

Participação da comunidade: 20 anos de diretriz constitucional

Participation of the community: 20 years of constitutional directives

Tânia Regina KRÜGER*

Resumo: Este texto apresenta reflexões sobre os 20 anos da Constituição, mas a sua centralidade está na diretriz de participação da comunidade. Os Conselhos e Conferências de direitos e políticas sociais nas três esferas de governo constituem o espaço institucionalizado para a efetivação dessa diretriz. Esses colegiados são compostos conforme a particularidade de cada política. Normalmente são constituídos por usuários, gestores públicos, trabalhadores da área e prestadores de serviços filantrópicos e privados. A diretriz de participação da comunidade nasceu numa conjuntura de democracia progressista, mas desde os anos de 1990 a sua implementação vem convivendo com a perspectiva de democracia regressiva e de direitos mínimos, conforme a lógica neoliberal. São colegiados contraditórios e tensos, permeados por diferentes interesses sociais, mas também espaços de oportunidade para a socialização da política e para a construção de relações democráticas. Garantir a permanência dos direitos sociais no conjunto de dispositivos legais e a sua implementação via políticas sociais são desafios postos a todo instante na pauta de Conselhos e Conferências.

Palavras-chave: Participação da comunidade. Políticas sociais. Conselhos e Conferências.

Abstract: This text presents some considerations on the 20 years of existence of the Constitution, but the focus is on the participation guideline of the community. The institutionalized spaces for the accomplishment of this guideline are the Councils and Conferences of rights and social politics in the three spheres of the government. They are constituted according to the characteristics of each political group and formed by users, public managers, workers of the area, philanthropists and volunteers. The guideline of the community participation arose in a progressive democracy but its implementation since the 1990s has been coexisting with the perspective of a regressive democracy and of minimum rights in accordance to the neo-liberal logic. These are contradictory and tense collegiate permeated by different social interests, but they are also spaces for opportunities for the socialization of politics and for the construction of democratic relations. To grant the permanence of social rights in the group of legal mechanisms and their implementation through social politics are challenges constantly found in the guidelines of Councils and Conferences.

Keywords: Community participation. Social Politics. Councils and conferences.

Recebido em: 14/06/2008. Aceito em: 24/09/2008.

* Assistente Social, Mestre em Educação e Doutora em Serviço Social pela UFPE. Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da UFSC. E-mail: tania-re@uol.com.br

Introdução

As transformações societárias das últimas décadas estão questionando e desafiando conceitos e práticas sociais de intelectuais, instituições, políticos, movimentos sociais e pesquisadores. A relação entre Estado e sociedade e as relações democráticas têm especial destaque entre esses conceitos e práticas. O debate predominante reconhece esses desafios, ao mesmo tempo em que propõe a ampliação da relação Estado/sociedade através de práticas participacionistas. No interior desse processo se fortalece a idéia de que os espaços de construção e gestão das políticas sociais devem ser alargados com a participação de novos segmentos sociais. Em termos bem atuais a retórica predominante é esta: fortalecer a gestão democrática.

O amplo leque de movimentos pela redemocratização fez com que o Brasil reconhecesse formalmente um conjunto de direitos sociais que devem se realizar especialmente com base nas diretrizes da descentralização e participação da comunidade (ou a participação da população)¹. É sobre a diretriz de participação da comunidade que se pretende refletir neste texto, após 20 anos de Constituição. O espaço regulamentado para a efetivação dessa diretriz são os Conselhos e Conferências de direitos e políticas sociais nas três esferas de governo. Tais espaços variam de composição conforme a particularidade de cada política, mas normalmente são compostos de usuários, gestores públicos, trabalhadores da área e prestadores de serviço filantrópicos e privados.

Serão apresentadas aqui algumas reflexões sobre a chamada gestão participativa via Conferências e Conselhos de políticas públicas. Muito se tem escrito sobre as práticas de diferentes Conselhos (especialmente na área da saúde, assistência social, criança e adolescente), mas sobre as Conferências os estudos têm sido mais raros². No

entanto, a existência de Conselhos de cada uma das políticas em cada um dos 5562 municípios brasileiros faz com que o país venha sendo chamado de *a república dos conselhos* (BURGOS, 2007), pelos desafios que essa prática de gestão participativa vem colocando. Segundo Avritzer (2007), existem aproximadamente 20.000 conselhos de políticas públicas e o número de conselheiros excede o de vereadores.

Essas práticas, mesmo institucionalizadas e colocadas no limite da burocracia estatal, nos últimos vinte anos, vêm de alguma forma alargando os limites do Estado. Assim, sujeitos sociais historicamente excluídos das decisões públicas participam dos processos de proposições e de co-deliberação das políticas públicas. Ainda que se apontem muitas contradições e se verifique a reprodução de elementos de uma cultura política conservadora, é inegável o avanço democrático que esses colegiados estão proporcionando. Os desafios que tais práticas de gestão participativa vêm colocando não se situam apenas no aperfeiçoamento democrático, mas, sobretudo, na construção de um projeto social que dê conta de garantir a redistribuição da riqueza social.

A formação capitalista brasileira aconteceu sem construir institucionalidades democráticas e sem a incorporação/participação dos segmentos populares³. Teoricamente pode-se inferir que a redemocratização nos anos de 1980 e a inclusão na Constituição da diretriz de participação da comunidade vieram com o objetivo de resgatar essa dívida histórica. No entanto, a própria história tem mostrado que a legislação não altera a realidade;

PUC, São Paulo, 2001. MATOS, R. A. **(Re-)Visitando as últimas Conferências Nacionais de Saúde**: um estudo sobre como alguns temas foram tratados nas Conferências Nacionais de Saúde. Rio de Janeiro: UFRJ/IMS, 2003 (mimeo). KRÜGER, T. R. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Recife: PGSS/CCS/UFPE. Tese de doutorado, 2005. CLAUDINO, C. S. **As Conferências Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e o potencial deliberativo do CMDA em questão**: quer um conselho? Dissertação de Mestrado. Florianópolis, UFSC/CSE/PGSS, 2007.

¹ Alguns artigos da Constituição de 1988 que se referem à participação da sociedade de várias formas e com vários termos. Ver Capítulo da Saúde, art. 198, inciso 3; Da Assistência Social, art. 204, inciso 2; Da Educação, art. 206, inciso 6; Da Cultura, art. 216, parágrafo primeiro; Da Criança e do Adolescente, art. 221, parágrafo único.

² Alguns estudos mapeados sobre as Conferências: SOUZA, R. M. **Conferências de saúde**: intermediação de interesses no município de Teresina - PI. Tese de doutorado. Faculdade de Serviço Social,

³ Aqui não se está desconhecendo as lutas abolicionistas, as revoltas religiosas de Canudos e Contestado e também as revoltas do período imperial. As relações agrícolas, escravocratas e a inexistências de operários não permitiram uma organização maior dos trabalhadores e um tensionamento das decisões do Estado. As lutas dos trabalhadores reivindicando alguma proteção social se iniciam na primeira metade do século XX, com o processo de urbanização e industrialização.

são as próprias lutas sociais que alteram as condicionalidades da ordem social e viabilizam conquistas para seus sujeitos historicamente datados.

Neste artigo, para tratar da participação da comunidade, sobretudo enfocando as experiências dos Conselhos e Conferências de Saúde, serão considerados elementos da história brasileira, as lutas sociais da redemocratização e da Reforma Sanitária, a conjuntura de crise e recuperação da lucratividade do capital e a globalização neoliberal como condicionalidades que estão determinando os 20 anos de vida dessa diretriz constitucional. Ou seja, entende-se que as características do nosso processo de modernização e a relação com a dinâmica capitalista atual estão marcando a implementação da diretriz de participação da comunidade.

Para a construção deste texto sobre os 20 anos da diretriz constitucional de participação da comunidade, com ênfase na política de saúde, foi realizada uma revisão bibliográfica que se somou a uma sistematização de experiências e pesquisas que analisam diferentes experiências de Conselhos e Conferências.

