



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

SHEILA DE JESUS SOARES

PARTICIPAÇÃO E CONSELHOS DE SAÚDE EM ARACAJU/SE

**SÃO CRISTÓVÃO/SERGIPE
2025**

SHEILA DE JESUS SOARES

PARTICIPAÇÃO E CONSELHOS DE SAÚDE EM ARACAJU/SE

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Tavares Leite

**SÃO CRISTÓVÃO/SERGIPE
2025**

SHEILA DE JESUS SOARES

PARTICIPAÇÃO E CONSELHOS DE SAÚDE EM ARACAJU/SE

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social

São Cristóvão/Sergipe, 03 de setembro de 2025

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr^a Maria Cecília Tavares Leite
Orientadora
Universidade Federal de Sergipe

Prof.^a Dr^a Vania Carvalho Santos
Examinadora
Universidade Federal de Sergipe

Thalyta Rayanna Fontes Rocha Santos
Mestra em Serviço Social
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Entre as maravilhas da vida reside a oportunidade de agradecer aqueles que tornam nossa vida mais leve, alegre e plena. Isso não significa dizer que os desafios não existem, afinal como meu esposo sempre repete “o bom da estrada são as curvas” (autor desconhecido). Mas, certamente, ter pessoas que seguram nossa mão durante as tempestades faz toda diferença. A essas pessoas dedico minha gratidão!

Antes de todos, agradeço a Deus! Pela vida que me foi dada e por todas as bênçãos que me foram concedidas, pelas conversas na hora de dormir que sempre acalentaram meu coração agitado.

Agradeço a meu esposo, companheiro de vida que sempre segurou a minha mão e com sua paciência infinita e amor incondicional aguentou todos os meus chilikues, que durante este trabalho não foram poucos, por isso peço desculpas! A vida sem você seria mais cinza, te amo!

A meu filho amado, Nicolas, agradeço pela compreensão e silêncio que fez durante a construção desse trabalho, foram muitos momentos, e você nunca reclamou. Você é minha luz, mamãe te ama demais!

À minha mãe, uma guerreira que sempre lutou para criar com amor e dignidade suas filhas. A senhora é meu exemplo de mulher.

Às minhas irmãs, Ingrid e Luciana. Vocês são meu porto seguro. Não me imagino sem vocês. Como irmã caçula trago comigo referências que levo para vida. Agradeço também a minha irmã Ingrid por todo apoio emocional que me deu nesse processo de formação.

Aos meus lindos sobrinhos, Aisha, Axel e Ingo, vocês juntamente com Nicolas são minha razão de viver.

À minha orientadora, Maria Cecília Leite Tavares, agradeço por toda paciência e dedicação na jornada de construção desse trabalho. Agradeço também aos professores que contribuíram para minha formação acadêmica, em especial, agradeço a Prof.^a Catarina, pelo incentivo e palavras de conforto.

Também sou grata a Prof^a Vânia Carvalho e a mestra Thalyta Rayanna por aceitarem participar da minha banca de qualificação.

À minha amiga, Taty. Com quem dividi momentos de alegrias e angústias nos corredores da UFS. Você foi um presente que o Serviço Social me deu.

RESUMO

Considerando a importância da participação da sociedade na definição, execução e monitoramento das políticas públicas, esse estudo propõe-se a discutir a participação institucionalizada na política de saúde no Brasil, com foco nos conselhos de saúde de Aracaju/Sergipe. Para tanto, foi necessário realizar o debate teórico-conceitual sobre participação, democracia e sociedade civil e traçar o caminho percorrido pela participação na política de saúde no cenário nacional e no estado de Sergipe. Como objetivo geral tem-se: identificar os processos de estruturação e dinâmica dos Conselhos de Saúde de Aracaju enquanto ferramenta primordial da participação social e ampliação da democracia. Os objetivos específicos foram: Situar o debate teórico-conceitual sobre participação e sociedade civil; Descrever o percurso histórico da construção da participação social na política de saúde; Analisar a trajetória dos conselhos de saúde em Aracaju/Sergipe enquanto espaços de controle social. Orientando-se pela teoria do materialismo histórico-dialético utilizou-se a pesquisa bibliográfica e qualitativa. A escolha desta perspectiva teórica definiu-se pela necessidade de compreender as múltiplas e contraditórias relações que se estabelecem nos conselhos de saúde. Diante disso, verificou-se que os conselhos são espaços fecundos da participação, bem como da ampliação da democracia participativa. Além disso, verificou-se que os conselhos possuem potencialidades e vulnerabilidades que precisam ser trabalhadas. Ademais, constatou-se que a produção teórica sobre os conselhos no estado de Sergipe sofreu uma inflexão a partir do ano de 2010, carecendo de mais estudos. Conclui-se que, para a continuidade da operacionalização da política de saúde em uma perspectiva democrática é necessário o fortalecimento da participação nos espaços institucionais para que juntamente com a participação popular, por meio dos movimentos sociais, possam lutar pela defesa da saúde.

