

Controle Social no Sistema Catalão de Saúde: um processo de construção em aberto

Social Control in the Catalan Health System: An Open Building Process

Control Social en el Sistema Catalán de Salud: un proceso de construcción abierto

Maria Arlete Duarte de Araújo ^a
Universidade Federal do Rio Grande, Brasil
mariaarlete1956@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4137-4266>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.cssc>
Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54557477012>

Recepção: 02 Novembro 2017
Aprovação: 23 Abril 2018
Publicado: 01 Novembro 2018

Resumo:

Este artigo objetiva mapear no sistema de saúde público da Catalunha, Espanha, através dos instrumentos normativos, as modificações ocorridas a partir de 2009, para identificar os avanços e/ou retrocessos na forma como é institucionalizado o controle social. O esforço privilegiou os seguintes aspectos: o desenho organizacional do sistema público de saúde e os canais de participação; os tipos e formas de informação capazes de habilitar a cidadania para o controle; o direito de livre acesso dos cidadãos à informação pública e os mecanismos de escuta do cidadão. Constatou-se que houveram avanços importantes na direção da efetivação do controle social mas ainda se faz necessário dar ao cidadão melhores condições para controlar e avaliar a ação pública de modo a modificar a relação Estado/sociedade, permitir uma escolha qualificada sobre os diversos aspectos relacionados à questão da saúde e instrumentalizar a ação coletiva da cidadania.

Palavras-chave: Participação cidadã, Serviços de saúde, Acesso à informação, Tomada de decisões, Atenção à saúde, Controle social.

Abstract:

This work aims to map, throughout the Catalan (Spain) public health system and based on the normative documents, the modifications that took place from 2009. It is intended to identify the progress and/or setback in the way how the social control is being institutionalized. This endeavor prioritized the following aspects: organizational design of the public health system and the participation channels; the types and forms of the information enabling the citizen's ability to exercise control; the citizen's right of free access to public information; and the mechanisms for the citizen to be heard. Significant advancements driven towards the social control were confirmed but it is still necessary to provide the citizen with better conditions to control and evaluate the public action so that the relationship State/society be modified, to allow a qualified selection among the different aspects related to the issues of health, and to use the citizen collective action as a tool.

Keywords: citizen's participation, health services, access to information, decision-making, health care, social control.

Resumen:

Este artículo tiene por objetivo mapear en el sistema de salud público de Cataluña, España, a través de los instrumentos normativos, las modificaciones ocurridas a partir de 2009, para identificar los avances y/o retrocesos en la forma como se institucionaliza el control social. El esfuerzo privilegió los siguientes aspectos: el diseño organizacional del sistema público de salud y los canales de participación; los tipos y formas de información capaces de habilitar la ciudadanía para el control; el derecho de libre acceso de los ciudadanos a la información pública y los mecanismos de escucha al ciudadano. Se constató que hubo avances importantes en la dirección de la efectuada del control social pero que todavía es necesario dar al ciudadano mejores condiciones para controlar y evaluar la acción pública de tal modo que se modifique la relación Estado/sociedad, permitir una selección cualificada sobre los diversos aspectos relacionados a la cuestión de la salud e instrumentalizar la acción colectiva de la ciudadanía.

Palabras clave: Participación ciudadana, Servicios de salud, Acceso a la información, Toma de decisiones, Atención a la salud, Control social.

^a Autora de correspondência: mariaarlete1956@gmail.com

Introdução

Diante das inúmeras demandas da cidadania que recaem sobre o aparato institucional do Estado, cada vez mais, o controle social é visto como um instrumento necessário para melhorar o desempenho da gestão pública, a partir da adoção de um conjunto de medidas que incentivam e reforçam a participação do cidadão nos assuntos públicos. A premissa básica é a de que novas exigências a serem atendidas pelo Estado — descentralização, transparência, satisfação do usuário, *accountability*— dependem para sua efetivação de que o cidadão ocupe um lugar central na relação estado-sociedade.

No entanto, sem que haja o envolvimento e o comprometimento do cidadão com a solução dos problemas demandados, o foco na participação do cidadão pode ser apenas uma estratégia discursiva que objetiva criar as condições adequadas para impor de alguma forma limites às infinitas demandas de uma sociedade cada vez mais diversificada e complexa. Assim, o exame dos espaços públicos para o exercício do controle social e dos mecanismos que são postos à disposição da cidadania podem evidenciar o modo como são decididas e governadas as escolhas públicas, uma vez que as políticas públicas controladas pelos cidadãos pressupõem participação no ciclo das políticas públicas, instrumentos de ação direta e indireta capazes de assegurar a sua ação controladora, consagração jurídica de arenas públicas de deliberação, direito de livre acesso à informação pública, instrumentos de ação diretos e indiretos à disposição sobre a administração e formas de processamento de suas demandas e de acompanhamento e controle das soluções encaminhadas, nível de informação que circula entre os cidadãos, regras que garantam a pluralidade de opiniões e de interesses e canais institucionalizados (1). Assim, a materialização do controle social depende também de uma arquitetura organizacional que assegure a dinâmica da participação nas decisões relativas às diversas políticas públicas em todo o ciclo da política, desde a sua formulação até o seu acompanhamento.

Nas reformas empreendidas nos sistemas de saúde em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a partir dos anos setenta, no bojo de reformas do Estado – flexibilidade, ênfase no mercado interno, concorrência entre provedores, redução de custos, contenção dos gastos, busca de mais eficiência, crise de financiamento, entre outras, o controle social foi visto como central para assegurar transparência, democratizar a decisão, garantir a ampliação do espaço público, melhorar o desempenho da gestão e ampliar a responsabilização dos gestores públicos.

De um modo mais ou menos intenso, nos diversos países, foi se configurando um novo padrão de atuação do Estado na provisão dos serviços públicos de saúde, a partir da introdução de vários mecanismos de coparticipação para financiamento da atenção à saúde, criação de mercados internos, contenção de gastos farmacêuticos, papel do sistema público na provisão dos serviços de saúde.

Nesse ambiente de reformas, a contratualização se tornou um assunto prioritário na organização dos serviços de saúde com foco no aumento de desempenho e desenvolvimento de unidades prestadoras de serviços, constituindo-se em elemento chave nas políticas reformistas dado que apresenta-se como um recurso atrativo que enfatiza os resultados e permite aos governos concentrarem-se nas funções de sua exclusiva competência como planejamento, financiamento e regulação da saúde pública (2). Importa ressaltar também a emergência da sociedade civil como um ator com capacidade para influenciar os sistemas de saúde e bem-estar da população. Vega-Romero e Torres-Tovar (3), em estudo realizado sobre o assunto, concluem que, em diferentes países, a sociedade civil tem um papel fundamental na construção de estruturas e processos participativos nos sistemas de saúde.

Na Catalunha, primeira Comunidade Autônoma da Espanha a assumir responsabilidades sanitárias, a Lei 15/1990, de 09 de julho (4), de Organização Sanitária da Catalunha (LOCS) e a Lei 11/1995, de 29 de setembro (5), de modificação parcial da LOCS formalizaram o modelo de saúde catalão – diversificação de provedores, diversidade de fórmulas de gestão, separação da função de financiamento e compra de serviços da provisão. Consagraram também o princípio da participação comunitária, definindo a figura do Conselho Consultivo em várias instâncias de decisão do Conselho Catalão de Saúde, nas regiões e setores sanitários.

Pesquisa realizada, no ano de 2009, por Araújo (1), revelou que os instrumentos normativos que estruturaram o sistema catalão de saúde institucionalizaram elementos importantes para a responsabilização pelo controle social, tais como: a participação comunitária através da figura dos conselhos de saúde; o direito de petição e o de iniciativa legislativa popular; disponibilização de um conjunto importante de informações aos cidadãos; definição da Carta de Direitos e Deveres do cidadão; pesquisa sobre a percepção do cidadão sobre o sistema de saúde.

No entanto, a análise também evidenciou um conjunto de elementos que obstaculizavam a efetiva implementação da responsabilização pelo controle social: o cidadão estava ausente da tomada de decisões relativas à formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde; os Conselhos de Saúde não tinham caráter deliberativo; a institucionalização de espaços públicos de deliberação para encaminhamento das questões vinculadas à saúde não era uma constante; o desenho institucional de participação, ao privilegiar os conselhos, não contemplava uma preocupação com a ampliação do espaço público.