A institucionalização democrática e as tensões na implementação dos direitos reconhecidos

Com a perda de legitimidade do regime autoritário nos anos de 1970-80 o Brasil vivenciou os mais amplos movimentos sociais de sua história em favor da construção de um Estado de direito e democrático. Ainda que hoje se avalie que a redemocratização foi um processo conduzido pela ala mais conservadora da esquerda democrática, não se pode negar o protagonismo que os segmentos trabalhadores tiveram nesse momento. Se em termos econômicos, quando se comparam com o crescimento do PIB nos anos duros da ditadura, os anos de 1980 são chamados de a *década perdida*, em termos sociais as considerações são outras. As mobilizações populares, profissionais e estudantis, as greves nas indústrias e no setor público, e o debate político e nas universidades forjaram uma situação inédita no contexto histórico brasileiro, através das indicações de elementos de um Estado de Bem Estar Social que se formalizou em 1988.

A Constituição de 1988, mesmo sem ferir a

condição de país capitalista subordinado, foi resultado do embate de diferentes forças políticas, ora mais progressistas, ora mais conservadoras. Enquanto a tendência mundial do capitalismo era a reestruturação produtiva e a retomada das concessões feitas em nome dos direitos democráticos, no Brasil se começava a dar alguns passos no sentido de alargar os mecanismos políticos democráticos da cidadania burguesa até então inexistentes. Esse arcabouço legal, que indicou algumas bases da cidadania e democracia moderna e alguma possibilidade na redução das taxas de exploração do trabalho na sociedade brasileira, representou uma conquista social que só foi possível graças à mobilização dos setores populares no momento em que as forças ditatoriais *agonizavam*.

Na Constituição em 1988 os artigos que dizem respeito aos direitos ficaram na pendência de regulamentação. A regulamentação desses direitos foi motivo de muitos debates e versões de leis no Congresso Nacional. Algumas leis sofreram vetos parciais ou totais do executivo, especialmente entre os anos de 1989 a 1996. Cada política teve uma história particular de correlação de forças no processo de regulamentação⁴.

A partir de 1990, com o arcabouço legal *conquistado*, era chegado o *momento da implementação* dos direitos sociais reconhecidos, mas impunha-se uma nova conjuntura econômico-política, que influenciasse significativamente a sua implementação e provocasse o adiamento da realização das Conferências Nacionais das várias políticas.

A regulamentação e a implementação dos direitos sociais e do SUS se deram num contexto em que a crise do capital, originada nos países centrais nos anos de 1970, chegou com vigor em terreno brasileiro (através da intensificação das práticas políticas e econômicas neoliberais) e provocou a perda substantiva do conteúdo progressista da democracia. A partir de 1989, com a dissolução do chamado socialismo real, essas idéias democrático-liberais ganham novos fundamentos e ajudam a firmar a globalização, a financeirização e as alterações nas relações de trabalho.

⁴ Em função dessa correlação de forças, os tempos de regulamentação dos direitos foram diferentes: 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente e Lei Orgânica da Saúde - SUS; 1993 - Lei Orgânica da Assistência Social; e 1996 - Lei de Diretrizes de Bases da Educação.

Nessa conjuntura as idéias democrático-liberais ganham ares de universalidade, ao mesmo tempo em que se verifica o avanço brutal do capital financeiro em detrimento do produtivo, provocando a ampliação das desigualdades. Contraditoriamente, no momento em que se reconhece o avanço da democracia formal, também fica mais evidente o avanço da concentração do capital. Esse avanço do capital na formação de oligopólios aparece revestido de diferentes denominações: programas de parceria, qualidade, solidariedade, cidadania, responsabilidade social, justiça, direitos humanos e, sobretudo, democráticos.

De uma maneira geral, segundo Dias (1997, p. 35), “criou-se o mito da democracia e da democracia para todos”. Mas a natureza da organização econômica capitalista e, no caso do Brasil, as formas de lidar com as questões públicas e os conflitos de classe, na prática, negam a possibilidade de que essa democracia se efetive ou ultrapasse algum limite de sua formalidade. A democracia formal, a cidadania e a igualdade formal permitem forjar uma igualdade entre os estruturalmente desiguais.

Os direitos sociais e trabalhistas, com a Constituição de 1988, podem ser caracterizados como episódios histórico-democráticos resultantes da luta entre as classes sociais. Na história do capitalismo, o reconhecimento formal da cidadania não tem sido algo automático e nem irreversível. As relações de classes e as necessidades do capital são seus determinantes. Essas vantagens relativas, obtidas pelo trabalho, não desafiaram a capacidade regulatória do capital; por isso, posteriormente, por meio de um conjunto de medidas aprovadas *democraticamente*, o capital retoma suas concessões. No Brasil, a Reforma da Previdência Social, iniciada por FHC e retomada pelo governo Lula, é ilustrativa de como a base dos direitos sociais pode ser destruída por via democrática. Essas práticas político-governamentais são indicadoras de como o conteúdo progressista da democracia está se esvaziando. (KRÜGER, 2005).

Os governos da década de 1990 possibilitaram a integração do país à agenda oficial do neoliberalismo e colocaram na contracorrente as aspirações democráticas da década de 1980. Segundo Netto (1996, p. 104-5),

entre nós, as transformações societárias em curso [...] vão se processar combinando as suas seqüelas específicas com a cronificação daquelas que marcaram a *modernização conservadora* operada pela ditadura do grande capital e não foram senão agravadas subseqüentemente. Nessa angulação, para a sociedade brasileira, o ingresso no patamar tardo-burguês significa que a dívida social vai combinar-se com as simplificações altamente negativas que a flexibilização capitalista tem acarretado para os mais amplos contingentes populacionais [...].

A formação do capitalismo brasileiro é subordinada e tardia e, por essa particularidade, a afirmação dos institutos democráticos que atingem o campo das necessidades sociais não se generalizaram. Os direitos sociais, além de tardios, se constituíram como um campo de regulações *ad hoc*. As relações econômicas aqui forjadas *não abrem* espaço para as demandas da cidadania burguesa. A tendência foi “assumir muito mais o objetivo econômico e muito menos a proteção social.” (BACELAR, 2000, p. 263).

A conquista legal dos direitos políticos e sociais, com alguma perspectiva de generalização social, é algo muito recente no Brasil, surgindo com a Constituição de 1988. Mesmo nesses marcos, 1988 representou uma modernização política que poderia vincular-se à democracia popular e participativa, mas vem se firmando, nas duas últimas décadas, conforme visto acima, como democracia regressiva.

Como o projeto político dos últimos governos está sintonizado com a mundialização, as políticas sociais acabam tendo um caráter de *não política*, pois seus instrumentos de operacionalização são a privatização, a mercantilização, a focalização e o incentivo a redes de solidariedade e voluntariado. Desse modo, o Estado, em processo de desresponsabilização, ficou com ações pontuais em setores sociais mais miseráveis, pelos quais o mercado não se interessa. (NETTO, 2000).

Um período de desertificação social e econômica é como Antunes (2004) caracteriza a década de 1990 e os anos 2000. As tentativas de adequação à competitividade internacional e aos novos padrões organizacionais e tecnológicos são indicadores que mensuram essa desertificação. Tais

indicadores levaram o país a aumentar seu grau de dependência aos capitais forâneos e permitir a desintegração interna para se integrar ao mundo globalizado. A economia brasileira, sustentada por muitas décadas no tripé - capital nacional, capital estrangeiro e setor produtivo nacional - ficou ainda mais retraída e elevou seu grau de economia associada, dependente e subordinada. Segundo Antunes (2004, p. 165), de “partido de esquerda *contra a ordem*, o PT foi pouco a pouco se metamorfoseando em partido *dentro da ordem*”. As derrotas eleitorais de 1994 e 1998 intensificaram seu transformismo, enquanto o país também se modificava. Desse modo, não é exagero afirmar que “a posse de Lula contemplou a transição transada da ditadura sob tutela militar para o governo civil, atualizou aquele *continuum*. A palavra de ordem passou de *organiza-vos*, para *tende esperança!*” (DIAS, 2004, p. 10). A cada momento o transformismo e o *continuum* se tornam mais evidentes, especialmente a partir do segundo trimestre de 2005, na avalanche de denúncias de corrupção.