Palavras-chave: Participação. Política Nacional de Saúde. Conselhos de Saúde. Participação Social em Sergipe.

ABSTRACT

Considering the importance of society's participation in the definition, execution, and monitoring of public policies, this study aims to discuss institutionalized participation in health policy in Brazil, focusing on the health councils of Aracaju/Sergipe. To this end, it was necessary to engage in a theoretical-conceptual debate about participation, democracy, and civil society, and to outline the path taken by participation in health policy at the national level and in the state of Sergipe. The overall objective is to identify the processes of structuring and dynamics of the Health Councils of Aracaju as a primary tool for social participation and the expansion of democracy. Specific objectives were delineated: To situate the theoretical-conceptual debate on participation and civil society; To describe the historical trajectory of building social participation in health policy; To analyze the trajectory of health councils in Aracaju/Sergipe as spaces for oversight. Guided by the theory of historical-dialectical materialism, bibliographic and qualitative research was used. The choice of this theoretical perspective was defined by the need to understand the multiple and contradictory relations established in health councils. In this context, it was found that the councils are fertile spaces for participation, as well as for the expansion of participatory democracy. Furthermore, it was found that the councils have potentialities and vulnerabilities that need to be addressed. Moreover, it was noted that the theoretical production on councils in the state of Sergipe underwent a shift starting in 2010, lacking further studies. It is concluded that, for the continuity of the operationalization of health policy from a democratic perspective, it is necessary to strengthen participation in institutional spaces so that, along with popular participation through social movements, they can fight for health defense.

Keywords: Participation. National Health Policy. Health Councils. Social Participation in Sergipe.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Cronologia das Conferências Nacionais de Saúde de 1941 até 2023.....63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Criação dos Conselhos Gestores Federais no Brasil até 2020.....	48
Tabela 2: Condições sanitárias de Sergipe – 1965/1966.....	75

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEAP	Centro de Educação e Assessoramento Popular
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DNS	Departamento Nacional de Saúde
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPC	Modo de Produção Capitalista
MRSB	Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
ONG	Organização não governamental
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
SEÇÃO I: PARTICIPAÇÃO E SOCIEDADE CIVIL: apontamentos teóricos e históricos	18
1.1 Participação e Democracia: uma análise teórico-conceitual	18
1.1.1 Participação: o debate construído a partir do século XX.....	25
1.2 Participação e Sociedade Civil: uma análise histórica no cenário brasileiro	35
SEÇÃO II: POLÍTICA DE SAÚDE: um olhar para participação social	44
2.1 Políticas públicas e a institucionalização da participação social	46
2.2 Política de Saúde no Brasil: conselhos e conferências como espaços da participação social.....	57
SEÇÃO III: PARTICIPAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE EM ARACAJU/SE.....	72
3.1 Breves pontuações sobre a Política de Saúde em Sergipe.....	72
3.2 Participação e Conselhos de Saúde em Aracaju/SE.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	99

INTRODUÇÃO

Discutir sobre o tema da participação social nos leva a outros debates necessários para a compreensão do seu significado, tais como a intrínseca relação com o debate da democracia e da sociedade civil. Ao caminharmos para a discussão da participação institucional na política de saúde no Brasil nos deparamos com um cenário repleto de contradições que tem como consequência rebatimentos nas políticas desenvolvidas nos estados.

A democracia é comumente traduzida como poder do povo. Em publicação feita pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), registra que o “Governo da maioria é um princípio básico fundamental da democracia ocidental, aplicada especialmente no processo eleitoral”. (CEAP, 2017, p. 83). Ao buscar identificar a participação popular por detrás desta definição, observa-se que a mesma emerge por meio da representação. Assim, na perspectiva expressa na citação, obtém-se uma participação pontual e com baixo impacto nas decisões políticas. Portanto, para alcançá-la de forma mais efetiva é necessário discutir qual democracia é terreno fértil para participação.

Existem debates teóricos acerca da interpretação sobre democracia no Brasil que ocasionam em duas tendências as quais impactam na forma como a democracia se efetiva. A primeira tendência corresponde ao modelo político hegemônico, denominado de democracia representativa, que corresponde “aquela em que o povo, por meio do voto, escolhe seus representantes [...]”. Os grupos sociais não participam diretamente do governo [...]”. A segunda tendência é compreendida como contra hegemônica, pois amplia os canais de participação, sendo denominada de democracia participativa, essa tendência “entende que a participação do povo se dá não somente pela escolha de seus representantes, mas também por outras formas de participação no governo, por meio de plebiscitos, referendos, audiências públicas, conselhos e conferências de políticas públicas” (CEAP, 2017, p. 84-5).

