



Artigos originais

O controle social em nível local no SUS e as possibilidades de transformação da cultura política no Brasil

Social Control at a local level in SUS and the possibility of transforming Brazil's political culture

Luana Maria Rotolo¹
Grasiele Fretta Fernandes²
Petrônio Martelli¹

¹ Universidade Federal de Pernambuco

² Associação Caruaruense de Ensino Superior – ASCES

Resumo: A participação social no SUS é uma conquista importante, sendo considerada modelo para diversos outros setores tanto no Brasil quanto no mundo. Os Conselhos e as Conferências de Saúde, porém têm enfrentado grandes dificuldades para efetivar o princípio da participação da sociedade na construção das políticas públicas. Esse estudo teve como objetivo analisar o controle social realizado em nível local, como espaço de participação direta da sociedade na elaboração e fiscalização de políticas públicas de saúde, bem como as propostas atuais de transformação da cultura política no país. Trata-se de pesquisa qualitativa, com propósito analítico, tendo como base os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, no período de 1986 a 2012. Encontramos em todos os relatórios a proposição de espaços de controle social em nível local, porém não vinculados à possibilidade de transformação da cultura política, se restringindo a um caráter fiscalizatório e gerencial, sem dar continuidade ao projeto de transformação social que orientava as formulações dos dois primeiros relatórios. Entendemos que esse enfraquecimento da imagem-objetivo inicial do projeto de Reforma Sanitária dificulta o enfrentamento à cultura política retrógrada do país, e aprofunda as dificuldades encontradas na efetivação do princípio da participação social no SUS.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Conferências de Saúde; Participação Social.

Abstract: The social role of SUS – Brazil's public health system – is an important achievement. But even though SUS is a model for many sectors in Brazil and abroad, Health Councils and Conferences have encountered great difficulty installing the principle of social participation in public policies. This study analyzes social control, at a local level, as an opportunity for direct participation of society in the elaboration and supervision of public health policies, as well as in the recent debate over transforming the country's political culture. This is a qualitative research, with an analytical purpose, using the Final Reports from the National Health Conferences (1986 thru 2012) as main source. Propositions for social control at a local level were found in all of the reports. However, they were not linked to the possibility of political culture transformation, and were restricted to a managing character. Thus they did not develop the project of social transformation which was treated as crucial in the first reports. We see this weakening of the initial objective of the Sanitary Reform project as an obstacle for actions against the backwards political culture present in Brazil, aggravating the difficulties in implementing the principle of social participation within SUS.

Keywords: Health Councils; Health Conferences; Social participation.

1. Introdução

A participação social é a base para qualquer regime que se pretende democrático. Democracia e participação, portanto, andam de braços dados, em uma relação diretamente proporcional: quanto mais participativa é uma sociedade - ao menos em tese - mais democrática é esta. Dito assim de forma abrangente, ninguém discordará de tal afirmação. Porém, é evidente também

que existem muitas formas de se efetivar uma democracia, bem como muitos modos de se compreender a participação da sociedade dentro do Estado¹.

O Brasil não coleciona em sua história grandes períodos considerados democráticos. Na verdade, temos vivenciado uma sucessão de regimes autoritários seguidos de momentos ditos democráticos, mas que de fato raras vezes conseguiram responder aos anseios e necessidades mais fundamentais da população. Na saúde não foi diferente, porém temos algumas experiências que antecederam ao que hoje chamamos de controle social no Sistema Único de Saúde - SUS, que de alguma forma, contribuíram para o desenho da participação social atualmente existente no Brasil^{2,3}.

A primeira iniciativa de participação na saúde em nosso país se deu através da representação dos segmentos dos trabalhadores na previdência social nas décadas de 1920 e 1930. Porém, essa era uma participação tutelada, restrita, com pouca autonomia e real poder de decisão desse segmento. Após o golpe militar de 1964, essa precária participação institucional foi censurada e a participação social autônoma e efervescente nos muitos movimentos sociais e sindicais da época foi pouco a pouco sendo dizimada^{2,3}.

É somente a partir da década de 1970, quando o regime entra em uma crise econômica e de legitimidade social, que voltam a aparecer algumas iniciativas de participação no país. O governo, na tentativa de construir uma maior legitimidade perante a sociedade, propõe a expansão de algumas ações básicas de saúde para as populações até então completamente excluídas do sistema, e seguindo diretrizes internacionais de participação e ampliação de cobertura, cria alguns espaços de organização comunitária que se tornaram extremamente potentes para o que posteriormente viria a ser o Movimento da Reforma Sanitária¹.