O reconhecimento dos direitos sociais e a implementação de políticas sociais dependem, historicamente, da construção da consciência de classe e da organização dos trabalhadores, mas nesse momento de recomposição das taxas de lucro do capital eles foram se transformando, segundo Granemann (2005), em um poderoso negócio capitalista. Através de eficientes mecanismos ideológicos e políticos, a previdência complementar, as empresas privadas de saúde e educação transformam esses serviços em algo de iniciativa e responsabilidade pessoal. A responsabilidade pública-estatal e a solidariedade de classe do trabalho, que representaram duras lutas para os próprios trabalhadores, estão se vinculando ainda mais às necessidades do mercado. Desse modo, com base em Fiori (2005), afirma-se que as políticas de proteção social estão vinculadas ao mundo dos grandes predadores, que vivem do lucro extraordinário e revolucionam permanentemente as condições de produção e troca, as quais, pelo lado do trabalho, são radicalmente desagregadoras.

O vigor das lutas sociais do final dos anos de 1970 e da década de 1980 foi neutralizado e inviabilizado com as políticas de ajustes do capital, do Estado e das políticas sociais das duas últimas décadas. Também se pode considerar que as forças da esquerda brasileira estavam tão envolvidas

no processo de redemocratização e na constituição de um Estado de direito, que sua vanguarda não conseguiu fazer leituras do movimento do capital em direção às práticas neoliberais e não pôde formar uma base social de sustentação para as lutas no momento de efetivar os direitos reconhecidos. Centrando suas reivindicações e análises no plano jurídico-político e institucional, os movimentos sociais - em grande parte aliados à oposição organizada do período - desvincularam de sua pauta os fatores determinantes das desigualdades sociais, os entraves burocráticos da relação com o setor público e dos serviços sociais mercantilizados e focalistas.

O transformismo que Dias identificou no Partido dos Trabalhadores também se evidencia nas lutas sociais, que sofreram um grande refluxo, tornaram-se mais burocráticas e perderam o caráter combativo e contestatório. Muitos *representantes da esquerda* brasileira, hoje em algum escalão do governo ou na academia, normalmente têm adotado posturas aliancistas de cooperação, de solidariedade e de consenso que subalternizam os interesses do trabalho em prol do bem comum, do progresso, da governabilidade e da modernização.

Na medida em que, na década de 1990, os fundamentos ideológicos e políticos da radicalidade democrática que marcou as lutas da década anterior foram perdendo sua sustentação, outros conceitos passaram a ocupar seu espaço. Entre eles, os conceitos de solidariedade, qualidade de vida, acolhimento e humanização, modernização e governabilidade. E os próprios *representantes da esquerda* da década passada, além de metamorfosearem suas próprias bandeiras de lutas da época como descentralização, integralidade e cidadania, adotam esses novos conceitos.

A qualidade e os demais termos são simples, comuns e possuem um tom de positividade que acaba sendo assimilado de maneira acrítica. Pela facilidade de assimilação e imagem positiva que esses termos possuem, aparentemente se auto-explicam, dispensam qualificação e acabam gerando um comportamento de adesão adaptativa e involuntária. A aplicação prática desses conceitos se torna pouco específica, naturalizada e escorregadia, pois a eles muito pode ser atribuído. Com esses termos, os participantes dos Conselhos e

Conferências, especialmente os trabalhadores e usuários, são *convidados* ao engajamento. Por via de efeitos ideológicos eles são estimulados a aderir sem conseguir estabelecer ao menos uma interlocução crítica de um projeto social para o Brasil. (KRÜGER, 2005).

Diante de uma realidade tão precarizada como a brasileira, o uso de tais termos se torna tão impactante que sua imprecisão se perde em repetições estereis e esconde as causas objetivas. No caso da saúde, o caráter mercadológico, as dificuldades de financiamento, a precariedade da estrutura e dos serviços e os conflitos de interesse acabam se reduzindo a problemas que poderão ser sanados com qualidade, amor, confiança, acolhimento e humanização.

Ao serem infinitamente repetidos esses termos (qualidade, solidariedade, acolhimento, humanização, entre outros), por frações de diferentes segmentos sociais, não se percebe que nos espaços colegiados aparecem interesses de classes contraditórios. Esses espaços são tratados como se não existissem sujeitos e sim mecanismos naturais que por si mesmos fossem melhorando a qualidade de vida. A compreensão desse fenômeno não brota de uma análise isolada, mas do conjunto do embate entre o paradigma do trabalho e do capital, bem como do conjunto de interesses de classes em disputa. Portanto, a máxima da tradição marxista é solicitada: o fenômeno impulsiona a análise, mas a realidade concreta está no conhecimento da essência e da totalidade. Ou, nos termos de Gramsci (2001), o fenômeno em si não constitui uma prova ou demonstração para extrair dele conclusões realistas, mesmo que ele esteja de tal forma difundido e enraizado. Somente a sua historicidade pode indicar os elementos que expressam a fase do desenvolvimento das relações sociais e de produção, bem como as relações de classe.

Alguns grandes militantes defensores⁵ de um sistema público de saúde dizem que, atualmente, nem só de pessimismo vive o SUS⁶. Reconhecem

uma grande abertura e ampliação formal do atendimento com a sua criação, a participação social nos Conselhos e Conferências e os princípios de atendimento universal e gratuito. Mas essa abertura não foi acompanhada, no mesmo ritmo, pela ampliação da rede física, recursos humanos capacitados para prestar os serviços e financiamento definido, definitivo e suficiente.

No marco das reformas do Estado, as mudanças na área da saúde estão se revelando perversas e a privatização assumindo várias faces em nome da modernização gerencial. O subfinanciamento do SUS obriga o governo a assegurar um patamar de demandas para os seguros privados, além dos privilégios que já recebem com as isenções fiscais. O poder regulatório do Estado sobre a qualidade e natureza dos serviços privados é limitado. Outra face é a privatização, *por dentro* do setor público, com as cobranças indevidas, a contratação de serviços e equipamentos, a terceirização e as cooperativas que camuflam os contratos de trabalho. E, mais recentemente, os projetos para transformar os hospitais públicos (especialmente os Universitários) em Fundações Públicas de direito privado. Em nome da *liberdade de escolha*, os órgãos públicos estatais se transformam em agências privadas, denominadas de Organizações Sociais. Na implementação do SUS, as instituições, para fugirem de suas regras uniformizadoras, transformaram a universalização em focalização, a equidade em segmentação, a publicização em articulação descontrolada entre o setor público e o privado. O debate atual tem ficado aquém das necessidades de rupturas conceituais e políticas assinaladas pela Reforma Sanitária. Surge, assim, certa tensão entre dois projetos para a saúde: o projeto construído a partir das lutas da Reforma Sanitária e o projeto privatista, voltado para o mercado e a focalização, construído em meados da década de 1990, a partir das diretrizes da Reforma do Estado. (BRAVO, 2001).

⁵ Gilson de Carvalho, Sônia Fleury, Nelson Rodrigues dos Santos, Lenir Santos e Gastão Wagner Campos.

⁶ "O SUS é sabidamente o maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 95% dos municípios com 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários, entre os quais 92%, com 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2.006: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 300 milhões

de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 360 milhões de exames laboratoriais, 2 milhões de partos, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radio-quimioterapia e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo" (Santos, N. R. **Encruzilhada nos rumos do SUS**. Brasília: IDISA, jan./2008).

A diretriz de participação da comunidade

A *participação da comunidade*, expressão utilizada na Constituição, significa a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades e movimentos, participará do processo de formulação das políticas sociais e do controle de sua execução nos três níveis de governo. No entanto, parece ter uma noção de movimento social basista ou de política social que se destina a segmentos periféricos e empobrecidos. Talvez para superar essa restrição em termos de significado, o debate acadêmico-político e a literatura que tratam do tema utilizam as expressões *participação popular*, *participação social*, *participação da sociedade civil* e *controle social*. Nenhuma delas é neutra ou isenta de significações e contradições. Este texto não tem o objetivo de problematizar essa categoria *participação*, mas apenas chamar atenção para a restrição contemplada no texto constitucional.

