



Revista grifos

E-ISSN: 2175-0157

grifos@unochapeco.edu.br

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó
Brasil

Leone Quaresma, Sílvia Jurema

MOVIMENTOS SOCIAIS: LEGITIMAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Revista grifos, vol. 21, núm. 32/33, 2012, pp. 171-190

Universidade Comunitária da Região de Chapecó

Chapecó, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572967122010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

MOVIMENTOS SOCIAIS: LEGITIMAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Silvia Jurema Leone Quaresma*

Resumo

O artigo tem por finalidade discutir a participação social no sistema de saúde brasileiro, abordando a participação via movimentos sociais. Na primeira parte do trabalho analisamos os conceitos de sociedade civil e movimentos sociais e, em seguida, avaliamos os movimentos sociais na saúde que foram importantes atores no desenvolvimento do atual sistema de saúde. Na segunda parte abordamos o conceito de participação social e, posteriormente, discutimos a participação social na saúde, destacando algumas de suas limitações nos Conselhos de Saúde, segundo pesquisas realizadas nas regiões sul e sudeste entre os anos de 2000 e 2005. Concluimos o artigo enfatizando alguns pontos positivos e limites dessa participação atualmente.

Palavras-chave: Sistema de Saúde. Movimentos Sociais. Participação Social.

* Doutora em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Ecologia Humana e Sociologia da Saúde/ UFSC. Email: silvialeone 40@yahoo.com.br.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro, conhecido como SUS (Sistema Único de Saúde), foi criado pela Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/1990. Entretanto, para se chegar até o estabelecimento desta lei foi necessário que algumas forças organizadas da sociedade civil se mobilizassem em prol de mudanças na organização das condições de saúde da população brasileira. Dessa forma, os movimentos sociais podem ser considerados interlocutores das tentativas de desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde no Brasil que inclui, entre outros princípios, a participação social na gestão da saúde.

Considerando esses pressupostos, este artigo tem por finalidade discutir a participação social no sistema de saúde brasileiro, abordando a participação via movimentos sociais. Sendo assim, inicialmente analisamos os conceitos de sociedade civil e movimentos sociais. Seguidamente avaliamos os movimentos sociais na saúde que foram importantes atores no desenvolvimento do atual sistema de saúde. Por fim, abordamos o conceito de participação social e, posteriormente, discutimos a participação social na saúde, destacando algumas de suas limitações nos Conselhos de Saúde, segundo pesquisas realizadas nas regiões sul e sudeste entre os anos de 2000 e 2005. Concluímos o artigo enfatizando alguns pontos positivos e limites dessa participação atualmente.

Uma breve conceituação de sociedade civil e movimentos sociais

Os estudos sobre movimentos sociais não deixam dúvidas quanto a estes serem ações coletivas que emergem da sociedade civil. Conforme Arato e Cohen (1994, 2000), a sociedade civil é assegurada institucionalmente por um conjunto de direitos que, ao mesmo tempo em que a pressupõe, a diferencia das esferas da economia e do Estado. Ela é composta pela esfera íntima (em especial a família), a esfera das associações (em especial as associações voluntárias), os movimentos sociais e as formas de comunicação pública¹.

Cohen (2003) assinala que a sociedade civil é constituída de quatro parâmetros analíticos: a pluralidade, assinalada por uma grande variedade de formas de vida, de atores heterogêneos e

1 Além dos movimentos sociais, as ONGs são também consideradas atores da sociedade civil e ambos são referenciados por Laval (2003 p.101) como formas de associação voltadas para intermediação e tematização pública de problemas tendo capacidade de “arregimentar as energias inovadoras esparsas na sociedade não organizada, reconfigurando o cenário da democracia do país”.

de redes; a publicidade, que abrange as instituições de cultura e comunicação, incluindo as novas formas de publicidade através das recentes tecnologias de comunicação²; a privacidade, que se refere à autonomia do indivíduo que é institucionalizada por um conjunto de direitos; e, por fim, o parâmetro da legalidade como estrutura necessária de leis gerais e direitos básicos para demarcar a pluralidade, a privacidade e a publicidade ao menos em relação ao Estado e, em certa medida, à economia. Juntas, essas estruturas asseguram a existência institucional de uma sociedade civil modernamente diferenciada.

Costa (2002 p. 49) argumenta que a teoria habermasiana confere aos atores da sociedade civil um caráter duplo, ofensivo e defensivo; e postula que a sociedade civil é um lugar social de geração de uma opinião pública espontânea ancorada no mundo da vida e, ao mesmo tempo, ela é vista como o “elenco de atores sociais habilitados para conduzir os impulsos comunicativos condensados nas esferas da vida cotidiana às demais órbitas sociais”. É na sociedade civil que são incorporadas as “reivindicações sociais mutáveis e dinâmicas, mitigando, assim, as dessincronias entre moral e direito, legitimidade e legalidade”. Sendo que os processos de articulação de consensos normativos e de reconstrução reflexiva dos valores e disposições morais que norteiam a convivência social se dão nos espaços públicos³. No entanto, a sociedade civil não é um espaço pacífico de convivência, pois no seu interior convive uma pluralidade social, cultural e política em que os atores defendem seus projetos, desenvolvem a ação coletiva, disputam espaços de poder e orientam a política pública. Dessa forma, a sociedade civil é um espaço público de conflitos e também de poder (DAGNINO, 2006).

