

PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Ilse Gomes Silva¹

RESUMO

O artigo aborda as concepções, perspectivas e dificuldades oriundas da participação popular em espaços conquistados a partir da Constituição Federal de 1988, como os conselhos de saúde. Nesse estudo sobre as relações do Estado com os representantes dos movimentos popular e sindical, distinguem-se os aspectos estruturais que determinam essa relação, dos elementos conjunturais que permitem que se identifiquem as especificidades dessa experiência. A criação de canais de participação política como os Conselhos de Saúde, cuja legislação tem uma aparência progressista, não é suficiente para neutralizar ou superar os mecanismos de dominação do Estado. Considera-se que a participação popular como sinônimo de controle e poder deliberativo nas políticas estatais, com autonomia e perspectiva de construção de um poder popular, conforme era a expectativa dos movimentos popular e sindical dos anos 1980, não se concretizou nas experiências dos anos 1990. Somaram-se ao aspecto institucional as sucessivas mudanças de contextos políticos e teóricos, que, por sua vez, redefiniram o conteúdo da participação popular.

Palavras - chave: Conselhos de Saúde, Participação Popular. Democracia. Políticas Públicas. Estado, Movimentos Sociais.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o final da década de 1970 se constituiu em marco histórico para os estudos sobre a Democracia e a Participação Popular. Nesse período, surgiu uma série de movimentos sociais ou, nas palavras de Sader (1988), «novos personagens entraram em cena», questionando as formas tradicionais de organização e prática política, as estruturas sociais e o regime político do país.

Os movimentos populares² desse momento foram identificados como os “novos movimentos sociais”³ por romperem com a forma de organização e prática política dos movimentos do período populista de 1945. Apresentavam como novidade a politização do cotidiano, num processo de recriação dos espaços públicos. Eram heterogêneos na base social dos sujeitos envolvidos, assim como nas respectivas concepções políticas. Havia diversidade

¹ Professora da Universidade Federal do Maranhão, vinculada ao Departamento de Sociologia e Antropologia e ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Doutora em Ciências Sociais pela PUC/SP.

² Muitos autores brasileiros já publicaram trabalhos acerca dos movimentos sociais, num esforço de conceituação e de compreensão de suas dinâmicas. Sobre os movimentos populares podem-se citar, dentre outros: Ammann (1991), Andrade (1993), Cardoso (1985, 1984, 1985, 1994); Doimo (1995), Gohn (1989, 1991, 1997), Jacobi (1989), Kowarick (1988, 1987), Sader (1988).

³ Embora os movimentos populares tenham sido identificados pela expressão ‘novos movimentos sociais’ numa analogia com os novos movimentos sociais europeus, alguns dos estudos que surgiram a partir da década 1990 alertaram para a necessidade de se fazer as devidas distinções entre as experiências brasileiras e as europeias, visto que possuem especificidades que não podem ser desconsideradas, em razão dos contextos políticos, econômicos e da história diferenciada de luta dos sujeitos políticos. Oportuno consultar SANTOS (1999), SILVA (2001), GOHN (1997), DOIMO (1995).

nas manifestações de luta e nas formas de organização de base. Desenvolveram-se por fora da institucionalidade, reivindicando direitos sociais e a democratização do Estado. Responsabilizavam o Estado autoritário pela situação de precariedade em que viviam, exigindo a participação direta nas decisões que lhes afetavam.

Na luta esses “novos personagens” se constituíram em sujeito coletivo,

no sentido de uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas (SADER, 1988, p. 55).

Nessa mesma década, o movimento sindical volta a se apresentar como importante força política, num processo de ruptura com o sindicalismo atrelado ao Estado, propondo também novas formas de organização interna e manifestações de luta contra o governo militar. O longo processo de luta para reconquistar a direção dos sindicatos sob intervenção do governo militar e exigir o atendimento de suas reivindicações salariais e políticas fortaleceu a luta pela democratização do Estado.