Decorridos mais de sete anos da pesquisa realizada e considerando que cada vez mais se consolida a ideia de que a complexidade atual dos problemas de saúde exige que se acentuem práticas de gestão controladas pelo cidadão e que o mesmo seja um interlocutor ativo sobre as distintas questões de saúde, este artigo tem por objetivo revisitar o tema do controle social para verificar a forma como tem evoluído as condições de controle e avaliação das políticas de saúde pelo cidadão. Ou seja, este artigo pretende mapear no sistema de saúde público da Catalunha, através dos instrumentos normativos, as modificações ocorridas a partir de 2009, para identificar os avanços e/ou retrocessos na forma como é institucionalizado o controle social. O esforço privilegiará os seguintes aspectos: o desenho organizacional do sistema público de saúde e os canais de participação; os tipos e formas de informação capazes de habilitar a cidadania para o controle; o direito de livre acesso dos cidadãos à informação pública e os mecanismos de escuta do cidadão. A premissa é que o exercício do controle social exige a configuração de um arranjo organizacional e político que crie as condições de participação ativa da cidadania em variados espaços públicos de decisão.

Este artigo se estrutura da seguinte forma: inicialmente, faz uma reflexão sobre o controle social com foco em suas possibilidades e limites; em segundo lugar, discute os elementos do controle social no Sistema Catalão de Saúde (SCS) de modo a identificar a sua evolução a partir de 2009; em terceiro lugar, tece considerações sobre os avanços e /ou retrocessos do controle social no sistema de saúde; e, finalmente faz um balanço sobre a dimensão do controle social no SCS.

Controle Social

No modelo burocrático de administração pública, constituído por regras impessoais, hierarquia bem definida, conjunto de regras e procedimentos, promoção baseada no sistema de mérito, especialização das tarefas, cumprimento rigoroso das normas e estrutura de autoridade impessoal, a responsabilização do gestor público se efetiva perante os cidadãos pelos sistemas de controles clássicos existentes – de auditorias e parlamentar.

No entanto, a rapidez das mudanças em curso de um mundo globalizado - mudanças sociais, econômicas, tecnológicas, políticas, culturais e religiosas frente às disfunções burocráticas de internalização das regras e exagerado apego aos regulamentos, colocaram em xeque o modelo burocrático. Como afirma Amorim (6),

não obstante suas elevadas intenções, o modelo burocrático produziu, ao longo dos anos, uma imensa e onerosa estrutura, isolada da sociedade e voltada para si mesma, imobilizada pela obediência a rígidos procedimentos e, por conseguinte, incapaz de fazer frente às mudanças do ambiente, e impermeável às reivindicações da sociedade. O insulamento burocrático, a ineficiência, a despreocupação com os resultados e o seu compromisso com a sociedade tornaram-se seus principais atributos.

Nesse contexto, na implementação das diversas políticas públicas, via de regra, a burocracia não leva em conta a energia dos cidadãos e sua capacidade de proposição e de realização. E, dessa forma, se torna autoreferida e impermeável à demanda dos cidadãos e sujeita a um conjunto de críticas relativas à sua

capacidade de lidar com uma sociedade mais complexa e com cidadãos mais escolarizados e com maior poder de reivindicação.

Para Kliksberg (7), entre as novas demandas encontram-se as seguintes: que tipo de Estado devemos ter? como melhorar radicalmente a qualidade dos serviços públicos? Paralelamente a esses questionamentos com implicações para a construção de novas capacidades estatais para a formulação, implementação e execução das políticas públicas, emerge também a necessidade de incorporar a participação cidadã no controle social.

Ou seja, tendo o cidadão como centro de sua concepção é imperativo que a gestão pública promova a inclusão real do cidadão nas decisões públicas para reforçar a cidadania democrática e o interesse geral, mesmo que com o risco de ser menos eficaz. Essa perspectiva deve orientar o setor público não apenas para a eficiência e efetividade, porém primordialmente para o combate à exclusão social e o desenvolvimento de medidas efetivas de inclusão.

A efetivação da participação do cidadão na tomada de decisões públicas está vinculada pois à ideia de que a responsabilização do gestor apenas pelos controles clássicos da burocracia é insuficiente e que se faz necessário ampliar o espaço público para fazer com que de fato as decisões sejam construídas em uma relação dialógica com os atores envolvidos diretamente com o objeto da decisão. A participação cidadã pode assim ser melhor compreendida no espaço da administração pública onde é vista como a possibilidade de contribuir para a melhoria do desempenho do setor público na produção de bens e serviços demandados pela sociedade (8).

O controle social emerge assim como a possibilidade de reduzir o *déficit* persistente de atuação da cidadania na administração pública e de responsabilizar os gestores públicos pelas decisões tomadas e atos de gestão praticados. Para Mark (9), uma interlocução ativa dos cidadãos na administração pública cria condições mais efetivas para colocar no centro de decisões o interesse público e de impedir a captura do Estado por interesses privados. Idêntico pensamento tem Bresser Pereira (10), ao afirmar que o controle social ao buscar a transparência, a publicização dos atos da administração pública, a democratização do sistema político e a eficiência da atividade governamental pode controlar as ações do Estado e dos gestores públicos.

A operacionalização do controle social, no entanto, requer muitas condições:

Em primeiro lugar, a construção de significados compartilhados. Dado que as políticas públicas atingem diversos atores e interesses distintos, a tomada de decisão implica na capacidade de negociação e de formação de consensos, o que exige um aprendizado permanente para que os cidadãos sejam protagonistas da ação política e espaços públicos de aprendizagem. Participar de arenas públicas de decisão pressupõe também dispor de um conjunto de informações sobre o assunto objeto de deliberação e mais do que dispor de informações ser capaz de traduzi-las para que a ação política seja instrumentalizada de forma competente.

Um outro ponto diretamente vinculado à constituição do capital social é se este capital social está disseminado na sociedade ou se somente pode ser encontrado em alguns grupos da sociedade, que podem em função disso apresentar demandas particulares como se fossem públicas. A assimetria de informações pode resultar em monopolização do espaço de discussão e decisão por grupos mais preparados para impor seus pontos de vistas (11).

Em terceiro lugar, a amplitude da participação. Compartilhando do pensamento de Cunnil Grau (12), o controle social tem que poder ser exercido tanto naqueles pontos onde nascem as decisões e políticas públicas como onde se produzem os bens e serviços públicos. Outrossim, há diferentes níveis de participação que vão desde à simples informação até a autogestão. Logo, sem que a arquitetura organizacional favoreça o controle social é impossível garantir participação efetiva na tomada de decisões. A amplitude de participação também remete a outros aspectos igualmente importantes: canais de participação, informações acessíveis, direito à informação, transparência e qualidade da informação e a capacidade do cidadão para influir nas decisões e exercer o controle social.

Todas essas condições tratam de habilitar a cidadania para exercer o direito ao controle social, seja através dos meios que provêm a cidadania de instrumentos de ação diretos, além de indiretos, sobre a administração pública, seja através dos meios destinados a proporcionar informações sobre os atos administrativos e suas

razões (12). A eficácia do controle social depende pois de cidadãos que possam influenciar a decisão pública encontrando soluções para os seus problemas e impedindo a captura do Estado por interesses privados.

A participação efetiva do cidadão pode implicar em alterações nas relações de poder, na medida em que as decisões tomadas sobre os diversos assuntos e questões, frutos da interação entre pessoas e/ou organizações, ocorram em um espaço público onde se opera a regulação dos conflitos entre os interessados. Na perspectiva de Muller e Surel (13), isso ocorre porque a construção das decisões é resultante da ação dos indivíduos ou grupos envolvidos, de sua capacidade de produzir discursos concorrentes, de seus modos de mobilização. Logo, são as dinâmicas da ação coletiva que irão determinar como a participação se efetiva de modo mais ou menos intenso. Como afirma Vega-Romero e Torres-Tovar (3)

Hay suficientes evidencias que permiten demostrar la importancia de la Sociedad Civil para la construcción de sistemas y políticas de salud equitativos, centrados en las personas y en la población, en la acción intersectorial por la salud y en el empoderamiento y movilización social. Se ha encontrado además, que muchas acciones de organizaciones de la Sociedad Civil han sido eficaces a las políticas globales y nacionales que defienden intereses privados del mercado; en algunos casos tales acciones han sido focalizadas, sesgadas e insignificantes en relación con los desafíos de la equidad en salud, o han servido para ocultar la falta de compromiso de los gobiernos con la justicia social.