Mesmo que a intenção do governo com a implementação dessas iniciativas fosse a sua relegitimação social, hoje sabemos que isso não foi atingido. Na primeira metade da década de 1980 os movimentos sociais - entre eles o da Reforma Sanitária - continuaram crescendo e pressionando o país no caminho da redemocratização. Algumas das formas democráticas extintas foram restabelecidas e projetos e programas de governo passaram a incluir comissões e conselhos com representantes da sociedade civil. Nas palavras de Côrtes³ (p. 30), “[...] uma característica marcante da reforma do sistema de saúde brasileiro, durante os anos oitenta, foi a criação desse tipo de mecanismo participatório”, o que posteriormente veio a ser um dos grandes pilares do SUS.

Na década de 1980 temos dois marcos centrais que oficializam a participação na saúde em nosso país: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a criação do SUS com a promulgação da Constituição Federal de 1988. A participação da comunidade no SUS é, nesse momento histórico, não somente uma diretriz e um princípio fundamental de todo o sistema, mas, sobretudo, uma defesa ético-política de outra forma de organização social - que deveria efetivar os princípios da justiça e igualdade, garantindo a democracia em seu sentido mais amplo¹.

A 8ª CNS, que aconteceu no ano de 1986, foi a primeira no Brasil a contar com a participação da sociedade não só durante a conferência mas também em todo o amplo processo de pré-conferências que a antecederam. Os debates deste importante momento da luta pelo SUS foram consolidados no Relatório Final da Conferência que foi levado à Assembleia Constituinte no ano de 1988, com o objetivo de embasar as propostas referentes à saúde na Constituição que estava para nascer^{4,1}.

A nova Constituição Federal representou um grande avanço em muitos aspectos, principalmente no que tange aos direitos sociais e a participação da sociedade. A luta, porém não estava ganha e não parou por aí. Apesar de a Constituição ter representado uma vitória para o Movimento da Reforma Sanitária, era preciso continuar construindo a regulamentação do SUS, tanto a nível federal, bem como nos estados e municípios¹.

A Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080/90 - reafirma em seu artigo 7º que a ‘participação da comunidade’ é princípio do Sistema de Saúde⁵. Porém, Fernando Collor de Mello, presidente na época, vetou os principais artigos referentes ao financiamento e ao controle social do SUS dispostos na referida lei¹. Foi preciso então uma nova batalha para que se criasse uma segunda Lei Orgânica - Lei 8.142/90 - que finalmente garantisse as diretrizes essenciais destes dois pontos-chave do sistema.

É com a Lei 8.142 que o controle social é institucionalizado no SUS por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo⁶. Apesar de todas as vitórias que o Movimento Sanitário teve nesse período, nenhum arcabouço legal poderia garantir que a participação social no SUS se desenvolveria sem mais entraves¹.

A década de 1990 foi um período extremamente delicado, pois poucos anos depois de ter sido aprovada uma Constituição progressista, que garantiu direitos sociais fundamentais, o país passou a sofrer com governos que começaram a implantar políticas econômicas e sociais restritivas, seguindo os preceitos do neoliberalismo³.

As dificuldades naturalmente interferiram no avanço do controle social. Procurando contornar essa situação, foi proposta, no ano de 1992, a resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cujo objetivo era “acelerar e consolidar o controle social do SUS⁷”. Apesar de importante para o avanço da regulamentação do Controle Social, a resolução 33/92 não conseguiu modificar o cenário da maioria dos conselhos e conferências e, dez anos depois da sua aprovação, o diagnóstico dos problemas enfrentados não mudou tanto quanto se gostaria. Por esse motivo, foi proposta pelo CNS, no ano de 2003, a resolução de nº 333, que ratificava muitos dos pontos da resolução anterior e procurava avançar na regulamentação do controle social⁸.

Por fim, em 2012, é lançada uma nova resolução no CNS em relação aos conselhos de saúde. A resolução 453/2012 adiciona algumas competências aos conselhos, bem como indica que a cada eleição, as entidades renovem 30% de suas entidades representativas⁹.

Apesar de todo arcabouço legal já conquistado, cada vez mais temos novos e difíceis entraves ao bom funcionamento das instâncias de participação institucionalizadas. Os espaços do controle social têm sido abandonados pelos gestores, que preferem manter os espaços privados como lócus principal de suas negociações e mediações de interesses, a população tampouco parece valorizar e ocupar esses espaços, tão duramente conquistados, e os trabalhadores, quando participam, são extremamente importantes, inclusive na mobilização do segmento dos usuários, porém também não parecem reconhecer-se como parte deste processo^{3,10}. Isso sem falar na lógica clientelista e personalista que atravessa os espaços de negociação política em nosso país, e que infelizmente também tem permeado o funcionamento dos conselhos e conferências de saúde¹¹. O controle social, tão potente em seu projeto inicial, tem sido duramente burocratizado, cooptado e, enfraquecido, em quase todos os espaços institucionais (ou não) da sociedade.