Neste debate interessa captar a participação institucionalizada, denominada de participação social, exercida nos conselhos de saúde, portanto, compreender como a democracia participativa se configura é relevante, visto que ela é relativamente nova no contexto nacional. Sabe-se que a redemocratização do Brasil ocorreu após a ditadura militar, de 1964, que perdurou até 1985, ou seja, até os dias

atuais passaram-se apenas quarenta anos, o que a caracteriza, historicamente, como uma democracia extremamente jovem.

A participação social também é uma prática nova nas esferas de poder no Brasil, conquistada a partir de muita luta por diversos atores sociais. Alguns exemplos desses atores são: “movimento popular comunitário, movimento das associações de moradores, movimento pela anistia, movimento dos sem-teto, sindical, movimento das mulheres, movimento dos estudantes entre outros” (FUNESA, 2011, p. 72). Na área da saúde ganha grande relevância o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que emergiu no contexto de crise social e sanitária, na segunda metade da década de 1970, e buscava transformar o modelo de saúde biomédico, que era hegemônico. Este movimento teve forte impacto na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto histórico, a participação social, pode ser entendida como um “[...] processo que envolve diversas camadas sociais na formulação e decisão das políticas públicas, na produção e usufruto dos bens da sociedade” (FUNESA, 2011, p. 69). Esta forma de participação apresenta potencialidades e limites. No campo das potencialidades observa-se: a introdução de novos atores na arena política em todos os níveis governamentais; articulação entre esferas políticas; as experiências do orçamento participativo; experiências positivas dos conselhos gestores; empoderamento dos sujeitos entre outros. No tocante aos limites constata-se: falta de cultura participativa, ativismo social dos empresários, cooptação ou integração dos sujeitos envolvidos em práticas participativas institucionalizadas, entre outros.

Um dos mecanismos utilizados na participação social é o controle social que, pela perspectiva crítica, compreende que a sociedade civil organizada deve participar de todo processo das políticas públicas, desde sua “[...] proposição até a fiscalização e avaliação, passando pelo planejamento, monitoramento, acompanhando, inclusive, o modo como o dinheiro público é usado na execução”. (CEAP, 2017, p. 88). Na política de saúde o controle social é um dos princípios fundamentais garantidos pela Constituição Federal de 1988. Os principais instrumentos do controle social na saúde, assim como nas demais políticas públicas, são: Conselho de Saúde, Conferência de Saúde e a Ouvidoria de Saúde.

No que tange aos conselhos de saúde, “sua função é levar demandas para serem discutidas pela população, bem como trazer propostas da população para os vários níveis de governo” (Paese; Paese, 2010, p. 287). Eles atuam nas três esferas

de governo: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Estadual de Saúde (CES) e Conselho Municipal de Saúde (CMS). Integram-se ao nível municipal os Conselhos Locais de Saúde (CLS) que se materializam por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) que, por sua proximidade territorial com a população atendida, tem a capacidade de decifrar as demandas sociais com mais precisão e agilidade. Entretanto, os desafios enfrentados pelos conselhos em qualquer esfera política são os mais diversos, seja por questões internas ou externas, como a reforma do Estado, por exemplo.

A conquista da participação nas políticas públicas traz um novo cenário para a dinâmica política do país que, orientada pela concentração de poder, apresenta grande dificuldade em partilhar informação e tomada de decisão. Assim, a presença de atores diversos nos conselhos gera uma disputa de interesses distintos que transformam esses espaços em uma arena contraditória, cheia de potencialidades e limites. Essas questões também orbitam a política pública de Saúde de Sergipe.

Nesse sentido, este trabalho tem como objeto de pesquisa a participação no espaço institucional da política de saúde, especificamente nos conselhos de saúde de Aracaju/Sergipe. A partir do conteúdo exposto e da delimitação teórica para fins desta pesquisa, algumas questões norteiam este estudo: Quais relações são estabelecidas entre democracia, sociedade civil e participação? Como se constituiu a participação institucional na política de saúde? Qual a configuração panorâmica do controle social efetuado pelos conselhos de saúde em Aracaju e quais relações são estabelecidas como potencialidades ou limitações da participação?

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral identificar os processos de estruturação e dinâmica dos Conselhos de Saúde de Aracaju enquanto ferramenta primordial da participação social e ampliação da democracia. Como objetivos específicos foram delineados: Situar o debate teórico-conceitual sobre participação e sociedade civil; descrever o percurso histórico da construção da participação social na política de saúde; analisar a trajetória dos conselhos de saúde em Aracaju/Sergipe enquanto espaços de controle social.

