

Desafios da participação social nos conselhos de saúde

Challenges of social participation in health councils

Paulo Renato Flores Durán

Doutor em Ciências. Professor adjunto do Departamento de Ciências Sociais da PUC-Rio.

Endereço: Rua Marquês de São Vicente, casa XVIII, Gávea, CEP 22451-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: pauloduran@puc-rio.br

Silvia Gerschman

Doutora em Sociologia. Professora e pesquisadora titular da ENSP/FIOCRUZ.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 8º andar, Manguinhos, CEP 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: gerschman@ensp.fiocruz.br

Resumo

O objetivo do artigo é explicitar, por meio de uma análise teórica, a importância do papel da sociedade e da construção de sujeitos políticos na implementação do SUS através dos Conselhos de Saúde. Visa contribuir para a discussão sobre modos de participação social que vêm sendo construídos no interior das arenas dos colegiados de participação na democracia brasileira. Discutem-se as transformações políticas deflagradas entre os anos 1970 e 1990, em que diferentes modos de participação social encontrariam seus principais desafios políticos. Em seguida, analisam-se alguns dos dilemas da participação da sociedade nos conselhos sob uma perspectiva teórica, sustentada pela reflexão sobre novos movimentos sociais e representação de interesses (ou neocorporativismo). Os Conselhos de Saúde, nos anos 1990, se institucionalizaram e expressaram a necessidade da aproximação entre Estado e sociedade. Formalizaram a participação da sociedade e o controle social na construção das agendas políticas da saúde, sendo profundamente influenciados pela conjuntura política nacional. Conclui-se sobre a mudança operada nos Conselhos de Saúde e o papel efetivamente desenvolvido por eles nos dias de hoje.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Participação; Novos Movimentos Sociais; Corporativismo.

Abstract

The aim of this article is to explicit, through a theoretical analysis, the important role of society and the construction of political subjects in the implementation of SUS by the Health Councils. These reflections contribute to the discussion on modes of social participation that are being built within the arenas of collegiate participation in Brazilian democracy. It discusses the political changes triggered between 1970 and 1990, when different modes of social participation would find their main policy challenges. Then, we analyze some of the dilemmas of social participation on councils from a theoretical perspective, based on the reflection on new social movements and on neo-corporatism. Health Councils, in 1990, became institutionalized and expressed the need for compromise between the state and society. They formalized social participation and social control on the construction of the political agendas of health, being deeply influenced by domestic political context. The conclusion discusses the change created in Health Councils and the role they effectively play nowadays.

Keywords: Health Councils; Participation; New Social Movements; Corporatism.

Introdução

Este artigo tem por objetivo refletir sobre as possíveis modalidades de participação social, e seus dilemas, encontradas nos Conselhos de Saúde. Para tanto, focalizando o espaço dessa modalidade de conselhos de políticas (Tatagiba, 2002), trabalhamos com a premissa de que se, por um lado, a conformação da participação social nas políticas de saúde - através da Lei 8.142, de 1990 - possibilitou institucionalizar o controle social enquanto proposta de democratização da saúde, por outro, não deixa de ser uma realidade presente nesses espaços de deliberação as práticas de intermediação dos interesses especificamente corporativos. Sob essa perspectiva, trabalharemos com duas linhas de investigação que se debruçam sobre os modos pelos quais o Estado busca articular as demandas por democratização nas políticas: a perspectiva dos novos movimentos sociais e as abordagens do neocorporativismo. Embora os paradigmas da democracia deliberativa e participativa possam ser mobilizados como explicativos das dinâmicas de participação nos Conselhos de Saúde,¹ considera-se neste trabalho a importância de se situar diferentes modos de mobilização política dos atores em uma conjuntura específica. O que implica não somente a forma como se constroem os processos deliberativos, mas como os processos e as relações sociopolíticas se expressam pelas relações e tomadas de posições dos sujeitos políticos.

O artigo começa percorrendo os percalços pelos quais a democratização da participação nos canais decisórios das políticas sociais atravessaram com a introdução da alternativa neoliberal. Em seguida serão introduzidos alguns dos principais paradigmas das duas correntes de reflexão que visamos analisar: a dos novos movimentos sociais e a do neocorporativismo. Procuraremos demonstrar como foram evidenciadas modificações substantivas na lógica de inclusão da participação de atores relevantes na construção das políticas sociais ao longo das transformações e passagem do capitalismo industrial ao pós-industrial.

¹ Trabalhos recentes sobre os Conselhos de Saúde ou espaços públicos de participação que utilizam os paradigmas da democracia deliberativa ou participativa são os de Bispo Júnior e Gerschman (2013), Bohman (2000) e Fedozzi (2009), entre outros.

Essas articulações teóricas serão colocadas diante dos dilemas contemporâneos da participação social nos Conselhos de Saúde. O desafio aqui proposto é o de perceber em que medida essas instâncias vêm se distanciando do controle social como proposta de democratização da saúde.²

Enquanto as práticas dos novos movimentos sociais se afastaram, historicamente, do que fora pretendido pelo “movimento popular em saúde” (Gerschman, 2004a; Paim, 2008), estes não deixaram de se incorporar aos canais decisórios do Estado através de outras plataformas de resolução de interesses específicos de setores e/ou grupos. Desse modo, a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) se estabelece como parte de um constructo maior – uma “reforma parcial”, segundo Paim (2008) –, relacionado à democratização da saúde como projeto de democratização da sociedade.³ Assim, as análises sobre os Conselhos de Saúde podem espelhar as relações de proximidade e/ou distanciamento entre sociedade e Estado. Dessa maneira, busca-se refletir sobre alguns desafios e impasses na participação da sociedade nos Conselhos de Saúde.