Nesta conjuntura de desmobilização e dificuldades no funcionamento dos conselhos e conferências, Côrtes³ procura refletir quais seriam os determinantes para a efetiva participação no SUS e aponta que a existência prévia de organizações populares e sindicais parece um dos determinantes mais relevantes. Ao mesmo tempo, Baquero¹² afirma que, no momento atual, vivemos uma crise de legitimidade tanto da nossa democracia representativa quanto das nossas organizações - partidárias ou não. O desafio atual parece nos apontar para a tarefa de refletir sobre como construir alternativas coletivas dentro de uma sociedade que nos empurra cada vez mais para a competição, para o individualismo e o isolamento.

Nas últimas décadas vem crescendo os debates acerca da necessidade de uma democracia direta ou 'participativa' onde a população, ao invés de delegar a responsabilidade de decidir sobre os rumos do país a representantes eleitos pelo voto, toma as rédeas do processo decisório através de mecanismos de participação direta^{12,1}.

Existem diversas explicações e conjecturas a respeito dessa avaliação negativa referente à participação social na atualidade brasileira, porém pouco se fala a respeito de um dos nossos maiores desafios: como construir uma cultura política participativa e democrática? Seria o controle social em nível local uma possibilidade de transformação da cultura política no país?

Partindo dessa indagação e desafio, o objetivo desse artigo foi o de analisar o controle social não institucionalizado, realizado a nível local, como espaço de participação direta da sociedade na construção e fiscalização de políticas públicas de saúde.

Este estudo não pretende esgotar tamanho desafio, porém visa contribuir na reflexão sobre o controle social local, colocando essa discussão em pauta no meio científico, com o intuito de orientar as práticas nos serviços de saúde e inspirar as lutas de todos aqueles que defendem e constroem o SUS no seu dia-a-dia.

2. Percurso Metodológico

Trata-se de pesquisa qualitativa, com propósito analítico. O estudo se desenvolveu por meio de pesquisa documental. Foram analisados os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde no Brasil, no período de 1986 a 2012, totalizando sete relatórios. Todos os documentos foram lidos e fichados com o objetivo de analisar as discussões e propostas feitas nas Conferências Nacionais acerca do controle social em nível local não institucionalizado, bem como as proposições em relação à transformação da cultura política no país.

Os dados coletados foram compilados, agrupados e categorizados. A análise de conteúdo foi escolhida como método de análise, no intuito de evitar o subjetivismo ou o senso comum, procurando uma maior criticidade e vigilância no momento analítico¹³.

A modalidade de Análise de Conteúdo escolhida nesta pesquisa foi a da Análise Temática, que se desenvolveu em três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação. Após a leitura e fichamento de todos os relatórios construímos um quadro-síntese das discussões realizadas, o que fundamentou a construção das categorias de análise. Foi a partir dessa construção que se tornou possível o processo de codificação em unidades de análise para que os dados brutos se tornassem significativos¹⁴.

Por fim, foram definidas três categorias de análise: controle social no SUS, a cultura política no Brasil e o controle social em nível local como possibilidade de transformação da cultura política no país. A partir de duas dessas três grandes categorias foram definidas três categorias dedutivas, isto é, criadas dedutivamente no decorrer da análise dos conteúdos coletados¹⁵. São elas: 1) controle social em nível local: Conselhos Gestores, Conselhos Locais e Conselhos Distritais; 2) estratégias de transformação da cultura política - fortalecimento da participação social não institucionalizada e; 3) fortalecimento da cidadania através de processos educativos.

3. Resultados E Discussão

O Quadro 1 foi elaborado após a leitura dos relatórios analisados com o objetivo de ter uma visão totalizante das discussões feitas nas conferências do período estudado. O quadro-síntese aborda a temática central identificada em cada conferência, relacionando-a com o contexto político da época, além de identificar as proposições relativas às duas categorias de análise do estudo: o controle social em nível local e as estratégias de transformação da cultura política no país.

Quadro 1: Processo de identificação e construção das categorias de análise, a partir dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, no período compreendido entre 1986 e 2012.

Confer.	Ano	Contexto político do momento	Temática Principal da Conferência	Proposições de Controle social em nível local	Estratégias de transformação da cultura política
8ª	1986	Redemocratização do país; ascensão dos movimentos sociais; luta pelo SUS.	Elaboração dos princípios e diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde, baseado no conceito ampliado de saúde.	O termo "local" é citado apenas uma vez, mas por diversas vezes é expressa a importância da participação em todos os níveis e instâncias, não só do sistema de saúde.	A participação social está presente em todo o relatório como forma de efetivar o direito à saúde e de democratizar o Estado.
9ª	1992	Movimento de Impeachment ('Fora Collor'); debate sobre corrupção e neoliberalismo; movimentos sociais organizados.	Necessidade de criar mecanismos de municipalização e regulamentar o Controle Social. Reafirmação dos princípios e diretrizes expressos na constituição e defesa do modelo do SUS.	Os Conselhos Gestores são propostos como instâncias obrigatórias em todas as unidades prestadoras. Controle social (não só institucionalizado) é visto como forma de efetivar o SUS e de controlar o	O controle social não institucionalizado é proposto não só como estratégia de democratização do setor, mas também como possibilidade de transformação estrutural do país.

