



ANÁLISE DO PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Isis Padilha Macagnam

UERGS – isismacagnam@hotmail.com

Juliane Meira Winckler

UERGS – juwinckler@gmail.com

Rossana Machado Sarmento

UERGS – ro_sarmento@yahoo.com.br

RESUMO

Neste artigo, através de levantamento bibliográfico, discorremos sobre o processo de democratização e participação social, concentrados no conceito de descentralização. Estes conceitos de controle social e repartição do poder estão entre os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). O Modelo Gerencial de Administração Pública, implementado no país a partir de 1995, também prevê entre seus pressupostos básicos a descentralização do poder. Portanto, torna-se claro a evidência da necessidade da democratização no setor público. No entanto, esses conceitos e necessidades não vêm sendo aplicados na sua integralidade, ou de forma ampla, o que torna questionável a democratização vigente.

Palavras-chave

Democratização, Modelo Gerencial, SUS.

INTRODUÇÃO

Uma das principais discussões contemporâneas na Administração Pública do Brasil diz respeito à democratização da mesma, aliada ao grau de controle e/ou participação social.

Constata-se que a Administração Pública brasileira, desde os tempos em que era colônia de Portugal até meados da década de 30, foi predominantemente Patrimonialista, o que denota uma nula participação cidadã, ao mesmo tempo em que prevalecem os interesses privados sobre os públicos.

Após 1930, no Governo Vargas, o modelo Patrimonialista vai dando espaço ao modelo Burocrático, caracterizado este último por princípios como: impessoalidade (igualdade) e legalidade. Entretanto, nem o controle social e tampouco a participação cidadã passam a ser incorporados à Administração Pública.

É somente a partir da década de 90 que as expressões controle social e participação ingressam no vocabulário da Administração Pública, pela via do modelo Gerencial (Nova Gestão Pública). Porém, o significado dado a essas expressões é restrito ao conceito de transparência, não garantindo que a população de fato participe da tomada de decisões. Ela apenas controla as metas estipuladas pelos tomadores de decisões.

Simultaneamente, às teorias de Administração Pública, vai evoluindo o sistema de saúde brasileiro. Nele, já em meados de 1970, se abre o debate sobre a necessidade de redemocratização das políticas públicas em saúde, mas tal processo não avança em função da existência da ditadura militar. É com a Constituição Federal de 1988, pós-ditadura militar, que surge a oportunidade para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo, finalmente, a participação e o controle social. Entretanto, é só após 20 anos de intenso debate e de avanços e retrocessos que se discute se existe apenas uma mera formalidade ou se houve, de fato, efetivação concreta desse princípio.

Nesse contexto, esse trabalho tem o intuito de discutir o processo de democratização do SUS, analisando se há efetivação do controle social, como ato de redistribuição de poder, que legitime os anseios da maioria, ou se apenas foi criada uma ilusão retórica, pela via de uma ferramenta simbólica.

1. DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

A administração do Estado Brasileiro teve, predominantemente, três tipos fundamentais de modelos de gestão: o modelo Patrimonialista, o modelo Burocrático e o modelo Gerencial.

O primeiro modelo administrativo aplicado no Brasil, embora na época em que foi utilizado não fosse considerado como tal, foi o Patrimonialista, e baseava-se fundamentalmente na equiparação do interesse público com o privado. Esse trouxe consigo inúmeros vícios administrativos, que perpetuam até os dias atuais, como as políticas de apadrinhamento, nepotismo, uso da máquina pública em benefício próprio, corrupção, entre tantos outros. O modelo estendeu-se até a década de 1930, quando houve a experiência da reforma do Estado, no governo de Getúlio Vargas. É nessa época que o Brasil começou a adquirir características de um Estado intervencionista, através da idéia weberiana de burocracia.

O modelo burocrático passou então adquirir espaço na administração. Este buscava melhorar a administração pública, a qualidade dos processos e dos funcionários, na tentativa de reduzir a corrupção, os desvios de recursos, os apadrinhamentos e o nepotismo. Esse modelo caracterizava-se por estruturas organizadas, racionalização, hierarquia funcional, impessoalidade, meritocracia, por adequar o sistema dos meios aos fins (Estado – Pessoa Humana), a fim de potencializar a eficiência do sistema. No entanto, esse modelo também trouxe consigo outros vícios administrativos, como o excesso de regras e procedimentos redundantes, o que hoje é sinônimo de sistema atrasado, ineficiente e repetitivo. Além de não efetivar a participação da população nas discussões das políticas públicas. Tal modelo prevê a igualdade entre os cidadãos e não a sua participação.