Quanto aos movimentos sociais a literatura específica os divide em dois períodos. O primeiro se refere aos movimentos sociais tradicionais que privilegiavam o conflito de classes e tiveram expressão máxima nas típicas sociedades industriais, nas quais o proletário era submetido ao mundo da produção e da exploração da sua força de trabalho. Além disso, esses movimentos traziam no seu bojo o projeto de uma sociedade sem classe (SCHERER WARREN, 1987).

A partir da década de 1960 iniciou-se o segundo período dos movimentos sociais que passaram a adquirir um novo caráter, uma nova forma de organização, e são denominados novos movimentos sociais (NMSs), entre eles destacam-se: os movimentos das

2 Como, por exemplo, a Internet que está favorecendo os movimentos sociais no que diz respeito às novas formas de organização e articulação de indivíduos e coletivos em rede. A rede está se transformando no espaço público, no qual, a pluralidade de atores sociais fortalecem suas demandas, ampliam o alcance de suas ações e desenvolvem estratégias de luta mais eficazes (MACHADO, 2007).

3 Os espaços públicos são conceituados como instâncias deliberativas que permitem o reconhecimento e dão voz a novos atores e temas. São espaços não monopolizados pelo Estado (ou pelos menos não deveriam ser) ou qualquer outro ator social ou político.

mulheres, os pacifistas, ambientalistas, contra a proliferação nuclear, ecológicos, contra a fome e outros. Esses movimentos sinalizam, em princípio, um distanciamento do caráter classista que se configurava nos movimentos sindicais e operários em torno do mundo do trabalho. Entretanto, isso não significa que em determinados momentos históricos não possam assumir uma contraposição com o sistema econômico e social vigente. Mas, de qualquer forma, esses NMSs podem ser considerados como movimentos contestadores da realidade excludente gerada pelo modelo capitalista que assumem uma participação mais igualitária e democrática (SCHERER-WARREN, 1987). Dessa forma, os NMSs passaram a ter papel central nos processos de construção ou de reconstrução da democracia, como é o caso dos movimentos sociais na saúde.

Os NMSs, enquanto processos complexos foram discutidos amplamente por vários autores, como: Castells, Touraine, Boaventura, Melucci, entre outros. Considerando as diversas abordagens, destacamos que os movimentos sociais são formas de organização que se articulam com base em interesses e valores comuns, tendo como finalidade definir e orientar as formas de atuação coletiva. A ação coletiva correspondente ao movimento social tem como objetivo: mudar a ordem social existente, ou pelo menos parte dela; influenciar os resultados dos processos sociais e políticos que envolvem comportamentos sociais e valores e, também, influenciar decisões institucionais de governos e organismos referentes a políticas públicas. Os atributos dos movimentos sociais, assim como os das ONGs, são: horizontalidade; espontaneidade; legitimidade; ação comunicativa e intermediação societária (LAVALLE, 2003).

Munck (1997), ao discutir as dimensões básicas dos movimentos sociais, indica que as abordagens dos autores europeus sugerem que este é dotado de uma identidade coletiva, enquanto que autores norte-americanos defendem os movimentos sociais como atores estratégicos. Entretanto, para o autor essas abordagens não devem ser vistas como incompatíveis, mas como complementares, visto que a identidade coletiva não exclui a dimensão estratégica dos movimentos. Pelo contrário, as estratégias devem ser escolhidas levando em conta a identidade coletiva e os objetivos do movimento, ou seja:

[...] um movimento social caracteriza-se por sua capacidade de promover uma luta em torno de questões fundamentais de ma-

neira tal que a ação estratégica seja compatível com a dimensão de identidade ou, em outras palavras, que se saiba manter uma relação “coerente” entre identidade e estratégia. (MUNCK, 1997)

Ao estudar a emergência dos NMSs no final da década de 1970, Scherer-Warren (1987) apreende alguns elementos básicos em seus discursos que constituem a base de suas identidades e suas organizações: democracia de base; livre organização; autogestão; direito à diversidade; respeito à individualidade; identidade local e regional; liberdade individual associada à liberdade coletiva. Segundo a autora, a nova identidade social nutre-se do sentimento de exclusão e de injustiça e está diretamente relacionada com a geração de novos direitos, de categorias sociais em processo de conformação. Foi com esse propósito que se originaram, no Brasil, os movimentos sociais em defesa, principalmente, de direitos universais na saúde.

Os movimentos sociais na saúde

Os principais movimentos sociais na saúde começaram a ocorrer enquanto o Brasil encontrava-se sob o controle do regime militar (1964-1985). Esses movimentos estavam diretamente vinculados à noção de direitos básicos, se articulando em defesa da saúde da população brasileira. Além disso, foram movimentos muito engajados na luta pela redemocratização do país. Os três principais movimentos sociais na saúde que serão tratados neste artigo são: o Movimento Popular da Saúde, o Movimento Sanitarista e os Movimentos Médicos que juntos empreenderam a Reforma Sanitária no Brasil.

