controle Social, bem como o risco de enrijecimento de um processo que deveria ser, por concepção, dinâmico e diverso.

4.3 Afinal o que é representação política?

A participação de desiguais reproduz suas desigualdades nos espaços políticos, evidenciando que a simples inserção de representantes da sociedade nesses espaços não torna horizontais os processos de tomada de decisão (Sarmiento, 2012; Dotto *et al*, 2016). Na relação Estado-sociedade, esta tem sido colocada como mera destinatária das ações e intervenções políticas. Nessa perspectiva, o Estado se eleva à condição de ator único, buscando cumprir seu dever de compensar carências e solucionar problemas, sem rostos e sem sujeitos (Arroyo, 2010). *"... é a forma como o SUS concebeu o Conselho, que é uma coisa tipo gestor versus usuários tá?"* (G2).

Observou-se no CMS estudado que, quando a população é percebida como problema, seus representantes são afastados ou mantidos sob controle. Trata-se de uma relação muito distante da de parceria, podendo ser mais bem compreendida como de tolerância por parte dos representantes da gestão, que parecem ceder sua atenção para receber as aprovações necessárias às políticas, essas sim, seu foco. Do outro lado, representantes de usuários, trabalhadores e prestadores de serviço se colocam em posição de embate, de exigir dos gestores como se estes tivessem soluções para todos os problemas, na dependência de sua boa vontade. *"Os desiguais como problema, as políticas como solução"* (Arroyo, 2010, p. 1387). Trata-se da busca por critérios de eficiência e não por equidade, excluindo-se por isso a deliberação, as relações e as análises de questões relevantes à comunidade o que contribui para diminuição da cidadania (Serapioni, 2014).

A cidadania enquanto campo de disputas historicamente construído nas lutas sociais pela saúde, estabelece-se dentro do CMS e representa um vértice de separação entre os segmentos, dificultando o controle social coletivo e democrático. Nessa arena, surge a sensação de que *"eu perco quando algo do meu segmento não é aprovado"* (U6). Uma concepção individualizada, segmentada e redutora da função de conselheiro e que reforça a ideia de *consumer satisfaction* – principalmente no olhar 'sobre' e 'dos' usuários como consumidores individuais e não como cidadãos com voz coletiva (Serapioni, 2014, p.4837). Essa lógica dicotômica, de uma racionalidade dilemática, indica posicionamentos extremos e opostos, e que dificulta os procesos verdadeiramente deliberativos, tão necessários nas estratégias de Controle Social (Gracia, 2014).

Apesar da necessidade de interesse comum quanto à melhoria da saúde e da qualidade de

vida da população, parece existir uma miríade de situações em que esses interesses divergem ou em que outros se superpõem: *"O cara sabe que se ele for votar contra o gestor ele vai ser bloqueado lá na frente [...] mas mesmo com tudo isso ele teria que votar naquilo que ele considera o mais correto"* (G2).

Esta racionalidade competitiva que dificulta a representação política é evidenciada na própria falta de articulação dos representantes dos segmentos dos usuários do SUS: *"você precisa se articular, porque o gestor é articulado, e os usuários e a sociedade civil não se articulam, entendeu?"* (U4). A desarticulação torna esses atores representantes de si ou de sua entidade, mas não da sociedade, culminando em uma disputa de interesses desatrelados que raramente se viabilizam.

A legitimidade da participação se dá na relação complementar entre representantes e representados (Sipioni, 2015), sendo a qualidade dessa representação dependente de posturas pró-ativas. A democracia institucional que se pretende com o Controle Social é construída a partir de "Grupos Sujeitos", que possibilitariam uma reforma social. Ninguém isoladamente é capaz de produzir democracia. Esta é, acima de tudo, um produto social (Campos, 2000).

Essa ausência de canais bilaterais de comunicação - dos segmentos entre si e com suas bases representativas - barra a capacidade de enfrentamento dos poderes instituídos. Há pouco diálogo, de modo que os conselheiros passam a ser representantes de si mesmos: *"... ela dá resposta em cima do próprio conhecimento dela, do que ela acha. Então, a forma de organização do Conselho é equivocada (G2)"*. Em contrapartida, também se coloca os representantes da gestão e a importância destes entenderem seu papel enquanto representantes do Estado e não do governo ou partido no poder. Há, portanto, um déficit de representação substancial em que os conselheiros, embora representem os diferentes segmentos sociais, não têm buscado os reais interesses daqueles que representam (Serapioni, 2014).