Não se pode deixar de destacar também que a participação decorre de uma arquitetura organizacional que a favoreça ou, como afirma Muller e Surel (13), de estruturas de intermediação institucionalizadas que vão filtrar por sua vez problematizações e alternativas.

Controle Social no Sistema Catalão de Saúde

Esta seção analisa elementos vinculados à ideia do controle social presentes no Sistema Catalão de Saúde. Neste sentido, o exame recairá sobre o desenho organizacional e canais de participação, os tipos e formas de informação capazes de habilitar a cidadania para o controle social, mecanismos de escuta do cidadão e o direito de livre acesso à informação pública, procurando identificar como os pontos de vista dos cidadãos são levados em consideração na configuração do sistema e como se manifesta o controle social.

Dado que o objetivo do artigo é verificar os avanços e/ou retrocessos no controle social no Sistema Catalão de Saúde, o exame de elementos vinculados ao controle social será feito a partir de 2009, destacando as modificações ocorridas na legislação bem como as práticas de gestão adotadas e, quando necessário, para evidenciar melhor os avanços e/ou recuos, também na análise dos dispositivos normativos anteriores a 2009.

A seguir, o exame de cada um dos elementos que podem favorecer o controle social:

A. Desenho organizacional e canais institucionalizados de participação

O desenho institucional do sistema é importante pois define a estrutura organizacional que estabelece unidades, relações de hierarquia, de autoridade e poder e, assim sendo, define também a forma como o processo decisório ocorre, os atores que participam do processo, as relações entre as diferentes unidades e a natureza das decisões tomadas. Logo, o exame do desenho institucional indica se a estrutura é permeável ou não à participação de atores internos e/ou externos e a forma como suas decisões são tomadas.

Evidentemente, a normatização diz apenas dos elementos formais. No entanto, a norma é fundamental na administração pública pois é a garantia para que sejam criadas as condições para a efetivação e adequação do direito de participação de atores distintos no processo decisório.

Nessa perspectiva, a participação comunitária como um elemento estruturante do sistema de saúde foi definida desde a Lei nº 15, de 09 de julho de 1990 (4), de organização sanitária, ao normatizar que o Serviço Catalão de Saúde (SCS) teria um órgão central de participação comunitária chamado Conselho Catalão de Saúde (CCS), composto por 40 membros do poder público e representações de organizações sindicais,

empresariais, de consumidores, corporações profissionais, universidades e entidades científicas; disciplinar que a região sanitária teria um órgão de participação comunitária nas demarcações territoriais do SCS, chamado Conselho de Saúde, com uma composição semelhante ao CCS (14 membros) e que o setor sanitário teria um Conselho de Participação com 08 representantes do poder público, de sindicatos e de associações de consumidores e usuários. Todos esses órgãos de participação têm funções de assessoramento, consulta, acompanhamento e supervisão, indicando portanto que apesar de sua importância nenhum tem caráter deliberativo, o que naturalmente, minimiza o seu poder de atuação e decisão.

A Lei nº15/90 (4) consagrou a participação do cidadão em sintonia com o artigo 23.1 da Constituição espanhola que reconhece a participação como direito fundamental e com o Estatuto de Autonomia da Catalunha, em seu artigo 43, que diz que a participação e a representação da cidadania devem orientar os poderes públicos no exercício das políticas públicas.

Anos depois, o Decreto 202/2005, de 27 de setembro (14) amplia o espaço de participação do cidadão, ao criar uma comissão de participação em cada um dos centros hospitalares geridos pelo Instituto Catalão de Saúde (ICS), entidade gestora dos serviços e prestações sanitárias do governo e da Seguridade Social criada pela Lei nº 12/1983, como órgão colegiado, de participação comunitária com representantes de diversos setores e níveis do serviço público pertencentes ao sistema de saúde e de segmentos da sociedade civil - como associações de vizinhos, consumidores e usuários, corporações empresariais e sindicatos de trabalhadores, integradas por 17 membros, sendo 11 membros vinculados ao serviço público e 6 membros da sociedade civil.

Em 2011, através do Decreto 37, de 4 de janeiro (15), de reestruturação do Departamento de Saúde é alterado o nome da Secretaria de Participação Social e de Saúde Local para Secretaria de Atenção Sanitária e Participação, com o objetivo de promover e coordenar a implementação dos objetivos estratégicos e operacionais da prestação de serviços públicos de saúde e promover a participação social em todo o sistema de saúde.

Mais recentemente, em outubro de 2012, através do Decreto nº 110/ 2012 (16), foi criado o Conselho Consultivo de Pacientes da Catalunha que atua como um órgão de participação e consulta para o desenvolvimento de políticas sanitárias e melhoria dos serviços públicos de saúde. A criação do Conselho Consultivo de Pacientes da Catalunha, em 2012, nasceu da compreensão de que apesar da evolução do sistema de saúde, o paradigma na assistência levou a que os pacientes tivessem um papel passivo. E, o grande desafio das autoridades de saúde era fazer com que o paciente assumisse um papel ativo em relação ao sistema de saúde.

O Plano Estratégico de Participação dos Pacientes assume que a assistência integral de saúde não pode fundamentar-se exclusivamente em critérios de efetividade, eficiência e equidade e que a participação dos cidadãos é um instrumento importante para fazer com que todos os atores envolvidos sejam responsabilizados de forma solidária pela política de saúde (17).

O Decreto 9/ 2013, de 03 de janeiro (18), que trata da reestruturação dos órgãos centrais e dos órgãos territoriais do SCS, manteve na estrutura de gestão a presença de órgãos de participação, já definidos na Lei 15/1990 (4), consolidando o modelo de governança implementado há mais de vinte anos. Também estabeleceu, com o objetivo de simplificar a estrutura e adequá-la a novas exigências, elevar em nível de gerência a unidade que cuidava da assistência aos cidadãos. Constituiu-se assim a Gerencia de Atenção ao Cidadão (GAC) com o objetivo de tornar-se um espaço de escuta ativa da cidadania. Consolidando as mudanças, o Decreto 56/ 2013, de 22 de janeiro (19), faz a reestruturação do Departamento de Saúde e cria a Secretaria de Participação Social e de Saúde local com *status* de Secretaria Geral, nos termos do artigo 11.2 da Lei 13/1989, de 14 de Dezembro (20).

Ou seja, institucionaliza-se no plano organizacional o objetivo de promover a participação e coloca-se essa questão em outro patamar de importância. Como afirmamos anteriormente, no início da discussão desse tópico, a arquitetura organizacional nos fala não apenas de hierarquias mas de relações de poder. A institucionalização de instâncias com o objetivo central de consolidar a participação é indicativo de maior importância que o tema ocupa atualmente.

A participação como a expressão de ampliação do espaço público e como um mecanismo de gestão que assegura a transparência, os pontos de vista dos cidadãos na tomada de decisão e melhora o desempenho da gestão é assumido pelo Plano de Saúde da Catalunha 2016-2020, reforçando os princípios que estão desde o início da construção do sistema público de saúde. O Plano de Saúde assume como pressuposto que as pessoas

exigem mais poder de decisão sobre as questões que afetam sua saúde, tanto em comunidade e individualmente. O comprometimento e envolvimento dos cidadãos, das organizações e profissionais para que isso aconteça são cada vez mais necessários para avançar no estabelecimento de novas estratégias para a participação e envolvimento dos cidadãos no processo de cuidados integrados. (21)

Percebe-se, pois, que no desenho institucional do sistema de saúde a participação é algo estruturante. Ela está presente nas unidades administrativas e nos diversos conselhos da estrutura do sistema de saúde. No entanto, o caráter consultivo dos canais de participação existentes configura uma limitação para o exercício pleno da tomada de decisão. Observa-se, por exemplo, que não há referência no desenho institucional do sistema de saúde, de mecanismos sobre orçamento participativo, o que implicaria em discussão e tomada de decisão sobre definição de prioridades e alocação de recursos, elementos centrais na definição de políticas de saúde.