O Movimento Popular de Saúde (MPS) se originou nos bairros pobres dos grandes centros urbanos, principalmente nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Na década de 1970 o MPS se tornou mais atuante e era composto por: médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos clandestinos e das populações carentes de bairros das periferias urbanas e favelas (DOIMO; RODRIGUES, 2003). Enquanto movimento popular o MPS foi um importante articulador das várias experiências comunitárias em saúde⁴ que foram se expandindo por todo o Brasil e que tinham o apoio das dioceses.

Num primeiro momento, o MPS tinha como uma de suas bandeiras denunciar a situação caótica da política de saúde pública

4 Essas experiências comunitárias tiveram início após a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, quando alguns partidários da municipalização da saúde passaram a organizar, em certas áreas carentes do Brasil, os serviços locais de saúde, com a implementação de serviços básicos de saúde (QUARESMA, 2012).

e dos serviços previdenciários de atenção médica, reivindicando das autoridades soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde vigente. Num segundo momento, com o crescimento do movimento, este passou a ordenar a discussão sobre a política de saúde. Foi quando o MPS deu origem a vários encontros de caráter nacional, nos quais se estabeleceram propostas para a mudança da política nacional, chegando inclusive a propor estatização da saúde no país sem a participação do setor privado. No entanto, essa proposta foi recusada pela maioria das entidades presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (GERSCHMAN, 2004).

O MPS chegou a fazer parte da Plenária Nacional de Saúde na Constituinte, mas depois da 8ª Conferência foi adquirindo outras características devido à reformulação do sistema de saúde, no qual passou a vigorar a existência de um sistema único e descentralizado de saúde nos estados e municípios. Com isso o MPS foi perdendo o seu caráter nacional passando a expressar um caráter estadual e municipal colaborando no processo de implementação das reformas na saúde (GERSCHMAN, 2004).

Na década de 1970, surge o Movimento Sanitário que era formado por um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde provenientes, na sua maioria, do Partido Comunista Brasileiro (PCB). Esse movimento também estava ligado a centros e veículos de pesquisa científica, especialmente a Fundação Oswaldo Cruz, a Revista Saúde em Debate e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (ESCOREL, 1998). Os membros desse movimento tinham diferentes posições político-ideológicas, mas, enquanto ator coletivo o movimento defendia a reorientação do sistema de saúde.

Escorel (1995) ao analisar o Movimento classifica a sua atuação em três períodos. No primeiro, em meados da década de 1970, o Movimento tinha como diretriz: saúde e democracia. No segundo, durante a abertura política, sua atuação se configurou na penetração dos seus membros nos aparelhos de Estado, tentando com isso dar uma nova direção à política pública. E finalmente no terceiro período, com a Constituinte, o Movimento se organizou para colocar o direito à saúde como direito elementar do cidadão brasileiro. Aliás, foram os membros desse Movimento que elaboraram, em 1985, o documento intitulado “Pelo direito universal à saúde”, que destacava a necessidade do Estado se comprometer efetivamente com a saúde da população. Este

documento serviu de base nos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte de 1988, no qual foram incluídas propostas da população e também de profissionais da área da saúde.

De modo geral, a agenda do Movimento Sanitário propunha a redefinição, na área da saúde, das relações entre o setor privado e o Estado. Sendo que, na ótica deste Movimento os princípios a serem implementados no sistema de saúde deveriam ser, principalmente, a universalização do acesso aos serviços de assistência médica e a descentralização do sistema de saúde.

O terceiro e não menos importante movimento social de destaque, tendo um papel político decisivo no setor saúde, foram os Movimentos Médicos (MMs). Esses Movimentos eram mais do que uma associação de profissionais da área médica descontentes com o processo de massificação das consultas médicas nas instituições públicas, pois eram constituídos também pelas associações de caráter sindical; as entidades que regulam o exercício da profissão médica e as entidades de caráter técnico científico. Dessa forma, o MMs era um Movimento caracterizado por um alto grau de institucionalização que o diferenciava do MPS (GERSCHMAN, 2004).

Enquanto movimento de profissionais o MMs buscou alianças e articulações com outros movimentos sociais com o objetivo de lutar contra a má qualidade dos serviços médicos prestados à população, mas também lutava pelos direitos trabalhistas da categoria e pela redemocratização do país. Com a sua consolidação passou a atuar também no questionamento das políticas de saúde e na elaboração de uma proposta de reformulação do sistema que culminou com a Reforma Sanitária (SOARES; MOTTA, 1997; TOMACHESKI, 2007).

Por fim, cabe ressaltar que através da mobilização, da articulação e das alianças entre essas três diferentes forças organizadas da sociedade civil foi possível que alguns membros desses movimentos ocupassem postos de condução da política setorial. Essa conquista culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde que abriu o debate junto à população para a reformulação do sistema nacional de saúde, tornando possível a inclusão, na Constituição de 1988, de um novo modelo público, integrado e descentralizado de política de saúde, o Sistema Único de Saúde. Aliás, nesta Conferência ressurgiu a discussão para a instauração de uma gestão democrática que deveria incluir a participação

dos cidadãos comuns, oportunizando o controle social sobre a produção e execução das políticas setoriais (LABRA, 2005).