Esse sindicalismo, que surgiu a partir da década de 1970, ficou conhecido como “novo movimento sindical” e as inovações na organização interna e na prática política foram importantes para a criação de uma das principais centrais sindicais da América Latina, a Central Única dos Trabalhadores -CUT⁴, em 1983 e do Partido dos Trabalhadores, em 1980. Também, fatores políticos, econômicos e culturais se entrelaçaram no surgimento dos “novos movimentos sociais”, nomeadamente os movimentos populares, dentre os quais podemos destacar o desencanto com o sistema de representação político-partidário do governo militar, a insatisfação com as políticas estatais e os efeitos da crise econômica na capacidade do Estado capitalista em manter todos os “cidadãos” incluídos no mercado de trabalho.

Para os interesses do nosso trabalho, pode-se destacar que as experiências desses “novos movimentos sociais” foram fundamentais para o alargamento da concepção de participação política para além do sistema eleitoral. Doimo caracteriza essa experiência de “participação movimentalista” em oposição a “participação institucional” pautada na lógica racional-competitiva. A “participação movimentalista se orienta pela lógica consensual solidarística, mais apropriada às necessidades de mobilização e de pressão. A representação é definida por regras não universalistas, mas valorativas e particulares, o que dificulta a interlocução com o Estado e os tornam “vulneráveis ao agenciamento de grupos e instituições fundamentados em valores morais e culturais estranhos ao mundo da política” (DOIMO, 1995, p. 221).

Esse tipo de participação apresentou contradições, oscilando entre a postura antiinstitucional, a defesa do estatismo e o namoro com o mercado, de modo que podemos observar que

a) ora o Estado é contestado em razão das dificuldades de acesso ao sistema de decisões, ora é legitimado porque dele se espera função provedora; b) ora a acumulação privada e o mercado são contestados por seu perfil excludente, ora são

⁴ Representando diferentes correntes políticas presentes no sindicalismo brasileiro, surgiu em 1985 a Central Geral dos Trabalhadores ou CGT; e em 1991, a Força Sindical.

requeridos para que irriguem o fundo público, do qual dependem para o atendimento de suas carências (DOIMO, 1995, p. 62).

A autora demonstra que o contexto político é fundamental na definição da prática política dos movimentos populares. Em contextos democráticos há uma tendência de apresentarem uma “face integrativo-corporativa pela qual se buscam conquistar maiores níveis de integração social pelo acesso a bens e serviços, não sem disputas intergrupos e a interpelação direta aos oponentes”, enquanto em sistemas políticos autoritários se expressa a “face expressivo - disruptiva, pela qual se manifestam valores morais ou apelos ético - políticos tendentes a deslegitimar a autoridade pública e a estabelecer fronteiras intergrupos” (DOIMO, 1995, p. 69). Essa dupla face aparece como contradições da trajetória político - organizativa dos movimentos populares.

Os novos movimentos sociais, ao mesmo tempo em que se apresentaram como importante força política no processo de democratização do país, provocaram polêmicas no meio acadêmico. A polemica no campo teórico-metodológico ocorreu sobretudo em torno da conceituação da categoria movimento social, da identificação da base social, da caracterização de sua prática política em relação ao Estado e do seu potencial de luta e ruptura com o sistema capitalista.

A partir de meados da década de 1980 a maioria dos movimentos populares se integrou à dinâmica do processo de transição da ditadura militar para um governo civil, perdendo parte da radicalidade de suas manifestações contra o Estado. Enquanto no início de sua trajetória organizativa ensejaram críticas à institucionalidade, requerendo autonomia frente ao Estado e aos partidos, a partir do governo da Nova República (1985) foram eles incorporados ao aparelho estatal.

Na academia, essa mudança de rumo estimulou ainda mais as polarizações nas matrizes interpretativas dos movimentos populares. Até o início dos anos 1980 as análises se referenciaram, principalmente, na teoria marxista, realçando a autonomia dos movimentos populares frente ao Estado, as contradições sociais que determinavam o seu surgimento e o papel transformador desses movimentos. No decorrer da década de 1980 se inicia uma crítica ao paradigma marxista em um processo de valorização do viés culturalista e institucionalista. Na década de 1990, mesmo permanecendo a polêmica teórico-metodológica, os estudos apontaram que a maior novidade desses movimentos foi “se originarem fora da esfera produtiva e dos canais convencionais de mediação política, em espaços fortemente marcados por carências referidas ao vertiginoso crescimento e crise do Estado capitalista” (DOIMO, 1995, p. 50).