O termo *controle social* é bastante utilizado no debate e tematizado na literatura com o sentido da realização do controle da sociedade sobre as ações do Estado⁷. O controle social pode ser exercido tanto por Conselhos e Conferências como por movimentos sociais, fóruns, associações que integram a sociedade civil, que também são condutos da participação política que exercem esse controle. O Ministério Público atualmente vem sendo reconhecido como uma instituição importante de controle social com iniciativas próprias ou por demandas da sociedade organizada.

Os integrantes de diferentes movimentos na luta pela redemocratização do Estado, pelo reconhecimento de direitos sociais e pela possibilidade de participar das decisões públicas, pareciam acreditar que pelo caminho das leis conseguiriam ampliar a cidadania e comprometer o Estado com suas responsabilidades democráticas. No entanto, a luta por mudanças na estrutura social, como inúmeras vezes os movimentos sinalizaram, implicaria luta social mais densa e com sustentação para negociar no âmbito da burocracia estatal e tentar alterar a organização das relações de produção e

⁷ A expressão controle social foi cunhada pela sociologia norte-americana do século XX e fazia referências aos mecanismos de co-opeção e de coesão voluntária daquela sociedade. Corresponde a capacidade da sociedade se auto-regular sem o uso da força. Ver diferentes perspectivas de controle social em Pedrini, Adams e Silva, 2007, p. 223-237.

não apenas mudanças na esfera da política.

Era corrente o entendimento de que

as classes se organizarão no interior da sociedade civil e que isto determinará o novo modelo da sociedade brasileira. Somente uma situação onde as classes populares se façam representar, permite o encontro de soluções para seus problemas. A melhoria das suas condições de vida e de saúde só ocorrerão pela participação que tenham no processo de democratização. (MERHY, 1977, p. 12).

Tinha-se também uma visão evolutiva e da *vocação natural* da sociedade para a participação social. Entendia-se que

ninguém melhor do que quem realmente necessita, para opinar sobre a qualidade do serviço prestado. Ninguém fiscalizará com maior rigor. A participação social, longe de ser uma fonte de problemas, é fonte de solução, basta o processo ser conduzido com isenção e abertura. [...] problemas que porventura surjam serão mais pela novidade da participação democrática, coisa realmente nova no Brasil, do que qualquer outro motivo [...] com as comissões deliberando, e propiciando, com isso, a participação ativa da população, teremos a garantia de que a reforma sanitária se tornará irreversível, não importando qual o partido que esteja no poder. (TERRA, 1989, p. 6-7).

A participação popular como fundamento da democratização da saúde parece que também se sustentava numa perspectiva basista, romântica, como se o conjunto da população fosse um todo homogêneo. A participação dos usuários, que tem potencial organizativo com vistas aos interesses coletivos, era colocada como a portadora de virtudes democráticas. Isso é evidenciado por Novaes (1977, p. 71):

[...] é chegada à hora de falar o doente sobre o que ele é e como quer ser medicado. A população agora não só tem direito, mas o dever de falar. Participação é, pois a palavra de ordem no debate da saúde, participação comunitária na identificação de problemas, no planejamento dos programas e na sua execução.

Essas perspectivas de participação parecem desconhecer o legado histórico de não se haver experienciado uma revolução burguesa e de se ter uma formação capitalista não-clássica⁸. No Brasil, as classes populares foram reprimidas e neutralizadas e as decisões públicas passaram a ser fortemente condicionadas pelos interesses, hábitos e estilos do mundo privado da nossa burguesia.

No século XX, especialmente a partir dos anos de 1930, a população começou a ser chamada por algumas políticas governamentais para participar da implementação de alguns serviços. Essa participação normalmente tinha tom educativo-moralizante e instrumental, para evitar doenças (sífilis, febres, pestes, entre outras), para contribuir com a limpeza urbana (primórdios da vigilância sanitária e do saneamento básico) e para que os comportamentos não provocassem desordem no meio familiar, social ou nos locais de trabalho (regras matrimoniais, educação dos filhos, loucura, alcoolismo etc.). Portanto, uma cultura política com valores sociais consolidados, que permitiria uma participação ativa e propositiva na garantia dos direitos sociais.

Ainda que uma pesquisa mais aprofundada revele a existência de várias perspectivas de Estado, de democracia e participação popular nas deliberações das políticas sociais, no período da redemocratização verifica-se a predominância de uma visão reformista, apesar de alguns indicativos de transformação da estrutura social. A predominância do horizonte reformista democrático se explicitou também na grande produção intelectual e política sobre os vários direitos sociais.

⁸ As formas clássicas de desenvolvimento do capitalismo se caracterizam pelo modo como a velha sociedade foi superada, com amplos movimentos de massa. A luta de classes na França e na Inglaterra assumiu o caráter de desenvolvimento capitalista e destruiu o que restava da ordem feudal. As formações não clássicas de desenvolvimento do capitalismo percorreram um itinerário num marco de conciliação com o atraso da vida política e fazendo reformas que excluíam a participação popular. A supressão do feudalismo na Alemanha aconteceu com reformas lentas, reacionárias, onde a burguesia entrega seu poder político ao governo, assim, a revolução burguesa alemã aconteceu sem rupturas e deu lugar à reforma modernizadora. O caminho brasileiro para o desenvolvimento do capitalismo cuja origem colonial engendrou, forjou-se como uma forma de emancipação que o levou à subsunção aos pólos centrais do capitalismo (Mazzeo, 1997). Afirma Chasin (1999, p. 574-5) que se o capitalismo alemão é tardio, o brasileiro é hipertardio e não rompe nunca com a sua condição de subordinado à economia internacional. Por isso, considera ser a formação do capitalismo no Brasil uma forma não-clássica, não a forma particular do caminho prussiano, mas a forma particular dos países de constituição colonial.

Os direitos da Carta de 1988 foram conquistadas caras da classe trabalhadora, mas ainda insuficientes para garantir uma universalidade. Por isso a implementação da diretriz constitucional de participação da comunidade vem sendo refém de todos esses elementos históricos, da modernização conservadora e da governabilidade neoliberal que marcam as condições econômico-políticas da realidade brasileira.

A luta social pela redemocratização estava muito datada e marcada pela derrubada do regime ditatorial, portanto, o horizonte e o projeto societário daquelas pessoas era a democracia. Parece que os defensores da abertura de espaços para a participação da população não conseguiram perceber, naquele momento, a complexidade de uma gestão participativa nas três esferas de governo, numa conjuntura democrática que se via como suficiente para que a participação da população se desse naturalmente em direção ao *bem comum*. A heterogeneidade de interesses que envolvem a sociedade civil, os interesses utilitaristas e a própria condição sócio-cultural da maioria dos brasileiros para participar de espaços de deliberações sobre as políticas públicas não se colocavam como problemas na época.

Conselhos e Conferências: a materialização da participação da comunidade

Por possuírem os componentes para a construção de uma cultura política democrática e participativa, os espaços das Conferências e dos Conselhos foram concebidos e reivindicados pelo Movimento da redemocratização para serem um novo *locus* no exercício do poder político e para interferirem na gestão das políticas públicas. Nesse processo, as Conferências⁹ e os Conselhos, apesar

⁹ Antes de 1988 houve Conferências Nacionais de Saúde e Educação. No caso da saúde aconteceram desde 1941, mas apenas depois da 8ª, em 1986, vêm sendo reconhecidas como amplos espaços de democratização, tendo em vista seu papel de avaliar e fazer proposições para efetivação da política de saúde. Inicialmente as Conferências eram abertas aos gestores, setor previdenciário e privado em saúde. Com o processo de Reforma Sanitária e a regulamentação do SUS, as Conferências e os Conselhos passam a se realizar com representantes de vários segmentos organizados, sendo a representação do segmento usuário de 50%, de trabalhadores de saúde 25%, de gestores públicos e prestadores filantrópicos e privados para o SUS 25%.

de possuírem uma trajetória anterior e cumprirem uma função política diferenciada, se (re)institucionalizaram e democratizaram com a incorporação dessas propostas na Constituição.