Participação social

A participação social compreende as várias ações que as diferentes forças sociais desenvolvem na tentativa de influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação tanto das políticas públicas quanto dos serviços básicos na área social, ou seja, na saúde, na educação, na habitação, entre outros (VALLA et al, 1993). Ela é representativa de um novo paradigma, da democracia deliberativa/participativa, que deve (ou deveria) se realizar em uma esfera pública livre, igualitária e aberta tendo como objetivo buscar, através do diálogo argumentativo, um consenso social capaz de minimizar os entraves próprios do mundo atual.

A democracia participativa é considerada um regime político que concebe o desenvolvimento humano, aumenta o índice de eficácia, reduz os distanciamentos dos centros de poder, se preocupa mais com os problemas coletivos e contribui para a formação de cidadãos ativos capazes de se interessar mais aguçadamente pelos assuntos governamentais (PATERMAN, 1992). Esse novo paradigma, segundo Lüchmann (2007 p. 186), “advoga que a legitimidade das decisões políticas advém de processos de discussão que, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem-comum, conferem um reordenamento na lógica de poder tradicional”. Nesse caso, a sociedade civil se destaca por ser o elemento que impulsiona, reivindica e media os debates e é ela mesma quem ocupa ou deveria ocupar os espaços de participação institucional.

Atualmente é evidente a intensificação dos processos participativos⁵ que podem ser implantados tendo como objetivo, por um lado, o compartilhamento do poder decisório em questões relativas ao interesse público. Por outro lado, como um mecanismo de acompanhamento e monitoramento da atuação do Estado por parte da sociedade e nesse caso o Estado presta contas à sociedade (o que vem sendo tratado como *accountability*). Apesar de haver uma ativação do processo participativo, deve-se esclarecer que, enquanto processo social, a participação deve ser apreendida e aperfeiçoada pela prática e pela reflexão. E o que consta é que no Brasil estamos apenas começando a adentrar

5 A título de esclarecimento devemos mencionar que a participação opera mediante mecanismos que variam em cada uma das sociedades e em cada período histórico. Esses mecanismos podem funcionar como oportunidade conquistada ou outorgada à população em função do processo participativo. Nas sociedades atuais temos vários níveis de participação: o voto, o plebiscito, a representação política, participação em grupos e programas estatais, entre outros (AMMANN, 1980).

neste campo participativo, pois, o princípio de participação social foi assegurado após a supressão do regime militar e a elaboração da Nova Constituição de 1988⁶. Afora isso, a história do desenvolvimento brasileiro foi e ainda é fortemente marcada por relações clientelísticas e corporativistas com baixa expressão participativa da população.

Quanto à qualidade da participação social, Bordenave (1992) argumenta que ela aumenta quando os indivíduos aprendem a conhecer sua realidade, aprendem a refletir sobre ela e quando conseguem superar as contradições reais ou aparentes. Também é um fator relevante na qualidade da participação quando o indivíduo aprende a manejar conflitos, tolerar divergências e respeitar opiniões. Mas, se pode observar nas pesquisas realizadas sobre o tema que a garantia da qualidade da participação social está amplamente ligada à educação⁷, pois, é a educação que fornece os meios e as técnicas de comunicação que são muito importantes no âmbito da participação social. Sem esses meios e técnicas os indivíduos sentem-se pouco à vontade para participar⁸.

Mesmo sendo recente esse processo de participação social na gestão de políticas públicas no Brasil, a literatura específica tem mostrado que esta vem se ampliando no país seja na formalização dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, na instituição dos fundos orçamentários e também na elaboração dos planos na atenção local. Kleba et al (2007, p. 266) assinala que essas políticas “são reconhecidas como instrumentos necessários que fortalecem o processo de descentralização para assegurar os interesses da grande maioria da população”. Com a participação social entram em cena novos atores na gestão dos serviços públicos que, partilhando atribuições, acabam “re-significando as relações de poder em prol de decisões e práticas intersetoriais que asseguram o acesso e a efetivação de direitos sociais”.

Além disso, a participação social nos processos de gestão de políticas e programas governamentais promovem mudanças significativas no campo estatal e societário. No campo estatal essas mudanças ocorrem na medida em que os parlamentares passam a dialogar, às vezes até de forma conflituosa, com atores que até então se encontravam ausentes do processo decisório estatal. No campo societário as mudanças ocorrem graças às formas colaborativas de interação entre os atores da sociedade civil e o Estado (DIAS, 2002; BORBA, 2005 apud BORBA; SELL, 2007).

6 Embora, anteriormente a Constituição de 1988 a participação social já ocorria nos Conselhos Comunitários com o objetivo de “servir de espaço de apresentação das demandas da comunidade junto às elites políticas locais” e era considerada uma inovação que renovava a tradicional relação clientelista entre Estado e sociedade. A participação também ocorria nos Conselhos Populares e nos Conselhos Administrativos (TATAGIBA, 2002, p. 53-54).

7 A educação é considerada apenas um dos requisitos para a qualidade da participação, os outros requisitos são: a informação e a motivação. Ambos agem sobre os indivíduos tornando-os mais ou menos inclinados ao processo participativo (AMMANN, 1980).

8 Algumas pesquisas indicam que os participantes dos Conselhos Gestores, ao contrário dos participantes dos Orçamentos Participativos, apresentam renda e escolaridade superior à média da população. Quanto a este tema se reportar aos trabalhos de Santos Junior, Ribeiro e Azevedo (2004); Fuks, Perissinoto e Souza (2004); Tatagiba (2002); Lüchmann, Borba (2007).

