



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Labra, Maria Eliana; Figueiredo, Jorge St. Aubyn de  
Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 7, núm. 3, 2002, pp. 537-547  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63070311>

- 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

## Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde

Associativism, participation, civic culture  
and health councils in Brazil

Maria Eliana Labra <sup>1</sup>  
Jorge St. Aubyn de Figueiredo <sup>2</sup>

**Abstract** *In Brazil, the political democratization and decentralization processes opened spaces for a number of experiences of popular participation in policy decision arenas. The health sector outstands in the country as well as in Latin America because of the existence of more than 5.500 health councils in which representatives of the civil society organizations share half of the seats with those of health authorities, professional and institutional providers of health care, and of health workers. The purpose of this article is to present the main results of research endured to design a sociopolitical profile of the users' representatives in the health councils. The contents focuses on some theoretical issues concerning democracy, associativism and civic culture; examines aspects of the Brazilian democratization process, the health system reform and the health councils and, analyses the research data. Among other conclusions, it is postulated that participation of representatives of civil society in the health councils fosters a virtuous circle characterized by the involvement of citizens in matters of common good, the accumulation of social capital, and the awakening of civic culture values, thus contributing for the strengthening of democracy.*

**Key words** Democracy, Associativism, Participation, Civic culture, Health councils, Brazil

**Resumo** *No Brasil, a democratização e a descentralização abriram espaço para inúmeras experiências de participação popular em arenas de decisão de políticas públicas. O setor saúde se destaca no país e na América Latina pelo funcionamento de mais de 5.500 conselhos de saúde, nos quais a representação da sociedade civil organizada é compartilhada de forma paritária com autoridades setoriais, prestadores profissionais e institucionais e trabalhadores do setor. Este trabalho apresenta resultados de pesquisa que buscou traçar um perfil sociopolítico dos representantes dos usuários nos conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro. A exposição aborda elementos teóricos relativos a temas como democracia, associativismo e cultura cívica, examina a democratização brasileira, a reforma do sistema de saúde e os conselhos de saúde, e analisa os dados da investigação. Entre as considerações finais, postula-se que a participação nos conselhos de saúde fomenta um círculo virtuoso caracterizado pelo envolvimento dos cidadãos em questões de interesse geral, pela acumulação de capital social e pelo despertar de uma cultura cívica, contribuindo, em última instância, para o fortalecimento da democracia.*

**Palavras-chave** Democracia, Associativismo, Participação, Cultura Cívica, Conselhos de saúde, Brasil

<sup>1</sup> Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rua Leopoldo Bulhões 1.480/7º, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. labra@ensp.fiocruz.br  
<sup>2</sup> Ministério da Saúde, Cabo Verde.

## Introdução

No Brasil, a democratização política e a descentralização das políticas sociais abriram espaço para incontáveis experiências de participação popular em arenas públicas de decisão de políticas. O setor saúde se destaca não só no país, mas também na América Latina, pelo surgimento de mais de 5.500 conselhos de saúde, dos quais, por força da lei, os representantes da sociedade civil organizada participam de forma paritária com representantes da autoridade setorial e prestadores profissionais e institucionais de serviços. Este trabalho apresenta resultados de pesquisa que buscou traçar o perfil sociopolítico dos representantes dos usuários nos conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro. A exposição compreende as seguintes partes: 1) elementos teóricos e conceituais relativos a democracia, associativismo e cultura cívica; 2) paradoxos da democratização brasileira e conselhos de saúde; 3) análise dos resultados do estudo. Entre as considerações finais destaca-se a hipótese de que a participação nos conselhos de saúde tem potencial para fomentar um círculo virtuoso que tende a induzir a acumulação de capital social e a despertar valores próprios de uma cultura cívica, concorrendo assim ao fortalecimento da democracia.

## Associativismo, democracia e cultura cívica

A dimensão associativa da ordem social é um tema de crescente relevância na discussão acadêmica, em particular com relação aos países de redemocratização recente – ou “neodemocracias”, como as rotulou Schmitter (1993) –, devido à revitalização da ação societária e à restauração das mediações entre Estado e sociedade. A questão das “facções” é antiga, tendo recebido atenção desconfiada dos iluministas e a admiração de outros como Tocqueville quando observou a preocupação do cidadão norte-americano com os assuntos da vida cívica. A idéia de uma sociedade organizada em “corpos orgânicos”, funcionais ao Estado, foi preocupação não só de pensadores como Hegel e Durkheim, mas também da Igreja Católica que, desde a *Encíclica Rerum Novarum*, passou a prescrever a incorporação dos “corpos intermediários” da sociedade às instâncias de governo, como uma forma de controlar o conflito social. Sob essa inspiração, o fascismo, surgido após a Primeira Guerra

Mundial, implantou o corporativismo estatal, vigente em países como Itália, Espanha e Portugal, bem como no Brasil durante o período ditatorial chamado Estado Novo (1937-1945).

Por outra parte, na Europa central, a longa tradição das guildas e corporações de ofício levou no século 20 à formação de arranjos institucionais de decisão integrados por representantes das organizações do capital, do trabalho e do governo, instaurando-se um formato de formulação de políticas que Schmitter (1974) denominou “neocorporativo”. Com esse autor, surgiu uma nova corrente de teorizações nas ciências políticas e sociais que, em oposição à tradição pluralista norte-americana, colocou em pauta o tema da governabilidade positiva que resultaria da incorporação dos interesses organizados em associações formalmente reconhecidas pelo Estado às esferas de decisão de políticas públicas, que, dessa forma, seriam o produto de negociações e consensos entre os atores. Na perspectiva dos estudos comparados de modos de *policy making*, aqueles países de *welfare state* avançados de orientação social-democrata têm sido identificados como protótipos do neocorporativismo democrático (Labra, 1994; 1993).