				sistema privado.	
10ª	1996	1º mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso; debate sobre neoliberalismo e privatizações.	Implementação do SUS (descentralização, financiamento, políticas específicas...); posicionamento contrário às iniciativas de privatização do SUS.	Conselhos Gestores são propostos para todas as unidades e serviços de saúde. Citam também a importância de Conselhos Distritais.	São propostas formas inovadoras de gestão democrática, como orçamento e planejamento participativo, fóruns permanentes, conferências microrregionais, etc.
11ª	2000	2º mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso; debate sobre neoliberalismo e privatizações.	Pela primeira vez aparece a discussão sobre o modelo assistencial do SUS, colocando centralidade no princípio da integralidade e na estratégia de humanização da atenção, discutindo também os determinantes sociais. Reafirmam novamente o SUS e combatem as formas privatizantes.	Os Conselhos Gestores são novamente propostos para todas as unidades e serviços de saúde, citando também o termo "Conselho Local de Saúde". Os problemas do Controle Social são analisados ponto a ponto, sendo sugeridas algumas formas de solucioná-los.	Primeiro relatório que aborda especificamente o tema da "cultura política" como um dos principais entraves das transformações sociais mais amplas no país. Apesar de analisar a questão da baixa organização da sociedade e de uma cultura política autoritária, não cita formas de se resolver o problema.
12ª	2003	1º mandato do presidente Lula; esperança de construir um novo país, que contemple as demandas populares.	Afirmção do princípio da intersetorialidade; definição de competências entre as esferas de governo e propostas de mecanismos de pactuação entre os gestores; reorientação do modelo de atenção no SUS. Debate sobre privatização perde força e centralidade.	Os "Conselhos Locais de Saúde" (não mais Conselhos Gestores) são incentivados, porém não se avança nas proposições. Apesar da resolução 333/03 ser citada no relatório, o debate de controle social sai de foco.	O tema da cultura política e do controle social não institucionalizado não aparece no relatório, sendo somente citada a importância de mais espaços públicos de participação política.
13ª	2007	2º mandato do presidente Lula. Descrença na política; crítica às formas de privatização. Movimentos sociais enfraquecidos e fragmentados.	Os debates acerca dos temas de participação social, financiamento e privatização perderam força, aparecendo uma série de propostas e pautas mais específicas.	Citam a importância dos Conselhos Locais para democratizar a gestão dos serviços de saúde, além de propiciar planejamento participativo com base na análise de saúde da população. Propõem ainda estratégias de regionalização do controle social, como Colegiados Microrregionais.	O debate da cultura política não é trazido diretamente no relatório. As propostas de mobilização que são trazidas se centram em estratégias de formação cidadã, a exemplo da inserção de conteúdos de cidadania nos currículos das escolas e educação permanente para os conselheiros de saúde.
14ª	2011	1º mandato da presidente Dilma Rousseff, continuidade das políticas econômicas e sociais do governo Lula.	O relatório apresenta 15 eixos, abordando diversas questões. As proposições são tratadas de forma mais geral e superficial, mas reaparece o debate de financiamento e privatização do SUS.	Os Conselhos Locais de Saúde e Distritais são apontados como importantes, mas não avançam na sua proposição. No eixo de Atenção Básica é citada a importância do controle social realizado nas Unidades Básicas de Saúde.	São trazidas novamente as propostas de inclusão de conteúdos de participação e cidadania nos conteúdos das escolas, além da necessidade de formação dos conselheiros de saúde.

Fonte: dos autores.

3. Controle Social No SUS

3.1.1 Controle Social Em Nível Local: Conselhos Gestores, Conselhos Locais E Conselhos Distritais

O termo 'local' para designar os conselhos vinculados a serviços ou distritos sanitários é utilizado em praticamente todos os relatórios analisados, porém nos documentos da década de 1990 esse âmbito ficou restrito as propostas de instituir 'Conselhos Gestores' "em todas as unidades prestadoras de serviços"¹⁶ (p. 36) ou nas "unidades, serviços e distritos de saúde"¹⁷ (p. 31), dando clara prioridade na implantação desses Conselhos em unidades conveniadas.

Isso provavelmente se deve ao fato, ainda hoje recorrente, da dificuldade de controlar o setor privado e de fazê-lo efetivamente 'complementar' ao SUS. As propostas privatizantes, que ressurgiram com grande força na década de 1990, fizeram com que fosse ainda mais urgente à fiscalização do setor privado por meio do controle social.

Apesar de não discordarmos da importância dessa iniciativa, acreditamos que esse enfoque unicamente fiscalizatório do controle social teve consequências negativas para o seu desenvolvimento. Oliveira e Pinheiro¹⁸ (p. 2456) defendem a importância do papel fiscalizador, contudo afirmam que "o caráter deliberativo é mais radical quando se pensa na democratização das políticas públicas e na partilha do poder de decisão".