No Brasil a participação social é amparada por uma legislação nacional que instituiu os Conselhos Gestores de Políticas Públicas e entre eles se destacam: os Conselhos de Saúde; de Assistência Social; de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. A atuação desses Conselhos ocorre nas três esferas governamentais (municipal, estadual e federal). Suas atribuições estão inscritas dentro de um plano de formulação e implementação das políticas tendo como práticas o planejamento e a fiscalização das ações governamentais. Esses Conselhos são vistos como fóruns públicos que têm como objetivo captar as demandas dos segmentos da sociedade com menos acesso ao aparato estatal e realizar pactos entre os diversos grupos sociais (LÜCHMANN, 2008). Entretanto, no Brasil a participação social ainda enfrenta diversos limites e desafios.

Participação social na saúde: alguns limites e desafios

A participação social, como elemento estruturante do sistema nacional de saúde, já era um pressuposto do Movimento da Reforma Sanitária, na década de 1970, que compreendia como indissociáveis: as lutas contra a ditadura militar, a luta pela democratização do poder público e a luta pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (ESCOREL; MOREIRA, 2008). Entretanto, foi somente com a regulamentação do SUS que a participação passou a ser uma de suas principais diretrizes.

Na saúde a expressividade da participação social ocorreu na criação de espaços públicos de deliberação como os Conselhos de Saúde (nos níveis: local, municipal, estadual e federal) e as Conferências de Saúde que inauguram uma relação mais próxima entre a sociedade civil e o Estado. Dessas instâncias, deveriam participar os seguintes segmentos da sociedade: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes do governo (BRASIL, 1990).

Os Conselhos de Saúde⁹ são considerados espaços de participação paritária ou ao menos deveriam ser; devem ter caráter deliberativo, ou seja, devem participar diretamente no processo de tomada de decisão; e devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (federal, estadual, municipal), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo¹⁰.

9 No Brasil temos mais de 5700 Conselhos de Saúde, entre estes estão incluídos: o Conselho Nacional de Saúde, os dos estados e dos municípios e ainda os Conselhos Regionais, Distritais e Locais e também os Conselhos Sanitários Indígenas (LABRA, 2005).

10 De acordo com a legislação brasileira o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) têm representação no Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1990).

Uma vez ocorrido o processo de municipalização da saúde o estabelecimento dos Conselhos de Saúde Municipais (CSMs) se tornaram um dos requisitos¹¹ para que as secretarias estaduais e municipais pudessem receber recursos financeiros federais. Fazem parte dos CSMs: os representantes do governo, os prestadores de serviços particulares ou sem fins lucrativos, os representantes dos profissionais e, por fim, os representantes dos usuários. Esses últimos dispõem da metade dos representantes (50%); a outra metade é repartida entre os gestores (25%) e os prestadores de serviços (25%)¹² (BRASIL, 2003).

Essa exigência da constituição dos CSMs no âmbito do SUS tem demonstrado, por um lado, a obrigatoriedade da participação social e, por outro lado, em alguns locais eles estão começando a se tornar um importante instrumento de empoderamento¹³ da comunidade que supõem: a educação para a cidadania; a socialização de informações; o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico; o planejamento e a execução de projetos e ou iniciativas sociais; entre outros.

Na década de 1990, no início da discussão sobre participação social na saúde, Cortes (1995; 2002) assinalava que, no contexto do processo de reforma setorial da saúde em países em desenvolvimento, quem determinaria a ocorrência ou não da participação de representantes legítimos e autônomos dos setores populares nos fóruns seria a força dos movimentos sociais e sindicais. A autora considerava que o padrão de organização desses movimentos influenciaria o modo como os usuários se envolveriam nas atividades dos Conselhos e das Conferências. A autora já preconizava que por maior que fosse a participação dos usuários nos fóruns dos Conselhos, mesmo assim, não haveria garantia da redução das iniquidades na promoção de cuidados de saúde para a população. Por outro lado, esses fóruns participativos tendiam a colaborar na democratização das instituições brasileiras, pois, seriam eles que dariam voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político. Segundo a autora, os seus representantes poderiam influir na decisão sobre o destino de recursos públicos no setor saúde, poderiam obter informações, fiscalizar a qualidade dos serviços prestados e poderiam influenciar na formulação de políticas que viessem a favorecer os setores sociais que eles representam.

Atualmente observamos em várias pesquisas realizadas no Brasil que os canais institucionalizados para a participação social

11 Para o recebimento de recursos financeiros federais as secretarias de saúde estaduais e municipais devem ter: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, recursos financeiros oriundos dos orçamentos próprios destinados à função saúde, plano de carreira, cargos e salários (BRASIL, 1990).

12 Até o ano de 2005 todos os municípios brasileiros já tinham criado seus CSMs, gerando um contingente de 70.000 conselheiros, entre os quais 35.000 participavam como representantes dos usuários do SUS e, segundo Escorel & Moreira (2008), esses conselhos se tornaram a maior rede de instância participativa no país.