O curso de graduação em Serviço Social, por ser generalista, nos aproxima de várias temáticas que orbitam ou perpassam as múltiplas expressões da questão social. A partir da discussão destas diversas temáticas, a área da saúde sempre despontou como área de interesse. O estágio supervisionado ocorreu também nesta área, ampliando o conhecimento e aumentando a perspectiva investigativa sobre a

saúde. Durante este processo ficou nítido que, embora a participação na política de saúde seja precursora, ainda é um grande desafio mantê-la de forma efetiva e constante, sobretudo em nível local.

Essa percepção, juntamente com o aprendizado propiciado pelo curso de Serviço Social, principalmente na disciplina Gestão Social, aproximou-me do debate da participação social nos conselhos. Nesse contexto, tive a oportunidade de realizar alguns trabalhos acadêmicos no Conselho Local de Saúde da UBS Ministro Costa Cavalcante em Aracaju, o que maximizou minha curiosidade acadêmica e reforçou minha inquietação sobre o tema. Sergipe possui um Conselho Estadual de Saúde¹, e sua capital, Aracaju, além do Conselho Municipal de Saúde² também possui 45 (quarenta e cinco) Conselhos Locais de Saúde, um em cada UBS, que são distribuídas nas 8 (oito) regiões de saúde. Entretanto, pressupõe-se que esse quantitativo de conselhos não reflete necessariamente uma ampliação qualitativa da participação, de forma efetiva e crítica no território aracajuano.

Compreende-se que o assistente social pode contribuir na correlação de forças entre projetos societários distintos, posicionando-se na defesa de outra forma de sociabilidade, mais justa e igualitária, tornou-se pertinente executar essa pesquisa, a fim de fortalecer o debate teórico que fundamenta as práticas participativas nos conselhos de saúde.

Embora a produção teórica acerca dos conselhos de saúde seja ampla no cenário nacional, observa-se que em Sergipe a partir da década de 2010 a produção tornou-se incipiente. Aliado a isto, a participação institucionalizada é recente e carece de estímulos teóricos e práticos. Dessa forma, o estudo proposto visa contribuir para o acúmulo teórico científico da temática abordada, bem como embasar as formulações de políticas públicas que compreendam as demandas territoriais. Mas, sobretudo, servir de instrumento para reflexão e atuação dos cidadãos que participam destes conselhos e buscam de forma ativa dar um direcionamento democrático nestes espaços, traduzindo-se por meio dos direitos garantidos e viabilizados à população.

Com o intuito de sistematizar o conhecimento sobre a temática buscou-se realizar reflexões, baseadas na teoria do materialismo histórico-dialético, por

¹ O CES de Sergipe localiza-se na rua Urquiza Leal, nº 617, Bairro Salgado Filho, Aracaju. O CES pode ser contatado pelo telefone: 79 32266370 ou por e-mail: ces@saude.se.gov.br.

² O CMS em Aracaju localiza-se na rua Carlos Correia, nº 528, Bairro Siqueira Campos, Aracaju. O CMS pode ser contato pelo telefone: 79 31793772.

compreender que a teoria crítica é a que possibilita revelar as relações contraditórias que se materializam nestes espaços e as interações destes com a sociedade. Além disto, a perspectiva de totalidade do materialismo nos permite apreender a dialética entre aparência e essência do movimento dos conselhos, possibilitando a criação de estratégias que possam ampliar a participação e tornar estes espaços em verdadeiros núcleos de possibilidades de transformação.

Esta é exatamente a questão: transformação. Transformação dos conselhos em espaços efetivos de democracia participativa; transformação da sociedade de meros “consumidores” para cidadãos de direitos. Em outras palavras, como disse Marx (*apud* Malagodi, 1995, p. 18): “Os filósofos até hoje não fizeram outra coisa senão interpretar o mundo de formas diferentes; o importante – a partir de agora – é transformá-lo”.

Para fomentar o debate proposto utilizou-se a pesquisa exploratória e descritiva. Segundo Gil (2010, p. 27) a pesquisa exploratória “têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses”. Ela nos permite identificar como a participação evoluiu ao longo da história, ao passo que, também possibilita analisar como a Política de saúde se configurou no cenário brasileiro. Já a pesquisa descritiva “têm como objetivo a descrição das características de determinada população [...] e com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis” (Gil, 2010, p. 27). Esta pesquisa possibilita identificar a dinâmica dos conselhos em Aracaju, pontuando os desafios e avanços. Além disso, foi possível por meio desta, verificar como ocorre a interação entre conselhos e quais efeitos essa relação gera. Desta forma, nos apropriamos dos debates travados na academia para subsidiar a prática.