Com esse enfoque fiscalizatório inicial, acabou-se perdendo o papel dos conselhos enquanto formulador de políticas e de vocalização de demandas da população. Tudo isso parecia estar sendo esquecido numa conjuntura onde o mais importante era justamente frear as iniciativas privatizantes e proteger o SUS de todos os ataques que vinha sofrendo¹⁸.

É interessante também observar que as propostas de controle social vinculado aos serviços e unidades de saúde deixam de aparecer a partir do relatório da 12ª Conferência, alterando também a sua denominação de "Conselho Gestor" (CG) para "Conselho Local de Saúde" (CLS). Apesar de não localizarem onde deveriam ser alocados os tais "conselhos locais" é clara a maior preocupação de inclusão não somente dos usuários, mas de fomentar a participação das comunidades nesses espaços, como expresso no relatório da 14ª Conferência quando propõe "instituir a criação dos conselhos locais de saúde e fomentar a participação das comunidades, sobre a importância do controle social"¹⁹ (p. 22).

Essa mudança de nomenclatura e, possivelmente, de entendimento do controle social em nível local, ocorreu concomitantemente a uma importante transformação na conjuntura do país. A 12ª CNS aconteceu no ano de 2003, justamente no primeiro ano de mandato do Governo Lula, quando grande parte dos reformistas, que sempre estiveram na oposição, passaram a ser parte do governo. Esse momento foi marcado por um profundo sentimento de esperança de transformação do país e de crença (talvez precipitada) de que não seria mais o momento de se preocupar com a privatização do SUS. Esse momento de efervescência política permitiu (ao menos no papel) um considerável avanço na proposição do controle social em nível local, que volta a ter um caráter mais participativo e propositivo e não somente fiscalizatório.

Na literatura, encontramos relatos de algumas experiências de implantação de conselhos gestores ou locais de saúde^{20,21,22}. As definições para esses conselhos são muito similares, sendo ambos geralmente vinculados aos serviços básicos de saúde. Pestana; Vargas; et al²⁰ (p. 486) definem esses conselhos como "instância de participação e de decisão que está mais próxima dos usuários do SUS" e "onde é discutido e decidido o dia-a-dia dos serviços ali demandados", com a função de "oportunizar a participação dos segmentos organizados da comunidade na definição e operacionalização da política de saúde a nível local".

Longhi e Canton²³ (p. 27) trazem os CLS como possibilidade de mobilização das comunidades e maior interação entre conselheiros e suas bases:

Embora não previstos na forma da Lei Federal nº. 8.142/90, estes [CLS] podem ser traduzidos como possibilidade de ampliação da participação comunitária na fiscalização, proposição e execução da política de saúde (...) com a finalidade de estabelecer relação entre conselheiros e a base, sendo uma forma de aumentar a mobilização, não afastando os representantes da sua base.

Esses espaços, justamente por envolver trabalhadores e usuários diretos do serviço, que se conhecem e convivem cotidianamente, são apontados como um grande fator democratizador do SUS. Segundo Pestana; Vargas; et al²⁰ (p. 486),

o poder local é sinônimo de força social organizada como forma de participação da população, na direção do que tem sido denominado 'empowerment' ou 'empoderamento' da comunidade. Desta forma, não se tem apenas a possibilidade de democratizar as decisões, mas a oportunidade concreta de fazer com que as reais necessidades da população sejam atendidas.

Essa potencialidade também é destacada por Bispo Junior e Martins²¹ (p. 1316), ao afirmar que os CLS são importantes não só para a democratização do SUS, mas para a própria mobilização da comunidade:

os CLS mostram-se importantes instrumentos para mobilização comunitária e fortalecimento do SUS e do PSF [Programa de Saúde da Família]. Essas instâncias possuem capacidade de ampliar o envolvimento e a participação da sociedade nas questões locais e globais de saúde, bem como de compartilhar poder e proporcionar um fecundo debate sobre as questões técnicas e políticas dos problemas comunitários.

Apesar de parecer um consenso, tanto nos relatórios analisados quanto na literatura, de que é importante a abertura de espaços de controle social em nível local para o fomento da participação e para a própria democratização do SUS, nos deparamos também com diversas críticas à forma e funcionamento desses espaços no âmbito comunitário^{20,21,22}. Reuniões esvaziadas, pautas burocratizadas, falta de capacitação dos conselheiros, dependência dos gestores, conselheiros sem ligações com suas bases, parecem ser regra, e não exceção, quando analisamos o controle social em nível local no Brasil.

Quando indagamos em relação às determinações desses múltiplos problemas quase sempre obtemos a mesma resposta: a cultura política do país ainda traz em seu cerne um caráter autoritário que gera submissão na população e uma forma clientelista que produz, através da lógica do favor e da barganha, o fortalecimento de privilégios (individuais) e não de direitos (coletivos)^{3,2,11,1,18,24,21}.