13 Empoderamento significa o aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, sobretudo dos indivíduos submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2004).

na saúde são possíveis, estão acontecendo seja por intermédio dos movimentos sociais, seja por intermédio das organizações locais ou das ONGs ou até mesmo por intermédio de indivíduos isolados. No entanto, não podemos afirmar a satisfatoriedade dessa participação que temos hoje na saúde. Mesmo porque não se pode garantir que melhorou a qualidade dos cuidados oferecidos ou tornou os serviços mais acessíveis ou até mesmo diminuiu as iniquidades territoriais e sociais que sempre existiram e dificilmente deixarão de existir. Mas o importante nisso tudo é o aprendizado da participação que nos leva a crer que irá dar bons frutos mesmo tendo ainda muitos desafios pela frente.

Entre os desafios a serem superados para que haja o comprometimento efetivo da participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde temos, por exemplo, que superar a presença de uma cultura política autoritária e clientelística que, em muitos casos, dificulta reconhecer e respeitar o outro como cidadão; a fragilidade da vida associativa; a falta de cultura participativa; e a própria resistência dos atores sociais e estatais em aceitarem participar desses fóruns (SPOSATI & LOBO, 1992; ABRASCO, 1993; COHN, ELIAS & JACOBI, 1993; CARVALHO, 1995; ANDRADE, 1998; VIANA, 1998; CARNEIRO, 2002; COELHO, 2004; GRISOTTI, PATRÍCIO & SILVA, 2008).

Além dos desafios institucionais, a participação social nos CSMs enfrenta desafios também nos níveis midiáticos e éticos. Há autores como Labra (2005), por exemplo, que apontam que a pouca divulgação dos CSMs através da mídia (jornal, rádio, televisão, entre outros) concorre para o desconhecimento por parte da comunidade dos objetivos, das funções e mesmo da utilidade desses Conselhos. Isso acaba ocasionando um baixo envolvimento na eleição ou indicação dos representantes para conselheiro no segmento dos usuários. A autora também aponta que os poucos que participam das reuniões estão preocupados com reivindicações específicas ou denúncias pontuais que tomam o tempo nas reuniões e acaba-se deixando de lado os debates de temas mais substantivos.

Em algumas pesquisas realizadas no Brasil, entre os anos de 2000 e 2005, foram identificados diferentes aspectos que acabavam limitando a participação social nos CSMs. Entretanto, neste artigo enfatizaremos as limitações dessa participação de acordo com pesquisas realizadas nas regiões sul e sudeste do Brasil¹⁴.

14 A escolha por estas pesquisas ocorreu de forma aleatória. No entanto, enfatizaremos mais a região sul contemplando o estado de Santa Catarina.

Na região sul, Wendhausen, Barbosa e Borba (2006), em pesquisa realizada em Itajaí (SC), apontam que uma das limitações da participação social nos Conselhos são os poucos recursos disponíveis para o funcionamento dos mesmos, que somados aos poucos recursos dos conselheiros acabam trazendo dificuldades à participação social. Os autores também assinalam que a baixa renda entre os usuários acarreta problemas quanto ao acesso às informações. Outro desafio apontado por estes autores fica por conta da falta de clareza quanto à escolha dos representantes nos Conselhos, que na visão destes pode ser uma limitação para a participação social, pois, a comunidade não se sente legitimamente representada no Conselho.

Pellizzaro & Milbratz (2007), ao pesquisar a participação social no Conselho de Saúde de Blumenau (SC), chegam à conclusão que esta é ativa, visto que, os usuários buscam levar suas demandas para discussão, assim como, procuram reivindicar melhorias nos serviços de saúde. No entanto, assinalam algumas limitações dessa participação, principalmente no que diz respeito a pouca compreensão que os indivíduos têm do seu papel dentro do Conselho revelando uma necessidade de uma política de capacitação dos sujeitos para que possam participar mais ativamente e com maior efetividade e criticidade na esfera política.

E ainda Kleba e colaboradores (2010), ao realizar um estudo sobre a efetividade de alguns conselhos do município de Chapecó (SC), que incluiu o CSM, assinalam que há necessidade da revisão do papel dos conselhos gestores. Principalmente levando-se em conta o grande número de atribuições voltadas à aprovação, autorização e fiscalização de ações e serviços, que sobrecarrega os atores engajados e, de certa forma, inviabiliza a realização e o aprofundamento de debates sobre a política. Além disso, o estudo aponta que o tempo previsto para os encontros é restrito; há falta de estrutura física e operacional qualificada e autônoma nos conselhos municipais pesquisados.

Já na região sudeste, Guizardi e Pinheiro (2006), em pesquisa realizada em Vitória (ES), destacam que quando é colocado como requisito do diálogo entre as partes a legitimidade da argumentação técnico-científica, esta consegue impor o silêncio às experiências populares desautorizando o posicionamento de seus representantes. Esta falta de simetria colabora para a burocratização dos Conselhos tornando-os espaços somente de informação o que torna improvável a elaboração colaborativa

de uma política pública. As autoras também assinalam que a participação social nos CSMs ocorre na desigualdade entre os representantes dos usuários e dos outros participantes na infraestrutura relativa a transporte, disponibilidade de tempo e assessoria institucional.