A pesquisa, segundo a natureza dos objetivos, foi qualitativa com delineamento da pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica possibilitou a revisão das teorias sobre participação, democracia, sociedade civil e política de saúde, o que foi necessário para fundamentar a pesquisa realizada no âmbito dos conselhos. A pesquisa documental foi utilizada por meio de fontes primárias como leis, portarias e resoluções que regem os conselhos e por fontes secundárias como livros, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses e artigos científicos. Estas fontes foram fundamentais na construção deste trabalho, permitindo avaliar a estruturação dos conselhos.

A revisão bibliográfica foi uma etapa crucial durante a pesquisa, pois nos permitiu visualizar a amplitude do tema debatido, mapeando o percurso teórico e histórico dos eixos principais deste trabalho. Para a revisão bibliográfica foram consultadas as bases de dados do repositório da biblioteca universitária da UFS, SciELO, documentos produzidos para eventos acadêmicos e base de dados do Conselho Nacional de Saúde. Nestas plataformas a pesquisa foi realizada através das palavras-chave: “conselhos de saúde”; “conselho estadual de saúde de Aracaju”; “conselho municipal de saúde de Aracaju”; “conselho local de saúde de Aracaju”; “participação social”; “participação social e conselhos de saúde”; “participação social em Sergipe”; “política de saúde”; “política de saúde em Sergipe”. A partir do resultado da pesquisa com estas palavras-chave houve uma pré-seleção de trabalhos de acordo com os títulos que tivessem maior aproximação com o tema pesquisado, assim 60 trabalhos foram selecionados. Logo após, foi realizada uma segunda triagem a partir da leitura dos resumos dos trabalhos, chegando ao resultado de 23 trabalhos selecionados.

Para a revisão documental utilizou-se a Constituição Federal de 1988; as legislações pertinentes à saúde, tais como: Lei Federal nº 8.080/90 e Lei Federal nº 8.142/90, consultadas por meio do livro: Coletânea de Normas para Controle Social no SUS, e a Lei Complementar Municipal nº 052/2002. Outras fontes foram: materiais produzidos sobre as Conferências Nacionais de Saúde emitidos pelos órgãos reguladores, tais como, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde de Sergipe, por meio dos respectivos sites eletrônicos: www.conselho.saude.gov.br e www.saude.se.gov.br.

Portanto, com a pesquisa bibliográfica e documental buscou-se identificar as abordagens sobre o tema, para assim, problematizar as categorias teóricas analisadas: conselhos de saúde, trajetória dos conselhos, disputas antagônicas entre atores, conjuntura neoliberal e conselhos e experiências dos conselhos de saúde em Aracaju. Por fim, o resultado da pesquisa estruturada por categorias foi organizado em três seções que convergiam com os objetivos específicos e gerou cada um das seções deste estudo.

Este trabalho, além dos elementos pré-textuais e pós-textuais, possui três seções: a primeira apresenta o debate teórico sobre participação e sua relação com o debate da democracia. Além disso, resgata a atuação da sociedade civil organizada no cenário brasileiro; a segunda seção demonstra como ocorreu o

processo de institucionalização da participação e como ela impacta a política de saúde; por último, a terceira seção apresenta a participação na política de saúde no território sergipano.

Este estudo mostra-se relevante ao compreender que, no cenário nacional atual, de intensos e frequentes ataques aos direitos sociais, os conselhos apresentam-se como uma ferramenta imprescindível na luta pela defesa dos direitos sociais.

SEÇÃO I: PARTICIPAÇÃO E SOCIEDADE CIVIL: apontamentos teóricos e históricos

O tema da participação foi e continua a ser amplamente pesquisado. No campo das ciências sociais, diversas áreas do conhecimento como Serviço Social, Sociologia, Ciências Políticas, Antropologia, Economia, entre outras, possuem estudiosos e pesquisadores que focam seus esforços para compreender seu sentido e significado nos diversos contextos históricos.

O pressuposto é que este debate está intrinsecamente ligado ao debate da democracia e da sociedade civil. Desta forma, esta seção busca resgatar essa relação a fim de pontuar algumas compreensões referentes às definições sobre participação. Objetiva-se que, com o resgate teórico-conceitual, possa-se contribuir com a construção de estratégias para o desenvolvimento de uma participação mais efetiva dos cidadãos nos espaços institucionais.

1.1 Participação e democracia: uma análise teórico-conceitual

Para compreendermos o tema da participação necessitamos, inicialmente, discutir sobre democracia, haja vista que ela é um pressuposto essencial para a efetivação da participação. Entretanto, para que a participação possua terreno fecundo, o modelo de democracia exerce forte influência. Dessa forma, precisamos entender, antes de tudo, de qual democracia estamos falando.