Porém, a partir dos anos 1990, uma série de projetos políticos governamentais, expressivos de uma inclinação neoliberal, produziu impacto⁴ no papel político dos colegiados de participação do SUS.

Notas sobre transformações sociopolíticas e seus desdobramentos na participação social

Entre os anos 1970 e 1990, o neoliberalismo trouxe consigo a ideia motora de que o desenvolvimento social, político e econômico das nações deveria ser

levado a cabo pela direção dos mercados – esses “autorreguláveis” (Polanyi, 2000). As principais teses do neoliberalismo foram propugnadas por autores como Friedrich Hayek e Milton Friedman; foram postas em prática pelos governos Margaret Thatcher, Helmut Kohl e Ronald Reagan, entre os anos 1979 e 1998. Um dos pressupostos dos autores – ligados, respectivamente, à Escola Austríaca de Economia e à Escola Monetarista – e dos líderes políticos,⁵ era o de que a crise econômica vivida a partir de 1973 – no chamado “choque do petróleo” – devia-se ao excesso de regulação estatal nos setores da economia de mercado.

Cabe ressaltar que esse ideário neoliberal configurou-se no capitalismo pós-industrial, no qual se deram não só importantes deslocamentos no que se refere ao lugar do político nas democracias (Mouffe, 1996), mas igualmente novas plataformas de lutas sociais surgiram. Se, por um lado, às democracias políticas se colocaram formas de “democracia econômica” – nas quais, por último, autores como Francis Fukuyama (1992) declararam o fim das alternativas ou vias socialistas e o triunfo das democracias liberais, por outro lado, os movimentos sociais se recolocaram por meio de novas e plurais formas de reconhecimento de suas agendas: antirracismo, direitos humanos, gênero, homossexuais e meio ambiente, entre outras.

De certa forma, os efeitos das políticas neoliberais aprofundaram, em outro registro, a precarização das condições de trabalho, agudizando as questões sociais como pobreza, marginalidade e situações de saúde de grupos sociais vulneráveis (Gerschman, 2003). Assim, os próprios movimentos sociais se configuraram distintamente das formas

2 Essa perspectiva fora adotada no relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, por exemplo. Ressaltou, desse modo, ausência de uma cultura de controle social e transparência, desarticulação dos conselhos com a sociedade, falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados das bases (Conferência Nacional de Saúde, 2001).

3 Importante lembrar, aqui, de um dos principais atores do “movimento sanitário”, Sergio Arouca. Além de destacar, em 1986, “a sociedade civil brasileira” como “um convidado especial” e participante, na VIII Conferência Nacional de Saúde, Arouca ressalta que saúde “[...] é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo” (Arouca, 1987, p. 35-36).

4 A tese da “futilidade”, segundo Hirschman, marca a expressão da crítica perversa ao “Estado benefactor”; já a tese do “risco” poria em evidência as ameaças das ações dos governos sobre os direitos individuais (Hirschman, 2001). Os argumentos desse autor são interessantes porque, se não se referem diretamente à questão da participação social, elucidam lógicas do contexto a que se refere este artigo.

5 Thatcher governou o Reino Unido de 1979 a 1990, pelo Partido Conservador, enquanto Kohl governou a Alemanha entre 1982 e 1998, pela União Demócrata-Cristã (CDU), e Reagan, pelo Partido Republicano, governou os EUA de 1981 até 1989.

clássicas de lutas sociais travadas entre capital-trabalho. Como coloca Altamira (2006, p. 24), é com o surgimento da “nova ordem pós-industrial” que surgem os chamados novos movimentos sociais. É, portanto, no âmbito das novas mutações da sociedade de capitalismo avançado que os movimentos sociais redimensionam suas agendas e, de certa maneira, se reestruturam. Nesse contexto, as lutas sociais encontraram nas estruturas do Estado - e não *fora* delas - espaços para defesa dos direitos sociais (educação, saúde e previdência, entre outros).

De um ponto de vista mais crítico, Zizek e Daly colocam:

Creio que a ideia de que hoje já não temos uma luta central, e sim uma multiplicidade de lutas, é falsa, porque não devemos esquecer que o terreno para essa multiplicidade de lutas foi criado pelo capitalismo global moderno. [...] O que digo é que a passagem da antiga luta de classes para todas essas lutas pós-modernas, ecológicas, culturais, sexuais etc. foi aberta pelo capitalismo global. A base dessas lutas é a globalização capitalista (2006, p. 185).

Nessa conjuntura, o processo de redemocratização de países latino-americanos, ao final dos anos 1970 e começo dos 1980, possibilitou a retomada da democracia como regime que deveria sustentar um sistema político sintonizado com o aprofundamento e a expansão dos direitos de cidadania.

No Brasil, esses movimentos da sociedade em prol da democratização tomaram forma, por exemplo, com o ressurgimento dos movimentos de base (associações de moradores, comunidades eclesiais e centro populares de cultura, entre outros). No campo da saúde pública e em torno da proposta de construção de um projeto de reforma do sistema sanitário originou-se um campo de lutas sociais e políticas mais amplo, e que exerceu papel fundamental na redemocratização do país e na formulação do direito social e universal à saúde, inscritos na Constituição de 1988 (Paim, 2008; Gerschman, 2004a; Escorel, 2009).