Gerschman (2004), na sua pesquisa em municípios do Rio de Janeiro, aponta que os conselheiros usuários não conseguem influenciar as decisões do presidente do CSM. Por sua vez, os usuários por não conhecerem qual seu papel no Conselho acreditam que devem atuar para legitimar as decisões tomadas a priori pelo governo.

Apesar das várias limitações da participação social nos CSMs, Coelho (2004) observou em sua pesquisa no município de São Paulo (SP) que a participação nesses Conselhos está sendo garantida pelas mulheres e aposentados que têm conexões com diversas associações. Dessa forma, essa participação vem ampliando de maneira significativa o espaço de diálogo entre grupos sociais que em outras situações dificilmente discutiriam políticas de saúde.

Considerações finais

O SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo, o qual foi sendo pensado e estruturado com a colaboração dos movimentos sociais da década de 1960 e 1970. Após esses 20 anos da sua instituição, observa-se que a participação da sociedade na gestão do SUS ainda é incipiente na maioria dos estados e municípios. Entretanto, entendemos que a valorização de qualquer espaço participativo se mostra como um caminho para o aperfeiçoamento democrático por meio da incorporação dos vários segmentos da sociedade até então alijados da possibilidade de formulação e interferência na execução das políticas públicas.

Nos exemplos dos Conselhos de Saúde Municipais avaliados neste artigo observamos que havia, entre os anos de 2000 e 2005, uma tentativa por parte da população de participar na proposição de políticas públicas. Estava havendo uma oportunidade de socialização da política ainda de forma incipiente. Consideramos que um dos aspectos que oportunizou essa participação social na saúde foi a nova configuração no âmbito público e estatal. Com isso alguns grupos sociais desfavorecidos conseguiram (e ainda conseguem) pelo menos expressar suas necessidades nos Conselhos.

Entretanto, com o passar dos anos é possível vislumbrar que continua havendo limites da participação social nos CSMs, pois ainda há pouca divulgação para a sociedade das atividades desses Conselhos. Dessa forma, continua sendo escassa tanto a participação quanto à compreensão que a população tem do seu papel dentro dos CSMs. Com essa configuração presente, consideramos que ainda há necessidade de uma política de publicização e capacitação dos sujeitos para que estes possam participar de forma mais efetiva e crítica em todos os campos da esfera política.

Contudo, o mais importante é que os Conselhos de Saúde, nos últimos anos, estão ganhando densidade política institucional. Mesmo sabendo que a participação social nos Conselhos, além de ainda insatisfatória, é um processo saturado de contradições, uma vez que muitas reivindicações estão aquém dos princípios constitucionais em relação aos direitos sociais e aos de saúde.

Dessa forma, mesmo havendo desafios e limites a serem superados para a promoção da participação social, consideramos que nada deve suplantá-la dentro do sistema de saúde atual. Entendemos que os Conselhos de Saúde Municipais, nos quais ocorre com maior dinamismo a participação social, são espaços públicos em construção onde a população se abastece do aprendizado cívico, da tolerância e aprende a negociar seus direitos. Consideramos também que participar é conduzir os rumos da história, é alimentar sonhos, é superar obstáculos, para quem sabe um dia, esses espaços se tornem uma grande arena do exercício da democracia e não somente um espaço de representação.

Referências

ABRASCO. Relatório final da oficina: incentivo à participação popular e controle social em saúde. **Série Saúde e Movimento**, Brasília: ABRASCO, n.1, 1993.

AMMANN, Safira Bezerra. **Participação social**. 2ª ed. / rev. e ampl. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

ANDRADE, Ilza Araujo Leão de. Descentralização e poder municipal no nordeste: os dois lados da moeda. In: SOARES, José Arlindo (org.). **O orçamento dos municípios do Nordeste brasileiro**. Brasília: Paralelo 15, 1998.

ARATO, Andrew; COHEN, Jean-Louis. Sociedade civil e teoria social. In: AVRITZER, Leonardo. (org). **Sociedade civil e democratização**. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.

ARATO, Andrew; COHEN, Jean-Louis. **Sociedad civil y teoría política**. Fondo de Cultura Económica, México, 2000.

BORBA, Julian. Conflitos entre técnica e política em contextos de democracia participativa: o caso do planejamento em Porto Alegre (1989-1996). In: BOEIRA, Sérgio Luís (org.). **Democracia e políticas públicas: debates contemporâneos**. Itajaí: UNIVALI, 2005.

BORBA, Julian; SELL, Carlos Eduardo. Movimentos sociais, participação e democracia: contexto e perspectivas de debate no Brasil. **Revista Política e Sociedade**, Florianópolis, v. 11, n. 6, p. 7-18, outubro de 2007.

BORDENAVE, Juan E. Diaz. **O que é participação**. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

BRASIL. **Lei 8.142/90**, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm. Acesso em: 10 out. 2012.

CARNEIRO, Carla Bronzo L. Conselhos: Uma reflexão sobre os condicionantes de sua atuação e os desafios de sua efetivação. **Informativo CEPAM**, São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima, vol. 1, n. 3, p. 62-70, março de 2002.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM/ FASE, 1995.

COELHO, Vera Schattan P. **Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando?** 2004. Disponível em: <<http://www.research4development.info/PDF/Outputs/CentreOnCitizenship/conselhos.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2012.