De modo distinto, para ampliar a reflexão, os canais de participação no sistema de saúde têm caráter deliberativo no Brasil. O sistema de saúde em cada esfera de governo – União, Estados e Municípios têm, na sua estrutura, a figura do Conselho de Saúde, órgão de natureza permanente, de caráter deliberativo, composto por representantes do governo, de prestadores de serviço, dos usuários e profissionais de saúde, com o objetivo de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde. O controle social também é exercido através das Conferências de Saúde, realizadas em cada esfera de governo, com o objetivo de propor diretrizes para a formulação da política de saúde (1). Importa registrar que desde a constituição do sistema de saúde,

o desempenho desses fóruns para a garantia do direito universal e efetivo à saúde foi bastante afetado pelos obstáculos fiscais e políticos.

[...]

Os conselhos e as conferências de saúde foram deslocados de seus papéis originais de formulação das diretrizes políticas e de monitoramento dos programas e metas sanitárias. Tais fóruns são assim transformados em *loci* de resistência às restrições fiscais dos orçamentos públicos para a saúde e à reapresentação de problemas de saúde não resolvidos que se acumulam. Nessa condição, o papel decisório das instâncias de participação social tornou-se menos relevante do que o espaço do debate e articulação estratégica de defesa dos princípios do SUS. (22)

Ambas as experiências revelam, pois, as dificuldades de efetivação da participação e do controle social na construção dos sistemas públicos de saúde. Por oportuno, sem entrar na discussão da eficácia de atuação dos conselhos, a existência dos mesmos como parte da estrutura decisória no sistema de saúde no Brasil configura um desenho institucional claramente superior ao desenho da Catalunha.

B. O direito de livre acesso dos cidadãos à informação pública

O acesso livre dos cidadãos à informação pública é outro aspecto de fundamental importância na análise do controle social. O pressuposto é que somente cidadãos bem informados podem exercer a contento a sua cidadania e que quanto maior for o acesso às informações maior a probabilidade de redução das assimetrias de informação que impedem o debate consciente e a tomada de posição sobre os temas objeto da decisão.

Igualmente, se faz necessário ter como referência a preocupação de Rollo e Ceccherini (23) com a efetividade dos direitos dos cidadãos através de uma prévia disposição da estrutura administrativa. Neste sentido, a administração deve garantir aos cidadãos os seguintes direitos: o direito da informação, o direito da compreensão, o direito a ser entendido, o direito a uma atuação correta e profissional e o direito a controles e avaliações.

O direito à informação é a base de uma administração democrática e voltada para o cidadão. Assim sendo, não deve restringir-se a dar informações apenas diante de uma solicitação mas manter os cidadãos informados, de modo sistemático, sobre as decisões de políticas públicas e todos os dados relevantes relacionados a tais políticas. Quanto ao direito à compreensão e o direito a ser entendido, o pressuposto é que a administração seja capaz de processar as demandas e suas respostas em um padrão de linguagem acessível aos cidadãos. No que se refere ao direito a uma atuação correta e profissional, o foco não deve ficar restrito aos diversos controles existentes mas enfatizar a possibilidade de defesa contra as condutas que ativas ou por omissão se afastam dos padrões de uma boa administração e da eficiência da administração pública. Já em relação ao direito a controles e avaliações, o foco deve recair sobre a avaliação interna para verificar o alcance dos objetivos e a melhoria da gestão e uma avaliação externa voltada para a efetividade de suas ações.

A preocupação com a efetividade de tais direitos e a prestação de serviços pautada pelas necessidades do cidadão devem pois estar presentes na condução do sistema de saúde.

Até o ano de 2009 haviam sido aprovados os seguintes instrumentos normativos vinculados à ideia do acesso à informação:

- Lei 21/2000, de 29 de dezembro (24), sobre os direitos de informação concernentes à saúde e autonomia do paciente e a documentação clínica, que disciplina que os cidadãos têm direito a ter conhecimento adequado dos problemas de saúde da coletividade que impliquem risco para a saúde;
- Decreto 378/2000, de 21 de novembro (25), que normatiza a publicação anual da lista dos centros, serviços e estabelecimentos do sistema integral de saúde de utilização pública;
- Decreto 418/2000, de 5 de dezembro (26), que cria o registro de acompanhamento e gestão de pacientes em lista de espera para procedimentos cirúrgicos;
- Decreto 354/2002, de 24 de dezembro (27), que estabelece os prazos máximos de acesso a determinados procedimentos cirúrgicos a cargo do SCS;
- Decreto 136/2007, de 19 de junho (28), que cria o Registro de contratos e acordos para a prestação de serviços de saúde em matéria de cuidados de saúde pública. E, de extrema importância para a publicização e transparência, o artigo 6º disciplina que qualquer cidadão pode acessar os dados do registro e que os contratos estão disponíveis por via eletrônica.
- Decreto 66/2010, de 25 de maio (29), do Departamento de Saúde, que regula o estabelecimento dos convênios e contratos de gestão dos serviços de saúde no âmbito do SCS definindo com clareza os termos vinculados ao processo de contratualização.

O conjunto dos dispositivos, acima mencionados, procura dar ao cidadão informações importantes sobre diversos aspectos da prestação dos serviços de saúde. Evidentemente, se sabe que não basta a existência da lei para que o direito se materialize. No entanto, também se sabe o quanto é importante a norma para criar as condições necessárias à efetivação do direito. Por outro lado, o acesso ao direito e a adequação do processo constituem temas que estão relacionados, em sua ampla maioria, à ação coletiva. E, assim sendo, mostram as limitações de uma estratégia de participação e de controle social que se apoia apenas na informação sem a necessária construção de espaços de atuação públicos.

Em complemento a esses dispositivos, a Carta dos Direitos e Deveres dos Cidadãos como um documento programático do governo em relação à saúde e atenção sócio-sanitária. A Carta regula, entre outros, os direitos à igualdade, à autonomia do paciente, promoção e proteção à saúde, acesso à atenção sanitária, informação geral sobre os serviços sanitários e participação do usuário e qualidade assistencial.

Em agosto de 2015 foi aprovada a nova Carta dos Direitos e Deveres do Cidadão com o Sistema de Saúde e Atenção Primária (30). A Carta está dividida em 10 áreas que agrupam cerca de 100 direitos. As áreas são: Equidade e não-discriminação de pessoas, Proteção e promoção da saúde e prevenção da doença, Acesso ao sistema de saúde, Privacidade e confidencialidade, Autonomia e tomada de decisões, Informações de saúde, Documentação clínica e as TIC, Qualidade e segurança do sistema, Constituição genética da pessoa, Pesquisa e experimentação e Participação. Em relação à Carta de 2001 novas áreas surgiram: Privacidade e confidencialidade, Documentação clínica e as TIC, Qualidade e segurança do sistema, Constituição genética da pessoa e Pesquisa e experimentação, revelando adequação da Carta aos temas da contemporaneidade.

A Carta não chega a definir a forma de operacionalização da participação. Trata apenas de demarcar princípios para orientar a relação do cidadão com o sistema de saúde e de incluir novos direitos em consonância com o desenvolvimento da sociedade. Percebe-se na Carta que sua elaboração apoia-se fortemente na ideia de promoção, proteção da saúde e prevenção e na responsabilidade compartilhada entre prestadores de serviços agentes, profissionais e usuários.

Como se observa, há uma ampla legislação que regula o direito à informação relacionada a diversos aspectos da saúde, tais como: conhecimento sobre a rede de centros, carteira de serviços, procedimentos, acesso aos serviços, riscos à saúde, orçamento, lista de provedores, consórcios, direitos e deveres, memória anual, contatos, etc. Observe-se, no entanto, que esses elementos apesar de importantes são insuficientes para uma ação coletiva da cidadania.

A crença na ação individualizada constitui assim um alicerce na estruturação do sistema catalão de saúde e, dessa forma, dificulta construir laços sociais e como consequência a mobilização social. “A ação política exige sujeitos coletivos, em que se expressem o auto-reconhecimento e o reconhecimento do outro como portadores de direitos e interesses” (31). É claro que a dificuldade de construção de laços sociais também ocorre em sistemas com uma lógica centrada na ação coletiva mas em espaços públicos de decisão há mais possibilidades de aprendizagem coletiva e de construção de consensos.