Porém, a tensão entre dois projetos políticos antagônicos - o que apontava para um Estado mínimo e o ressurgimento de contraofensivas da sociedade

civil e dos novos movimentos sociais a esse modelo de Estado - tivera forte impacto na política brasileira. Nesse contexto, segundo Dagnino (2004), proliferaram espaços públicos institucionalizados através dos quais o desenvolvimento social, político e econômico pudesse ser pensado. Tal é o caso dos conselhos de políticas e, dentre eles, especialmente os Conselhos de Saúde, que surgiram no interior das arenas do próprio Estado, colocando-se como espaços públicos de participação paritária nos processos decisórios governamentais. A Lei 8.142, de 1990, regulamentou os Conselhos de Saúde, definindo a paridade de sua composição: 50% de representantes dos usuários; 25% de representantes dos gestores e de prestadores de serviços de saúde; e 25% de representantes dos profissionais.

A perspectiva por nós adotada neste trabalho é conceitual e analítica, apontando para uma série de delineamentos necessários acerca da dinâmica da categoria espaços públicos institucionalizados no Brasil a partir da redemocratização. Acompanhando a ideia da existência de projetos políticos antagônicos - o do neoliberalismo e o da mobilização societária -, procura-se mostrar como os Conselhos de Saúde poderiam funcionar como um canal de efetivação das demandas sociais por direitos.

Tal como definido na Constituição de 1988, os Conselhos de Saúde podem ser entendidos como espaços públicos que funcionam no interior da estrutura do poder executivo, sendo as cadeiras divididas paritariamente entre uma pluralidade de atores.⁶ Porém, a paridade é um requisito meramente formal, e não explicaria, *per se*, como os atores marcam presença efetiva da sociedade na deliberação das políticas de saúde.

Nas partes seguintes do artigo tratamos de estabelecer as diferenças existentes entre dois arranjos participativos - os novos movimentos sociais e a representação de interesses corporativos - no que se refere à construção de sujeitos políticos e na aproximação que propiciam nas relações entre sociedade e Estado. Tencionamos explicitar como esses dois tipos de arranjos participativos con-

6 Para mais informações, ver a Resolução 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde. Nela são definidas as formas através das quais os Conselhos de Saúde devem estruturar seus assentos/cadeiras de forma paritária (Brasil, 2003).

figuraram importantes eixos de reflexão sobre a participação societal nos conselhos de políticas. Ao mesmo tempo problematizamos o alcance explicativo dessas categorias frente ao caso dos Conselhos de Saúde. Em seguida, analisamos a configuração dos Conselhos de Saúde e as distintas formas de institucionalização da representação de diferentes atores em seus espaços de deliberação. Finalmente, as considerações finais apontam para a atuação dos Conselhos de Saúde à luz da participação social tal como analisada ao longo deste trabalho.

Os “novos movimentos sociais” e os dilemas da participação

O paradigma dos movimentos sociais modernos se estabelece na oposição ao corte teórico de análise da lógica da ação coletiva. Na perspectiva dos teóricos da ação coletiva, grupos de pressão se formam no intuito de agir dentro da esfera estatal defendendo seus próprios interesses. Assim, o ator social é caracterizado como um calculador dos próprios interesses e sua motivação para qualquer forma de ação coletiva estaria, portanto, baseada no cálculo racional de custo-benefício. Nessa linha, segundo Olson,

A ideia de que os grupos sempre agem para promover seus interesses é supostamente baseada na premissa de que, na verdade, os membros de um grupo agem por interesse pessoal, individual. Se os indivíduos integrantes de um grupo altruisticamente desprezassem seu bem-estar pessoal não seria muito provável que em coletividade eles se dedicassem a lutar por algum egoístico objetivo comum ou grupal (1999, p. 13-14)

Ao contrário, no paradigma dos movimentos sociais tem-se o reconhecimento de uma esfera antagônica dos interesses puramente individualistas e instrumentais. Além de seu foco de atuação centrar-se fora da esfera estatal, a sustentação do confronto político se estabelece na delimitação de objetivos comuns e na “[...] formação de identidades coletivas” (Tarrow, 2009, p. 23).

Assim, a ação coletiva não se constitui enquanto movimento social *per se*. Na verdade, como nos esclarece Touraine (1980), o sistema de ação coletiva funciona como uma predisposição para a consti-

tuição de um movimento social. Esses questionam os modelos sociopolítico, econômico e cultural justamente quando eles estão em crise ou quando há desgastes nas relações entre Estado e sociedade. É quando as organizações (políticas) tornam-se impermeáveis às demandas sociais, quando se tornam incapazes de responder às necessidades da sociedade que se abrem frentes para a formação dos movimentos sociais.

Nesse sentido, enquanto o sistema de ação coletiva se organiza sob a forma de ação reivindicatória *dentro* do modelo político vigente (tal como nos modelos de corporativismos), os movimentos sociais agem *fora* deste, de forma que possam colocar em xeque o sistema organizacional. Apesar de se complementarem, a ação coletiva deve ser entendida enquanto um embrião do movimento social. Para Melucci (1985), os espaços em que o conflito social se estabelece podem ser considerados terrenos abertos a mudanças; estão, assim como a formação de movimentos sociais, sempre “latentes” na sociedade. Para esse autor, a latência desses espaços de conflito, nos quais podem proliferar os movimentos sociais, é independente das instituições de governo e do sistema partidário. Assim, para Melucci, a possibilidade de pontos de conexão entre instituições políticas e demandas coletivas se estabelece no reconhecimento do conflito como condição necessária das democracias contemporâneas.