Acrescentaríamos que, a despeito de se originarem fora da esfera produtiva, esses movimentos populares mantinham estreita relação com ela. Podemos recorrer a uma rica produção teórica que destaca o papel do Estado na viabilização das condições de acumulação do capital e da reprodução da força de trabalho. Essas “carências” são decorrentes de políticas estatais que não atingem os interesses imediatos das classes populares e estão muito mais voltadas para a reprodução do processo de acumulação. (OFFE, 1984; ALMEIDA, 1996; ALVES, 1984; ANTUNES, 1999; ANDERSON, 1995).

Enquanto a década de 1980 foi palco da reorganização dos movimentos popular e sindical, a de 1990 não se apresenta muito favorável a esses movimentos. A crise econômica e os novos processos de trabalho aumentaram as estatísticas do desemprego enfraquecendo o movimento sindical, que entra na defensiva diante das políticas neoliberais e, em alguns casos, passa até a apoiar a implementação dessas políticas. No que se refere ao (s) movimento (s) popular(es), embora em 1991 tenha sido criada a Central dos Movimentos Populares (CMP) e as péssimas condições de vida não tenham sido amenizadas, as manifestações populares são redefinidas, se aproximando-se da forma de campanhas cujos principais protagonistas são as ONGS. Priorizam-se as questões de caráter ético-moral e de solidariedade individual, em que a sociedade civil é convocada para assumir responsabilidades e buscar alternativas à pobreza, à violência, à corrupção, etc. (GOHN, 1997)⁵.

Cumprir-se destacar-se que escapa dessa tendência o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). O MST tem se constituído como único movimento político que consegue mobilizar parte significativa dos explorados brasileiros para lutar pela reforma agrária e contra as políticas neoliberais.

O MST conseguiu avanços significativos numa conjuntura de refluxo das lutas sociais por ter conseguido inserir profundamente sua ação no questionamento da lógica espacial do capitalismo brasileiro. Sua constituição representa, sob vários aspectos, a construção e a conquista de um espaço de socialização política, de elaboração de um projeto societário alternativo ao projeto hegemônico (ALMEIDA; SÁNCHEZ 1998, p. 88).

2 OS MOVIMENTOS SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE.

Os movimentos sociais na área da saúde surgiram no final da década de 1970, principalmente em São Paulo, como parte constitutiva dos “novos movimentos sociais”. Dentre eles, podemos destacar os movimentos populares em saúde, que se originaram nos bairros da periferia, motivados pela ausência de serviços básicos de saneamento e saúde e o movimento médico, de caráter sindical e técnico-científico, preocupado com a precariedade do exercício profissional e dos serviços de saúde. Apesar das muitas diferenciações quanto à composição, formas de luta e problematização da questão, esses movimentos possuíam como elemento de unificação a crítica às condições de saúde e a necessidade de democratização do país (GRESCHMAN, 1995; COUTINHO, 1996, SILVA, 2001).

Na opinião de Greschman (1995), esses movimentos atravessaram três fases distintas. A primeira, definida como “reivindicativa”, foi caracterizada por exigências pontuais e por responsabilizar o Estado pela ausência dos serviços, creditando-se às mobilizações um grande poder de resolução dos respectivos problemas. No segundo momento, considerado de

⁵ São expressões dessas mobilizações populares o Movimento Ética na Política, a Ação da Cidadania contra a Miséria e pela Vida e o Movimento Viva Rio.

“politização”, percebe-se que não basta apenas pressionar o Estado por serviços, mas é necessário participar do processo decisório das políticas, ampliar o movimento para além do bairro e unificar a intervenção política. A terceira fase foi definida como de “acesso a formas orgânicas de política” ou de “institucionalização”, coincidindo com o momento em que é formada a Plenária Nacional de Saúde. Até 1986, o movimento teve um percurso ascendente de mobilização, declinando em seguida com a perda das expectativas frente à Nova República (GRESCHMAN, 1995).