C) Os tipos e formas de informação capazes de habilitar a cidadania para o controle social

Um pressuposto do controle social é que o cidadão disponha de informações para que sua participação nas diferentes fases da política pública (elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação) possa ocorrer de modo efetivo. Nessa perspectiva, um sistema de saúde que afirme a participação como princípio deve disponibilizar um conjunto de informações para o cidadão e, mais do que isso, as informações devem ser passíveis de serem compreendidas. sem o que o Estado invocará a exclusividade para fazer e refazer as políticas governamentais sem levar em conta a sociedade e as organizações civis.

Entre as informações disponibilizadas pelo sistema de saúde é possível classificá-las em diferentes tipos:

Informações técnicas sobre a situação financeira e patrimonial de todos os centros, originárias da Central de Balanços, que objetiva melhorar a gestão e eficiência dos centros e o planejamento e compra dos serviços de saúde. Os informes produzidos são do seguinte tipo: Informes agregados; Informes comparativos dos centros (só os centros dispõem da informação); Informes de gestão (só os centros dispõem da informação); Informes de distribuição de taxas e Informes complementares;

· Informações sobre os resultados alcançados pelos diferentes centros (hospitais, equipes de cuidados primários, centros social de saúde, centros de saúde mental e adições e centros de pesquisa e institutos de pesquisa em saúde), do sistema de saúde pública. A Central de Resultados informa dados sobre o sistema (Informes), dados para a cidadania (Infográficos), as pesquisas sobre o sistema e os resultados de cada centro. É um projeto do Observatório do Sistema de Saúde da Catalunha (OSSC) que por sua vez está vinculado à Agência de Saúde de Qualidade e Avaliação da Catalunha (AQUAS), cuja missão é promover a transparência e geração de conhecimento da saúde na Catalunha;

· Informações originárias de pesquisas de satisfação com os cidadãos realizada para saber a avaliação dos serviços públicos de saúde e para a gestão dos centros de provedores CatSalut (32). Atualmente, a pesquisa compreende os seguintes tópicos: Acessibilidade; Informação; Competência profissional; Conforto; Organização /Coordenação; Continuidade Assistencial; Relação Pessoal e Suporte e Atenção Pessoal;

· Informações originárias dos diversos conselhos que estruturam o sistema - Conselho Catalão de Saúde do SCS, Conselho de Saúde das Regiões Sanitárias, Conselhos de Saúde dos Setores Sanitários. Recentemente, foi criado através do Decreto 110/ 2012 (16) o Conselho Consultivo de Pacientes da Catalunha, órgão consultivo que representa as organizações de pacientes;

· Informações publicadas no Canal Saúde: espaço para a saúde pública (2011) - o Canal Saúde contém um conjunto de informações sobre vida saudável, informações sobre urgências, o sistema de saúde (a carteira de saúde, guia dos serviços sanitários na Catalunha, informação sobre os diferentes níveis de atenção à saúde, atenção farmacêutica, receita eletrônica, direitos e deveres, vídeo com conselhos de saúde, campanhas, informações sobre participação, pesquisas de satisfação, jornada de qualidade percebida, pesquisa de saúde da Catalunha, Plano de Saúde, notícias, páginas recomendadas, boletins;

- CatSalut Responde 061 - novo cuidados de saúde móvel na Catalunha (2012) - o 061 CatSalut é constituído por uma equipe de mais de 200 profissionais, entre médicos, enfermeiros e técnicos de desempenho de aprendizagem de saúde para oferecer conselhos e informações sobre a saúde, ativar serviços de urgência e evitar sobrecarga desnecessária no sistema;
- Informações sobre os registros de contratos e acordos para a prestação de serviços de saúde - Decreto 136/ 2007, de 19 de junho (28) e sobre o acesso aos dados pelos cidadãos.

Finalmente, há que se mencionar o conjunto de informações disponibilizadas na página www.gencat.es (33) ao cidadão: organização do sistema, lista de provedores, orçamento, empresas públicas, consórcios, direitos e deveres, serviços sanitários, carteira de identificação, procedimentos, regiões sanitárias, objetivos, etc.

Importa reter que a disponibilização de informações não é suficiente para que o controle social exista dada a assimetria de informações existente entre os indivíduos. Como já ressaltamos anteriormente, a assimetria pode até mesmo ser ampliada entre os indivíduos, na medida em que a apropriação das informações é feita apenas por uma elite de referência formada por atores que dispõem de maior capacidade técnica ou política, na perspectiva definida por Costa e Vieira (22) ao analisarem a experiência do controle social no sistema de saúde no Brasil.

Ou seja, a existência de um conjunto de informações não significa dizer que os sujeitos coletivos se definem e agem como tal.

D) Mecanismos de escuta do cidadão

A implementação do controle social, por meio do qual os cidadãos avaliarão os serviços públicos ou participarão de sua gestão, impõe que a ação pública se faça a partir da percepção do cidadão, ampliando assim a sua confiança na sua própria capacidade política de articulação e influência. Como afirma Di Pietro (34),

para que o controle social funcione, é preciso conscientizar a sociedade de que ela tem o direito de participar desse controle; é preciso criar instrumentos de participação, amplamente divulgados e postos ao alcance de todos. Enquanto o controle social não fizer parte da cultura do povo, ele não pode substituir os controles formais hoje existentes.

Nessa perspectiva, o exame recai sobre as diferentes formas de escuta do cidadão postas em prática na operacionalização do sistema de saúde, o uso dado às informações e as formas de estímulo à participação. A seguir, o exame dos seguintes mecanismos: pesquisa de satisfação e jornada de qualidade percebida pelos usuários.

D.1) Pesquisa de satisfação

A pesquisa de satisfação foi iniciada em 1994 com o objetivo de conhecer a satisfação das pessoas sobre o atendimento nos centros de atenção primária. A partir de 1996 foram definidos os procedimentos para a gestão e processamento de reclamações e sugestões, entendidos como manifestações dos direitos dos cidadãos (Instrução 3/96). Com a definição do SCS, no ano de 2000, se tornou mais evidente a necessidade de dispor de estratégias de participação da cidadana na governabilidade das instituições.

A partir de 2001 foi formatado o Plano de Pesquisa de Satisfação para avaliar a qualidade dos serviços e o grau de satisfação dos usuários com os diferentes serviços de saúde. Em 2006, os itens avaliados foram: Acessibilidade, Informação, Competência profissional, Conforto, Organização /Coordenação, Continuidade assistencial, Relação Pessoal e Suporte e Atenção Pessoal. Os resultados orientam a política de saúde e a relação do SCS com todos os provedores, na medida em que a pesquisa passa a constituir um instrumento gerencial do sistema permitindo medir o desempenho do sistema de saúde e a qualidade dos serviços na percepção dos cidadãos.

No período de 2005-2006, por indicação de CatSalut, foram definidos os seguintes projetos de melhorias: áreas identificadas no estudo de satisfação cujas perguntas não haviam alcançado 75% de avaliações positivas, tais como - acessibilidade, informações ou conforto, os preditores de satisfação, os projetos corporativos já iniciados visando a melhoria contínua, tanto do ponto de vista da saúde como entre os níveis organizacionais.

No final de 2006, coincidindo com o encerramento dos planos de melhoria para o período de 2005-2006, 31% de todas as unidades foram sujeitas à auditoria externa e em alguns serviços de linhas foram entrevistados mais de 50% dos centros fornecedores. O objetivo era ter o grau de concordância entre os dados obtidos da auto-avaliação e os dados de centros de auditoria externa. A ideia é de que a governança do sistema depende de estratégias que integrem a percepção da cidadania. Atualmente, o objetivo é influenciar a tomada de decisões em novas áreas de cuidados, permitindo facilmente identificar áreas para a melhoria localizadas abaixo do padrão de 75% e mesmo aquelas abaixo de 90% e, incorporá-las como alvos para melhoria em contratos de compra anuais de serviços em centros de saúde e prestadores de serviço social.