O prolongado debate entre *pluralistas* e *neocorporativistas* nas três últimas décadas trouxe à tona a necessidade de examinar com novas lentes a questão das associações de interesse, suas articulações às arenas decisórias estatais e os padrões de elaboração das políticas. Como resultado, surgiram numerosos estudos comparando nações e/ou setores que, em síntese, demonstraram que a dimensão associativa é uma variável crucial para conhecer melhor o que fazem os governos, como o fazem e a quem beneficiam suas decisões. No plano teórico, a associação passou a ser considerada uma base institucional adicional às concepções consagradas sobre as explicações da ordem social, a saber, a comunidade, o estado e o mercado econômico/político e seus respectivos princípios-guia – solidariedade, controle hierárquico e competitividade (Streeck & Schmitter, 1985; Labra, 1999). A associação aparece, nesse novo enfoque, como um elemento de estabilidade na medida em que a concertação seria o princípio que guia a ação coletiva dos interesses organizados, tanto no plano interno como nas vinculações ao Estado, ao tempo que é atenuado o papel dos partidos políticos na sua qualidade de “correntes de transmissão” das demandas da sociedade às arenas estatais.

O *revival* da atenção nos interesses organizados tem levado, até, à revisão da teoria demo-

crática, a ponto de se propor uma “democracia associativa” que, afastando-se das interpretações pluralistas e neocorporativas, sintetizaria a democracia social e a democracia radical, ampliando ao mesmo tempo o próprio conceito de democracia que, dessa forma, daria sustentação tanto à liberdade como à igualdade. A revisão teórica e as propostas nesse sentido levaram Cohen & Rogers a propor uma nova *ordem político-constitucional* caracterizada por maior confiança nas instituições não estatais, para definir e resolver problemas sociais junto com padrões mais acurados de universalismo e esforços para construir solidariedades sociais (Cohen & Rogers, 1995).

Em direta conexão com essas preocupações, tem igualmente assumido importância crescente no debate contemporâneo a dimensão sociocultural, tanto com respeito às democracias consolidadas como às nações recentemente redemocratizadas como o Brasil. Tem sido dada atenção particular à necessidade de participação mais ativa dos cidadãos nas decisões governamentais. Ainda que a partir de enfoques teóricos diferentes, estudos como os de Macpherson (1977); Pateman (1992); Benevides (1991); Cohen & Rogers (1995); Putnam (1996); Cohen & Arato (2000) e Gohn (2001), entre muitos outros autores, têm assinalado as deficiências da democracia política formal e suas instituições tradicionais, como o Parlamento e os partidos políticos, no que diz respeito à tomada de decisões que contemplem os interesses das maiorias. Entre as variadas propostas nesse sentido, destacam-se a aproximação dos processos de decisão à comunidade mediante a descentralização do poder político e a construção de arenas públicas que incorporem a sociedade civil organizada, pressupondo-se que, dessa forma, serão adotadas políticas públicas mais equitativas.

Cohen & Arato, por exemplo, negam as visões elitistas da política e a redução da democracia e dos direitos civis e políticos individuais a um conjunto de métodos para eleger os dirigentes. Os autores defendem a idéia utópica de participação direta dos cidadãos na vida pública, o que implicaria a reconstrução da sociedade civil no sentido de “articular um acordo institucional que converterá em realidade os princípios clássicos da cidadania sobre bases igualitárias, modernas, isto é, a participação de todos no governo e em serem governados” (Cohen & Arato 2000).

Por sua parte, Putnam assinala que o “bom governo” democrático não deve ser somente

sensível às demandas dos cidadãos, mas deve, também, atuar com eficácia na satisfação das mesmas. O desempenho institucional, assim entendido, se relaciona, por sua vez, com o despertar da consciência cívica e com a acumulação de capital social, o qual fomenta a instauração de comunidades cívicas capazes de dar sustentação à democracia política e social. Para esse autor, uma “comunidade cívica” se caracteriza “por cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias e por uma estrutura social assentada na confiança e na colaboração” (Putnam, 1996). Reiterando, em uma comunidade cívica, a cidadania se envolve nas questões de interesse comum, participa na vida pública, é solidária, confiante e tolerante, embora não negue os conflitos de interesse, e se engaja em organizações cívicas que incorporam e reforçam esses valores. De acordo com essa perspectiva, a cultura cívica é a expressão não apenas das regras de reciprocidade, mas é, também, a materialização de sistemas de participação social formados pelas associações da sociedade civil, que, como reafirma Santos Júnior (2001), representam uma forma de capital social.

Tal como examina Abu-El-Haj (1999), as observações culturalistas de Putnam a respeito da democracia e a ação coletiva na Itália o levaram a concluir que a complementação entre as ações institucionais públicas e as ações coletivas fortalece o engajamento cívico. Se, por uma parte, as experiências de mobilização e atuação coletiva acumulam um capital social derivado dos laços de confiança mútua entre os cidadãos, que intensifica o envolvimento cívico coletivo, por outro, um Estado liderado por elites políticas reformistas e determinadas a fixar normas transparentes que regulem a interação entre os interesses organizados facilita a disseminação de uma vida pública ativa e dinâmica. Entretanto, o fator histórico é determinante para a existência de um tipo de associativismo mais ou menos favorável ao envolvimento cívico. Desde o ponto de vista histórico, Putnam distingue dois tipos ideais de associação: a vertical e a horizontal. Na associação de tipo vertical predominam relações assimétricas de hierarquia e dependência, desconfiança, normas não transparentes, espírito de facção, isolamento, etc. Uma associação dessa natureza, portanto, obstrui a ação coletiva. Já o associativismo horizontal se distingue por congregar relações de igualdade, é fruto da confiança, de normas e de redes de solidariedade, é indutor de relações cívicas vir-

tuosas, conduz a um elevado grau de engajamento cívico e auto-organização e, por conseguinte, provê melhores condições para a reconciliação entre estabilidade política e bom desempenho socioeconômico (Putnam, 1996).