Ao analisar a etimologia da palavra democracia tem-se: *Demos* que significa povo e *crates*, poder. Ou seja, democracia é traduzida como poder do povo. A questão que se coloca é: de que forma esse poder é exercido? Existem debates teóricos acerca da interpretação sobre democracia que ocasionam em tendências que impactam na forma como a democracia é efetivada. Segundo Santos e Avritzer (2008) estas tendências correspondem ao modelo político hegemônico e contra hegemônico, sendo respectivamente a democracia representativa e a participativa.

A publicação feita pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), ao falar sobre “O SUS e a efetivação do direito humano à saúde”, esclarece que

A democracia representativa é aquela em que o povo, por meio do voto, escolhe seus representantes [...]. Os grupos sociais não participam diretamente do governo e da tomada de decisões, mas, indiretamente,

pelos seus representantes [...]. A democracia participativa se desenvolve a partir da democracia representativa e entende que a participação do povo se dá não somente pela escolha de seus representantes, mas também por outras formas de participação no governo, por meio de plebiscitos, referendos, audiências públicas, conselhos e conferências de políticas públicas (CEAP, 2017, p. 84-5).

Na compreensão de democracia representativa, o “governo da maioria” é exercido primordialmente por meio do voto, e sem dúvidas, a instituição do sufrágio universal onde o voto independe de classe social, gênero ou etnia foi uma grande conquista frente a modelos políticos totalitários. Entretanto, fica evidente que a democracia participativa, embora sendo uma democracia burguesa, é o modelo fecundo da participação, pois é a que abarca o maior contingente de cidadãos nos processos decisórios, ou seja, é por meio da democracia participativa que o poder do povo se efetiva de forma mais ampla. No caso do Brasil, por exemplo, a democracia participativa apresenta-se como modelo político contra hegemônico e, como tal, sofre resistência por parte das camadas sociais mais favorecidas economicamente e habituadas a terem o poder sob suas tutelas.

A discussão que se engendra no debate desses modelos políticos (representativo e participativo) é a maior ou menor detenção do poder por parte do Estado. Dessa forma, buscaremos, a partir dos estudos de Duriguetto (2007) sobre democracia, compreender o debate deste tema a partir das teorias liberal e marxista. Na teoria liberal sobre democracia citaremos os filósofos contratualistas Thomas Hobbes e John Locke. Ambos os estudiosos defendiam a tese da necessidade de existência de um contrato social entre os indivíduos e o Estado, haja vista a predisposição dos indivíduos ao conflito. Entretanto, eles discordavam sobre o alcance do poder do Estado sobre a sociedade (Duriguetto, 2007).

Para Hobbes, existe a defesa de um contrato social entre os indivíduos que dá poder pleno ao Estado. Em seu livro *O Leviatã*³, Hobbes defende um Estado fortemente centralizador do poder, pois “[...] a tendência natural dos indivíduos à mútua destruição [...]” justifica a criação de “[...] regras de convívio social e de subordinação política, através do qual seus poderes e direitos seriam transferidos a um poder soberano, o Estado” (Duriguetto, 2007, p. 35). Contudo, a autora relata

³ O livro “*O Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil*” foi publicado em 1651 por Thomas Hobbes.

que, nessa concepção, não houve uma preocupação em firmar este contrato social com regras que limitassem a ação do Estado.

Já para Locke, o alcance do Estado deve ser limitado, evitando assim os excessos de poder. Para ele o direito à propriedade, direito à vida e direito à liberdade são fundamentais e cabe ao Estado garanti-los. Duriguetto (2007) explana que, para este filósofo, entre todos os direitos, o direito à propriedade é o principal, pois é a partir dele que sua teoria de governo foi formulada. Duriguetto (2007, p. 36) afirma que, “diferentemente de Hobbes, Locke rejeitava a noção de um Estado absoluto e proeminente em todas as esferas”. Para ele, o poder deve ser concedido enquanto os governantes defenderem os “interesses dos governados (propriedade e segurança pessoal)”. (idem, ibidem). Caso contrário este poder pode ser revogado. A autora assevera que, nessa perspectiva, “a participação política é valorizada por ser um instrumento que assegura a obtenção dos fins privados individuais” (Duriguetto, 2007, p. 36).

Observa-se que, na teoria liberal sobre democracia, a participação da sociedade ou é transferida totalmente para os governantes ou é direcionada para uma parcela da sociedade – os proprietários-, ou seja, a concepção de participação órbita em um conceito restritivo e individualista. “Para os contratualistas liberais, os indivíduos são orientados “naturalmente” pelos seus interesses singulares e egoístas, e a edificação contratual da sociedade civil fundamenta-se na existência e na preservação desses interesses” (Duriguetto, 2007, p. 38). Dessa forma, segundo Thomas Hobbes e John Locke, os indivíduos não teriam condições de participar igualitariamente da vida política, sendo necessário um modelo democrático representativo.