Já em 1967, com o intuito de flexibilizar a Burocracia, entra em vigor o Decreto - Lei nº 200, que instaurava algumas características do modelo Gerencial. Com este decreto, inicia-se a política de descentralização, delegação de competências, que acabam por privilegiar autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, representantes da administração pública indireta. Contudo esse novo modelo aflora algumas desvantagens, que já eram percebidas no Patrimonialismo, como o clientelismo e o nepotismo.

O terceiro modelo administrativo, a surgir no Brasil, é a Nova Administração Pública, ou modelo Gerencial, que foi teorizado após a crise mundial do petróleo, a queda do socialismo, e de outros fatores turbulentos. Esse novo modelo se propunha a “resolver” os problemas de Estado, enxugando a máquina, preconizando a eficiência dos serviços públicos, materializada por definição e alcance de metas para os setores públicos. Era o modelo neoliberal. Adotado inicialmente pelos governos de Margaret Thatcher, na Inglaterra e Ronald Reagan, nos EUA, além do Brasil, foi rapidamente foi adotado por inúmeros outros países do mundo.

No Brasil, essa política neoliberal foi aprovada pela Reforma de Estado, através Plano Diretor de 1995, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, protagonizado pelo então Ministro de Administração Federal e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Gonçalves Pereira. Esse modelo entre tantas outras características buscava a não intervenção do Estado nos mercados, isto é, o mercado se auto-regularia, conforme teorias de Adam Smith da “Mão Invisível”, preconizava também a enxugar a máquina estatal, privatizando empresas públicas, diminuição da cobrança de tributos, neutralizando sindicatos. Além dessas características a Reforma, em função do reforço a possibilidade de desenvolvimento

do mercado pelos detentores de capital e proprietários dos meios de produção, permite e dá margem para o crescimento das desigualdades sociais e econômicas. Como forma de garantir e incentivar o atingimento das metas traçadas pela administração, surge a questão da participação cidadã, para a cobrança dos resultados satisfatórios que a Administração Pública deveria ter. Assim, o controle social se resume a cobrança da transparência e verificação do cumprimento das metas.

Na sociedade atual o modelo democrático que vigora é a democracia representativa, que convive muito bem com os preceitos do modelo Gerencial, a qual Bobbio (1986, p. 44) define “como generalização das decisões coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade inteira, são tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas pessoas eleitas para essa finalidade”. Sendo um ato de delegar ao representante a responsabilidade de representar, e não da participação como forma de repartição de poder.

A democracia representativa, ou por delegação, assim, é a antítese do conceito de democracia direta, que é o modelo de participação social, e Bobbio (1986; p. 51) a define:

Para que exista democracia direta no sentido próprio da palavra, isto é, no sentido direto que quer dizer que o indivíduo participa ele mesmo nas deliberações que lhe dizem respeito, é preciso que entre os indivíduos deliberantes e a deliberação que lhes diz respeito não exista nenhum intermediário.

A democracia direta, assim, prima pela necessidade da participação e repartição do poder, a fim de contemplar todos os sujeitos envolvidos no processo, suas vontades e necessidades. Segundo Arnstein (1969, p.4) “Participação é a redistribuição de poder que permite aos cidadãos sem-nada, atualmente excluídos dos processos políticos e econômicos, a serem ativamente incluídos no futuro”. Tornando os cidadãos atuantes na elaboração e implementação das políticas públicas, trazendo a tona os anseios da maioria, que não mais estaria a mercê dos interesses de uma elite que domina esse processo de decisão.

Os conceitos de democracia direta, e participação social, no entanto estão longe da aplicação para o modelo Gerencial, que se adéqua a democracia representativa, no sentido contemplar o modelo econômico capitalista, mantendo os detentores do capital, perpetuando e fortalecendo desigualdades socioeconômicas.

No entanto, os modelos de administração pública, aplicados no processo de evolução das atividades administrativa, abordados neste trabalho são modelos ideais, e as suas aplicações, em função das realidades sofrem interferências e adequações.