Esses espaços de lutas sociais, entre os anos 1960 e 1980, formaram os eixos através dos quais se mobilizou boa parte dos atores constituintes do movimento sanitário brasileiro. Na verdade, enquanto formação em torno de um projeto de identidade coletiva, o movimento social em saúde ressaltou a necessidade de se destacar o sujeito político como ator das mudanças necessárias à realização de uma reforma social por meio da relação entre a questão do direito à saúde e a democratização da sociedade (Paim, 2008). É nesse último aspecto que ressaltamos a seguir as perspectivas de alguns autores alinhados com as novas teorias dos movimentos sociais (Gohn, 2008b).

Apesar do paradigma clássico dos movimentos sociais ser ressaltado como fundamental, ele deixa entrever algumas condições necessárias para sua sustentação enquanto eixo de mobilização social,

que não passou negligenciada pelos autores que se alinharam ao paradigma dos novos movimentos sociais. Um dos eixos de reflexão acerca desses novos movimentos diz respeito ao fato de que, atualmente, os atores sociais não mais se articulam *fora* do sistema político; ao contrário, uma das características mais marcantes da sociedade capitalista avançada é o fato de os atores desses movimentos atuarem *dentro* das estruturas de Estado, colocando em xeque não mais o sistema como um todo, mas as partes integrantes da construção de uma determinada política - caso, por exemplo, do setor saúde.

Talvez as características mais marcantes dos novos movimentos sociais, que os diferenciam tanto da perspectiva da ação coletiva quanto de algumas abordagens clássicas dos movimentos sociais, sejam o reconhecimento e a ênfase nas práticas culturais singulares, nas lutas sociais cotidianas e no papel da formação de solidariedade entre os indivíduos. A ênfase de vários autores dessa corrente (Touraine, 1984; Laclau, 1986; Cohen e Arato, 2001) é na construção de identidades coletivas (ou de vínculos de solidariedade entre os indivíduos) e na formação do sujeito político. Essas novas agendas se multiplicaram entre os anos 1960 e 1990, quando houve uma maior pluralização das demandas por direitos civis, políticos e sociais, canalizadas por diferentes atores sociais: mulheres, negros, homossexuais e “sem terra”, entre outros.

A singularidade do ator destaca uma diferença fundamental em relação aos movimentos sociais clássicos. Enquanto estes se identificam através de um eixo de luta mais amplo (a relação capital-trabalho), os novos movimentos sociais são difusos, e os motivos de suas reivindicações se aproximam da multiplicidade das questões sociais. A presença do ator nos novos movimentos sociais requer uma identificação daquele com determinados valores culturais do seu grupo de pertença. A questão da formação de identidades singulares, conforme coloca Pizzorno (1975), envolve “demandas inegociáveis” que permitem aos novos movimentos sociais manterem sua autonomia reivindicatória e se expressarem politicamente. Esse é o caso, por exemplo, das pessoas portadoras de necessidades especiais.

Nesse sentido, para Laclau (1986), a formação do “sujeito político” no paradigma dos novos movimen-

tos sociais refere-se à (1) diversificação das lutas e reivindicações sociais em que (2) cada posição de sujeito ocupa “locais diferentes no interior de uma estrutura” (p. 41). Esses conjuntos de posições diferenciadas das reivindicações sociais se estruturam na forma de “discursos”. As formações discursivas, para Laclau, permitem abordar o “[...] agente social como uma pluralidade, dependente das várias posições de sujeito, através das quais o indivíduo é constituído, no âmbito de várias formações discursivas” (1986, p. 41-43).

Aqui o conceito de sociedade civil exposto por autores que vêm trabalhando o tema dos novos movimentos sociais se torna fundamental. Cohen e Arato (2001) fazem uma defesa enfática da sociedade civil enquanto “procedimento”. Os autores afirmam que são justamente as diferentes formas de ação coletiva surgidas no tecido social que podem dar sustentação a uma ampla mobilização autônoma de atores sociais, constituindo, assim, “[...] o elemento dinâmico em processos que poderiam converter em realidade os potenciais positivos das sociedades civis modernas” (p. 556, tradução nossa). É desse fato, de acordo com Cohen e Arato, que a conduta “não institucional-coletiva” passa de ação espontânea de uma multidão para a formação de públicos que reivindicam seus direitos na esfera pública.

Ou seja, os autores do paradigma dos novos movimentos sociais colocam e demarcam a importância do “sujeito político” na formação, na dinâmica e no processo das lutas e dos modos de mobilização contemporâneos (Gohn, 2008a). Ressaltam, ainda, a diferenciação dessa forma de ação coletiva das de corte neocorporativista, que procuram definir a política enquanto espaço de concertação (ou pacto social).

Corporativismo, corporativismos

À diferença dos movimentos sociais, nas abordagens corporativistas os formatos institucionais criados a partir dos espaços públicos (como os conselhos de políticas) aparecem enquanto uma construção do Estado. O “sujeito político” nessa perspectiva é determinado *ex ante*, ou seja, é identificado pelos grupos de interesse (ou pressão) a que pertence. A forma organizacional desses espaços, via de regra,

possui características extremamente rígidas: há um número limitado de categorias singulares inseridas no sistema ou aparato estatal (empresariado e sindicatos, por exemplo); o caráter da participação é compulsório (de que é exemplo a estruturação do corporativismo no varguismo)⁷; a estrutura organizacional do sistema de representação está hierarquicamente ordenada; a natureza dos interesses representados é funcionalmente diferenciada.