A unificação do movimento ocorreu no espaço de organização do Movimento Sanitário no final de 1970, a partir da crítica à concepção hegemônica do processo saúde/doença, ao sistema de saúde e ao regime autoritário. Embora inicialmente tenha tido uma composição majoritariamente de profissionais da saúde, com o avançar da luta foi tomando nova configuração, ao incorporar os setores populares dos movimentos pela saúde da periferia. Deste modo, a mobilização de maior destaque do Movimento Sanitário foi a luta pela Reforma Sanitária, em cujo escopo estava incluída a democratização do sistema de saúde através da descentralização e da participação da sociedade em todas as etapas do processo de elaboração da política de saúde. Em contraposição ao projeto neoliberal, apontava-se para a necessidade de alterar a predominância dos mecanismos de mercado na determinação das políticas de saúde.

Nesse processo de luta foram utilizadas diversas formas de mobilização como greves, passeatas e a organização de plenárias de saúde nas unidades subnacionais, através das quais se unificou a participação na Constituinte, em 1986, transformando a luta pela saúde pública e gratuita em uma questão nacional e articulada aos problemas estruturais da sociedade brasileira (DÂMASO, 1989; GRESCHMAN 1995; COUTINHO, 1996; SILVA, 1996 e 2001).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), os debates em torno da participação de representantes das classes populares nos centros decisórios da política de saúde percorreram toda a pauta dos trabalhos. Com efeito, a VIII CNS expressou o avanço do processo organizativo e a capacidade de intervenção do Movimento Sanitário, visto que, pela primeira vez, as classes populares garantiram, na luta, a participação em um evento convocado pelo Executivo para discutir as diretrizes da política de saúde. Também, a maciça participação das entidades ligadas ao Movimento Sanitário criou as condições para que a proposta de saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como a criação dos conselhos de saúde com caráter deliberativo e composição paritária, hegemonizasse a conferência e alcançasse o respaldo social e político. A partir daí, foi possível unificar uma estratégia de ampliação do debate e de mobilização, no sentido de acumular forças para viabilizar a proposta de criação do Sistema Único de Saúde. (VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987; SILVA, 1996).

Um dos mais importantes resultados da VIII Conferência foi a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária, composto por representantes dos mais variados movimentos sociais da saúde, inclusive os representantes da medicina privada. Os seus objetivos foram a unificação de todos os setores ligados a questão da saúde, com o intuito de apresentar uma proposta única de modelo de sistema de saúde à Constituinte e estabelecer os contatos institucionais para a implantação da Reforma Sanitária.

Em decorrência dos impasses criados pelas ações do Governo Federal, a arena de embate da luta pela Reforma Sanitária foi deslocada da esfera do Executivo para o Legislativo, na medida em que se passou a privilegiar as intervenções na Constituinte de 1986. Os esforços do Movimento Sanitário e os respectivos embates com o setor privatista resultaram na inscrição do Sistema Único de Saúde no texto constitucional de 1988, com a previsão da “participação da comunidade” na gestão, para ser efetivada através dos Conselhos de Saúde do SUS e das Conferências de Saúde, sendo posteriormente regulamentados pela Lei 8.142/90.

O modelo de participação inscrito na Constituição Federal de 1988, a despeito de representar uma vitória, não significa que tenha contemplado todas as expectativas do movimento social de saúde dessa época. Vale resgatar que os movimentos sociais que se organizaram no final da década de 1970 tinham como bandeira a autonomia frente ao Estado e a participação figurava como uma alternativa de pressão, fiscalização, controle e deliberação nas políticas estatais. Ao ser institucionalizada, a bandeira de participação foi modificada, as sumindo conteúdo ideológico essencialmente burguês. Esse é um processo através do qual ocorre

a ‘recuperação’ pelo Estado capitalista, de elementos da luta dos dominados, elementos que, desta forma, são depurados de seus aspectos antagonísticos, inseridos na lógica política do homogêneo’ e articulados à matriz ideológica dominante, a qual nesse processo se redefine (ALMEIDA, 1995, p. 65).

Em outras palavras, a ideologia dominante, sob as imposições da luta de classes, imprimiu novo conteúdo à bandeira de participação originada no seio das classes populares.

Do ponto de vista dos representantes dos movimentos sociais da área da saúde, a defesa do Sistema Único de Saúde representou, institucionalmente, uma tentativa em busca dos meios necessários para a recuperação do setor público voltado para a construção de melhores condições de vida, apesar das limitações legais e da ação das classes dominantes. O Sistema Único de Saúde tem como princípios a unificação, a descentralização, a hierarquização e a “participação da comunidade” na definição da política de saúde em cada esfera da federação. Com esse sistema pretendeu-se criar as condições para as mudanças no que diz respeito às práticas sanitárias, às relações profissionais, às relações médico/paciente e às relações com o setor privado.