Essa distinção é pertinente para compreender o “dilema brasileiro”, que, para Damatta, consiste na coexistência entre duas práticas e ideologias de algum modo interligadas: “as da igualdade, do civismo e do individualismo – da moderna cidadania; e as da desigualdade, da hierarquia e do clientelismo (...) que as teorias liberais ou burguesas tomam como contraditórias” (Damatta, 2000). No plano associativo, tal tradição se refletiria na permanência da tradição corporativa patrimonialista junto com formas neocorporativas de intermediação de interesses (Diniz & Boschi, 1989; Santos, 1993).

Essas interpretações colocam em evidência duas vertentes. A primeira, oriunda de um passado de dominação escravista, oligárquica e autoritária; de sufocamento de direitos políticos e civis individuais e coletivos, aí incluída a liberdade de expressão e de associação; de inibição do surgimento de identidades partidárias independentes originadas do seio da sociedade e portadoras de ideologias e práticas políticas universalizantes, além da interpenetração entre o interesse geral e os interesses particulares em detrimento do papel precípua dos governos na redistribuição mais justa da riqueza nacional. A segunda deriva da lenta restauração da democracia formal, configurando-se um cenário de revitalização da sociedade civil, de formação de partidos progressistas com identidades ideológicas e programáticas claras, como o Partido dos Trabalhadores (PT), e de instauração de mecanismos de *accountability* público que, junto com o papel investigativo assumido pelos meios de comunicação, vêm gradualmente impondo maior transparência à atividade das burocracias estatais.

De ambigüidades e mudanças como as apontadas, faz parte a emergência e proliferação, nos anos 90, de formas colegiadas de participação nas arenas de decisão das políticas de saúde no Brasil. No que segue, abordaremos esse aspecto.

### Conselhos de saúde – virtudes e limitações

As renovadas concepções de democracia examinadas na seção anterior são da maior pertinência para se compreenderem as orientações de

valor que pautaram a elaboração da Constituição de 1988. Com efeito, a Carta Magna incorporou dispositivos que contemplam a participação direta e indireta do povo nas decisões de governo mediante o referendo, moções de iniciativa popular e integração da sociedade civil organizada a instâncias de elaboração das políticas sociais.

A democratização brasileira tem se caracterizado por sua natureza restrita e gradual, também marcada, de um lado, por crises políticas, sociais e, sobretudo, financeiras – com uma inflação galopante que só vai ser detida em 1994, quando já alcançava 3.000% ao ano – e, de outro, por intensa mobilização popular. O processo de abertura inicia-se timidamente na segunda metade dos anos 70, seguindo-se uma série de percalços na sucessão presidencial até a eleição de Fernando Henrique Cardoso, em 1994. Embora Cardoso tenha conseguido estabilizar a economia, paralelamente promoveu amplo programa de privatização de empresas públicas sem que os vultosos capitais captados fossem canalizados para as áreas sociais como prometido, perpetuando-se o desolador quadro de iniquidades entre regiões, entre cidades e periferias e entre classes sociais. Com efeito, nos anos 90 observou-se maior compressão ainda das rendas familiares: se em 1992 a participação da massa salarial no Produto Interno Bruto (PIB) era de 45%, em 2000 tinha decrescido para 37%. De acordo com relatório do Tribunal de Contas da União, os reflexos na concentração da renda foram diretos: no mesmo período, os 50% mais pobres da população ficaram com apenas 14% da riqueza nacional, enquanto 1% dos mais ricos reteve 13% (Caetano & Campos, 2001).

Deve-se levar em conta que a permanência da exclusão e a pobreza, e a conseqüente distribuição extremamente desigual dos recursos de poder e bens simbólicos e culturais, é central para aquilatar a democratização. Como aponta Macpherson (1977), um sistema democrático, que valoriza a participação, por si só não elimina as iniquidades; mas uma sociedade mais equânime e humana exige um sistema de participação política mais intensa. Se não existe ligação entre esses elementos, corre-se o risco de que o entusiasmo inicial ceda lugar ao desencanto, à apatia e até mesmo à hostilidade para com a democracia (Moisés, 1992). Neste sentido, o Brasil cumpriria todos os requisitos para que seu povo nutra profundo ressentimento contra a nova institucionalidade democrática pela qual tanto batalhou. Não obstante, essa ar-

ticulação não é tão direta, como se tentará mostrar neste trabalho.

O paradoxo de que enquanto avança a democracia política há um aprofundamento da desigualdade social tem sido objeto de variadas considerações nas análises da “neodemocracia” brasileira como a de Santos Júnior (2001), entre outras. Entretanto, esse debate ainda é ofuscado pela hegemonia da ortodoxia neoliberal e suas receitas de mais mercado e menos estado, em circunstâncias que o combate à pobreza e ao desemprego requerem decidida intervenção estatal com ações diretas e pesados investimentos. Como se sabe, para os neoliberais a democracia se resume a um conjunto de procedimentos que assegurem eleições livres, deixando por conta de um suposto crescimento econômico e das forças do mercado a solução dos problemas sociais. Todavia, essa solução, profusamente apregoadada pelas agências internacionais de crédito, tem demonstrado ser totalmente equivocada porque produz efeitos tão opostos como os observados no Brasil e demais países latino-americanos.