Nesse sentido, o corporativismo é apenas uma das formas pelas quais diferentes grupos de interesse se capilarizam no interior do Estado, não se constituindo como um substituto para qualquer tipo de ordem política (Guimarães, 1977). Segundo Offe (1995, p. 242-243), “[...] os sistemas políticos podem ser mais ou menos corporativistas, estar mais ou menos adiantados no processo de corporativização”; sendo assim, não indicam uma situação, mas um eixo estratégico de ação dos atores estatais. Nessa perspectiva, de acordo com Schmitter (1998), a forma de relacionamento entre Estado e sociedade pauta-se na separação entre dois tipos de corporativismos: o “estatal” e o “societal”. Enquanto no primeiro tipo há a cooptação dos interesses, ou a intermediação destes pelo Estado, sem a incorporação da participação da sociedade civil organizada, o segundo aponta para o modo como o Estado institucionaliza, em suas esferas de deliberação, a participação da sociedade civil organizada. De qualquer forma, o corporativismo se refere, em última instância, a um constructo estatal que implica “arranjos setoriais” de representação dos interesses (Stepan, 1980). No caso da formação dos Conselhos de Saúde e da canalização da participação societária nas arenas de decisão política, atuariam *pari passu* as novas configurações dos atores dos movimentos sociais e os formatos neocorporativos.

Em torno dessa perspectiva, Ribeiro (1997) assinala que o “novo corporativismo” se caracterizaria pelo reforço do papel do Estado na estruturação dos “[...] interlocutores societários, conferindo a eles certa margem de acesso a decisões alocativas, em troca do seguimento a determinadas normas de conduta por parte dos grupos de interesse” (p. 84). De outra parte,

Côrtes e Gugliano (2010) afirmam que os conselhos “são altamente institucionalizados”, produzindo uma linha de trabalho que, em última instância, hierarquiza-se em função das ações do gestor. Gerschman (2004b) traduz essas transformações, analisando o papel político dos conselheiros da sociedade:

[...] os conselheiros representantes da sociedade nos Conselhos perderam a base política de sustentação sobre a qual tinha se forjado a identidade e a mobilização política características do movimento popular em saúde. Cabe então se perguntar: qual o papel político dos Conselhos? (2004b, p. 1673).

A perspectiva adotada por esses autores ressalta a importância dos arranjos neocorporativos construídos nas próprias arenas deliberativas dos Conselhos de Saúde. Em outro registro, como apontado por Labra (2008), a “dimensão associativa” presente na proposta de participação de representantes da sociedade nesses conselhos enfrenta desafios referentes a “[...] importantes distorções na relação entre conselheiro, associação que representa e comunidade usuária” (p. 108-109). Ao princípio “comunitário” – base da solidariedade espontânea – se superporia os princípios da “concertação organizacional” dos interesses, como se verá a seguir no gráfico 1 que ilustra o trabalho de Streeck e Schmitter (1985). Ou seja, a dinâmica da participação social nos Conselhos de Saúde poderia estar gerando o controle do processo decisório ao nível da gestão, sendo para tanto o espaço conselheiro mero meio de homologação das agendas de políticas propostas pelo nível do poder executivo. Nesse sentido, Coelho (2007) ressalta a problemática da “exclusão” de atores que não se incluem nas “redes sociopolíticas”. Assim, a figura dos “competidores” – fundamental na construção de um processo político democrático – estaria sendo substituída pela dos “aliados”.

Desse modo, a abordagem neocorporativista não permite indicar, necessariamente, tendências quanto ao maior ou menor grau de democratização de um regime político. Essas perspectivas apenas permitem ilações sobre as disposições dos atores dentro das arenas estatais. De resto, essa abordagem

7 Pode ser citado o estudo de Santos (1979).

nos permite olhar para uma das possibilidades de modos de regulação do conflito social e/ou político (Cawson, 1986).

Através de uma abordagem mais aprofundada, Streeck e Schmitter (1985) sugerem quatros modos

distintos de regulação do conflito político e/ou social distinguidos, a saber: comunidade, mercado, Estado e associações. Cada um deles está associado a um princípio-guia, que se reflete na tônica do mecanismo regulativo:

Gráfico 1 - Quatro modos de regulação do conflito e princípios-guia

Instituição		Princípio-Guia
Comunidade	←————→	Solidariedade espontânea
Mercado econômico/político	←————→	Concorrência dispersa
Estado/burocracia	←————→	Controle hierárquico
Associações de interesse	←————→	Concertação organizacional

Fonte: Labra (1999, p. 135)

Por meio da mistura dos quatro modos de regulação do conflito social e/ou político a ordem social poderia se estabelecer; mas, cada um deles conduz a uma resposta diferente sobre a questão das relações entre Estado e sociedade. Talvez, entre a perspectiva do modelo de regulação baseado na “ordem comunitária” e no “associativo”, possamos apreender uma diferença entre as abordagens dos novos movimentos sociais (mais próximos do modelo comunitário) das de corte neocorporativista (mais próximos do segundo modelo, associativo) (Streeck e Schmitter, 1985).

O modelo neocorporativo se diferencia em inúmeros aspectos do modelo “comunitário”. Entre outras características, a ênfase do neocorporativismo estabelece que: (1) o objetivo definido é o arranjo dos grupos de interesses através da participação formal destes nas esferas de decisão; (2) a lógica da ação coletiva induz à moderação (ou equilíbrio) entre os grupos de interesse e, portanto, leva ao estabelecimento de pactos estáveis; e, finalmente, (3) os grupos de interesse visam o reconhecimento do status público, concedido pelo Estado (Offe, 1995). A diferença mais evidente com o modelo de movi-

mentos sociais é que neste os objetivos-guia são: (1) o reconhecimento da mobilização societária que está na base dos direitos de cidadania; e, (2) a política do reconhecimento, por parte do Estado, da pluralidade de movimentos e das questões sociais colocadas.