A falta de articulação e diálogo dos conselheiros com suas bases representativas já foi constatada por outros estudos (Wendhausen, Cardoso, 2007; Grisotti, Patricio, Silva, 2010). A inegável necessidade de se instaurar relações mais concretas com as bases de apoio para melhorar a influência e representatividade de instâncias participativas foi evidenciada tanto no SUS como em modelos de participação em saúde de outros países (Serapioni, Romani, 2006). No conselho estudado, a dificuldade vai desde conseguir um *feedback* ao CMS (de fora para dentro) até mobilizar movimentos populares (de dentro para fora). Tampouco se percebe pressão dos movimentos populares para fortalecer ou estimular os conselheiros municipais: *"... essa história da representação passou a ser uma coisa assim, "tu vais lá e me representa" [...] agora, mais do que isso, eu penso que eu poderia ser o elo com o serviço, o que não acontece"* (U2).

A solução intermediária encontrada pelo CMS estudado foi sua aproximação com os Conselhos Locais de Saúde (CLS). Essa aproximação com os CLS tem o potencial de qualificar a representação da sociedade no CMS além de combater a própria invisibilidade dos CLS (Miwa, Serapioni, Ventura, 2017). Embora a maioria dos conselheiros tenha relatado essa aproximação como forma de legitimação da representação, tornando o processo mais democrático, alguns entrevistados apontaram que a atuação destes conselheiros locais tem, na realidade, situado o CMS como espaço de ouvidoria, e não de proposições aos moldes da participação democrática: *"[...] é aquela coisa que eu te falei: fortalece a representatividade e não a qualidade da representatividade"* (G3).

É um verdadeiro desafio à democracia participativa a passagem da "cidadania acostumada a exigir" para uma "cidadania acostumada a participar", uma cidadania ativa que possa trabalhar também na proposição de projetos e na busca do estabelecimento dos sujeitos como atores ativos na estruturação do SUS (Martins *et al.*, 2008). Pois apenas garantir legalmente a paridade dos representantes dos usuários não tem assegurado a presença e capacidade de intervenção do segmento (Wendhausen, Caponi, 2002; Escorel, Arouca, 2016).

4.4. Papel do Controle Social

Para além do reconhecimento do papel prático do Controle Social, evidenciado na formulação de estratégias e controle da execução das políticas de saúde (Brasil, 2002), a principal dificuldade observada no CMS estudado, e também evidenciada em outros espaços de participação (Dotto *et al.*, 2016), esteve relacionada à ampliação e adesão ao projeto instituinte do Controle Social, aquele em que o exercício da cidadania se expressa na sua influência sobre a esfera política (Oliveira, Teixeira, 2015).

Apesar de todos os esforços para aproximar a sociedade das decisões políticas, o agir cidadão é ainda muito condicionado à ampliação da participação social dentro das instituições na forma de fiscalização, principalmente das contas públicas. Apesar de inegável importância do Controle Social na prestação de contas (Rocha, 2013), seu reducionismo é crítico. Tanto as questões pragmáticas quanto as de subjetividade e valores coletivos, mais ou menos explicitados, necessitam caminhar lado a lado, como ações complementares que são. Essa dificuldade de consolidar o papel do Controle Social para além dos objetivos burocráticos, incorporando valores universalizáveis e que objetivem o bem comum para a saúde coletiva, evidencia o problema da definição do seu papel enquanto instrumento de Controle Social.

De acordo com Freire (2011), a mudança é sempre uma possibilidade e cabe a quem muda assumir as mudanças operadas, porque no fim todo pensar ético é extremamente coerente. Essa discussão, embora sutil, encontra-se no CMS: a de que é preciso, para enfrentar os obstáculos na construção do SUS, acima de tudo, acreditar nele. Torna-se necessário superar muito do imaginário popular que associa o que é "público" a uma visão negativa, um "*graças a Deus por hoje eu ter plano de saúde*" (U1).

Colocar a saúde coletiva como um valor a ser defendido por todos, torna-se crucial ao exercício de ser conselheiro. Do contrário, restaria a incoerência em se defender algo em que não se acredita. A sociedade e aqueles que exercem o papel representativo necessitam apostar nessa estrutura de poder decisório, pois o papel autoritário baseado na correia de transmissão de normas criadas por 'chefias superiores' se desestabiliza quando o interesse democrático se vê compartilhado, fortalecendo a visão cooperativa do CMS em detrimento da competição histórica entre sociedade e Estado.

