

Sobre o Conselho Nacional de Saúde: Notas para o Debate

Ligia Bahia

Tenho acompanhado, menos de perto do que gostaria, os relevantes debates sobre o Conselho Nacional de Saúde. Considero antes de tudo alvisseiro o intercâmbio de tantas manifestações na entressafra de eventos já datados como são conferências e na ausência das polêmicas sobre as fundações estatais de direito privado. Temos discutido de fato a estrutura e a dinâmica do CNS. É também esse o sentido dessas anotações provisórias, baseadas na tentativa de recorrer a categorias como capacidade de representação, representatividade e poder de elaboração e a extensão e profundidade da agenda de debates, para arriscar algumas reflexões sobre a crise do CNS. A intenção de abordar os problemas e as perspectivas do CNS sob essas as lentes não intenciona a fuga da polêmica sobre a presidência do CNS, antes pelo contrário, soma às reflexões que já dispomos alguns elementos adicionais.

Exatamente por compreender que as resoluções dos problemas de saúde exigem atuar em um âmbito muito mais alargado do que o previsto pelas atribuições e competências do Ministério da Saúde é preciso interpelar as atuais condições objetivas do CNS para cumprir seu papel na formulação de estratégias e controle da execução das políticas de saúde. Seria extremamente simplista supor que a eleição de um ou outro conselheiro ou do Ministro da Saúde para presidente representa *per se* uma solução definitiva para problemas que vem sendo adiados e acumulados há bastante tempo. Parece errônea a suposição de alguns segmentos acerca da origem da crise do CNS. Não estamos diante apenas de desgastes advindos de disputas interpartidárias e interburocráticas e sim de um complexo emaranhado político no qual os problemas de representação, representatividade e poder de agenda são tão imbricados que se tornam indistintos não apenas na prática, que de fato os reúne, mas também nas nossas avaliações e análises. Daí a necessidade de realizar um esforço mesmo embrionário para buscar discernir os problemas estruturais daqueles concernentes à dinâmica de funcionamento do CNS e, sobretudo buscar, nesse contexto de priorização do controle social, apresentar alternativas para seu aprimoramento.

Um dos problemas estruturais do CNS já bastante decantado é o de representação. Não seria viável incluir todas as entidades, organizações e órgãos governamentais que representam o conjunto de interesses, valores e expectativas envolvidas com a temática da saúde. Mas isso não nos exime de procurar compor um Conselho Nacional includente, estruturalmente plural e próximo dos reais conflitos e tensões do cotidiano dos problemas de saúde da população. Podem ser identificados dois tipos de falhas de representação. O primeiro é a ausência ou representação pro-forma que se verifica especialmente no caso dos órgãos governamentais. A pálida participação de outros ministérios (além do da saúde no CNS, ora representados por trabalhadores de saúde que são diretores de sindicatos, ora por técnicos pouco aptos a debater a intersectorialidade dos temas tratados) é notória. A falta ou o desempenho pífio dos representantes de órgãos governamentais deve ser objeto permanente de preocupação do CNS. O segundo tipo de falha de representação diz respeito à força de representação na sociedade das entidades da sociedade civil e dos prestadores e gestores do sistema de saúde representados. No segmento dos trabalhadores, constata-se a ausência de representantes de trabalhadores de nível médio e auxiliar, agentes comunitários de saúde, passando pelos terceirizados até a de entidades médicas. Ou seja, um sub-conjunto muito expressivo de trabalhadores não está representado. Os usuários representados em parte por entidades de portadores de patologias, movimentos de afirmação de identidades, igrejas e em parte por centrais sindicais, embora tenham avançado pautas comuns, tampouco são legítimos portadores dos interesses de parte significativa da população constituída por trabalhadores, especialmente os informais, e grandes segmentos populacionais não identificados com nem com as identidades biológicas, étnicas, raciais, sexuais, religiosas presentes no CNS nem detentores do status laboral que os habilitaria a comporem sindicatos, associações de aposentados e movimentos de trabalhadores rurais. Em contraste, as entidades empresariais são representadas por pessoas influentes em suas bases e comparecem constantemente, ainda que atuem mais como veto players, seja em função de sub-representação, seja em razão de suas dificuldades de participação em instâncias de democracia direta. Terminam assim deixando de polemizar em torno de valores e projetos políticos.

Estreitamente associados aos problemas de representação situam-se os de representatividade. A proximidade ou distância dos representantes do CNS com o conjunto das diretorias e evidentemente dos associados de suas entidades expressa-se de várias formas: na nomeação de pessoas com pouca ou muita interlocução com os representados; na consulta ou não consulta aos representados para definição de

posicionamentos; na pouca ou muita repercussão dos posicionamentos dos representantes no dia a dia das entidades; na pouca ou muita capacidade de traduzir e detalhar para os temas da pauta os interesses mais gerais dos representados. A tendência de indicar profissionais de saúde é bastante disseminada inclusive no que se refere a órgãos governamentais de outros setores e certamente reduz o espectro de representatividade de algumas entidades especialmente de usuários. Tal inclinação pela especialização da representação aduzida ao baixo revezamento dos representantes restringe a representatividade do CNS.