D.2) Jornadas de Trabalho

As jornadas de trabalho são encontros realizados com profissionais da saúde para discutir as propostas para elaboração do Plano de Saúde e orientam o Departamento de Saúde na definição de linhas de atuação e de projetos desde 2003. Para o Plano de Saúde da Catalunha 2016-2010 participaram 400 profissionais em diferentes grupos de trabalho. Assim, as discussões incorporam a voz do usuário apenas de forma indireta uma vez que as jornadas tratam de projetos relacionados à melhoria da qualidade percebida do sistema pelo usuário e sobre procedimentos de trabalho apenas com os profissionais de saúde (24).

Controle Social no SCS: avanços e limites

Esta seção trata dos avanços e limites do controle social no Sistema Catalão de Saúde evidenciados no exame dos dispositivos normativos, a partir de 2009, e das práticas de gestão implementadas para a condução das diversas atividades. Analisar-se-á, em primeiro lugar, as possibilidades abertas a partir da adoção de um conjunto de medidas que incentivam e reforçam a participação do cidadão nos assuntos de saúde. Em segundo lugar, os limites e dificuldades de se efetivar na prática o papel do cidadão na condução da gestão da saúde.

Em primeiro lugar, o desenho institucional do sistema público de saúde favorece a participação dos cidadãos ao definir em sua estrutura diferentes instâncias de participação, seja com a criação de unidades administrativas seja com a constituição de novos conselhos além de manter todos os espaços de participação criados desde a aprovação da Lei 15/1990 (4). E, dessa forma, evidencia uma trajetória de consolidação da participação não só como um indicador de qualidade democrática do sistema de saúde mas como uma ferramenta de gestão. A participação em sua dimensão política implica na distribuição de poder entre os atores na tomada de decisão e na sua dimensão administrativa implica no envolvimento dos atores na condução da gestão.

O desenho institucional do sistema permite a existência de um conjunto de instrumentos para mediar a relação Estado/ sociedade, ou seja, uma estrutura que diz respeito aos direitos legais dos cidadãos à informação, consulta e participação ativa na formulação da política pública e avaliação das atividades e capacidade geral para conduzi-las, sem a qual o Estado invocará a exclusividade para fazer e refazer as políticas governamentais sem levar em conta a sociedade e as organizações civis.

No entanto, dada a natureza consultiva dos conselhos, a presença do cidadão como um ator importante na deliberação de políticas do sistema de saúde não se dá plenamente. As formas de participação estão limitadas pela sua própria configuração impedindo a construção de espaços de interação e consenso entre os cidadãos. Nesse sentido, a Catalunha fez uma opção diferente de outras experiências no mundo, a exemplo do Brasil, em

que os conselhos não só têm função deliberativa mas decidem sobre muitos e importantes assuntos de saúde e ocupam centralidade na estruturação do sistema de saúde. O caráter deliberativo permite a intermediação de interesses para a construção da política de saúde e, assim sendo, possibilita uma melhor negociação dos termos em que são formuladas e decididas as políticas. Os instrumentos de gestão – agendas de saúde, planos de saúde, relatórios de gestão, quadro de metas, entre outros, passam obrigatoriamente pelo exame dos conselhos de saúde, o que permite a esses organismos exercer o controle *ex-ante e ex post* do conjunto de políticas adotadas. Assim, do ponto de vista formal, os conselhos têm condições de exigir uma prestação de contas que se pautem não apenas pelos aspectos da legalidade, mas incorpore as dimensões da eficácia da política de saúde (1). Dizemos do ponto de vista formal, porque há uma diferença substantiva entre participação pragmática e emancipatória tal como afirma Misoczky (35).

Em segundo lugar, a garantia do direito de livre acesso dos cidadãos à informação pública reduzem na opinião de Falco (36) a persistente assimetria de informações e a falta de instrumentos capazes de medir as performances e de ativar um processo de comunicação entre os atores do sistema. Todos os dispositivos normativos deixam claro o direito à informação e a disponibilização de um conjunto enorme de dados sobre o sistema de saúde através de muitos canais - página na web, relatórios, dados abertos - cria condições para ampliar a transparência e abre possibilidades concretas de que o cidadão aumente seu conhecimento e confiança na sua própria capacidade política de articulação e influência. Deve-se ressaltar, no entanto, compartilhando do pensamento de Oliveira (37), ao analisar o funcionamento dos conselhos de saúde no Brasil, que

se levarmos em conta o princípio de que nenhuma prática social ou política pode ser exercida sem os respectivos processos comunicacionais e disponibilidade de informações, nem sempre a ausência ou disponibilidade de uma e outra coisa significam a existência de uma comunicação capaz de nortear debates ou aglutinar as pessoas em torno de consensos visando ao interesse coletivo na saúde. Para que isso ocorra, é necessário um mínimo de igualdade cognitiva e política entre os seus membros para quebrar a assimetria dos fluxos norteadores da ação.

Em terceiro lugar, os tipos e formas de informação capazes de habilitarem a cidadania para o controle social são as mais diversas, tais como: relatórios, gráficos, informes, documentos, sistemas de avaliação que incorporam a opinião do cidadão, definição de prioridades baseadas em consulta aos usuários, distintos canais de veiculação da informação. Todos esses elementos podem, se bem articulados, garantir como assinala Diniz (38), mecanismos e procedimentos da responsabilização dos governantes em relação aos governados, notadamente os aspectos ligados à dimensão de *accountability*.

O controle social depende diretamente do nível de informação que circula entre os cidadãos, de regras que garantam a pluralidade de opiniões e de interesses e canais institucionalizados. É claro que como os cidadãos têm conhecimentos e experiências distintas, a disponibilização de informações não consegue superar a contento os problemas de assimetrias de informações. No entanto, não se pode deixar de reconhecer que a informação disponível é um recurso importante para instrumentalizar a ação do cidadão.

Em quarto lugar, os diversos mecanismos de escuta do cidadão constituem canais importantes para ouvir a voz do cidadão e conhecer a sua percepção sobre aspectos distintos dos serviços de saúde. Assim, a pesquisa de satisfação feita com regularidade e a incorporação de cláusulas de satisfação nos contratos é de fato um avanço na configuração do sistema e o aperfeiçoamento da pesquisa, ao longo do tempo, com metodologias bem definidas, discussão dos resultados nas jornadas anuais e divulgação dos resultados, aprofundam esses canais e ampliam a possibilidade do controle social.

A consagração de arenas de discussão com atores diversos para constituir uma faixa de atuação para encaminhamento das demandas dos cidadãos pode contribuir para a redefinição das relações Estado/sociedade. Nessa definição dos espaços públicos as políticas articulam distintas esferas – mercado/Estado, cidadão/governo e público/privado, facilitando uma relação mais direta entre cidadãos e governos e evitando situações que desfavorecem a vida pública com a geração de áreas de exclusividade a cargo de quem detém o saber burocrático (39).

Importa reter, no entanto, que um dos desafios para que a participação e o controle social se efetivem nos espaços de discussão institucionalizados é que as políticas de saúde sejam de fato controladas pela sociedade e que expressem as necessidades de saúde da pluralidade de atores, portadores de interesses diversos (31). Dito de outro modo, a participação deve implicar uma nova sociabilidade política que expresse desejos e interesses entre os diversos atores sociais confrontando-se entre si e com a realidade (40).

Apesar das possibilidades de avanço nas práticas de gestão no sistema de saúde com foco no cidadão, acima identificadas, muitos aspectos que determinam a relação entre cidadão e administração pública sequer são abordados. Senão vejamos:

Em primeiro lugar, apesar do esforço em tornar a administração pública mais *accountable* ao seu público — através do esforço para fazer uma gestão por resultados, da transparência da gestão, da avaliação da satisfação do usuário — não se faz referência à forma como se efetivará o exercício da *accountability*. E, essa é uma questão importante pois o exercício da *accountability* exige a necessidade de desenvolver estruturas burocráticas para o atendimento das responsabilidades do Estado. Não se trata apenas de mecanismos burocráticos de controle – sistemas de recompensas e punições, políticas de avaliação de desempenho, estrita definição de autoridade e responsabilidade – mas de garantir padrões na prestação de serviços que privilegie o cidadão – qualidade dos serviços, maneira como os serviços são prestados, justiça na distribuição dos benefícios, grau de adequação das necessidades aos resultados dos programas.