Em que pesem críticas ao modelo corporativista, e tendo em vista o campo da saúde pública no Brasil, vários autores fizeram menção ao esvaziamento dos espaços públicos de participação, numa via de centralização burocrática e hierarquização dos processos decisórios referentes às políticas sociais (Fleury, 1994). Não somente em termos de participação e mobilização societária, mas também no que se refere às escolhas dos modelos de assistência à saúde, desde a Constituição de 1988, em que o *mix* público-privado repercutiu nos movimentos sociais em saúde (Gerschman, 2004a).

Assim, afastam-se dois tipos de atores que se empenharam na luta pela reforma sanitária como via da democratização da sociedade: o “movimento sanitário” e os “movimentos populares” (Escorel, 2009). De fato, se desintegram enquanto movimentos sociopolíticos, ou seja, desaparecem as referências de luta no interior dos Conselhos de Saúde.

Finalmente, acompanhando a discussão teórica empreendida, estamos em condições de realizar uma caracterização mais precisa da atuação dos Conselhos de Saúde. A conjuntura dos últimos quinze anos coloca os conselhos mais próximos de uma atuação neocorporativa de representação de interesses de seus representantes do que de práticas de participação societária e exercício do controle social do SUS. Embora seja cedo para afirmar que esse processo sociopolítico se tornou expressão de práticas neocorporativas, considerando o distanciamento dos conselheiros da sua base social e comunitária, pode ser afirmada uma clara tendência nesse sentido. A reflexão teórica assumida por este trabalho é reveladora da atuação dos Conselhos de Saúde no percurso do novo século. Consequentemente, nos oferece ferramentas de significativa importância para perceber a diversidade de estratégias mobilizadas por distintos atores nos conselhos.

As abordagens teóricas apresentadas serão, a seguir, colocadas diante do caso dos Conselhos de Saúde - entendidos enquanto conselhos de políticas - no intuito de delimitar: primeiro, a importância atribuída pelos conselhos à participação democrática e formação do sujeito político; e, em segundo lugar, associar essa perspectiva aos paradigmas teóricos, ora das teorias dos novos movimentos sociais, ora das abordagens do neocorporativismo.

A singularidade dos Conselhos de Saúde: uma via para a democratização da participação

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 estabeleceu o retorno ao regime democrático, regido por procedimentos que definem o modo representativo e participativo da democracia. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, ao longo do século XX, trouxe para o nível das políticas setoriais importantes avanços no que se refere ao aprofundamento da democracia participativa. O contexto histórico-político de desenvolvimento das lutas pela reforma sanitária brasileira (RSB) e dos Conselhos de Saúde

(CS), instituídos por lei com o objetivo de atuar nas discussões e definições sobre as políticas de saúde, são aspectos que matizam esse dilema e avançam na proposta de democratização fundamental.

A trajetória da RSB, a partir da década de 1980, possibilitou a articulação de inúmeras demandas para o desenvolvimento ampliado e universal da saúde como componente constitucional da seguridade social. Disso decorre que a gestão da saúde pôde pautar-se na direção, entre outros aspectos, de adensamento dos aspectos modernizadores do sistema de saúde (por exemplo, a integralidade de ações e serviços) e fortalecimento do caráter e das relações interfederativas (ações intergestores, compartilhadas), além da inclusão da participação da sociedade - em caráter rotativo, mas permanente e paritário - nas esferas de deliberação (como é o caso dos CS).

Muito embora esses aspectos de caráter macroestrutural sejam extremamente relevantes para o entendimento dos avanços políticos e sociais do país, diversos aspectos ligados à dinâmica interna das “regras do jogo” político (Immergut, 1996) devem ser ressaltados. Entre eles, que os atores realizam escolhas institucionais baseando-se no contexto histórico-político e nas regras institucionais, estabelecidas por regimentos internos⁸, através das quais optam por trajetórias baseadas nos interesses do Estado ou de determinados grupos de interesse ou, ainda, nas plataformas e/ou demandas dos movimentos sociais. Esses aspectos esboçam uma trajetória em que o conflito entre atores e agendas tem um papel central em termos de avanços e retrocessos do SUS, entendido constitucionalmente como integrante da organização do conjunto da seguridade social brasileira (Brasil, 1988).

Esse é um ponto-chave na compreensão das trajetórias dos Conselhos de Saúde. De acordo com os aportes teóricos levantados acima, e diante das recentes transformações do capitalismo pós-industrial, as formas de mobilização societária se pluralizaram. Assim, os acordos - ou concertações - firmados entre Estado e sociedade são mediados por estratégias nas quais ora podem ser observados

8 No caso dos Conselhos de Saúde (nacional, estaduais ou municipais), a construção de um Regimento Interno é “regra” fundamental para seu funcionamento procedural.

os delineamentos dos movimentos sociais (como no caso de certos atores dos movimentos sociais urbanos), ora deixam entrever a lógica neocorporativista de grupos de interesse (caso de atores da gestão governamental ou mesmo atores prestadores de serviços e de portadores de doenças específicas) (Van Stralen e col., 2006). Mas essa ilação, colocada nesses termos, poderia levar a uma compreensão funcionalista do sistema participativo no setor saúde.