As Conferências e os Conselhos são como instrumentos formalizados para a efetivação da diretriz de participação da comunidade. No debate predominante, ora são considerados momentos privilegiados de participação (através das avaliações, proposições, deliberações e fiscalização), em que os interesses se conflitam, ora são vistos como espaços para harmonizar e garantir o consenso entre os diferentes interesses ali manifestados. Esses espaços estão sendo considerados como um novo *locus* no exercício do poder político, em face da possibilidade de interferência na gestão das políticas públicas e por deterem elementos para a construção de uma cultura política democrática e participativa. Predomina, na prática teórica e política, o discurso de que a realização periódica de Conferências e de reuniões dos Conselhos no âmbito dos municípios, estados e União significa o cumprimento de um requisito para a descentralização e se constitui em instrumento privilegiado para que a participação da sociedade altere seu estatuto junto às esferas do poder público.

Na perceptiva deste trabalho, os espaços das Conferências e Conselhos, mesmo que formalmente delimitados (institucionalizados), estão possibilitando que muitos representantes da sociedade e muitos servidores públicos adentrem as autoritárias e isoladas fronteiras que marcam a história da administração pública brasileira e possam fazer proposições sobre as políticas públicas. Ainda se constituem como oportunidade de socialização da política e de construção de uma outra hegemonia articulada pelos princípios da democracia. Mesmo que, de fato, essas instâncias após 20 anos de vida não tenham conseguido mudança de paradigma no conteúdo e na forma das políticas governamentais, estão introduzindo novas configurações no âmbito público-estatal e, num nível restrito, estão possibilitando a socialização de informações sobre projetos, serviços e financiamento¹⁰.

¹⁰ Algumas referências do debate sobre os Conselhos: BRAVO, M. I. et. al. (Orgs.). **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001; CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro, FASE/IBAM, 1995; NOVAES, R. L. Saúde e democracia. In: **Saúde em debate**. Londrina: CEBES, n. 5 p. 71-

A idéia de Conselhos não é algo novo e nem uma particularidade da realidade brasileira. Sua origem remonta à Comuna de Paris (1871); aos *soviets*¹¹, na Rússia de 1905 e 1917; e aos Conselhos de Fábrica, na Itália, a partir de 1906, os quais tinham uma perspectiva social revolucionária e nos locais de trabalho representavam uma organização alternativa que normalmente se vinculava aos partidos comunistas (COGGIOLA, 1996; TEIXEIRA, 2000).

No Brasil os Conselhos aparecem como um braço do executivo nos anos da ditadura, mas eram limitados à participação de diferentes membros das esferas de governo e aos prestadores de serviço¹². Em seu ideário não havia qualquer perspectiva revolucionária ou mesmo de democratização do poder, o objetivo era ter o controle central da política.

Com a redemocratização, em algumas regiões metropolitanas do país, sobretudo em São Paulo, nasceram os Conselhos Populares. Eram especialmente Conselhos Populares de Saúde, que estavam vinculados ao Movimento de Reforma Sanitária. Muitos integrantes do Partido Comunista Brasileiro - PCB - fizeram parte e poten-

73, out/1977; PIOLA, S. F. Municipalização das políticas públicas: a experiência da saúde. In: **Anais do seminário de municipalização das políticas públicas**. Brasília: IPEA/ENAP, p.98-100, 1993; COSTA, N. et al. **Demandas populares, políticas públicas de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989; PEDRINI, D., ADAMS, T. e SILVA, V. R. (Orgs.). **Controle social de políticas públicas**. São Paulo: Paulo, 2007; BRAVO, M. I. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001, p. 43-62; CARVALHO, G. **Defender conselho de saúde e comissões de gestores é praticar democracia ilusória, com concessão de migalhas?** Fevereiro 2003 (mimeo); SCOREL, S. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura Política. In: **Divulgação em saúde para Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, p. 23-28.

¹¹ Segundo Coggiola (1996, p.197), num dado momento os *soviets* tornaram-se autênticos governos da classe operária. Eram organizações flexíveis e agregavam parcelas cada vez maiores da população à luta pelo poder. Havia os *soviets* dos soldados, dos operários, camponeses, estudantes... "Nos *soviets* garantiu-se o direito ao exercício da democracia, uma vez que em seu interior as mais diversas tendências e partidos operários encontravam-se livres para divergir e disputar ideológica e politicamente sua direção".

¹² No governo Geisel (1975-78) foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social, diretamente vinculado ao Gabinete da Presidência da República. Para dar conta da problemática social que vinha se explicitando na correlação de forças que impulsionou a redemocratização, o Conselho instituiu o Programa Nacional dos Centros Sociais Urbanos (Krüger, 1998). Nos anos finais da ditadura, com essa formatação também se criou o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Serviço Social.

cializaram nossa Reforma Sanitária, que também teve inspiração na Reforma Sanitária Italiana dos anos de 1960. Desse modo, constitui-se uma nova idéia de Conselhos, como espaços para diferentes segmentos sociais participarem das proposições, deliberação e fiscalização das políticas públicas. Os ideários revolucionários e transformadores que impulsionaram a criação dos Conselhos e Conferências no Brasil, no momento de sua implementação acabaram ficando bem distantes dessas inspirações.

É possível considerar que, atualmente, a idéia de Conselhos e Conferências na realidade brasileira possui três tendências teórico-políticas, as quais são inspiradas, respectivamente: a) nos tradicionais ideários revolucionários; b) no ideário de radicalidade democrática, que pretende incluir na agenda pública os historicamente excluídos num debate que envolve conflito de interesses; c) na perspectiva liberal que cria, valoriza e dá publicidade aos espaços participativos, coloca na pauta temas não estruturantes das políticas sociais, não se preocupa com a capacitação dos conselheiros e conduz a agenda governamental à revelia das decisões desses espaços. Considera todos os sujeitos em igualdade de condições de usar a palavra, propor, divergir e pactuar. Nega os conflitos de interesse e busca o consenso intimidando ou silenciando, às vezes.

Não se pode negar o ganho expressivo que essas práticas participativas representam para os segmentos populares no Brasil, pois é nesses espaços que alguns grupos sociais desfavorecidos (usuários/trabalhadores) conseguem ou podem expressar suas necessidades, negociar seus interesses e conhecer um pouco mais da agenda governamental. Por exemplo, nos Conselhos e Conferências os prestadores privados na área da saúde também possuem assento, mas dificilmente ocupam as plenárias para debater seus interesses com os usuários e os trabalhadores da área. Seus canais de negociação com o gestor normalmente não passam pelo embate público, privilegiam os canais do parlamento e as relações privadas da vida burguesa.

Há uma grande heterogeneidade em relação ao funcionamento dos diferentes Conselhos e Conferências, que se deve ao nível de politização, às condições sócio-econômicas e às tradições orga-

nizativas dos usuários/trabalhadores das cidades brasileiras. Em muitos lugares é inegável o caráter de parceiro da governabilidade que muitas dessas práticas vêm assumindo, seja por interesses instrumentalistas, ou por intimidação e dificuldade de se posicionar/negociar nesse meio recheado de relações de poder/saber. O discurso participacionista atual apresenta a retórica da igualdade (essência da cidadania liberal - neoliberalizada), que encobre todas essas diferenças que constituem os Conselhos e Conferências. E, assim, o projeto de radicalidade democrática se confunde com a perspectiva neoliberal.

Conferências e Conselhos são colegiados contraditórios e tensos, permeados por diferentes interesses sociais. Pode haver pactuações temporárias e direcionadas para algum objetivo, mas consenso com essa composição é difícil de visualizar, caso algum dos segmentos não se coloque em posição subordinada ou silencie.

Os limites dos movimentos pela redemocratização e reconhecimento dos direitos reproduziram-se pelos vazios do território nacional, ao possibilitarem que a aprovação da Lei de Criação dos Conselhos se restringisse apenas a mais um ato do executivo e do legislativo. Em muitos municípios a criação dos Conselhos se reduziu à aprovação de mais uma lei, com pouco ou nulo envolvimento do segmento de usuários e de profissionais, ficando a disputa de projetos em relação à criação dos Conselhos reduzida a poucas cidades.