A dificuldade dos conselheiros em discernir o espaço instituinte do Controle Social para além da fiscalização é percebida na ausência de mecanismos de ocupação deste lugar de proposição e transformação. Os movimentos de resistência deste conselho ainda estão ancorados nas problemáticas de efetividade legal e constitucional, ficando os problemas de maior cunho ético-reflexivo aos espaços teóricos da produção acadêmica.

A potência de agir, de fazer diferente do que já é, caracteriza o poder legitimado do Controle Social, que se fortalece quando este, de fato, compreende o seu papel de entidade democrática e representativa, capaz, não só de influir nos rumos do SUS, mas de promover os espaços públicos de representação social a uma categoria de maior valor dentro da sociedade.

A compreensão de que o Estado não deve deter de antemão o poder para tomar as medidas que bem entender a contragosto dos cidadãos, e que o atual movimento de empoderamento destes reassume seu papel legítimo dentro da democracia (Scorel, Arouca, 2016), são passos essenciais para defesa do Controle Social e do seu potencial democratizador. Ademais, a realização dos valores democráticos dentro dos conselhos é um processo cotidiano e permanente, e exige uma aprendizagem cultural e uma prática social participativa cada vez mais constante.

5. Conclusões

A compreensão dos problemas éticos identificados auxiliam a desvendar os diferentes tensionamentos e disputas que ocorrem no processo de participação social em saúde, entre os segmentos representados. A escassa experiência participativa da sociedade civil, ao mesmo tempo em que fragiliza sua capacidade de sustentação do enfrentamento político, dá

espaço à criatividade. Percebe-se então um movimento de empoderamento dos indivíduos, impulsionando a participação democrática enquanto *locus* de transformação social. Nesse sentido, o Controle Social expressa sua busca pelo estabelecimento do cogerir democrático construindo novas formas de regulamentação legal de sua atuação e da necessidade do fortalecimento de valores sociais que sustentem a atuação democrática.

De fato, um direito nunca é garantido apenas pela sua conquista, mas precisa ser permanentemente reafirmado. Percebe-se que as estratégias de enfrentamento construídas pelo CMS como a CT, a maior abertura aos CLS, a permanência dos conselheiros por vários mandatos e as discussões sobre a regulamentação do exercício representativo já envolvem suas próprias questões problemáticas e conflituosas. Além da necessidade de desenvolvimento desses mecanismos, outros tantos ainda poderiam ser pensados, como a discussão dentro dos conselhos sobre seus próprios problemas éticos.

O Controle Social exerce o papel de um novo ator que não se enquadra facilmente em um sistema de base capitalista, dominante e alienador. É preciso repensar o lugar da participação social na estrutura organizativa da sociedade atual. É essencial que os conselhos de saúde questionem e reflitam sobre essas questões enquanto representantes da sociedade e *locus* de exercício político e cidadão, para que a democracia efetue sua capacidade de socializar o poder, intervindo na reprodução das diferentes formas de iniquidades sociais.

Levantar as problemáticas éticas existentes nos Conselhos é o primeiro passo para que, democraticamente, discutam-se suas diferentes formas de enfrentamento – que não se dá em nível legal, mas na realização de valores sociais universalizáveis. Enquanto os valores democráticos ficarem reduzidos à dimensão institucional do SUS, pouco se entenderá a política enquanto forma da própria vida social. Há que se discutir os conflitos de valores nas esferas democráticas para que a participação modelada no Controle Social da saúde não se firme como retórica, mas para que seja estratégia verdadeiramente potencializadora de democracia deliberativa. A partir disso poderemos sonhar uma democracia mais substantiva, comprometida com as necessidades dos cidadãos e capaz de implementar valores de equidade, universalidade e integralidade do SUS.

Referências bibliográficas

Arroyo, M. (2010). Políticas educacionais e desigualdades: à procura de novos significados. *Educ. Soc.*, 31(113), p.1381-1416.

Baumann Z. (2000). *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Bispo Júnior JP, Gerschman S. (2013). Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciênc. saúde colet*, 18(1), p.7-16.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS*. (2002). Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde. 60 p.(Série Histórica do CNS; n. 1) - (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 333*.(2003). Estabelece as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

_____. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Perfil dos municípios brasileiros, 2011*. (2012a.). Rio de Janeiro: IBGE.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. (2012b). Brasília: Ministério da Saúde, 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Campos, G.W.S. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos*. A construção do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método em roda. São Paulo: Hucitec.