Podemos afirmar então que abrir espaços de diálogo e deliberação coletiva em todos os serviços de saúde é um avanço para a democratização do SUS enquanto política universal e equânime^{1,18,20,25}. Porém, está claro também que somente institucionalizar os espaços de participação não leva necessariamente a uma maior democratização dos serviços ou da Política de Saúde^{12,24,21,26,22}. A lógica clientelista e autoritária repercute com muita força também no seio da classe popular, e não se altera esse quadro - construído ao longo de tantos anos de história e consolidado em uma base política e social sólida - apenas abrindo os espaços verticalmente por imposição, sem nenhum envolvimento ou preocupação com movimentos sociais locais.

A discussão acerca da cultura política - ou das culturas políticas em disputa atualmente no Brasil - é um debate necessário para compreendermos o fracasso de tantas experiências inicialmente potentes de controle social em nível local no país.

3.2 Cultura Política No Brasil

O tema da cultura política tem aparecido repetidamente nos estudos sobre controle social como justificativa para as dificuldades no funcionamento dos conselhos e conferências de saúde. Os relatórios das Conferências, apesar de serem ainda tímidos nessa discussão, têm buscado construir algumas propostas para o que enxergam como um dos maiores desafios da atualidade: a formação cidadã e a mobilização da população para uma participação mais efetiva no SUS. Subdividimos essa categoria de análise em dois eixos, o primeiro englobando as estratégias de transformação da cultura política por meio do fortalecimento da participação social não institucionalizada e o segundo através de processos formativos ou educativos.

3.2.2 Estratégias De Transformação Da Cultura Política

3.2.2.1 Fortalecimento Da Participação Social Não Institucionalizada

Os primeiros relatórios do período estudado, principalmente os da 8ª e 9ª CNS, entendiam o controle social como possibilidade de transformação estrutural da sociedade e não só como estratégia de 'gestão participativa' na saúde. Isso fica claro na passagem do relatório da 9ª Conferência que coloca que a prática do controle social "é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania¹⁶" (p. 33). Ainda no mesmo relatório encontramos a defesa de que para que essa democratização de fato se concretize:

é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações¹⁶ (p. 33).

Além de defender as formas não institucionalizadas de controle social, esse relatório traz de forma explícita a imagem-objeto do controle social como possibilidade de transformação estrutural da sociedade, e continua avançando ao propor que "o controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde¹⁶" (p. 33). Fica evidente que a concepção de participação social nestes dois primeiros relatórios não se resume apenas às instâncias institucionalizadas, estando necessariamente vinculada à possibilidade da população de fato participar do Estado e influir nos rumos da nação.

Essa radicalidade inicial, porém vai se diluindo com o tempo, sendo que já na 10ª CNS a proposição de espaços não institucionais vem de forma genérica e abstrata, se referindo somente à necessidade de "constituir e implementar novos mecanismos de participação¹⁰" (p. 41). Já na conferência seguinte, realizada nos anos 2000, surge apenas uma proposição de um novo tipo de Conselho, intitulado 'Conselhos de Cidadania', que deveriam abarcar questões além da saúde, servindo como "instrumentos capazes de promover a conscientização da população e o enfrentamento político mais amplo das propostas político-administrativas contrárias aos interesses populares²⁷" (p. 60). Apesar desse relatório ainda trazer a intencionalidade política de transformação social, esse se restringe a forma "conselho" sem conseguir superar os mecanismos formais, ou sugerir outras formas de enfrentamento.

Nos chama a atenção também o fato de que a partir do relatório da 11ª Conferência – e vindo cada vez com mais força nos últimos relatórios – se inicia uma substituição das propostas de transformação social e de criação de outras formas de participação para uma estratégia de "formação cidadã", ou mesmo de inclusão dos conceitos de cidadania e do SUS na educação formal.

3.2.2.2 Fortalecimento Da Cidadania Através De Processos Educativos

Mesmo que não haja uma coesão sobre qual deve ser a estratégia pedagógica para essa formação cidadã, fica claro que, a partir dos anos 2000, a estratégia prioritária de transformação da cultura política no Brasil, ao menos no setor saúde, aparenta ser possível somente por meio da educação, seja ela formal ou não.

No relatório da 11ª Conferência, essa formação cidadã aparece por meio do termo "capacitação dos diferentes agentes sociais" e com o objetivo de ampliar a "consciência política e a participação popular, objetivando torná-los agentes transformadores da sociedade²⁷" (p. 52).