Nas situações em que isto não é possível ficará o cidadão a mercê da burocracia que sendo autoreferida não cria condições para a existência da *accountability* como sinônimo de responsabilidade objetiva, ou seja, obrigação de responder a outra pessoa por algum tipo de desempenho. *Accountability* se liga, portanto, à construção de um novo padrão de relacionamento Estado e sociedade, que dependerá do fortalecimento das capacidades institucionais do Estado, da sua capacidade de gestão e também da recuperação das bases de legitimidade e de eficácia social da ação pública.

Uma outra questão extremamente importante é que as propostas não diferenciam o atendimento do cidadão. Tratam a todos como se vivêssemos em uma sociedade de iguais. Assim, não apreende a diversidade de relações existentes entre administração pública e cidadãos consumidores, cidadãos usuários e cidadãos usuários cativos, conforme formula Hyde apud Gilbert *et al.* (41). Os cidadãos, em função de sua dependência da prestação de serviços públicos, assumem comportamentos distintos quando recorrem ao serviço público. Logo, a relação de dependência é uma variável que não pode deixar de ser levada em conta na análise das práticas e políticas do setor público. A abordagem de Albert O. Hirschman citado por Harmon e Mayer (42) ao se esforçar por explicar como organizações, empresas e governos respondem ou deixam de responder às falhas de seu desempenho traz uma importante contribuição para rejeitar o mercado como base para a organização social e lança mais luzes na relação que se estabelece entre a administração pública e os cidadãos.

É pertinente também discutir, como um dos aspectos dessa questão, que não se verifica nas diferentes iniciativas de gestão do sistema catalão preocupações no sentido de modificar a forma como os cidadãos se vêem na relação com o Estado. Para Falco (36), os cidadãos se consideram apenas como usuário dos serviços porque não se consideram no papel de proprietários dos mesmos, sendo que uma das explicações para esse padrão de comportamento reside na assimetria de informações sobre os serviços públicos, dificuldades em medir performance dos serviços e controle diluído sobre os serviços. Segundo Del Pino (43), as atitudes cidadãs face à administração pública, em termos de percepções e preferências, podem ser de três tipos: a) de tipo burocrático quando a administração pública se comporta como definidora unilateral da relação com o cidadão; b) na perspectiva empresarial, quando a relação com o cidadão é mediada por uma relação de satisfação em torno da eficácia e da qualidade; c) na perspectiva neopública, quando os cidadãos são membros da cidadania e compartilham com outros as políticas públicas. Assim, dependendo do tipo de relação estabelecida se fortalecerá ou não a dimensão do cidadão em sua relação com a administração pública.

Em terceiro lugar, qual é a efetividade dos mecanismos de prestação de contas existentes? Como se processam as relações entre Estado e sociedade a partir da prestação de contas? A transparência no uso

dos recursos é um imperativo da democracia e significa que os cidadãos têm o direito de saber como os recursos arrecadados pelo poder público através de impostos e taxas estão sendo utilizados. Da mesma forma, o conjunto de informações sobre todo o sistema permite comparações e ações de melhorias. No entanto, não se vislumbra de forma clara a forma como se efetiva essa relação dos cidadãos com a gestão pública.

Em quarto lugar, não há nas diversas propostas nenhuma informação sobre a forma como serão processadas as demandas por serviços públicos. Essa discussão é extremamente importante pois a intervenção do poder público na prestação de serviços, através da intervenção direta ou indiretamente através da produção privada porém com regulação pública, é determinante, em várias ocasiões, para corrigir as falhas do mercado na prestação de bens e serviços e para implementar objetivos de redistribuição social.

Em quinto lugar, compartilhando das ideias de Barzelay (44), como se dá o processo de elaboração de políticas, ou seja, o estabelecimento da agenda, o desenvolvimento das políticas e a tomada de decisão voltadas para o cidadão? Como se constroem a legitimidade e a ilegitimidade das decisões? Como se geram inclusões e exclusões tanto de temas como de atores? Não há nenhuma indicação nas diferentes iniciativas analisadas. E, esta é uma questão de extrema importância para o desenho de um Estado cidadão principalmente pelo fato de que

las fases de desarrollo de políticas e de toma de decisiones del proceso de elaboración de las políticas se veem afectadas por numerosos atributos sistémicos, incluyendo la estructura formal del sistema gubernamental, los patrones de la actividad de los grupos de interes, el rol de las agencias administrativas en la elaboración de las políticas, el sistema de asesoramiento del ejecutivo político, el estilo de liderazgo de las autoridades políticas clave, y la forma en que los problemas son agrupados en la concepción popular de la estructura de dominio del sistema político. (44)

Para consolidar a base de um novo Estado comprometido com o atendimento das demandas dos cidadãos é imperativo viabilizar o concurso do cidadão na gestão dos assuntos coletivos. É preciso consolidar a cultura da democracia que inclui as considerações subjetivas, valores, costumes e regras do jogo que condicionam o comportamento dos grupos e das relações interpessoais, de tal forma que a gestão pública seja pautada pelos seguintes diretrizes: ter como foco servir aos interesses dos cidadãos ao invés dos interesses particulares dos funcionários, ver as políticas, problemas e práticas da perspectiva do cidadão e não da burocracia, respeitar os direitos civis dos cidadãos, efetivar a participação cidadã na gestão pública e integrar as necessidades individuais e coletivas com as metas da organização (45).

Um outro olhar sobre essa problemática remete à dificuldade de agregar as preferências individuais e torná-las sociais como um dos entraves à consolidação de um Estado democrático e reforça a constatação de que apenas na esfera da política há a possibilidade de articulação social de preferências individuais. Dito de outro modo, “como posibilitar la libre manifestación de los particularismos sin que se vea amenazado el vivir colectivo, sin que se hunda en un proceso de destrucción recíproca”? (46) A qualidade da democracia irá depender da capacidade de participação dos cidadãos em negociar conflitos e interesses contraditórios e dos valores e normas democráticas nas atividades diárias do Estado e em suas relações com o resto da sociedade.

Como se constata, essas são dificuldades encontradas nas práticas de gestão do sistema de saúde catalão apesar do discurso fortemente centrado no cidadão.

Conclusões

O exame dos dispositivos normativos e das práticas de gestão no Sistema Catalão de Saúde evidenciam claramente que houveram avanços importantes na direção da efetivação do controle social a partir de 2009 e que os avanços realizados consolidam escolhas feitas desde a Lei 15/1990 (4), qual seja, de construção do sistema com participação comunitária. Assim, constatam-se novos mecanismos para estimular a participação do cidadão a partir da melhoria da informação, novos espaços institucionais com o objetivo de promoção

da cidadania, novos canais de articulação com a sociedade e, mais importante, a manutenção do aparato administrativo já existente voltado para a participação.

No entanto, ainda se faz necessário dar ao cidadão melhores condições de controlar e avaliar a ação pública. Isto implica, em uma ação mais efetiva por parte dos conselhos, melhoria na qualidade da informação recebida pelo cidadão, institucionalização de muitos e amplos espaços públicos em diversas instâncias e níveis, mecanismos à disposição dos cidadãos que de fato levem ao controle e avaliação da ação pública, de modo a modificar a relação Estado/sociedade e possa permitir uma escolha qualificada sobre os diversos aspectos relacionados à questão da saúde e instrumentalizar a ação coletiva da cidadania sem desprezar as iniciativas que individualizam a ação cidadã. Assim, as informações sobre diversos aspectos dos sistemas e da saúde não se constituem ainda em ferramentas efetivas de intervenção política por parte dos cidadãos.

Evidenciam-se pois os limites que estão postos para a efetivação plena do controle social. A conclusão que se chega é que a construção do sistema de saúde ao longo dos últimos 25 anos, através de um conjunto de mecanismos como os conselhos, canais diversos de informação, recursos administrativos, etc ainda não contempla uma preocupação com a ampliação do espaço público, na medida em que não é visível a participação do cidadão. O que é visível é o fato de que há um forte investimento para assegurar um conjunto de direitos ao cidadão para potencializar a ação individualizada e não a criação de espaços que permitam a construção coletiva, onde emerge como afirma Vega-Romero e Torres-Tovar (3).

la conciencia subjetiva y colectiva de individuos y grupos sociales subyugados, en lucha por sus necesidades materiales, libertades y deseos de emancipación, y donde surge la construcción y organización del nuevo contenido ético, político y socioeconómico de la sociedad.