COHEN, Jean-Louis. Sociedade civil e globalização: repensando categorias. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, 2003.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo e JACOBI, Pedro. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: CEBES, n. 38, março, 1993.

CORTES, Soraya Maria Vargas. **User participation and reform of the Brazilian Health System: The case of Porto Alegre, 1995**. Tese. Londres: London School of Economics and Political Science, Department of Social Policy and Administration, 1995.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49, jan/jun 2002.

COSTA, Sérgio. Sociedade civil e espaço público. **As cores de Ercília**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.

DAGNINO, Evelina, OLVERA, Alberto. J.; PANFICHI, Aldo. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: DAGNINO, Evelina, OLVERA, Alberto. J.; PANFICHI, Aldo (orgs). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo/Campinas: Paz e Terra/Unicamp, 2006.

DIAS, Márcia Ribeiro. **Sob o signo da vontade popular: o Orçamento Participativo e o dilema da Câmara Municipal de Porto Alegre**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta M. Assumpção. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. **Anais do VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Panamá, p. 28 – 31, oct. 2003.

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1995.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 1998.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In: GIOVANELLA, Lúcia (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Parte V, p. 979-1010.

FUKS, Mário; PERISSINOTTO, Renato Monseff; SOUZA, Nelson Rosário (orgs). **Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná**. Curitiba, Editora da UFPR, 2004.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov-dez de 2004.

GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio de 2010.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

KLEBA, Maria Elizabeth; et al. Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, jul./dez. 2007.

KLEBA, Maria Elisabeth; et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 793-802, 2010.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia Trindade et al (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LAVALLE, Adrián Gurza. Sem pena nem glória: o debate sobre a sociedade civil nos anos 1990. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 66, jul. 2003.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. Democracia deliberativa, pobreza e participação política. **Revista Política e Sociedade**. Florianópolis, n. 11, p. 183-197, outubro de 2007.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn. Participação e representação nos conselhos Gestores e no orçamento participativo. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, p. 87-97, jan/abr. 2008.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; BORBA, Julian. Estruturas de oportunidades políticas e participação: uma análise a partir das instituições emergentes. In: **31º Encontro Anual da ANPOCS**, Caxambu, 2007.

MACHADO, Jorge Alberto S. Ativismo em rede e conexões identitárias: novas perspectivas para os movimentos sociais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 9, n. 18, p. 248-285, jul./dez. 2007.

MUNCK, Gerardo L. Formação de atores, coordenação social e estratégia política: problemas conceituais do estudo dos movimentos sociais. **Dados** [online], v. 40, n. 1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000100005>.
Acesso em: 12 mai. 2012.

PATERMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PELLIZZARO, Inês; MILBRATZ, Raquellen. A participação da sociedade civil nos Conselhos de Saúde de Blumenau. In: **II Seminário Nacional Movimentos Sociais, participação e democracia**, 2007, Florianópolis. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, participação e democracia, 2007. Disponível em: <http://www.sociologia.ufsc.br/npsms/ines_pelizzaro_raquellen_milbratz.pdf> Acesso em: 20 jun. 2012.

QUARESMA, Silvia Jurema Leone. **Os caminhos e descaminhos da vigilância das doenças transmissíveis no Brasil: um estudo de caso num município de Santa Catarina**. 2012. 518 p. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2012.

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz Cezar de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: SANTOS JÚNIOR, O. A.; QUEIROZ, L. C.; AZEVEDO, S. (orgs). **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SCHERER-WARREN, Ilse. O caráter dos novos movimentos sociais. In: **Uma revolução no cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América Latina. São Paulo: Brasiliense, 1987.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos da. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **Revista de Educação Pública**. Mato Grosso, n. 10, julho/dezembro de 1997. Disponível em: <http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html>. Acesso em: 08 mai. 2012.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, 1992.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra: UNICAMP/IFCH,

2002, p. 47-103.

TOMACHESKI, João Alberto. **Condições sociais de surgimento e implementação de uma política pública:** burocratas e médicos na formação das políticas de saúde no Brasil (1963-2004). Tese (Doutorado em Sociologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

VALLA, Victor Vincent; ASSIS, Mônica; CARVALHO, Mariângela. **Participação popular e os serviços de saúde:** o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1993.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão:** empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus, 2004.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Desenho, modo de operação e representação dos interesses do sistema municipal de saúde e os conselhos de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. III, n.1, 1998.

WENDHAUSEN Águeda Lenita Pereira; BARBOSA, Tatiane Muniz; BORBA, Maria Clara de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.3, p.131-144, set-dez 2006.

SOCIAL MOVEMENTS: LEGITIMATION OF SOCIAL PARTICIPATION IN HEALTHCARE

Abstract

The article aims to discuss the shareholding in the Brazilian health system, addressing the participation via social movements. In the first part of the paper we discuss the concepts of civil society and social movements, and then evaluate the social movements in health that were important actors in the development of the current health system. In the second part we discuss the concept of social participation and subsequently discuss social participation in health, highlighting some of its limitations in Health Councils, according to the research carried out in the south and southeast regions between the years of 2000 and 2005. We conclude the article by emphasizing some positives and limitations of such participation nowadays.

Keywords: Health System. Social Movements. Social Participation.