No relatório da 12ª CNS, a preocupação parece ser em torno de estratégias de educação em saúde, organizando "reuniões e seminários" com o objetivo de "discutir saúde e informar ao cidadão sobre os seus direitos e deveres²⁸" (p. 103). Seguindo na mesma lógica, o relatório da 13ª traz a necessidade de se criar mecanismos para

“estimular a mobilização, a organização e a participação da população nos espaços de controle social” por meio de “programas de educação em saúde²⁹” (p. 167).

É no último relatório que se traz com mais força a proposta de inclusão de temas do SUS e de cidadania nos conteúdos curriculares das escolas de ensino fundamental, médio e superior. O relatório traz ainda uma abrangente proposta de incentivo à participação, por meio de diversas ações, como educação popular, educação em saúde, orçamento participativo, conselhos de saúde, etc. Fica claro, no entanto, que nesse momento o horizonte maior de transformação social e de mobilização popular para o enfrentamento político-ideológico foi se enfraquecendo, não sendo sequer citado nas propostas.

3.3 O Controle Social Em Nível Local Como Possibilidade De Transformação Da Cultura Política No País

Diante de tantas dificuldades na efetivação do princípio da participação social no SUS, e de tamanha crise da nossa democracia representativa, é difícil propor uma estratégia única de transformação dessa realidade de crônica desmobilização social. A tarefa de construir uma cultura política participativa e democrática é extremamente complexa, e não seria possível dar uma resposta simples ou única à questão levantada nesse estudo.

A partir da análise realizada podemos afirmar que, apesar de nenhum relatório fazer a associação direta entre espaços de controle social local e possibilidade de transformação da cultura política, entendemos que os espaços participativos (institucionais ou não), ao mesmo tempo em que reproduzem a cultura política instituída no país, se mostram como sua possibilidade de superação. Escorel e Moreira¹ afirmam que, por mais contraditório e difícil que seja traduzir isso na prática, a possibilidade de construção de uma cultura política participativa está justamente na criação e fortalecimento de espaços de participação social. Isso porque,

a participação, ao mesmo tempo que é alimentada pela matriz cultural de uma sociedade é, também, a possibilidade de transformar esta matriz. Este caráter dialético e subversivo gera resistências à sua ampliação em múltiplos espaços¹ (p. 1007).

Está claro, portanto, que essa não é tarefa fácil, e que naturalmente sofrerá resistência dos grupos de poder hegemônicos para não ser efetivada. A construção de uma cultura política participativa e democrática é essencialmente contra-hegemônica e, como afirma Baquero¹² (p. 140), é tarefa “difícil, lenta e sinaliza para a necessidade de começar trabalhos de base e não de imposição superficial para motivar os cidadãos a participar”.

Por esse motivo entendemos que as estratégias de formação cidadã, apesar de importantes, não são suficientes para transformar a cultura política autoritária e clientelista de nosso país. É preciso um trabalho cotidiano e de longo prazo, que alie o exercício da participação direta com estratégias de formação constante a partir da realidade vivenciada.

Muitos são os autores que tem apostado na capacidade pedagógica do exercício da participação direta^{11,30,18,3,2,1,24,31}. Como afirma Merrefield, citado por Labra³⁰ (p. 353):

A teoria democrática participativa enfatiza a função educativa da participação em assuntos comunitários e políticos por criar classes de cidadãos capazes de sustentar a democracia. Através da participação ativa, os cidadãos tornam-se mais informados acerca do sistema político, desenvolvem um senso maior de sua própria eficácia e ampliam seus horizontes para além de seus estreitos interesses pessoais para considerar um bem público maior.

Outras pesquisas demonstram como os espaços de participação, apesar de todas as suas dificuldades, funcionam como verdadeiros polos de educação cívica^{18,20,31}. Cornwall; Romano; et

al³¹ (p. 266) refletem que uma das possíveis consequências da participação nesses espaços é justamente a mudança de consciência desses cidadãos, o que poderia trazer uma promessa de “mudanças maiores na cultura política”. Rocha²⁴ (p. 172) também aposta neste sentido, ao defender que a participação em instituições políticas locais poderia ser uma das formas de se alterar a lógica de funcionamento do Estado brasileiro:

O desenvolvimento da democracia pressupõe, nesse sentido, o fortalecimento das instituições políticas locais, por viabilizarem a participação dos cidadãos nas decisões públicas. E fortalecer institucional e politicamente esses espaços de participação implicaria criar condições para a superação de problemas advindos do Estado centralizado, a saber: balcanização do poder público por elites econômicas e políticas; exercício de um poder ilegítimo da burocracia pública no processo de tomada de decisões; e o clientelismo como lógica de ação do Estado.