Em muitos estados havia uma equipe técnica que orientava os municípios no cumprimento dos critérios para a criação dos Conselhos e dos Fundos Setoriais. Como recurso didático, essas equipes distribuía um modelo de lei para a criação do Conselho e do Fundo. Até a metade da década de 1990, nos pequenos municípios - sobretudo naqueles que se situam fora das áreas metropolitanas, que possuem baixa politização social e uma equipe técnica frágil/pequena - a criação dos Conselhos e Fundos de Saúde da Criança e do Adolescente e da Assistência Social acabou sendo uma mera reprodução/adaptação do modelo de lei distribuído.

Foi necessária toda a década de 1990 e mais um pouco de tempo para que os diferentes Conselhos ganhassem vida institucional e social. Mesmo situados no marco político-ideológico da redemocratização, eles foram criados para o cum-

primento de um dispositivo legal. Nesse contexto, acabaram cumprindo um papel catalisador, que se deve a alguns sujeitos: gestores com perspectiva mais progressista, técnicos do executivo municipal identificados com o ideário democrático-popular, e segmentos de usuários e profissionais mobilizados. Hoje, com certeza, Conselhos e Conferências não passam despercebidos, seja como apoio ou resistência, no âmbito do executivo, e em menor grau no legislativo, e também como espaço a ser ocupado e preservado pelos profissionais, usuários e prestadores privados e filantrópicos. Formou-se um novo desenho institucional de órgãos e trâmites burocráticos. Nos organogramas das Secretarias os Conselhos estão identificados em linha pontilhada horizontal e trouxeram outros arranjos para o processo de formulação das políticas.

Sem entrar no mérito, é fato que os Conselhos de Saúde ganharam densidade política e institucional nos últimos 17 anos e estão retratados na vasta bibliografia que se produziu sobre eles nesse tempo¹³. Já as Conferências, talvez pela não obrigatoriedade de reuniões mensais, por não serem deliberativas e não estarem no organograma do executivo, praticamente não são citadas na literatura que trata de analisar e avaliar a implementação da diretriz constitucional de participação da comunidade. Por sua vez, os Conselhos possuem o papel formal de zelar e trabalhar para que as proposições das Conferências sejam implementadas. Nos estudos para elaboração deste texto percebeu-se que as referências ao papel que as propostas das Conferências desempenham na agenda dos Conselhos são inexpressivas¹⁴.

¹³ Algumas bibliografias sobre Conselhos na área da saúde: SPO-SATI, A e LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. In: **Cadernos do CEAS**, n. 139, 1993; CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro, FASE/IBAM, 1995;. WESTPHAL, M. F. Gestão participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização? Revista saúde em debate. Londrina/Pr: **CEBES**, n. 47, jun. 1995; SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V. **A ampliação das políticas públicas de corte sócio-assistencial: o papel dos sujeitos coletivos**. Relatório de Pesquisa. Florianópolis, 1997, Depto de Serviço Social/UFSC (digit.); PIOLA, S. F. Municipalização das políticas públicas: a experiência da saúde. In: Seminário de municipalização das políticas públicas. **Anais...** Brasília: IPEA/ENAP, 1993.; RAICHELIS, R. Assistência Social e esfera pública: os conselhos no exercício do controle social. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 56, 1998; BRAVO, M. I. E PEREIRA, A. P. (Orgs.) **Política social e democracia**, São Paulo: Cortez, 2001.

¹⁴ Os referidos estudos são a literatura que sustenta este texto e dois projetos de pesquisa em desenvolvimento, por mim coordena-

Também é possível cogitar que entre os representantes da sociedade e da administração pública nos Conselhos e nas Conferências se estabelece uma relação de cumplicidade. De um lado, o gestor necessita que os movimentos (usuários, trabalhadores e prestadores) o apoiem quando há disputa de recursos orçamentários para o setor entre os representantes do executivo; de outro, é necessário que em algum grau as demandas das bases sociais dos movimentos sejam atendidas para que suas lideranças sejam por elas legitimadas. Essa relação *de conveniência* do gestor com os espaços colegiados é ilustrada no depoimento de um deles:

Eu até utilizo esse poder que o Conselho tem para outras Secretarias, quando eles me cobram assim: tu tens dinheiro em caixa e tu não pagas a folha, por exemplo. Eu digo: o Conselho não permite. Eu uso o Conselho como aliado para algumas questões que são importantes.- A. D. P. (KRÜGER, 1998, p. 104).

Outras vezes as deliberações dos Conselhos ajudam o executivo a se legitimar diante de adversários ou a negociar projetos no legislativo, quando não possuem a bancada de apoio majoritária (PINTO, 2004). Mas em muitos outros momentos os espaços participativos das Conferências e dos Conselhos têm sido usados pelos gestores quando não precisam se legitimar perante a oposição, como fóruns pró-forma e como vitrines de decisões democráticas.

Em tese, os Conselhos e as Conferências, mesmo com a participação dos gestores, mantêm uma relação de independência com a política institucional. A princípio parece uma iniciativa política independente, que pressiona de fora, mas, em essência, essa independência parece difícil de ser concretizada. Por exemplo, as condições de funcionamento desses espaços (infra-estrutura de sala, secretária, telefone, computador, passagens, diárias, entre outras) devem ser dadas pelo gestor (em rubrica própria) e quando isso não acontece, é motivo de reivindicação. Portanto, independen-

dos: a) Conferências de Saúde: a inclusão das suas proposições na agenda das políticas de saúde (projeto que estuda as Conferências em âmbito estadual/SC); b) Estudos avaliativos de Conferências de Saúde: a inclusão das suas proposições na agenda das políticas de saúde (projeto que estuda nove Conferências em âmbito municipal/SC).

temente dos elementos da cultura política, por si só a dependência das condições materiais já limita em parte a independência desses espaços colegiados. Ou seja, as relações que se estabelecem entre conselheiros e governo é que vão determinar o grau de autonomia do Conselho ou da Conferência e isso ainda está sujeito a variações na composição de cada mandato de governo ou do próprio plenário.

Para atividades mais autônomas dos Conselhos, o horário em que as reuniões se realizam tem sido empecilho para a participação dos usuários que possuem vínculo trabalhista com o setor privado, o qual não tem liberado seus funcionários para participarem dos colegiados. Os estudos do perfil de conselheiros mostram, em função disso, que os usuários normalmente são aposentados, agricultores, autônomos e funcionários públicos. (COSTA, 2003; KRÜGER, 2007).

A falta de capacitações é colocada pelos próprios conselheiros, assim como pelos analistas do tema, como um impasse decisivo para decisões autônomas. O conhecimento dos trâmites burocráticos de planejamento, gestão e financiamento das políticas é reivindicado como tema urgente para capacitação. Nas diferentes políticas as capacitações são questionadas por serem pouco instrutivas e, por vezes, direcionadas politicamente. (NASCIMENTO; LIRA e ZANRÉ, 2007). Assim, surgem algumas indagações: a quem cabe coordenar as capacitações de conselheiros? Cada segmento deve se autocapacitar? As capacitações podem acontecer para potenciais conselheiros? Se forem prévias e amplas, essas capacitações podem facilitar a articulação do representante com a base dos movimentos?

Segundo Nascimento, Lira e Zanré (2007), para um desempenho mais satisfatório das atividades de conselheiro - participar de reuniões ordinárias, extraordinárias, de comissões de trabalho, de audiências públicas e se articular com a base dos movimentos – está havendo reivindicação de remuneração por esse trabalho. Essa é uma questão polêmica, pois foi pensada para ser uma função de interesse público sem remuneração. A remuneração para conselheiros com certeza alterará o perfil dos participantes e o seu papel junto às políticas públicas.