No que concerne aos conselhos de saúde, eles são instâncias do Executivo, com caráter permanente e deliberativo, onde estão representados os segmentos dos gestores públicos e privados, trabalhadores da saúde e usuários. Não são, portanto, homogêneos quanto à representação de interesses, embora tenham sido concebidos para serem espaços de institucionalização, organização e delimitação dos conflitos, com vistas a se estabelecer um consenso em tomo da política de saúde.

Os conselhos de saúde são instâncias resultantes do processo de embate e negociação entre os diversos sujeitos sociais para a construção de uma política de saúde. Constituíram-se num dos pilares sobre os quais foi edificada a nova relação entre Estado e classes populares, como instância de materialização de uma parceria criada para definir, executar e controlar a política de saúde. Entretanto, essa configuração dos conselhos permite que o Estado repasse para as classes populares grande parte da responsabilidade pelos

serviços oferecidos, retirando-se, assim, do centro das pressões políticas pela melhoria dos respectivos serviços. Essa estratégia criou as condições para que, no final da década de 1990, a retirada do Estado da prestação de serviços básicos de saúde não sofresse uma resistência maior.

O processo de criação dos conselhos deslanchou a partir de 1991, principalmente após a XIX Conferência Nacional de Saúde em 1993, momento em que os movimentos popular e sindical exigiram do Ministério da Saúde medidas para acelerar a formação dos conselhos e a municipalização em todo o país. Contudo, o fator determinante nesse processo foi a necessidade de recursos financeiros para o funcionamento do sistema de saúde nos estados e nos municípios, uma vez que a criação dos conselhos se constitui em pré-requisito para que ocorra as transferências de recursos entre as esferas administrativas.

De acordo com os dados apresentados no II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, em 1998, pelo Conselho Nacional de Saúde, existiam 27 conselhos estaduais de saúde com aproximadamente 600 participantes e 3.000 conselhos municipais com cerca de 45.000 integrantes. Portanto, em todo o país, eram aproximadamente 45.632 conselheiros, sem computar os suplentes. Atualmente, em todos os estados e municípios brasileiros existem conselhos de saúde. Outrossim, o diagnóstico do funcionamento dos conselhos municipais, resultante desses estudos e dos documentos oficiais, demonstra que, na maioria das vezes, sofrem dos mesmos problemas, indicando que não se trata de uma prática política localizada, mas estrutural das relações entre o Estado e as classes sociais.

Dentre esses problemas, os principais são a formação dos conselhos nos gabinetes dos prefeitos; a falta de transparência na distribuição de recursos, posto que o orçamento da saúde não é apresentado no plenário do conselho ou quando o apresentam é numa linguagem técnica que dificulta o entendimento dos conselheiros; a falta de verbas e de infraestrutura para o seu funcionamento. Os pontos da pauta tratam, na maioria das vezes, de questões administrativas e dificilmente se delibera sobre eles; o processo decisório é dependente da vontade do Secretário, bem como a agenda de discussão; nem todo conselheiro tem acesso as informações sobre a política de saúde; falta de mecanismos de intercâmbio com a população. Esses problemas se repetem, ano após ano, de tal forma que fazem parte das recomendações ou deliberações de conferências nacionais, estaduais e municipais, bem como dos encontros de conselheiros (SILVA, 1996; SILVA, 1996; COUTINHO, 1996; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996; CONSELHO NACIONAL SAÚDE, 1998; FONSECA, 2000).

Embora concordemos com o diagnóstico, alguns desses estudos apresentam uma fragilidade analítica ao atribuir somente à conjuntura local os limites impostos à atuação dos conselhos ou às tentativas de mudanças na política de saúde. Da mesma forma, associam as debilidades da intervenção dos representantes dos “usuários” à falta de “capacitação técnica” sobre a política de saúde e ao seu papel de conselheiro. Esses elementos, embora se apresentem como conjunturais, são manifestações do modo estrutural como são edificadas as relações entre o Estado e as classes sociais no sistema capitalista. É claro que a conjuntura local pode apresentá-los com outras cores ou concorrer para limitar o alcance da ação do conselho, mas não é determinante, embora possa ser dominante.