No que tange a dinâmica do CNS, ou seja, sua capacidade de pautar políticas públicas de saúde, os problemas não são menores. Às voltas com uma parte das questões sindicais que mobilizaram servidores públicos de categorias não médicas o CNS deu às costas para o debate da situação de saúde no Brasil e não se credenciou como o centro da construção de alternativas para a efetivação do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira. Os catálogos de questões com muitas páginas ou reduzidos não se constituem nem como vetores de questionamento nem como sinalizadores de estratégias de mudança.

Os déficits de representação, representatividade e a não imposição de uma agenda capaz de aglutinar as demandas da sociedade sobre saúde levaram o CNS ao confinamento das disputas internas e ao desempenho de único papel - arauto da defesa dos servidores públicos estatutários do SUS. Esses limites, por vezes, são encarados como decorrência quase inexorável das inerentes fragilidades das instâncias de democracia participativa. Alternativamente, a perda de musculatura do CNS pode ser atribuída a sua vinculação não declarada à aparelhagem do Estado. Lembrar que o CNS não é um fórum menor de gestão de políticas de saúde ou que disputa com o Ministério da Saúde o lugar à responsabilidade pela execução dessas políticas é essencial para a compreensão da crise e para encontrar saídas. Além disso, a premissa segundo a qual parte dos atuais problemas do CNS decorre da redução de seu papel ao de correia de transmissão de órgãos da burocracia estatal não pode ser descartada, uma vez que as tentativas de borramento das fronteiras entre Estado e sociedade, ao lado de um Poder Executivo muito forte marcam a gestão pública no recente contexto republicano.

Seguindo esse fio condutor, quando se examina as relações entre o CNS e os órgãos governamentais o papel e o estilo de atuação da Secretaria de Gestão Participativa junto aos conselheiros e às instâncias sub-nacional de controle social não

pode ser desconsiderado. A resultante da aproximação entre ambas as instituições é complexa. Por um lado, retirou poder do CNS, mas por outro, o empoderou junto aos conselhos estaduais e municipais na medida em que atribuiu à presidência do CNS o papel de porta-voz de melhorias da estrutura dos conselhos, capacitação de conselheiros e, sobretudo defesa do SUS como um patrimônio ameaçado pelo restante do Ministério da Saúde e determinados secretários de saúde.

Diante da exiguidade dos limites para a movimentação do controle social, até as tentativas de ampliar o escopo de atuação do CNS não foram muito adiante. A importante adesão do CNS ao debate sobre seguridade social na 13ª Conferência Nacional não teve expressão concreta. Na prática a Conferência assumiu a condição de instância minoritária e como tal de oposição ao Ministério da Saúde e vetou a fundação estatal de direito privado. Já tenha foi dito e repisado. Mas nunca é demais repetir que omissões do CNS em relação à privatização da saúde dinamizadas pelas demandas e oferta de planos e seguros de saúde, como no caso dos planos privados para servidores públicos são uma decorrência desastrosa da esterilização (claro que interessada) das pautas das reuniões dos reais problemas de saúde do país.

Tomando como base essas anotações seguem propostas para o debate sobre o aprimoramento do funcionamento do CNS:

- 1) Buscar garantir o comparecimento e a representatividade dos conselheiros (especialmente dos representantes de órgãos governamentais);
- 2) Desenvolver esforços concretos para divulgar as pautas do CNS e o posicionamento no CNS dos representantes junto aos meios de comunicação de todas as organizações e entidades representadas;
- 3) Pautar a apresentação de 3 ou 4 entidades representadas a cada reunião do pleno do CNS para que os representados exponham as demandas e as concepções e a organização da atenção de seus representados;
- 4) Modificar a dinâmica das reuniões solicitando pareceres prévios aos conselheiros sobre pontos da pauta;
- 5) Convocar para as reuniões do CNS em 2010 os órgãos governamentais e do setor privado responsáveis pela assistência social, comunicação, meio ambiente, educação e saneamento bem como parlamentares de diferentes filiações partidárias e órgãos do Ministério Público e do Poder Judiciário entre outros para estabelecer diretrizes comuns de atuação sobre determinantes da saúde;

- 6) Ampliar a participação de setores pouco ou não representados nos conselhos de saúde nas conferências;
- 7) Elaborar um documento texto para a 14ª Conferência Nacional de Saúde;
- 8) Estabelecer como ponto precípua de acordo para a eleição da Presidência do CNS a não superposição entre o âmbito e as prioridades de gestão do MS e a agenda do CNS. A crise não será debelada com a promoção do CNS de apêndice da Secretaria de Gestão Participativa para o Gabinete do Ministro. É imprescindível que a próxima presidência do CNS se comprometa com a preservação da autonomia do controle social. Trata-se de esclarecer desde logo que a agenda do CNS não é um decalque positivo ou negativo das ações do Ministério da Saúde. Portanto, as entidades integrantes deverão zelar para tirar o CNS do confinamento atual;
- 9) A presidência do CNS exercida pelo Ministro da Saúde, no atual quadro de crise, o fortalece desde que compromisso de exercício permanente da autonomia do controle social seja previamente estabelecido, assumido pelo governo e monitorado. A desejável presença do Ministro nas reuniões não poderá constranger polêmicas, denúncias, críticas ou confronto de alternativas.
- 10) É imprescindível fortalecer a representação e a representatividade dos integrantes do CNS especialmente dos usuários na mesa diretora para levar adiante uma agenda ampliada sobre a situação de saúde de brasileiros e brasileiras.

Ligia Bahia, vice-presidente da ABRASCO e professora de economia da saúde no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).