Além disso, os Conselhos e as Conferências

representam uma caixa de reverberação ou *babel* político-ideológica em que diferentes vozes políticas podem deixar suas marcas nas proposições. Mas as Conferências são espaços mais amplos de participação do que os Conselhos, por serem mais informais e envolverem plenárias ascendentes nas diferentes esferas da federação. Através das pré-conferências são mobilizados núcleos organizados desde a esfera inframunicipal, que de outra forma teriam dificuldade de tomar conhecimento das pautas que envolvem a gestão das políticas sociais. Do lado da instituição, pode ser um espaço de participação dos servidores públicos, que quase sempre não dispõem de mecanismos para o encaminhamento de suas demandas e de diálogo com o próprio *chefe*. Por sua vez, os prestadores privados de serviços para o SUS dão de cara com o povo anônimo da fila e da demanda reprimida. Entretanto, as plenárias também se configuram em espaços de manipulação, de reivindicações isoladas, de propostas consistentes e de experiências bem sucedidas. Ocorre também que as propostas resultantes do plenário, durante o processo de debate, de relatoria e de aprovação perdem um pouco de seu sentido original. É um processo saturado por contradições, uma vez que muitas reivindicações estão aquém dos princípios constitucionais em relação aos direitos sociais e aos de saúde, outras são contraditórias em relação aos princípios de universalidade e integralidade por priorizarem necessidades de determinados grupos sociais ou interesses corporativos.

Provavelmente isso também se deve ao pouco acúmulo que segmentos populares têm de luta política. As Conferências e Conselhos, ainda que institucionalizados, são canais novos de participação que esses segmentos estão ocupando. A falta desse acúmulo e de organização de uma luta social em direção aos fundamentos ideopolíticos do Movimento Sanitário e de um projeto societário, por parte da classe trabalhadora, tem feito com que esses segmentos reproduzam as práticas clientelistas e patrimonialistas, ou se limitem a reivindicações específicas e segmentadas.

Se alguns desses problemas se explicam pela falta de acúmulo da grande maioria dos participantes dos Conselhos e Conferências, ao mesmo tempo se reconhece que esse tem sido o grande espaço de inserção e vocalização de inúmeros grupos sociais: associações de moradores, pas-

torais, associações de portadores de deficiências ou patologias (hanseníase, oncologia, renais, celiacos, deficiência visual ou física etc.), mulheres, agricultores, índios e negros que historicamente não tinham espaço para apresentar e publicizar suas demandas. Ao adentrar em espaços que se sustentam em legislações com princípios de universalidade, integralidade e direito de todos, ainda não conseguem sair do nível básico e imediato de suas necessidades para garantir reivindicações de caráter mais coletivo, pois a condição cotidiana desses grupos continua sendo de vulnerabilidade e carência em relação às necessidades de sobrevivência imediatas.

As políticas sociais são organizadas de maneira segmentada, mas nos Conselhos e Conferências se vê a presença de representantes de diferentes políticas e nascem daí propostas de políticas e serviços intersetoriais. Em geral as atas de Conselhos e Relatórios de Conferências são densas em proposições interdisciplinares. Entende-se que esse tema merece melhor investigação e que deve ser colocado como pauta nos colegiados, pois também as resistências são diversas. Como exemplo cabe destacar que em Brasília, em dezembro de 2003, na mesma semana, aconteceram em locais diferentes a 12ª Conferência Nacional de Saúde e a 4ª Conferência Nacional de Assistência Social. Na audiência pública realizada em agosto de 2003 sobre a organização da Conferência Nacional de Saúde, levantaram-se propostas para que pelo menos em algum momento as duas Conferências se encontrassem, mas essa sugestão não ganhou sustentação. Tal proposta também foi pauta, no mesmo mês, da reunião do Conselho Nacional de Saúde¹⁵.

Sobre a comunicação entre as diferentes políticas, o que pode vir a ser a gênese da interdisciplinaridade é o envolvimento dos mesmos sujeitos em vários Conselhos ao mesmo tempo. Nascimento, Lira e Zanré (2007), em pesquisa em Conselhos Municipais de Assistência Social em Pernambuco, verificaram que 61% dos conselheiros participam de outros colegiados. A pesquisa de Krüger (2007) com delegados da **5ª Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina também identificou que 36,3% deles participam de mais**

de um Conselho ao mesmo tempo.

Na prática das atividades participativas verificam-se algumas dificuldades para que se realize a gestão participativa conforme os ideários democráticos progressistas. Observa-se que em algumas cidades não se respeita a paridade na composição dos Conselhos e Conferências sob várias alegações, especialmente a de que não há interessados; a vaga de presidente ainda tem ficado como posição automática do gestor; algumas lideranças permanecem por inúmeros mandatos como conselheiros, às vezes como representantes de um mesmo segmento e em outras fazendo uma espécie de rodízio entre os segmentos, e por vezes esse rodízio acontece entre os vários Conselhos. Em muitas cidades parece ser prática corriqueira ultrapassar o número de mandatos ou realizar tais rodízios. (BRAVO, 2001; KRÜGER, 2005; ESCOREL, 2008).

Todos os Conselhos possuem uma cláusula em seu Regimento Interno abrindo suas reuniões à participação do público. Em geral essa participação é muito restrita ou nula. Normalmente as reuniões dos Conselhos são assistidas por estudantes que estão cumprindo alguma tarefa acadêmica ou por pessoas/grupos sociais que possuem interesse nos temas em pauta. Em função, às vezes, da pouca abertura do Conselho à participação pública e também por pouca demanda da população, o espaço físico para observadores é pequeno, obrigando os que comparecem eventualmente a se acomodarem no chão¹⁶.

Desde a regulamentação as Conferências têm sido abertas a observadores. Sem direito a voto, apenas a voz, a presença de observadores tem contribuído para ampliação e socialização do debate. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a participação de observadores tem sido expressiva. Em 2000, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, o Ministro da Saúde José Serra fechou a Conferência para observadores, o que provocou muitas reações, mas não se conseguiu revogar a decisão do Ministro. A 12ª e a 13ª Conferência Nacional de Saúde novamente se abriram para a participação de observadores.

¹⁵ Na qualidade de pesquisadora/observadora, em 2003 a autora participou dos três eventos citados.

¹⁶ Foi o caso do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina e do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, em 2007 e 2008, conforme relato dos alunos da disciplina Serviço Social e Segurança Social: Saúde, DSS/CSE/UFSC.

Formalmente, a 5ª Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina não se fechou para observadores, mas as portas da plenária foram, de fato, fechadas para observadores, mesmo havendo no local espaço suficiente para abrigar aproximadamente mais mil pessoas além dos delegados presentes. O Regimento e o Edital de chamamento para as inscrições de delegados e observadores à referida Conferência mencionam que toda entidade, associação ou movimento social representativa (o) de Profissionais de Saúde, Usuários do SUS, Prestadores de Serviços e Gestores da Saúde, de âmbito estadual (Santa Catarina, 2007), poderá solicitar uma (01) vaga para delegado e outra para observador. As atas do Conselho Estadual de Saúde que tiveram a organização da Conferência como pauta não fazem qualquer referência a esse assunto, apenas mencionam a aprovação das decisões da Comissão Organizadora, sem se referir ao que estaria sendo aprovado.

Com esses critérios houve apenas 14 inscrições para observadores (nove profissionais de saúde, um prestador de serviço para o SUS e quatro usuários). No entanto, no dia da abertura da Conferência muitas pessoas estiveram no local para assistir ao evento e não puderam entrar, fato esse que causou muita estranheza e polêmica. No instante da votação do Regimento Interno da Conferência a abertura para a participação de observadores foi colocada em votação e visualmente, por contraste, não se conseguiu saber qual era a proposta vencedora. Os votos favoráveis e contrários tiveram que ser contados e saiu vencedora a proposta que era contrária a abertura para observadores. Para contrastar, a 4ª Conferência Estadual de Saúde, em 2003, contou com 996 delegados e 341 observadores. (Santa Catarina, 2006).

Se a Conferência é um espaço mais amplo, é propositivo e avaliativo e não deliberativo, qual o sentido de se fechar para observadores? Pode-se, então, deduzir que os próprios usuários estão votando contra os usuários, já que eles mesmos representam 50% dos que votaram pela não abertura no início da Conferência? As regras da democracia formal estão se reproduzindo nos espaços que em tese seriam para ampliar as bases da democracia participativa?

As Conferências cumprem um papel pedagó-

gico de educação política, constituem um espaço estratégico para socialização do debate do SUS e é nelas que se podem qualificar conselheiros ou formarem novos. Mas decisões como essas refletem uma conjuntura de democracia regressiva e conservadora.