O caráter deliberativo dos conselhos de saúde é, constantemente, questionado pela prática do governante. Segundo a Lei 8.142, artigo 1, § 2, o conselho de saúde é uma instância colegiada “em caráter permanente e deliberativo [...], atua na formulação de estratégias e no controle da execução de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”. Entretanto, essa exigência da homologação pelo “chefe do poder constituído” torna o caráter deliberativo do conselho dependente da vontade política do governante.⁶

Nos casos em que se garante a criação dos conselhos a partir de uma ampla discussão e a composição resultante é favorável aos movimentos popular e sindical, frequentemente, são introduzidas no regimento interno medidas para democratizar as relações entre os diversos segmentos. Por exemplo: a autonomia das entidades em determinar a escolha de seus representantes; a exigência das reuniões serem públicas; a paridade em qualquer comissão; o acesso às informações; a divulgação das deliberações; o plenário como instância de deliberação e a necessidade de infraestrutura para o funcionamento dos respectivos conselhos.

Todavia, a divisão de competências entre as esferas nacional, estadual e municipal, conforme está definido na legislação, estabelece o grau de flexibilidade que a política de saúde pode suportar em cada nível administrativo. Os esforços de democratização da política de saúde encontram-se, assim, fragmentados e diluídos pelos diversos conselhos, sujeitos à vontade política do governante e à capacidade de intervenção e mobilização dos movimentos popular e sindical. Desse modo, o Estado pode suportar momentos de maior tensão em alguma das esferas administrativas enquanto mantém a coerência do modelo como um todo.

Os estudos referidos demonstram que muitas dessas medidas se transformam em letra morta mediante a postura do governante de não respeitar aquele que seria, supostamente, o princípio básico da democracia burguesa: o respeito às regras do jogo. A institucionalização das regras de participação não foi suficiente para fazer cumprir o preceito de “saúde direito de todos e dever do Estado”. É plausível afirmar, também, a partir dos exames dessas experiências, que

a democracia capitalista se encontra cruzada por tensões e suas conquistas são sempre provisórias, susceptíveis de ser canceladas na medida em que o curso dos antagonismos provisórios precipite a restauração de uma coalizão autoritária na cúpula do Estado (BORON, 1994: p. 18).

Ao lado dos elementos referentes às relações Estado/classes populares, há aqueles concernentes à organização política dessas classes que, de modo particular, atribuem significados à participação popular e definem os limites a serem ultrapassados. Infelizmente, esse quadro não é muito animador. As entidades ainda não superaram as debilidades organizativas que se manifestam em sua democracia interna, de modo que nem sempre a ação dos conselheiros é alimentada por um debate em suas entidades. Isso mina o aprofundamento

⁶ Sobre o caráter deliberativo dos canais de participação e sua dependência da vontade política dos governantes, são importantes os estudos de COUTINHO (1996) e PINHEIRO (2000).

das questões que envolvem a política de saúde, no sentido de identificar o projeto político embutido nas diversas propostas dos planos de saúde e as suas conexões com a macropolítica do país.

Concorre também contra o acompanhamento crítico das ações do Governo a ausência de um projeto societário alternativo ao hegemônico e que sirva de referência para a atuação política. Isto se expressa no fato de não adotarem como parâmetro de avaliação da política a concepção de saúde como resultante das condições de vida. O resultado prático de todas essas debilidades é uma atuação desarticulada dos movimentos populares. Restrita às fronteiras do conselho e incapaz de proporcionar a elaboração de propostas com caráter estratégico e de luta contra a política neoliberal.

Os longos anos de luta dos movimentos sociais em saúde ainda não foram suficientes para se contrapor à hegemonia da concepção liberal de saúde que a encara como uma responsabilidade individual ou, inclusive, considera que os serviços devem ser adquiridos conforme os recursos financeiros disponíveis. Do mesmo modo, ainda prevalece a concepção liberal de que o controle deve ser feito pelos indivíduos enquanto consumidores de bens e serviços públicos.