É nesse contexto de contradições, esperanças e decepções que se consegue implementar, a partir de 1990, o Sistema Único de Saúde/SUS, de cuja engenharia institucional constaram instâncias colegiadas de deliberação das questões políticas e técnicas do setor, às quais se incorporaram representantes de organizações da sociedade civil. E isso foi possível graças à força de dois movimentos convergentes, um derivado da mobilização popular dos anos 80 em prol da democracia e do direito à saúde e outro emanado das disposições legais que criaram o SUS. A partir de começos dos anos 90, e com maior vigor na segunda metade da década, foram instalados conselhos em todas as unidades da Federação: Conselho Nacional de Saúde, Conselho de Saúde em cada um dos 28 estados e Conselhos de Saúde praticamente nos 5.508 municípios do país, instituindo-se, ademais, conselhos distritais ou locais nos municípios de grande porte.

É preciso dar relevo ao fato de que disposições do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde impulsionaram a criação de tais instâncias na medida em que para a transferência de recursos financeiros a estados e municípios é indispensável que a correspondente secretaria de saúde conte com um Conselho de Saúde (CS). Recentemente foram adicionados requisitos que tornam imperativa a existência do CS, como a obrigação de este examinar e aprovar o Plano de Saúde, o Orçamento e outros instrumentos de gestão. Tais incentivos normativos,

junto com a politização da questão saúde mediante a realização periódica de conferências de saúde em todo o país, têm permitido colocar a implementação do SUS em permanente questionamento e vigilância, formando-se uma massa crítica de apoio que tem assegurado, em boa parte, o aperfeiçoamento do sistema e crescente participação cidadã, assentando as bases, embora ainda muito frágeis, para o almejado controle social dos usuários sobre as decisões e os atos das autoridades setoriais.

Como resultado, atualmente há no país milhares de pessoas envolvidas nos CS. O porte de cada um varia segundo o tamanho da população local, mas a regulamentação provê, para todos eles, a mesma composição paritária: metade dos assentos corresponde a representantes da autoridade setorial, dos profissionais, dos prestadores públicos e privados e dos trabalhadores da saúde; a outra metade deve compreender representantes dos usuários dos serviços do SUS. Neste caso, como ainda não existe no Brasil uma organização própria dos usuários, as entidades representadas nos CS são de natureza diversa, destacando-se as associações de portadores de patologias e deficiências e as associações de moradores de bairros e de favelas. Em muitos CS se fazem representar os sindicatos de trabalhadores urbanos ou rurais, agregações como as das mulheres e os “clubes de serviço” como o Rotary Clube. Por outro lado, apesar de sua importância central, a medicina empresarial privada, da qual o SUS compra serviços, tem discreta presença nos CS.

O tema da representação tem sido muito controvertido e ainda se buscam mecanismos para alcançar uma paridade igualitária entre os segmentos, bem como a idoneidade dos representantes. Como a denominação “usuário” é vaga, as não raras “falsificações” na representação têm efeitos negativos, tanto em termos da democracia interna quanto em relação à legitimidade do CS.

Numerosos estudos sobre os CS têm demonstrado que existem muitos problemas de funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Dificuldades derivam também de questões regulamentares que afetam o resultado das resoluções adotadas. Por exemplo, de acordo com as normas constitucionais, cabe ao secretário de saúde, como representante setorial do Poder Executivo nos estados e municípios, a iniciativa de formular e decidir em seu campo de ação. Assim mesmo, pelas regulamentações

vigentes, também cabe a essa autoridade presidir o CS. Tem sido difícil, portanto, evitar que esse gestor imponha suas propostas, manipule as reuniões ou desacate as decisões deliberadas no colegiado. A isso se soma a complexidade dos assuntos discutidos, em particular os financeiros, sobre os quais as pessoas leigas não têm conhecimento. Isto tem levado a diversas iniciativas de capacitação de conselheiros que, junto com uma espécie de “profissionalização” dos representantes dos usuários, possibilitada pela sucessiva eleição ou indicação dos mesmos indivíduos, têm permitido que adquiram alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde.

O exercício do controle social sobre a gestão da *res publica* na saúde foi o objetivo primordial que se teve em mente ao idealizar os CS. Porém, essa meta é a mais difícil de alcançar porque implica profundas mudanças na cultura política e cívica do país. De fato, apesar da plena vigência das instituições democráticas, ainda apresentam forte clientelismo político expressado na concessão de benefícios de direito como se fossem favores pessoais, criando-se relações de dependência pessoal assimétricas (Bezerra, 1999). Esses comportamentos estão enraizados na população, em especial na massa pobre, que acata com resignação seu destino. Por isso mesmo, os CS, assim como outros colegiados que vêm proliferando nas mais diversas áreas do governo, adquirem importância crucial, já que constituem um espaço único para o desenvolvimento de atitudes cívicas comprometidas com os direitos de cidadania e com o interesse geral.

Observações dessa ordem serviram de ponto de partida para investigar o papel socializador dos CS, partindo da seguinte indagação: em que medida a participação dos representantes dos usuários dos serviços do SUS nos conselhos de saúde contribuiria para a indução de um *círculo virtuoso* capaz de fomentar a acumulação de um estoque de capital social conducente à formação de comunidades cívicas e, portanto, ao incremento da cultura cívica?

No que segue, apresentam-se os resultados mais relevantes do estudo realizado com esses objetivos (Figueiredo, 2001).

### Um perfil dos representantes dos usuários nos conselhos de saúde

O estudo foi realizado junto aos CS da Região Metropolitana (RM) do Estado do Rio de Janeiro,

que tem 13,8 milhões de habitantes e 92 municípios. A RM compreende 18 municípios e tem 10,5 milhões de habitantes, ou seja, representa quase 80% da população do Estado. O município do Rio de Janeiro concentra a maior e melhor rede de atenção à saúde e demais equipamentos urbanos e também o PIB *per capita* mais alto: R\$13.200,00 contra R\$2.025,00 do município de Japeri, o mais pobre da RM. Embora a taxa de alfabetização seja de 95%, o nível educacional é muito baixo: apenas 6,6% da população tem mais de 12 anos de instrução (CIDE, 2000).