2. SAÚDE PÚBLICA E CONTROLE SOCIAL

Até a década de 1990, a população brasileira estava submetida a um sistema de saúde fundamentado na seguridade social. Esse sistema se caracterizava pela ausência da universalidade, no qual só desfrutavam os benefícios aqueles indivíduos devidamente empregados. As contribuições para financiar esse sistema provinham de três fontes diferentes: dos trabalhadores, das entidades patronais e do Estado. Aqueles que não se enquadravam na situação descrita, recorriam a entidades filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia para receberem atendimento.

A Reforma Sanitária iniciada em 1970, trouxe a tona inúmeros debates em torno da saúde e da necessidade do acesso a uma saúde pública aos cidadãos brasileiros, que com a redemocratização brasileira de 1986 e a Constituição Federal de 1988, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Alguns dos princípios básicos do SUS ilustram a democratização deste sistema,

como: descentralização político-administrativa; participação da comunidade (controle social), muito presente pelos Conselhos de Saúde; hierarquização e regionalização; e a própria eficiência e eficácia, para produzir resultados com qualidade.

A Constituição Federal, em seu Artigo 1º, garante um Estado Democrático de Direito, ou seja, um Estado que além de garantir direitos humanos, liberdades fundamentais e igualdade política, leva em seu seio o princípio democrático. Adiante, no Artigo 37º prevê a participação da sociedade na administração pública. Dessa forma, vai abrindo caminho para que uma trajetória de participação da sociedade nas instituições e decisões públicas fosse traçada.

Em 28 de dezembro de 1990, com a criação da Lei 8142, que dispõe sobre a participação da sociedade e transferência de recursos financeiros na gestão do Sistema Único de Saúde, passaram a ser não só previstas como garantidas legalmente. No que tange à participação, em seu Artigo 1º, a lei estabelece os instrumentos de participação, para as três esferas de governo, a Conferência Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde, sendo essas instâncias colegiadas. Ainda no Art. 1º, inciso 2º, a lei define como o Conselho de Saúde deverá ser composto, contemplando os representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Segundo essa lei, o Conselho atuará na formulação de estratégias, no controle da execução da política de saúde e terá as suas decisões homologadas pelo chefe do poder em cada esfera de governo.

Paralelamente a isso, o Modelo Gerencial foi efetivamente aplicado a partir de 1996, quando o SUS também estava sendo implementado. O fato é que apesar de terem princípios semelhantes, no que tange a necessidade de participação, o referido modelo tinha como objetivo redução de custos e o SUS têm como objetivo a maximização de benefícios. Até que ponto os princípios dessa política e modelo se influenciaram ou se complementaram é uma grande interrogação, e objeto de estudo para ser apreciado, mas não neste artigo.

3. A “DEMOCRACIA” NO SUS

Vários estudos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de caracterizar e identificar as ações e práticas estabelecidas nos Conselhos Municipais de Saúde. Nesses estudos, as experiências mostram que, ao contrário desses órgãos estarem contribuindo para efetivar a participação como um ato de libertação das camadas populares, está sendo usado como ferramenta burocrática utilizada para legitimar o poder hegemônico.

Além disso, outras contradições com relação aos Conselhos Municipais de Saúde vêm sendo apresentadas, segundo Paniago (2006, p. 4):

- inexistência de uma efetiva igualdade de condições entre os participantes no Conselho;
- não há garantia de que as decisões do conselho tenham uma implementação efetiva;
- não há instrumentos jurídicos que “obriguem o executivo a acatar as decisões dos conselhos (momento nos casos em que essas decisões venham a contrariar interesses dominantes)”;
- absenteísmo dos representantes do governo;
- não prevalece a natureza deliberativa prevista para os Conselhos, mas antes seu caráter consultivo;
- interferência apenas na esfera do consumo e distribuição de bens, serviços e equipamentos públicos, sem qualquer atuação na esfera da produção e gestão desses bens, muito menos na fiscalização da qualidade dos serviços prestados

Grisotti, Patrício e Silva (2007), em seus estudos no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, constataram a distância entre discurso e aplicação, em que a pouca participação dos atores nas reivindicações e práticas de cidadania é acentuada. Isso significa que a participação social naquela comunidade ainda é um ideal a ser atingido.