3 OS CONSELHOS DE SAÚDE E A REDEFINIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NOS ANOS 1990

Na década de 1990, com a ofensiva neoliberal, o debate em torno da participação é redefinido novamente no Brasil. A exaltação pelos governos brasileiros da liberdade do mercado e da “eficiência” do Estado como condição para a realização da democracia, contrasta com a exclusão de milhares de pessoas do acesso aos bens como saúde, educação e transporte, provocada pela política de privatização. Nesse processo, a sociedade é convocada para participar dos esforços de inserção do Brasil na chamada economia globalizada.

A proposta de participação que surge no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, vai na contramão das experiências originadas a partir da Constituição Federal de 1988. As mudanças ocorreram no discurso ideológico, no formato institucional dos canais e nos supostos convidados. Saem de cena os “usuários” e entram as ONGs, uma vez que as agências governamentais exigem organizações institucionalizadas e estruturadas para firmarem as parceiras. E, em que pesem os limites e as contradições, as experiências de participação via conselhos de saúde encontram-se ameaçadas pela Reforma do Aparelho do Estado no âmbito nacional e estadual. No Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado a participação aparece sob a forma de Conselho Administrativo das Organizações Sociais, cuja composição e competências já vêm previamente definidas pelo Plano Diretor, sem que esteja prevista qualquer alteração em algum fórum mais amplo ou alguma relação com os conselhos de saúde. São órgãos consultivos cuja competência está restrita a cada organização social, sem nenhuma exigência de prestação de contas com a sociedade.

Nesse processo, chama atenção a estratégia utilizada pelos governos federal e estadual, uma vez que não ousaram modificar a Constituição Federal ou as leis 8.080/90⁷ e 8.142/90. Pelo contrário, intensificaram o discurso participacionista de modo a evitar a reação imediata dos movimentos popular e sindical, enquanto criavam novos canais de participação, sem a paridade entre os segmentos e com atribuições que, na prática, esvazia o poder dos conselhos de saúde. Em outros termos, o arcabouço institucional anterior não impediu que fossem criados outros canais mais apropriados para o novo discurso de participação e para o novo contexto econômico.

Como se pode observar, o processo está em pleno vigor. Chegou-se ao final do ano 2000 com mudanças institucionais e políticas que alteraram significativamente o projeto de participação pensado pelos movimentos popular e sindical na década de 1980. Ademais, o formato de participação presente no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado ao mesmo tempo em que se choca, convive com o arcabouço institucional criado a partir da Constituição de 1988.

4 CONCLUSÃO

Como se pode constatar pelo exposto, no interior das práticas políticas dos “novos movimentos sociais” a proposta de participação popular foi fecundada como sinônimo de autonomia, de realização da democracia, de reconhecimento de que os membros das classes populares podem ser “sujeitos de sua própria história” devendo, portanto, participar das decisões que lhes afetam.

Por esses motivos, nas décadas de 1970 e 1980, a participação popular ganhou tamanha significação que parecia não haver mais lugar para outro tipo de experiência democrática que não fosse pautada por um processo com assegurada participação dos indivíduos envolvidos. Todavia, a noção de participação popular como parte constituinte da democracia perdeu sua centralidade no decorrer das décadas seguintes. Também, na década de 1990 as experiências de participação dos movimentos populares sofreram mutações sob os impactos das transformações políticas e econômicas e, ao entrarem em contato com a institucionalidade, perderam muito de sua proposta inicial, de tal maneira que se chegou ao ano 2000 com formatos de participação que pouco têm a ver com as experiências dos movimentos sociais do final da década de 1970.

⁷ Lei Orgânica da Saúde.

**POPULAR PARTICIPATION IN THE PUBLIC POLITICS: a course of Health
Councils of Brazil's Exclusive System of Health.**

ABSTRACT

This article presets the conceptions, perspectives and difficulties hatched in the popular participations in acquired spaces since the Federal Constitution of 1988, as the health councils. In this study, the structural aspect that determines the relationship between the State and the representatives of the syndical and popular actinos allows the identification of the originality of this experience, The creation of gaps of political participation like the health councils, which legislation has a progressive ideology, it is not enough to neutralize or overcome the mechanisms of State domination. I consider the popular participation as synonym of control and deliberative power in the State political affairs, with autonomy and perspective of establishment of a popular power. It was the expectation of the popular and syndical action in the 80's. It was not come true in the experiences of the 90's. It was added to the institutional aspects, the successive change of political and theoretical contexts that m turn redid the content of the popular participation.