A pesquisa teve caráter exploratório e foi executada mediante aplicação de questionário aos representantes dos usuários dos CS dos 18 municípios da RM, respondendo 16. O universo desses representantes é de 122 conselheiros, dos quais responderam 60 (49%). O questionário constou de 73 perguntas fechadas e duas abertas referentes à opinião sobre controle social.

Além da identificação do entrevistado, quatro aspectos foram abordados: 1) as relações entre os conselheiros representantes de usuários e entre estes e os demais segmentos do CS; 2) valorização da participação no CS; 3) relações que mantêm esses conselheiros com as associações que representam; 4) o envolvimento nas questões de governo; 5) o exercício do controle social. Salienta-se que, em prol da brevidade, as informações a serem mostradas privilegiam apenas os dados mais reveladores do objeto investigado.

### Quem o conselheiro representa

Dos conselheiros entrevistados, 52% representam a associação de moradores de sua localidade; em segundo lugar vêm as Associações de Portadores de Patologias e Deficiências (18%) e em terceiro lugar sindicatos de trabalhadores (12%). É importante ressaltar que a pesquisa confirmou que mais da metade das associações de moradores foi criada ao longo da década de 1980, o que reitera a intensa atividade associativa ocorrida durante o processo de democratização. Já os portadores de patologias, na sua imensa maioria (73%), se agruparam nos anos 90. Ambos os dados comprovam que a criação dos CS imprimiu uma nova dinâmica organizativa à sociedade civil.

### Quem é o conselheiro

Sexo: homens – 60%; mulheres – 40%  
Idade – faixa de 35 a 54 anos: 60%

Situação de emprego: empregados – 40%; aposentados – 32%; desempregados – 8%

Instrução: primeiro grau – 20%; segundo grau – 35%; curso universitário completo ou incompleto – 43%

Faz parte da direção da associação que representa no CS: 73%

Esses dados mostram que entre os representantes dos usuários primam os conselheiros homens; trata-se, em geral, de pessoas maduras das quais cerca de dois terços (72%) estão ou estiveram inseridas no mercado formal de trabalho e, o mais importante, as informações relativas ao grau de instrução revelam que 43,3% têm curso superior completo ou incompleto, em circunstâncias nas quais a média da RM é de apenas 6,6%. Isso quer dizer que, apesar do baixo nível de instrução em geral, para atuar no CS as associações escolhem pessoas que sejam mais maduras, melhor capacitadas e façam parte da cúpula dirigente da organização, de modo a terem melhor preparo para entender os assuntos tratados e participar com desenvoltura nas reuniões.

#### **Meios de informação utilizados pelos conselheiros**

Principais meios de informação: televisão, jornal – 88%; amigos, rádio, família – 66%; revistas, livros – 43%

Esses resultados confirmam o fato bem conhecido de que a televisão é o veículo de comunicação mais utilizado. Em compensação, as pessoas lêem poucos livros ou semanários.

#### **Participação política, cultural e comunitária**

Participação dos conselheiros em agremiações: partido político – 55%; cultos religiosos – 50%; atividades culturais – 35%; esportes – 18%; outras organizações sociais – 58%

Participação em mais de uma organização – 73%

Essas informações mostram que os entrevistados são bastante atuantes. A grande maioria participa em mais de uma organização e envolve atividades variadas. Além disso, contrariamente à apatia política esperada, a metade dos conselheiros expressou aderir a um partido político. Por outro lado, a influência da Igreja Católica e das igrejas evangélicas e pentecostais, estas muito presentes na RM, é uma opção que se equipara à atividade partidária.

#### **Relações dos conselheiros representantes dos usuários entre si e com os demais segmentos**

Entre os representantes dos usuários: existe cooperação – 74%; atuam coletivamente – 70%; há conflitos – 12%

Entre os representantes dos usuários e os demais segmentos: há cooperação – 62%; existem conflitos – 29%

Tais respostas confirmam outros estudos, como o de Silva (2000), que apontaram para o predomínio de relações de colaboração entre os representantes dos usuários e a tendência a solucionar os problemas através de negociações e consensos. Note-se que, embora existam conflitos no seio desse grupo, quase um terço expressou a existência de dificuldades quando se trata das relações com os demais segmentos presentes no CS.

Quanto às opiniões sobre as relações com o presidente do CS, que é o secretário municipal de saúde ou gestor, foram as seguintes:

Os conselheiros têm influência nas decisões do gestor – 60%

O gestor aceita as resoluções do CS – 53%

Essas respostas confirmam parcialmente a idéia prevalente na literatura sobre os CS com respeito à baixa capacidade dos conselheiros usuários de influir nas decisões do presidente do CS. De qualquer forma, as relações com o gestor não estão isentas de tensões, posto que, para quase a metade dos entrevistados, essa autoridade tem relutância em aceitar as decisões do colegiado.

Outra questão interessante revelada pela pesquisa refere-se à valorização da participação no CS.

A participação no CS é: importante – 94%; produtiva – 78%; motivadora ou gratificante – 74%; cansativa (“chata”) – 17%

Tais respostas atestam o grande significado que tem para esses conselheiros a participação no CS. De fato, fazer parte da administração local através desse colegiado tem se constituído em um compromisso muito valorizado, que é levado a sério. Ademais, coloca o cidadão em uma posição de *status* social diferenciado frente a sua comunidade. De qualquer forma, para um grupo de conselheiros a participação nas reuniões é “chata”, talvez devido à escassa familiaridade com os assuntos tratados.

Buscou-se indagar, também, se o CS contribui para a melhoria da assistência à saúde da população, constatando-se que:



A influência do CS é: muito positiva – 70%; regular – 28%

Observa-se que quase dois terços dos conselheiros confirmam a valorização dada ao CS em relação à contribuição para a melhoria da atenção em nível local, com o qual justificam também sua atuação no colegiado; porém, uma proporção não desprezível dos entrevistados considera que o CS tem pouca influência, o que levaria a refletir sobre o distanciamento das próprias atividades dos CS em relação às vivências concretas da população no atendimento às suas necessidades de saúde, expressas em queixas da comunidade aos líderes locais.