Considerações Finais

Se os aspectos acima são relevantes e não podem ser desconsiderados, a análise não pode se limitar a eles, pois se situam na esfera fenomênica e carecem de uma crítica da sua historicidade e da concepção de mundo que os movem. Sem esse exercício de crítica, as forças populares se vinculam mais ao imediatismo e aos interesses econômico-corporativos, o que se explica muitas vezes pelos carecimentos sócio-econômicos e culturais; já as forças burguesas conseguem viabilizar com mais facilidade a inovação e a conservação. Esses são, sem dúvida, elementos que caracterizam um processo de reformismo durante os anos referidos de implementação das políticas sociais.

Mesmo com os muitos problemas apontados, acredita-se que essas práticas têm potencial para alterar a secundarização dos segmentos populares nas decisões públicas, como podem reproduzir elementos tradicionais da nossa cultura política. Ou melhor, por si só os representantes dos usuários e dos trabalhadores nos Conselhos e Conferências não representam as virtudes da sociedade civil e nem automaticamente realizam práticas de democracia participativa em suas entidades e movimentos de origem. O novo nível de complexidade das lutas sociais institucionalizadas “exige, portanto, um processo de democratização do próprio movimento, de suas formas de participação, discussão, deliberação e de representação nas instâncias de articulação e na interface com o Estado.” (BURGOS, 2007, p. 6).

Os representantes dos diferentes movimentos sociais que participam dos Conselhos e Conferências precisam estar articulados com seus fóruns, discutindo a agenda e o posicionamento nesses espaços e construindo lutas sociais mais amplas. Isso pode evitar uma auto-representação e a burocratização das atividades de conselheiro e do movimento social. Ainda que a maioria dos

conselheiros não represente sujeitos das ciências formais, existe uma expectativa para que sejam agentes capacitados para discussão crítica e negociação da agenda das políticas sociais.

Nos últimos anos o alargamento das experiências participativas no espaço da política institucional parece que perdeu grande parte de sua consagração ou legitimidade, mas houve um aumento numérico dos espaços. Esse aumento não se deu apenas pelas dificuldades das novas experiências participativas, mas pela decepção de nossa população com o tão aguardado regime democrático¹⁷ e pelas inúmeras denúncias de corrupção que ano a ano vêm inundando os meios de comunicação e envolvendo gestores, recursos e instituições públicas.

A implementação da diretriz constitucional de participação da comunidade para as políticas sociais não promoveu mudanças de paradigmas, mas abriu um espaço para os segmentos populares começarem a conhecer e debater a agenda pública estatal. Portanto, esse espaço tem que ser ocupado e qualificado com bases nos interesses e necessidades coletivas. O exercício dessa participação social enfrenta várias dificuldades, mas é certo que os Conselhos têm levado muitos gestores, nas três esferas de governo, a dividirem o poder, a prestarem contas e a não terem mais a exclusividade das decisões.

Como visto neste texto, muitos desafios merecem ser enfrentados para a construção de uma cultura política sustentada em valores da democracia de massa. Para além de ações da democracia procedimental e fiscalizatória que é necessária também no controle das ações e da aplicação dos recursos, a participação que aqui se reivindica é a participação como um bem político que permeia as relações sociais e a gestão pública em direção ao atendimento das necessidades sociais.

Referências

ANTUNES, R. **A desertificação neoliberal no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2004.

¹⁷ Pesquisas nos anos de 1990 indicavam, ironicamente, que muitos brasileiros sentiam saudade do tempo da ditadura. Moisés, J. A. **Os brasileiros e a democracia**. São Paulo: Ática, 1995.

AVRITZER, L. Apresentação. In: PEDRINI, D.; ADAMS, T.; SILVA, V. R. (Orgs.) **Controle social de políticas públicas**. São Paulo: Paulo, 2007.

BACELAR, T. **Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro: heranças e urgências**. Rio de Janeiro: Revan: Fase, 2000.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde, 8**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Constituição Federal**, 1988.

BRAVO, M. I. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. A política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al (Orgs.). **Serviço Social e saúde**. São Paulo: Cortez, 2007, p. 88-110.

BURGOS, R. Da democratização política à radicalização da democracia: novas dimensões estratégias dos movimentos sociais. In: DAGNINO, E.; TATAGIBA, L. **Democracia Sociedade Civil e Participação**. Chapeco: Argos, 2007, págs. 127 a 166.

CARVALHO, G. **O financiamento público federal do Sistema de Saúde de 1988 a 2001**. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

CHASIN, J. **O integralismo de Plínio Salgado: forma de regressividade no capitalismo hiper-tardio**. 2. ed. Belo Horizonte e Santo André/SP: Editora Una e Ad Hominem, 1999.

COGGIOLA, Osvaldo. Bolchevismo, Gramsci, Conselhos. In: DIAS et al. **O outro Gramsci**. São Paulo: Xamã VM, 1996, p. 193-217.

COSTA, A. M.; BLOCH, R.; MARQUES, P. M. F., et. al. **Estudo do perfil dos delegados da 12. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão Participativa, 2004a (mimeo).

_____. **Estudo da percepção política dos delegados da 12. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão Participativa, 2004b (CD).

DIAS, E. F. Traição ou lógica. In: **Universidade e Sociedade**. Brasília: ANDES, n. 32, mar. de 2004, p. 9-21.

FIORI, J. L. José Luís Fiori: 'revolta social' será crescente. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0905200408.htm>> Acesso em 09 maio 2005.

GRANEMANN, S. **Necessidades da acumulação capitalista: razões para contra-reformar?** Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/cadernos-es>>

peciais.html> Acesso em 19 mar. 2005.

KRÜGER, T. R. **A estratégia conselhistas na área da saúde: a dicotomia entre o plano legal e o real.** Dissertação de mestrado. Florianópolis: FAED-UDESC, 1998.

_____. **Os fundamentos ideopolíticos das conferências nacionais de saúde.** Recife: PGSS/CCS/UFPE. Tese de doutorado, 2005.

_____. **Conferência Estadual de Santa Catarina, 5: estudo do perfil sócio-político dos delegados.** Relatório de pesquisa, DSS/UFSC, Florianópolis, 2007. Mimeografado..

MAZZEO, A. C. **Estado e burguesia no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

MERHY, E. Democracia e saúde. In: **Saúde em debate.** Londrina: CEBES, n. 4, p. 7-13, jul./1977.

NASCIMENTO, A. P.; LIRA, L.; ZANRÉ, A. Conselhos paritários e o mito da participação popular. In: PEDRINI, D.; ADAMS, T.; SILVA, V. R. (Orgs.) **Controle social de políticas públicas.** São Paulo: Paulo, 2007.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social... In: **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo: Cortez, 1996, n. 50, p. 87-132.

_____. FHC e a política social... In: LESBAUPIN, I. (Org.). **O desmonte da nação...** 3. ed. Rio de Janeiro/Petrópolis: Vozes, 2000.

NOVAES, R. L. Saúde e democracia. In: **Saúde em debate.** Londrina: CEBES, n. 5 p. 71-73, out.1977.

PEDRINI, D.; ADAMS, T.; SILVA, V. R. (Orgs.) **Controle social de políticas públicas.** São Paulo: Paulo, 2007.

PINTO, C.R.J. Espaços deliberativos e a questão da representação. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** São Paulo, Vol. 19 Nº. 54, 2004.

SANTA CATARINA. **Relatório Final.** Conferência Estadual de Saúde, 4. Etapa da Conferência Nacional de Saúde, 12. SES e CES, 2003.

_____. **Plano estadual de saúde.** SES, 2006.

_____. **Regimento.** Conferência Estadual de Saúde. 5. etapa da Conferência Nacional de Saúde, 13. SES e CES, 2007.

_____. **Edital de chamamento.** Conferência Estadual de Saúde, 5. Etapa da Conferência Nacional de Saúde, 13. SES e CES, 2007.

TEIXEIRA, E. Conselhos de políticas públicas...? In: CARVALHO, M. C. e TEIXEIRA, A. C. (Org.). **Polis.** São Paulo, 2000, n. 37, p.92-119.

TERRA, O. A participação da comunidade no SUS. In: **Saúde em debate.** Londrina: CEBES, n. 26, p. 56-7, set./1989.