No que concerne a teoria marxista, Duriguetto (2007) inicia apresentando as concepções de Rousseau⁴, o qual compreende democracia enquanto soberania popular, diferentemente dos contratualistas citados anteriormente. Para Rousseau, o debate ocorre no interesse comum do conjunto da sociedade, onde o contrato social ocorre de forma mais justa (Duriguetto, 2007). A teoria de ordem social em Rousseau é balizada por dois pressupostos: o primeiro é a distribuição de riqueza e

⁴ Para maior compreensão deste debate ler o capítulo I sobre democracia e socialismo na tradição marxista de Maria Lúcia Duriguetto, 2007. Neste capítulo a autora separa o debate sobre democracia e sociedade civil em duas partes, primeiro explana sobre a teoria liberal com Hobbes e Locke, depois, faz o debate na tradição marxista com Rousseau, Hegel, Marx e Gramsci. Vale salientar que embora Jean Jacques Rousseau não seja considerado da tradição marxiana, ele teve influência na teoria socialista. Dessa forma, seguiremos a divisão apresentada pela autora entre teoria liberal e marxista.

propriedade e, o segundo, é o interesse comum na ação do Estado. Entretanto, vale salientar que Duriguetto (2007) faz crítica ao primeiro pressuposto de Rousseau, pois embora ele afirme a necessidade da distribuição da riqueza ele não “propõe sua eliminação ou socialização, mas lhe parece suficiente a limitação do excesso e garantia do acesso de todas a ela” (Duriguetto, 2007, p. 40).

Neste sentido, embora haja uma busca em superar as condições materiais impostas pelo modelo político, não propõe a superação total deste, apenas uma ampliação. A nosso ver, o que se configura enquanto uma readequação do jogo que levaria a um processo de conformismo e aceitação. Contudo, não podemos deixar de demarcar o avanço alcançado por Rousseau no estudo sobre democracia ao priorizar a democracia participativa ao invés da democracia representativa.

O segundo pressuposto de Rousseau parte do construto que o sistema político necessita da “participação ativa individual no processo político de tomada de decisão” (Duriguetto, 2007, p. 40). Ou seja, nessa configuração o indivíduo extrapola a esfera privada alcançando de forma mais direta a esfera pública, conforme podemos observar na seguinte passagem:

Tal ordem participativa constitui não apenas um arranjo institucional de tomada de decisões coletivas, mas também um novo tipo de sociedade, na qual os assuntos públicos são integrados aos assuntos individuais. [...]. Essas interações colocam a necessidade de que os indivíduos ultrapassem as reivindicações de seus interesses imediatos e passem a se interessar pelas questões mais globais que atingem a todos (Duriguetto, 2007, p. 40).

Portanto, pode-se perceber que a concepção de mundo de cada corrente, liberal ou marxista, irá inferir na perspectiva de análise sobre democracia e, subsequentemente, na concepção teórica e prática da participação. De forma resumida têm-se as seguintes chaves analíticas sobre o debate da democracia: enquanto Hobbes e Locke utilizavam o princípio do contrato social baseado no mercado, Rousseau utiliza o princípio da comunidade.

No debate contemporâneo, partindo da insatisfação social e inspirado na concepção teórica de Rousseau, a democracia participativa ganha espaço, pois advoga na defesa de uma “participação mais efetiva dos sujeitos sociais nas diferentes instâncias políticas de discussão dos assuntos públicos” (Duriguetto, 2007, p. 124). O que se observa é uma crescente tomada de consciência por parte da sociedade na importância de participar da vida pública e, a partir desta

consciência, a luta para garantir a participação nestes espaços. Assim, a “[...] dinâmica democrática estaria absolutamente centrada na influência que os sujeitos coletivos presentes na sociedade civil pudessem exercer, em termos de demandas e controle, sobre o aparato estatal” (idem, ibidem, p.125). Ora, o desenvolvimento da consciência crítica levou a sociedade a se organizar, pois a força encontra-se no coletivo, ou seja, na sociedade civil, sendo esta um importante contrapeso para frear, ou pelo menos, desacelerar os excessos e desmandos do Estado.

Em outras palavras, o modelo de democracia participativa, defende a “[...] luta pela extensão da esfera da participação nas instituições representativas nacionais e locais para um maior desenvolvimento das atitudes e práticas sociopolíticas dos indivíduos” (Duriguetto, 2007, p. 125). Coadunamos com esta autora na defesa deste modelo de democracia por compreendermos que é na prática da vida pública que os indivíduos irão aprimorar suas capacidades e compreensões acerca dos debates sociopolíticos que tanto impactam nas suas vidas. Um dos expoentes desta concepção é C. Pateman que defende a “participação em nível local” por compreender que é no nível local que “o verdadeiro efeito educativo da participação” se concretiza (Duriguetto, 2007). Portanto, a partir das concepções apresentadas, constatamos que o modelo de democracia que almejamos para que a sociedade participe de forma direta nas tomadas de decisões é a democracia participativa.