Trata-se pois de uma estratégia limitada do ponto de vista da ação do sujeito coletivo pois a ação individualizada impede a construção de identidades sociais com repercussões negativas no estabelecimento de relações entre Estado e Sociedade centradas em estruturas participativas.

Dessa forma, há um longo caminho a ser percorrido para que se materializem condições para que o controle social possa ocorrer e, mais do que isso, que se efetive plenamente a participação do cidadão.

Referências

1. Araújo MAD. Responsabilização na reforma do sistema de saúde: Catalunha e Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2010.
2. Escoval A, Ribeiro RS, Matos TT. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Rev Port Sau Pub.* 2010;(9):41-57.
3. Vega-Romero R, Torres-Tovar M. El Papel de la sociedad civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. *Rev Cub Salud Pública.* 2011;37(2):145-54.
4. Ley no 15/1990 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña. DOGC. 1990 Jul 30; (1324).
5. Ley nº 11/1995, de 29 de septiembre, de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña. DOGC. 1995 Out 18; (2116).
6. Amorim SND. Ética na esfera pública: a busca de novas relações Estado/sociedade. *Rev Serv Púb.* 2000;51(2):94-104.
7. Kliksberg B. Desigualdad y desarrollo em América Latina: el debate postergado. *Rev del Clad* [Internet]. 1999 Jun [citado em 2018 Abr 13]; (14):1-32. Disponible em: <https://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/014-junio-1999>
8. Bano R. Participación ciudadana: elementos conceptuales. In: Correa E, Noé M, editores. *Nociones de una ciudadanía que crece.* Santiago: FLACSO; 1998.
9. Mark HM. *Gestión Estratégica y creación de valor en el sector público.* Barcelona: Editora Paidós; 1998.

10. Bresser Pereira LC. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP; 1998.
11. Larreta HR, Repetto F. Herramientas para una administración pública más eficiente: gestión por resultados y control social [Internet]. 2000 [citado em 2018 Abr 13]. Disponible en: <https://www.biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/335/HerramientasparaAdm.PublicaeficienteGxR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Cunill Grau N. Responsabilização pelo controle social. In: Bresser Pereira LC, Cunill Grau N, coordenadores. Responsabilização na administração pública. São Paulo: CLAD; Fundap; 2006.
13. Muller P, Sured Y. A análise das políticas públicas. Pelotas: Educat; 2002.
14. Decreto no 202/2005, de 27 de septiembre, por el que se crean y se establecen las normas reguladoras de los órganos de participación de los centros hospitalarios gestionados por el Instituto Catalán de la Salud. DOGC. 2005 Set 29; (4479).
15. Decreto 37/2011, de 4 de enero, de reestructuración del Departamento de Salud, determina la estructura del Departamento y las funciones de sus diferentes unidades. DOGC. 2011 Ene 31.
16. Decreto 110/ 2012, de 2 de octubre, por el que se crea el Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña. DOGC. 2012 Oct 4; (6226).
17. Departament de Salut. Pla estratègic de la participació dels pacients en el sistema sanitari públic de Catalunya 2013-2016. Catalunya: Consell Consultiu de Pacients; 2014.
18. Decreto 9 / 2013, de 3 de enero, de reestructuración de los órganos centrales y de los órganos territoriales del Servicio Catalán de la Salud. DOGC. 2013 Ene 7; (6287).
19. Decreto 56/ 2013, de 22 de enero, de reestructuración del Departament de Salut. DOGC. 2013 Ene. 24.
20. Ley 13/1989, de 14 de diciembre, de organización, procedimiento y régimen jurídico de la Administración de la Generalidad de Cataluña. DOGC. 1989 Dic 22; (1234).
21. Departament de la Salut. Servei Català De La Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020: Els projectes del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. En prensa. 2015.
22. Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde[Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013 [citado em 2018 Abr 13]. p. 237-71. Disponível en: <https://www.books.scielo.org>
23. Rolla G, Ceccherini E. Entablat relaciones más amistosas entre los ciudadanos y la administración. Rev del Clad [Internet]. 1998 Out [citado em 2018 Abr 13]; (20):1-15. Disponible en: <https://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/012-octubre-1998>
24. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica. BOE. 2001 Fev 2; (29).
25. Decreto 378/2000, de 21 de noviembre, por el que se configura el sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña. DOGC. 2000 Dic. 4; (3279).
26. Decreto 418/2000, de 5 de diciembre, se creó el Registro de seguimiento y gestión de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos, con la finalidad de gestionar sus flujos, hacer su seguimiento y poder garantizar a los ciudadanos y ciudadanas unos tiempos máximos de espera. DOGC. 2001 Jan 1; (3305).
27. Decreto 354/2002, de 24 de diciembre, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del servicio catalán de la salud DOGC. 2003 Ene 8.
28. Decreto 136/2007, de 19 de junio, por el que se crea el Registro de Convenios y Contratos el el ámbito de la asistencia sanitaria pública. DOGC. 2007 Jun 21.
29. Decreto nº 66/2010, de 25 de maig, pel qual es regula l'establiment dels convenis i contractes de gestió de serveis assistencials en l'àmbit del Servei Català de la Salut. DOGC. 2010 Maio 28; (5638).
30. Departament de Salut. Carta de Drets e Deures de la ciutadania en relació amb la salut y l'atenció sanitària. 2015 Oct.
31. Costa AM, Noronha JC. Controle Social na Saúde: construindo gestão participativa. Saúde debate. 2003;27(65): 358-63.

32. Department de la Salut; Servei Català De La Salut. La veu de la ciutadania Com la percepció de la ciutadania es vincula a la millora dels serveis sanitaris i el sistema de salut de Catalunya. 2015 Mar.
33. CatSalut; Servei Català de la Salut. Central de Balanços [Internet]. 2018 [citado em 2018 Abr 13]. Disponible en: <https://www.catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/informacio-economica/central-balancos/>
34. Di Pietro MSZ. A defesa do cidadão e da res pública. Rev Serv Públ. 1998;49(2):125-30.
35. Misoczky MC. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. Saúde debate. 2003;27(65):336-47.
36. Falco SE. Instrumentos de voice giving na relação entre os cidadãos e a administração pública: a carta dos serviços. Rev Serv Públ. 2000;51(3):5-27.
37. Oliveira WC. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde: coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Distrito Federal: Ministério da Saúde; 2006.
38. Diniz E. Globalização, Reforma do estado e teoria democrática contemporânea. São Paulo Perspec. 2001;15(4):13-22.
39. Berrones RU. El fortalecimiento de la vida democrática: la nueva relación de la sociedad y el Estado. Rev del Clad [Internet]. 2001 Jun [citado em 2018 Abr 13]; (20):1-15. Disponible en: <https://www.old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/020-junio-2001>
40. Assis MMA. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. Saúde debate. 2003;27(65):324-35.
41. Gilbert GR, Nicholls JAF, Roslow S. A mensuração da satisfação dos clientes no setor público. Rev Serv Públ. 2000;51(3):28-39.
42. Harmon MM, Mayer RT. Teoría de la organización para la administración pública. México: Fondo de Cultura Económica; 1999.
43. Del Pino E. Por qué y como debe abordarse el estudio de las actitudes ciudadanas hacia la administración pública; In: Anais do 17º Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública; 2003; Caracas. Caracas; 2003.
44. Barzelay M. La reforma de la Administración Pública: un enfoque de políticas (com referencia a los países de la OCDE). Rev del Clad [Internet]. 1998 Feb [citado em 2018 Abr 13]; (10):1-9. Disponible en: <https://www.old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/010-febrero-1998>
45. Harris RL. La democratización del Estado y la gestión pública. Rev del Clad [Internet]. 2000 Out [citado em 2018 Abr 13]; (18):1-10 Disponible en: <https://www.old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/018-octubre-2000>
46. Nogueira MA. Um Estado para la sociedad civil. Rev del Clad [Internet]. 1999 Jun [citado em 2018 Abr 13]; (14):1-13. Disponible en: <https://www.old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/014-junio-1999>

Nota:

* Artículo de reflexión.

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

Para citar este artículo: Araújo MAD. Control social en el Sistema Catalán de la Salud: proceso de construcción abierta. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 018;17(35). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.cssc>