Segundo Guizardi e Cavalcanti (2010), no caso da participação política no SUS, trata-se de considerar o processo de experimentação democrática dos atores com os mecanismos institucionais que possibilitam a “cogestão”. Nesse sentido, trata-se de um processo de construção social da participação como “[...] possibilidade de produzir o novo, e não apenas como controle da execução e fiscalização das normas instituídas” (Guizardi e Cavalcanti, 2010, p. 643).

Assim, os CS, através da Lei 8.142, de 1990, se organizaram enquanto esferas deliberativas da política de saúde, em âmbito nacional, estadual e municipal. A ideia motora foi a de organizar uma arena de debate público entre diferentes atores sociais (gestores governamentais, profissionais de saúde, prestadores de serviços, sindicatos das áreas de saúde, associações de moradores, ONG e movimentos sociais, entre outros). O objetivo foi institucionalizar a participação societária nos canais de definição das políticas de saúde, sendo a sua estrutura de representação paritária. Enquanto passo fundamental do projeto de RSB, os espaços onde se organizam e debatem os conselheiros requerem a identificação dos atores enquanto “sujeitos políticos”.

Nos anos 1980 e 1990, no Brasil, na contramão das políticas de ajuste, “[...] a efetividade dos Conselhos relaciona-se à pressão exercida pelos usuários, movimentos sociais organizados e profissionais de saúde e à maior proximidade da população com as autoridades locais” (Gerschman, 2004a, p. 244). No entanto, a fragmentação das demandas sociais e, consequentemente, dos novos movimentos sociais imprimiu certa paralisia ao movimento popular em saúde (Côrtes, 2009; Côrtes e Gugliano, 2010; Labra, 2006, 2008; Gerschman, 2004a).

Os casos da reforma sanitária e dos Conselhos de Saúde remetem à reflexão de que é preciso observar

o movimento dos atores e como eles se constituem enquanto “sujeitos políticos” que exercem papel singular na estruturação e correlação de forças em jogo. Ou seja, o lugar ocupado pela formação dos CS e a significação do projeto de RSB requerem que os reconheçamos como espaços e/ou lugares políticos abertos a apropriações, interferências, elaboração de concertações etc., na formulação e implementação de agendas para as políticas governamentais.

A questão dos Conselhos de Saúde coloca em xeque não somente a sua capacidade de incorporar atores relevantes que carregam consigo uma pluralidade de demandas fragmentadas, mas também sua própria inserção autônoma nos mecanismos e processos político-democráticos de defesa dos interesses da sociedade (Côrtes e Gugliano, 2010).

Os CS estão referidos a relações Estado/sociedade, expressas pela sua trajetória política desde 1988 até os dias de hoje como outro caminho entre o movimento social e o corporativismo na representação de interesses. Considerando a análise teórico-conceitual efetuada nas partes anteriores deste trabalho e a experiência de organização dos conselhos nos Estados e municípios, pode-se antecipar que a participação social através dos novos movimentos – no caso o movimento social em saúde – desempenhou um papel central na cena política brasileira, de fim dos anos 1970 à década de 1980.

Assim, os CS foram criados pelas instâncias estatais como parte do SUS com definição da participação social paritária (Gerschman, 2004a). Não obstante, a intervenção do Estado deixou sua marca na cultura política brasileira, no que se refere à cooptação de representações conselheiras. Dessa forma, o neocorporativismo, caracterizando-se pela representação de interesse de grupos sociais específicos, acabou tendo um papel dominante.

Considerações finais

A questão da participação, e com ela a relação de proximidade entre os novos movimentos sociais e os canais de deliberação política, tornou-se chave no regime democrático, principalmente após a transição do autoritarismo. No entanto, o ressurgimento da sociedade civil organizada e dos novos movimentos sociais deu-se a partir da rearticulação

dos espaços de defesa dos direitos relacionados à defesa da saúde.

O objetivo central do artigo foi contribuir para um olhar crítico acerca dos modos de participação dos conselhos de políticas no contexto das políticas de saúde. Para isso nos remetemos inicialmente à centralidade conceitual que as teorias sobre movimentos sociais atribuem ao papel de atores, enquanto “sujeitos políticos”, ativos na defesa dos direitos de cidadania.

O papel do Estado foi central na formação dos CS e na organização dos movimentos sociais em saúde em esferas deliberativas da política de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal. Isso significou a construção de espaços públicos institucionalizados e, conseqüentemente, a participação da sociedade nos processos e canais de definição das políticas de saúde.

Na última década do século XX e na primeira do XXI, no Brasil, a reforma sanitária e a atuação dos movimentos sociais enfrentaram desafios na construção de um espaço próprio ao exercício do controle social. A fragmentação das demandas sociais pós-democratização contribuiu, junto com a despolíticação da sociedade, com a paralisia do movimento social em saúde. Apesar dos novos movimentos sociais terem modificado em inúmeros aspectos suas agendas políticas, essas novas demandas encontraram grande dificuldade de penetração na arena política nos governos locais, naturalmente, por parte dos tomadores de decisão (*policy makers*). A retração das políticas sociais acompanha as coordenadas político-econômicas neoliberais, que se tornam hegemônicas e são formuladas por atores mais próximos de arranjos participativos neocorporativos (Côrtes, 2009; Côrtes e Gugliano, 2010; Labra, 2006, 2008; Gerschman, 2004a).

Ao longo do artigo enfatizou-se alguns dos dilemas dos Conselhos de Saúde: altamente institucionalizados, favorecem uma linha de atuação que, no limite, hierarquiza e legitima as ações e resoluções do gestor. Ainda há visões para as quais as transformações que se operaram nos Conselhos de Saúde obedecem ao esvaziamento que se operou no papel político dos conselheiros da sociedade, colocando em xeque a própria “dimensão associativa” desses espaços.