#### **Relações dos conselheiros usuários com as associações que representam**

Um primeiro ponto refere-se aos tipos de contato que o conselheiro mantém com a associação que representa no CS.

Nos contatos com sua associação, o conselheiro *sempre* ou *muitas vezes*: informa – 88%; discute – 77%; consulta – 72%; recebe orientações – 65%; *poucas vezes* ou *nunca* tem contato – 22%

Essas opiniões revelam que existe uma relação assídua entre o conselheiro e a organização que representa, o que coincide com as conclusões de Correia (2000) em seu estudo sobre o mesmo tema. Deve-se considerar, no entanto, que essas condutas não podem ser generalizadas por haver uma proporção não desprezível (22%) que atua sem qualquer conexão com a organização que representa. Por outro lado, deve ser relativizado o fato de, para a maioria dos conselheiros, ser estreita a relação representante-representada, uma vez que, como já foi mencionado, a maioria dos entrevistados (73%) faz parte da cúpula dirigente da organização a que pertence.

Outro aspecto importante a observar refere-se à forma como é feita a escolha do representante.

Forma de escolha do conselheiro: eleição direta – 48%; indicado pela direção da associação – 38%; indicado por um funcionário da saúde – 2%; indicado por algum político – 2%.

Pode-se observar que a eleição direta em assembleia dos membros da associação não é um método generalizado, posto que menos da metade declarou ter chegado ao CS por esse meio, o que reforça o ponto acima mencionado relativo ao duplo papel do conselheiro – representante e dirigente da associação. Por outro lado, ao contrário do esperado, a indicação política não aparece como uma via importante para ter assento no CS.

A renovação da representação é outro dado relevante para aquilatar a qualidade da representação.

Experiência como conselheiro: primeiro mandato – 52%; atuou outras vezes no CS – 15%; atuou em outros conselhos diferentes do CS – 35%

Embora a renovação seja alta, o percentual de entrevistados que já têm experiência de participação no CS ou em outros colegiados praticamente se equipara. A este respeito cabem observações de significância. A experiência prévia, mais o nível educacional acima da média e o pertencimento à direção da organização revelariam duas tendências convergentes: a “profissionalização” da atividade de conselheiro e certa “elitização” dos ocupantes desse cargo, tendências essas reforçadas pela predominância de representantes de usuários do sexo masculino.

#### **Conduta cívica**

Além das informações já comentadas com relação à ativa participação em organizações sociais, neste ponto tentou-se capturar alguns comportamentos que evidenciariam a formação de uma consciência cívica, no sentido de alterações positivas percebidas pelos entrevistados em dimensões como vida escolar, profissional, cultural e comunitária, governo local, políticas de saúde, direitos e deveres do cidadão e outros.

A participação no CS teve influência positiva no desenvolvimento pessoal no plano: cultural – 72%; profissional – 50%; familiar – 48%; escolar – 42%

A participação no CS teve influência positiva em outros planos: social e comunitário – 78%; político – 70%

Essas respostas indicam que, em geral, a participação no CS teve influência positiva na vida do conselheiro, ainda que na superação mediante maior educação formal a repercussão da participação no colegiado tenha mostrado o menor avanço. Além disso, a participação teve influência muito importante em relação à sua inserção na vida social, comunitária e política, o que reforçaria afirmações acima no que se refere ao *status* e prestígio que concede o cargo de conselheiro aos membros mais destacados das comunidades. Daí também pode se inferir que o “cargo” de conselheiro é muito disputado, de modo que seu ocupante há de se empenhar para ser reconduzido a cada renovação dos membros do CS.

Com respeito a mudanças nas atitudes relativas aos poderes públicos, buscou-se indagar se a participação no CS teria contribuído para

um maior interesse por conhecer ou entender o funcionamento do governo e do poder legislativo, bem como a relação entre esses poderes.

A participação no CS despertou  *muito interesse* em: o governo – 73%; o legislativo – 48%; as relações entre executivo e legislativo – 60%

A participação despertou  *pouco ou nenhum interesse* em: o governo – 25%; o legislativo – 48%; as relações entre executivo e legislativo – 37%

Se há demonstração efetiva de que a participação no CS causou, na grande maioria, o aumento do interesse pelos assuntos de governo local, o fato de as questões ligadas ao legislativo despertarem interesse bem menor revelaria o baixo apreço que se tem pela atividade parlamentar e pelos políticos profissionais em geral. Esse resultado estaria relacionado a problemas tais como práticas clientelistas, debilidade dos partidos e desconfiança quanto à honestidade de alguns parlamentares. A alta ponderação dada à relação entre os poderes merece breve comentário. Embora as arenas parlamentares no país tenham pouca gravitação na formulação de políticas locais devido aos amplos poderes legislativos do executivo, o interesse por essas relações teria a ver com o importante papel intermediador cumprido pelos políticos locais junto às prefeituras, no sentido de encaminhar pleitos das suas bases eleitorais, conforme analisa Bezerra (1999). De qualquer forma, as respostas mostram claramente que a participação no CS de certa forma obriga os conselheiros a se manterem mais bem informados sobre o funcionamento das instituições públicas, quer dizer, desperta interesse por questões ligadas à vida cívica.

Nessa mesma linha, foi indagado o grau de contribuição do CS em relação aos direitos e deveres do cidadão e à participação política.

O CS contribuiu para despertar interesse por questões ligadas ao exercício da cidadania: muito – 75%; pouco ou nada – 22%

Esses dados reafirmam a contribuição positiva do CS no que se refere a um interesse maior por questões cívicas. Não obstante, para quase um terço dos entrevistados a participação teve efeito praticamente nulo.