Cortina, A. (2005). *Cidadãos do mundo: para uma teoria de cidadania*. São Paulo: Loyola.

DOTTO, Dalva M.R., QUEVEDO, Luís C.N., PONS, Mônica E.D, LORENZI JR, David. Gestão Pública: A participação popular no processo de elaboração do Plano Diretor. *Revista Espacios*. vol 38, ano 2017, n. 6, p.23. Acesso em:

<http://www.revistaespacios.com/a17v38n06/17380623.html>

Scorel, S., Arouca, L.E. (2016). Democracia e participação: para além das dicotomias. *Saúde debate*, n. 40, p.39-48.

Freire, P. (2011). *Educação e mudança*. São Paulo: Paz e Terra.

FRITZEN, Adriano., BIEGUER, Thiago, B., ALLEBRANDT, Sérgio, L., HINNAH, Daniel, THESING, Nelson, J. Controle social e Conselhos Municipais: O caso do Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa /RS. *Revista Espacios*.vol 38, ano 2017, n. 3, p.20. Acesso em:

<http://www.revistaespacios.com/a17v38n03/a17v38n03p20.pdf>

Garrafa, V. (2003). Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes PAC, Zoboli ELP, organizadores. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, p. 11-24.

Gracia, D. (2001). Democracia e bioética. *Acta Bioethica*, 7(2), p.343-354.

Gracia D. (2014). *La deliberación como método de la bioética*. In: Porto, D. et al. (Org.). *Bioética: saúde, pesquisa e educação*. Brasília: CFM/SBB.

Grisotti M, Patricio ZM, Silva A. (2010). A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde colet*, 74(5);831-840.

HERNANDEZ-SÁNCHEZ, Irmina, PARRA, Margel, A., GARCÍA-PADILLA, Jholman, L., CASTRO-BELEÑO, Nina, DÍAZ, Carmen, H.R., DURAN, Sonia, E. (2018). Comportamiento Organizacional Ciudadano (COC) como ejemplo de participación generador de un diálogo de saberes. *Revista Espacios*, 39(7), p.22. Acesso em:

<http://www.revistaespacios.com/a18v39n07/a18v39n07p22.pdf>

Kleba, M.E., Wendhausen, A. (2009). Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc*, 18(4), p.733-743.

Martins, P.C., Francheschini, S.C.C., Cotta, R.M.M., Mendes, F.F., Priore, S.E., Dias, G., Siqueira-Batista, R. (2008). Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, 18(1), p.105-121.

Minayo, M.C.S. (2014). *O desafio do conhecimento*. 14ª Edição. São Paulo: Hucitec.

Miwa, J.M., Serapioni, M., Ventura, C.A.A. (2017) A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, 26(2), p.411-423.

Moreira, M.R., Scorel, S. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. saúde colet*, 14(3):795-805.

Oliveira, T.A., Teixeira, C.F. (2015). Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013. *Saúde Debate*, 39(n. especial), p.132-144.

Paiva FS, Van Stralen CJ, Costa PHA (2014). Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc. saúde colet*, 19(2):487-498.

Rocha EN. (2013). O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. *Saúde em Debate*, 37(96), p.104-111.

Sarmiento, HBM. Desafios à bioética: democracia, participação e controle social. In: Hellmann F, et al., organizadores. *Bioética e Saúde Coletiva: Perspectivas e desafios contemporâneos*. Florianópolis: DIOESC, 2012. p.108-121.

Serapioni, M., Romani, O. (2006). Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2(11), p.2411-2421.

Serapioni, M. (2014). Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. *Ciênc. saúde colet*, 19(12), p.4829-4839.

Sipioni, M.E., Silva, M.Z. (2015). Democracia e saúde: a prestação de contas como

legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES). *Saúde Debate*, 39(104), p.197-209.

Wendhausen, A., Caponi, S. (2002). O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 18(6), p.1621-1628.

Wendhausen, A., Cardoso S.M. (2007). Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de En*, 60(5), p.579-584.

1. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Doutoranda em Odontologia em Saúde Coletiva. E-mail: juliara.odt@gmail.com

2. Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Departamento de Odontologia, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: mirelle.finkler@ufsc.br

Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015
Vol. 39 (Nº 37) Año 2018

[Índice]

[En caso de encontrar un error en esta página notificar a [webmaster](#)]

©2018. revistaESPACIOS.com • ®Derechos Reservados