Verificou-se também que além de não existir acompanhamento, não existe continuidade das ações deliberadas por aquele Conselho. Os conselheiros reconheceram que participam pouco, e ainda, não se mostraram preocupados com o retorno das suas deliberações para a entidade que representam. Nesse sentido, os autores afirmam que o Conselho Municipal de Saúde, como instrumento popular, apenas vem legitimando as decisões governamentais.

Ainda sobre esse tema, estudos realizados por Cotta, Cazal e Martins (2007) constataram que o Conselho Municipal de Saúde de Viçosa/MG apresenta irregularidades na sua composição, mostrando que a criação do mesmo não obedeceu às recomendações da legislação vigente desrespeitando o princípio de paridade. Além disso, verificou-se que as decisões tomadas no referido Conselho não estão sendo divulgadas para a população. Identificou-se que o Secretário Municipal de Saúde daquele município era, também, o Presidente do Conselho, o que as autoras definiram como uma possível restrição a autonomia daquele órgão.

Conforme os estudos de Skupien, Unfer e Braum (2007), em um Conselho Municipal de Saúde pertencente a 4º Coordenadoria Regional de Saúde do RS, constatou que apenas o fato do Conselho funcionar regularmente não garantiu a existência efetiva do controle social. Isso se deu em função de outros resultados, como o das resoluções do Conselho que não caracterizarem encaminhamento ou visibilidade das ações para com a população em geral, bem como pelo fato de não se ter identificado nenhuma deliberação do próprio órgão, o que mostra que aquele espaço foi utilizado apenas para a aprovação de propostas realizadas pelos gestores e prestadores de serviço.

CONCLUSÕES

A administração pública brasileira sofreu alterações ao longo dos anos, e apesar de nem sempre acompanhar as evoluções mundiais, nas últimas décadas mostrou-se aberta às tendências, pelo menos que tange aos modelos de administração pública. Isso fica expresso no movimento de Reforma do Estado, iniciado em 1995.

De acordo com os preceitos neoliberais que iluminam essa Reforma do Estado, para que o mercado possa perpetuar e se equilibrar, desigualdades sociais acabam sendo permitidas. Nesse sentido, há uma grande contradição do modelo, que também aponta nas suas características para a participação popular na administração pública. Ainda que este conceito de participação estivesse apenas ligado à transparência, o seu exercício por si já seria uma possibilidade para que as desigualdades diminuíssem.

A participação imposta, ainda, não está sendo suficiente, mesmo que prevista nos artigos da lei, isso só não é sinônimo de sua efetivação. O ato de participar ainda é um desafio a ser construído, uma meta a ser alcançada. Tais fatos podem ser entendidos com base no conceito de habitus, definido por Bourdieu (2002, p.60) em que a “recusa a toda uma série de alternativas nas quais a ciência social se encerrou, a da consciência (ou do sujeito) e do inconsciente, a do finalismo e do mecanicismo...”, ou seja, a internalização das ações não significa a sua racionalização. Poder-se-ia dizer que enquanto as pessoas que participam desses conselhos não questionarem e refletirem sobre seu papel e sua atuação continuarão reproduzindo um elenco de ações insuficientes e vazias no que diz respeito à participação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNSTEIN, Sherry R. **Uma escada da participação cidadã**. Revista da Associação Brasileira para o Fortalecimento da Participação – PARTICIPE, Porto Alegre/Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, p. 4-13, janeiro 2002.

BOBBIO, Noberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. 5º Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

BRASIL. **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2009.

BRASIL. **Decreto- Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967: Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências**. Brasília, 1967. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del0200.htm>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2009.

COTTA, Rosângela M. M.; CAZAL, Mariana de M.; MARTINS, Poliana C. **Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2487> Acesso em 13 de fevereiro de 2009.

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica M.; SILVA, Andréa da. **A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=627> Acesso em 13 de fevereiro de 2009.

PANIAGO, Cristina. **Controle Social e o Fundamento Liberal dos Conselhos Gestores**. In: X ENPES, 2006, Recife. Crise Contemporânea, Emancipação Política e Emancipação Humana. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

SKUPIEN, Jovito A.; UNFER, Beatriz; BRAUN, Katia. **Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2557> Acesso em 13 de fevereiro de 2009.