Por último, indagou-se até que ponto o conselheiro passou a se informar melhor sobre as temáticas da saúde.

A participação no CS contribuiu para despertar interesse pelas políticas de saúde: muito – 88%; pouco ou nada – 12%

O alto percentual de respostas positivas é um resultado esperado, porquanto é no âmbito

das políticas de saúde e os problemas ligados à sua implementação que se desenvolvem os trabalhos do CS, embora não haja unanimidade entre os conselheiros nesse sentido.

Olhando os resultados em seu conjunto, é possível apreciar que em todos os temas indagados figura uma proporção de conselheiros representantes dos usuários que não parece envolvida na missão que deveria cumprir, ou lhe é indiferente, ou tem mesmo percepção negativa do cargo que desempenha. Neste sentido, seria necessário realizar estudos mais refinados para explicar essa apatia.

### Controle social

Para captar as opiniões dos entrevistados a respeito do exercício do controle social sobre as decisões e atos das autoridades setoriais, os programas implementados e o funcionamento dos serviços, entre outros, foram formuladas perguntas semi-abertas. Esta alternativa permitiu apreender que se trata de um tema de abordagem difícil, cuja compreensão revela-se paradoxal.

O controle social funciona na prática: sempre ou muitas vezes – 30%; poucas vezes ou nunca – 65%; não sabe – 5%

Foi solicitada, também, a justificativa da resposta, mas, dos 60 entrevistados, somente 33 o fizeram. Destes, 21 atribuíram o não funcionamento do controle social à falta de vontade política ou de interesse das autoridades. O teor dessa afirmação é muito relevante porque demonstra uma inversão de valores que é ratificada pelas respostas segundo as quais o controle social funciona graças ao empenho da autoridade de saúde (“o gestor é sério”, “é honesto”, “é comprometido”) e as que definem “que é controle social” como equivalente ao poder das autoridades de controlar a vida dos cidadãos.

Em síntese, essas assertivas revelam que, apesar de o tema do controle social ter sido um objetivo fundamental da construção democrática do SUS, e continuar sendo tema central das conferências de saúde em todos os níveis, de incontáveis debates e de numerosas publicações, em geral não é percebido como uma realidade na prática dos CS. E quando isso sucede, é entendido como sendo uma função das autoridades e não como um meio para os cidadãos exercerem vigilância sobre as ações dos poderes públicos de modo que atendam o bem comum. A esse respeito, um ponto de suma importância é o controle dos conselheiros representantes dos usuários sobre as contas do gestor, prerrogativa

essa contemplada nas atribuições do CS. Sem embargo, tem sido a meta mais difícil de alcançar em praticamente todos os CS do país, salvo experiências de orçamento participativo, como a de Porto Alegre, cujo ineditismo tem tido ressonância internacional (Abers, 2000).

## Conclusões

A discussão teórica inicial sobre democracia, associativismo, participação e cultura cívica colocou em relevo a importância de criar arenas de deliberação na esfera estatal nas quais a sociedade civil organizada esteja representada. Considerou-se, assim mesmo, que a aquisição de uma cultura cívica está vinculada a maiores graus de igualdade socioeconômica entre os cidadãos, sendo esses dois fatores os meios mais idôneos para avançar no aperfeiçoamento da democracia substantiva.

Nessa trajetória, o Brasil é um exemplo paradoxal de permanência de abissais iniquidades e, ao mesmo tempo, de extraordinários avanços em termos de uma democratização política conseguida a muito custo por grandes mobilizações populares de cujas bandeiras fez parte a conquista do direito à saúde.

Produto desses processos foi a criação do Sistema Único de Saúde, de cuja engenharia institucional fazem parte os Conselhos de Saúde, hoje funcionando em praticamente todo o país. Essas arenas deliberativas se distinguem por um desenho que as qualifica como espaços formais de democracia semidireta, na medida em que deles devem fazer parte representantes de organizações da sociedade civil. Esta, por sua vez, para poder participar dessas arenas, foi levada a desenvolver variadas estratégias de fortalecimento do associativismo, de recrutamento de membros mais bem preparados e de envolvimento nas temáticas do “bom governo” em geral e da saúde em particular.

O estudo realizado com o objetivo de apreender até que ponto a participação nos Conselhos de Saúde contribuiria para a aquisição de valores cívicos entre os representantes dos usuários dos serviços do SUS revelou aspectos muito positivos. A pesquisa foi levada a cabo na Região Metropolitana do Estado de Rio de Janeiro, onde reside uma população bastante carente de todo tipo de equipamento urbano e de bens culturais, e em cujas periferias persiste uma cultura política de mando dos caciques locais e de submissão do povo a seus favores ou pressões. As informações recolhidas no estudo apresen-

tado apontam interessantes contornos ao mostrar que, apesar do desfavorável contexto para o pleno desenvolvimento de uma verdadeira cidadania, é possível o exercício de práticas democráticas, de tolerância e de cooperação mediante a participação em colegiados públicos como são os CS, destacando o alto valor concedido pelos conselheiros à sua participação nessa instância. Os entrevistados reconhecem, em geral, que essa participação os levou a se interessar por assuntos relativos ao papel e funcionamento dos poderes públicos, a buscar a superação pessoal e a acumular um capital cultural, social e político que, em resumo, os têm levado a se sentirem mais cidadãos, mais pertencentes à comunidade e mais responsáveis perante ela pela qualidade do atendimento à saúde. E na reprodução dessa dinâmica, a associação que representam é central para a legitimidade e o respaldo que concedem àqueles escolhidos, tanto pelos seus dotes pessoais e nível educacional, como pela experiência prévia para assumirem esse encargo, tão valorizado socialmente.