A perspectiva adotada por alguns autores res-

salta a importância dos arranjos neocorporativos construídos nas próprias arenas deliberativas dos conselhos. Com isso não apontam para mecanismos de cooptação dos representantes da sociedade por parte do Estado, mas às formas regulatórias de controle da agenda política por parte dos gestores. Esse é um dos grandes dilemas enfrentados pela democratização da participação social dentro dos Conselhos de Saúde.

Além disso, ressaltou-se que os processos participativos devem levar em consideração a distinção entre os tipos de atores envolvidos no processo; para tanto, cada grupo de atores se refere a distintos “projetos políticos” (Estado, sociedade e mercado) (Côrtes, 2009). De certa forma, os autores alinhados à teoria dos novos movimentos sociais apontam a singularidade do “sujeito político” como um ator social que se diferencia da luta e defesa de interesses particulares.

Mas a institucionalização dos conselhos, em verdade, acabou por representar o legado de tornar-se mais uma estrutura organizativa do próprio Estado. Nesse sentido, os conselhos permaneceram atrelados à sua origem, sem a autonomia que caracterizou o movimento social em saúde no processo de redemocratização e na luta pela saúde enquanto direito social e universal à cidadania.

Colaboração dos autores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

ALTAMIRA, C. *Los marxismos del nuevo siglo*. Buenos Aires: Biblos, 2006.

AROUCA, S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013.

- BOHMAN, J. A democracia deliberativa e seus críticos. *Metapolítica*, Belo Horizonte, v. 4, n. 14, p. 58-75, 2000.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 nov. 2003. Seção 1, p. 57.
- CAWSON, A. *Corporatism and political theory*. New York: Basil Blackwell, 1986.
- COELHO, V. S. P. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 78, p.77-92, jul. 2007.
- COHEN, J.; ARATO, A. *Sociedad civil y teoría política*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 2001.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. *O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- CORTES, S. V. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: _____. (Org.). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-39.
- CORTES, S. V.; GUGLIANO, A. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 12, n. 24, p. 44-75, 2010.
- DAGNINO, E. Confluência perversa, deslocamentos de sentido, crise discursiva. In: GRIMSON, A. (Org.). *La cultura en las crisis latinoamericana*. Buenos Aires: Clacso, 2004. p. 195-216.
- SCOREL, S. *Reviravolta na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- FEDOZZI, L. Democracia participativa, lutas por igualdade e iniquidades da participação. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 204-228.
- FLEURY, S. *Estado sem cidadãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FUKUYAMA, F. *O fim da história e o último homem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.
- GERSCHMAN, S. Democracia, políticas sociais e globalização. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Org.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 53-64.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004a.
- GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004b.
- GOHN, M. G. O paradigma dos novos movimentos sociais. In: _____. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 2008a. p. 121-170.
- GOHN, M. G. *Novas teorias dos movimentos sociais*. São Paulo: Loyola, 2008b.
- GUIMARÃES, C. Empresariado, tipos de capitalismo e ordem política. In: MARTINS, C. E. (Org.). *Estado e capitalismo no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1977. p. 191-204.
- GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 633-645, 2010.
- HIRSCHMAN, A. *Retóricas de la intransigencia*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 2001.
- IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, n. 30, p. 139-165, fev. 1996.

- LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999.
- LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 353-384.
- LABRA, M. E. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 43, p. 106-117, jun. 2008.
- LACLAU, E. Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 41-47, 1986.
- MELUCCI, A. The symbolic challenge of contemporary movements. *Social Research*, New York, v. 52, n. 4, p. 789-816, 1985.
- MOUFFE, C. *O regresso do político*. Lisboa: Gradiva, 1996.
- OFFE, C. A atribuição de status público aos grupos de interesse. In: _____. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 223-268.
- OLSON, M. *A lógica da ação coletiva*. São Paulo: EdUSP, 1999.
- PAIM, J. *Reforma sanitária brasileira*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PIZZORNO, A. Introducción al estudio de la participación política. In: PIZZORNO, A.; KAPLAN, M.; CASTELLS, M. *Participación y cambio social en la problemática contemporánea*. Buenos Aires: Siap-Planteos, 1975. p. 13-75.
- POLANYI, K. *A grande transformação*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.
- SANTOS, W. G. Do laissez-faire repressivo à cidadania em recesso. In: _____. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979. p. 64-75.
- SCHMITTER, P. Continúa el siglo del corporativismo? In: LANZARO, J. (Ed.). *El fin del siglo del corporativismo*. Bogotá: Nueva Sociedad, 1998. p. 69-120.
- STEPAN, A. *Estado, corporativismo e autoritarismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- STREECK, W.; SCHMITTER, P. Community, market, state and associations?: the prospective contribution of interest governance to social order. In: _____. (Ed.). *Private interest government: beyond market and State*. London: Sage, 1985. p. 1-29.
- TARROW, S. *O poder em movimento: movimentos sociais e confronto político*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.
- TOURAINÉ, A. Os movimentos sociais. In: FORACCHI, M. M.; MARTINS, J. S. (Org.). *Sociologia e sociedade*. Rio de Janeiro: LTC, 1980. p. 283-308.
- TOURAINÉ, A. *O retorno do actor*. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.
- VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.
- ZIZEK, S.; DALY, G. Milagres acontecem: globalização(ões) e política. In: _____. *Arriscar o impossível: conversas com Zizek*. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 172-205.

Recebido em: 02/01/2013

Reapresentado em: 05/12/2013

Aprovado em: 15/01/2014