Keywords: Health Council. Popular Participation. Democracy. Public Politicies. State, Social Actions.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lúcio Flávio R. **Ideologia nacional e nacionalismo**. São Paulo, Educ, 1995.

_____. Corrosões da cidadania: contradições da ideologia nacional na atual fase de internacionalização do capitalismo. **Lutas Sociais**, 1, 1996.

_____ e SANCHEZ, Félix R. Um grão menos amargo das ironias da história: o MST e as lutas sociais contra o neoliberalismo. **Lutas Sociais**, 5, 1998.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir e Pablo. (Orgs). **Pós-neoliberalismo: as políticas e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, DF: Sistema Único de Saúde, 1993.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Tecnopriah. 1998.

_____. Presidência da República. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde**: guia de referências para a sua criação e organização. Brasília, [s.d]

BRESSER, Luiz C. Pereira. **A reforma do Estado nos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997.

BORON, Atilio A. **Estado, capitalismo e democracia na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

CARDOSO, Fernando Henrique. Notas sobre a reforma do Estado. **Novos Estudos/CEBRAP**, 50, 1998.

CARDOSO, Ruth C. L. Movimentos sociais urbanos: balanço crítico. In: SORJ, Bernardo & ALMEIDA, Maria Hermínia T. (Orgs). **Sociedade e política no Brasil pós 64**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CARREIRA, Henrique Medina. O Estado e a saúde. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e Público. **Cadernos do Público**, 1996.

CARVALHO, Antônio Ivo. **Conselhos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde. Brasília, 1998.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. **Anais**. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 1987.

_____. 9. **Relatório Final**. Brasília: DF. Ministério da Saúde, 1993.

_____. 10. **Relatório Final**. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 1998.

COUTINHO, Joana A. **O conselho municipal de saúde**: um estudo da participação popular na cidade de São Paulo (1989-1995). São Paulo. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). PUC, 1996.

DÂMASO, Romualdo. Saber e praxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez, 1989.

DANIEL, Celso. Poder local no Brasil urbano. **Espaço e Debates**, 24, 1988.

_____. Os conselhos populares precisam ser independentes. **Linha Direta**, 3. 1990.

DOIMO, Ana Maria. **A vez e a voz do popular**: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumarã; ANPOCS, 1995.

EIBENSCHUTZ, Catalina. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadão: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FONSECA, Débora Cristina. **O drama dos novos papéis sociais: um estudo psicossocial da formação de identidade nos representantes de usuários num conselho municipal de saúde**. São Paulo. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). PUC, 2000.

GOHN, Maria da Gloria. **Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 1997.

GALLO, Edmundo & NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

JACOBI, P. **Movimentos sociais e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 1989.

KOWARICK, L. F. Movimentos sociais no Brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 3, 1987.

MORALES, Carlos Antônio. Provisão dos serviços sociais através de organizações públicas não-estatais: aspectos gerais. In: PEREIRA, Luiz C. Bresser e GRAU, Nuria Cunili. (Orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro, FGV, 1999.

NASSUNO, Marianne. O controle social nas organizações sociais no Brasil. In: PEREIRA, Luiz C. Bresser e GRAU, Nuria Cunili. (Orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro, FGV, 1999.

NEDER, C. A. P. (1995). Controle social no SUS: a prática e os desafios. **Debates**, 2, 1995.

RODRIGUES, Fernanda. **Assistência social e políticas sociais em Portugal**. Lisboa: ISSS, CPIHTS (Centro Português de História e Investigação em Trabalho Social), 1999.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**. Rio de Janeiro,: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, Renata C. G. dos. **Lutas sociais e relações de gênero: o processo de constituição do grupo de mulheres do São José**. São Paulo. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). PUC/SP, 1999.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **A democratização da política de saúde em Cuiabá: estudo do conselho municipal de saúde - gestão 93/95.** São Paulo. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). PUC, 1996.

SILVA, Ilse G. **Conselho Municipal de Saúde: um mecanismo de democratização ou cooptação?** São Luís. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas), UFMA, 1996.

_____. **Participação popular e reforma do Estado brasileiro nos anos 1990: contradições e impasses.** São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) PUC, 2001.