No início desta exposição foi formulada a hipótese de que a participação da cidadania nos CS fomenta um *círculo virtuoso* que tende a incutir valores próprios de uma comunidade cívica ao incentivar a acumulação de capital social que concorre, em última instância, para o fortalecimento da democracia. O conjunto de dados apresentado sugere que os CS têm grande potencial nesse sentido. Para tanto, algumas condições decisivas estão presentes: o apoio de setores reformistas da esfera estatal; a adesão da massa apreciável de brasileiros de diferentes estratos sociais envolvida no funcionamento sistêmico dos CS; mecanismos legais que exigem a existência desses colegiados como uma forma de *accountability*, além do próprio avanço da democracia.

Por outro lado, os resultados reiteraram conclusões de outros estudos no que diz respeito ao controle social. De fato, o mencionado *círculo virtuoso* ainda é débil, posto que não consegue romper o círculo inverso, vicioso, alimentado por políticos e burocratas e interesses particulares empenhados em impedir que se atinja o objetivo mais importante – o acesso dos cidadãos a informações vitais, como são as relativas a quanto, onde e como se gasta o dinheiro de seus impostos no que se refere às ações destinadas a cuidar da saúde da população.

Nesse sentido, é pertinente finalizar esta exposição com as reflexões de Correia e de Ghon, estudiosas dos temas aqui abordados.

Conforme afirma Correia, o controle social sobre os recursos públicos da saúde é um desafio para os conselheiros, já que são inúmeras as dificuldades para efetivá-lo. Primeiro, porque é uma prática recente que vem substituir toda uma postura de submissão que trata os recursos como uma questão melindrosa e intocável, restrita à esfera de técnicos e administradores. Em seguida, porque os instrumentos de prestação de contas ainda são muito complexos, o que dificulta a compreensão para fins de avaliação. Ademais, as informações sobre as receitas são um domínio do gestor, de cujo critério depende os dar a conhecer ou não ao CS. Em resumo, falta muito caminho a percorrer para que o pú-

blico se torne objeto de controle social (Correia, 2000).

Desde uma perspectiva complementar, Ghon postula que diagnosticar e analisar os impactos das ações dos CS sobre a sociedade e sobre o próprio Estado são caminhos essenciais para a compreensão do processo de construção da cidadania, assim como para avaliar as possibilidades de um aprofundamento do processo de democratização da sociedade brasileira (Ghon, 2001).

As reflexões e informações apresentadas neste trabalho levantam questões relevantes para avançar nessas direções.

## Referências bibliográficas

- Abers RN 2000. *Inventing local democracy. Grassroots politics in Brazil*. Lynne Rienner Publishers, Inc.
- Abu-El-Haj J 1999. O debate em torno do capital social: uma revisão crítica. *BIB-Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais*, (47):65-77.
- Benevides MV 1991. *A cidadania ativa*. Editora Ática, São Paulo.
- Bezerra MO 1999. *Em nome das "bases". Política, favor e dependência pessoal*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Caetano V & Campos AM 2001. TCU contesta mito da privatização. *Jornal do Brasil*, Seção Economia, 12 de agosto, p. 21.
- Centro de Informações e Dados do Estado do Rio de Janeiro 2000. *Anuário Estatístico do Rio de Janeiro*. Fundação CIDE, Rio de Janeiro.
- Cohen JA & Arato A 2000. *Sociedad civil y teoría política*. México DF. Fondo de Cultura Económica, México.
- Cohen J & Rogers J 1995. *Associations and democracy. The real utopias project*. Verso, Nova York-Londres.
- Correia MV 2000. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Damatta R 2000. Entrevista. In *Quatro autores em busca do Brasil: entrevistas a José Geraldo Couto*. Editora Rocco, Rio de Janeiro.
- Diniz E & Boschi R 1989. O corporativismo na construção do espaço público. In Boschi R (org.). *Corporativismo e desigualdade*. IUPERJ-Rio-Fundo Editoras, Rio de Janeiro.
- Figueiredo JE 2001. *Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 113pp.
- Ghon MG 2001. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. Editora Cortez, São Paulo.
- Labra ME 1999. Análise de políticas, policy making e intermediação de interesses. Uma revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 9(2):131-166.
- Labra ME 1994. Associativismo no setor saúde brasileiro e organização de interesses do empresariado médico. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 3(2):193-225.
- Labra ME 1993. Política de interesses na perspectiva neocorporativista. Subsídios para o estudo do setor saúde. In Gallo e Rivera FJ & Machado MH (org.). *Planejamento criativo*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Macpherson CB 1977. *A democracia liberal – origens e evolução*. Zahar Editores, Rio de Janeiro.
- Moisés JA 1992. Democracia e cultura política de massas no Brasil. *Lua Nova-Revista de Cultura Política* (26):5-51.
- Pateman C 1992. *Participação e teoria democrática*. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- Putnam R 1996. *Comunidade e democracia. A experiência da Itália moderna*. Editora FGV, Rio de Janeiro.
- Santos Júnior OA 2001. *Democracia e governo local. Dilemas da reforma municipal no Brasil*. Revan/FASE, Rio de Janeiro.
- Santos WG 1993. *Razões da desordem*. Editora Rocco, Rio de Janeiro.
- Schmitter PC 1993. La consolidación de la democracia y la representación de los grupos sociales. *Revista Mexicana de Sociología* 93(3):3-29.
- Schmitter PC 1974. Still a century of corporatism? *Review of Politics* (36):85-131.
- Silva IF 2000. *O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 120pp.
- Streeck W & Schmitter PC 1985. Community, market, state and associations? The prospective control of interest governance to social order, pp. 1-29. In \_\_\_\_\_ (eds.) *Private interest government. Beyond market and the state*. Sage, Londres.

Artigo apresentado em 8/6/2002

Versão final apresentada em 13/8/2002

Aprovado em 20/8/2002