Os caminhos de superação de uma cultura política, entretanto, não podem ser pensados de forma desvinculada da estrutura social que a sustenta. Como bem coloca o relatório da 11ª Conferência, o entrave maior do SUS não é a cultura política do País, e sim o sistema econômico que é incompatível com uma política universal e integral. O relatório aponta ainda que a cultura política é um dificultador no sentido em que ela desestimula a organização social, que deveria ser o motor da efetivação do SUS e da transformação estrutural do País:

os avanços são dificultados pelo fato de que a proposta do SUS – um sistema construído com base em princípios de solidariedade social, que assegura a universalidade do acesso e a integralidade da atenção – não é compatível com o atual modelo econômico. E, num contexto social em que a cultura política é marcada pelo autoritarismo, pelo clientelismo, pela exclusão, a luta pela preservação das conquistas sociais é dificultada pela frágil organização da sociedade, em especial dos setores que mais sofrem as consequências da pobreza e da iniquidade social²⁷ (p. 20).

Entendemos, portanto, que não basta atribuir exclusivamente à cultura política o papel de entrave ao controle social, pois dessa forma desviamos o foco da determinação da própria cultura, que em última instância é o modelo social e econômico construído historicamente no país. Transformar modelos econômicos não é tarefa menos difícil do que transformar culturas políticas, porém somente quando localizamos o problema nesse âmbito mais macro é que temos maior capacidade de análise e proposição.

Se a intencionalidade política é a de transformação da estrutura social, o controle social em nível local ganha novos contornos, que não somente o de gestão da unidade de saúde, ou de participação fiscalizatória da gestão. Se o que justifica a abertura desses espaços de participação comunitários é o fomento à organização e à mobilização popular, teremos outras bases para construir esse tipo de experiências no país, muito mais potentes e radicalmente transformadoras.

4. Notas De Rodapé

1. Entendemos por controle social realizado em nível local, não institucionalizado, aquele que está mais próximo do cotidiano das pessoas, podendo ser um ‘Conselho de Unidade’, ‘Conselho Gestor de Unidade’, ‘Conselho Local de Saúde’ ou mesmo um ‘Conselho Distrital de Saúde’.

5. Referências Bibliográficas

1. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 979-1010.
2. Borges SFM. (Dissertação). Participação social, associativismo de vizinhança e conselhos de saúde: estudo exploratório sobre a representação das associações de moradores nos conselhos distritais de saúde do município do Rio de Janeiro. ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2004.
3. Côrtes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias 2002; 4(7): 18-49. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222002000100002&script=sci_arttext. Acesso em 08.09.2013

4. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. <Acesso em 29.03.2014>
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 20 set. 1990a. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 29.03.2014
6. Brasil. Lei nº 8.142, de 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 de saúde e outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 31 dez. 1990b. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 29.03.2014
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/ma_-_pga_2008_-_cns_-_resolucao_33.pdf. Acesso em 29.03.2014
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em 29.03.2014
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html. Acesso em 29.03.2014
10. Côrtes SMV. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: Fleury S, Lobato LVC. (org.) Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 102-28.
11. Labra ME. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC. (org.) Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 176-203.
12. Baquero M. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: Fleury S, Lobato LVC. (org.) Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 129-50.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
15. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 29.03.2014
17. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf. Acesso em 29.03.2014
18. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Ciênc. saúde coletiva 2010; 15(5): 2455-64. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232010000500020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 23.03.2014
19. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf. Acesso em 29.03.2014
20. Pestana CLS, Vargas LA, Cunha FTS. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. Physis 2007; 17(3): 485-99. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312007000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 12.10.2014

21. Bispo Junior J, Martins PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis* 2012; 22(4): 1313-32. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312012000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 23.03.2014
22. Matuoka RI, Ogata MN. Análise qualitativa dos conselhos locais da Atenção Básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Rev. APS* 2010; 13(4): 396-405.
23. Longhi JC, Canton GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis* 2011; 21(1): 15-30. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312011000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 12.10.2014
24. Rocha CV. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* 2011; 19 (38): 171-85. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-44782011000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 12.10.2014
25. Coelho VSP, et al. Mobilização e participação: um jogo de soma zero?: um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo. *Novos estud. – CEBRAP* 2010; 86: 121-39. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-33002010000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 12.10.2014
26. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14 (3): 795-806. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12.10.2014
27. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11confcad.pdf>. Acesso em 12.10.2014
28. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf. Acesso em 12.10.2014
29. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf. Acesso em 12.10.2014
30. Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gerchman S, Edler FC (org.) *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 353-83.
31. Cornwall A, Romano JO, Shankland A. Culturas da política, espaços de poder: contextualizando as experiências brasileiras de governança participativa. In: Romano JO, Andrade MP, Antunes M (org.) *Olhar crítico sobre participação e cidadania: a construção de uma governança democrática e participativa a partir do local*. São Paulo: Expressão Popular: Action Aid Brasil; 2007. p. 257-91.

Artigo Recebido: 2014.10.12

Aprovado para publicação: 2015.09.22

Luana Maria Rotolo

Universidade Federal de Pernambuco- PE

Rua Cel Romeu Sobreira, 117, Casa 8B

CEP: 52061-316 Recife - PE – Brasil

Email: luanazepelin@gmail.com