Esgotado o tema da democracia e debatido o modelo de democracia necessário à participação, buscaremos, a partir de agora, compreender o debate teórico em torno do tema da participação. Vale ressaltar que, compreender esse debate preambular sobre democracia a partir das concepções liberal e marxista fez-se necessário, pois, o debate da participação segue os mesmos contornos. Portanto, a busca para definir participação vai ser empenhada de acordo com cada concepção, conforme assevera Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009, p. 221) em seu artigo “Participação em saúde: do que estamos falando?” onde, ao refletirem sobre o tema cita Cortez (1996) que sugere “[...] a impossibilidade de se entender o sentido do conceito de participação sem inseri-lo numa dada corrente teórica”.

Embora o tema da participação seja trabalhado em várias áreas do conhecimento, conforme já citado, e talvez exatamente por isso, sua definição teórica seja tão imprecisa, levando a um leque de opções que irá se adequar a cada campo que a empregada. Nesse sentido, Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) apresentam os estudos realizados por Gascón, Tamarg e Carles (2005), que

esclarecem a existência de um consenso sobre uma definição genérica, onde a participação compreenderia “[...] a capacidade que têm os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos aqueles aspectos de sua vida cotidiana que os afetam e envolvem” (Vianna, Cavalcanti e Cabral, 2009, p. 222). O trabalho destas autoras nos ajudará a entender como o conceito da participação foi sendo trabalhado historicamente, desde a antiguidade até os tempos atuais.

Segundo Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009, p. 223) a conceituação da participação “tem a idade da teoria social moderna – algo em torno de quatro séculos -, como participação na pólis e, pois, participação política [...]”. No século XX, o adjetivo político empregado na participação foi substituído pelo adjetivo social, quando não, eram compreendidos como sendo a mesma coisa, ou seja, participação política, por vezes, era sinônimo de participação social. Entretanto, estas autoras esclarecem que

o uso clássico do conceito de participação como participação política difere do uso novo do conceito de participação como participação social porque o primeiro se refere à participação de todos os membros da pólis – condição de direito (ou de dever) universal -, enquanto o segundo se aplica a segmentos específicos da população: os pobres, os excluídos, as minorias. (Vianna; Cavalcante; Cabral, 2009, p. 223).

Definidas as diferenças entre participação política e participação social, buscaremos levantar alguns pontos explanados ainda por Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) sobre participação a partir das correntes teóricas contratualista, marxista, elitista e pluralistas. Elas iniciam o debate da participação a partir do século XVII, com o filósofo Thomas Hobbes, pois, é com “os contratualistas que o tema da participação emerge claramente. Em particular na obra de Thomas Hobbes, *Leviatã*, na qual, a criação da sociedade política por excelência, se deve ao pacto [entre] todos os indivíduos, [...]” (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009, p. 224). Conforme observamos no debate liberal sobre democracia, a participação deve ocorrer majoritariamente pelo voto, ou seja, uma participação que delega o poder de decisão para o Estado, portanto, podemos dizer que não se tem uma participação efetiva nesta perspectiva. Além de Hobbes e Locke, é possível citar outros expoentes da corrente contratualista liberal como Montesquieu e Stuart Mill, resguardadas obviamente suas divergências teóricas.

Na corrente marxista do século XVIII, Rousseau, que para Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) talvez fosse o mais emblemático dos clássicos no que concerne ao tema da participação, o qual ficou marcado pela sua concepção contrária ao

“formato representativo do sistema político, ele entrou para a história do pensamento político como o grande teórico moderno da democracia direta” (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009, p. 230). Conforme já afirmado, para Rousseau a democracia participativa é o caminho para uma sociedade entendida por ele como mais justa. Assim, para Rousseau, a

Participação - política e igualitária - e não somente mediante o voto, é o instrumento de poder que o povo possui. Se dele abdica, torna-se escravo e joga o Estado (a Pátria, como Rousseau várias vezes designa o ente coletivo), na ruína. (*apud* Vianna; Cavalcante; Cabral, 2009, p. 231).

No século XIX, o debate da participação, sob o prisma da teoria liberal, ganha novo fôlego com Stuart Mill, defensor da democracia representativa. Segundo Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009), Mill acreditava na participação do povo, contudo seria impossível que todos participassem do governo. Portanto, a democracia representativa seria a melhor forma de conciliar esses polos. Assim, o debate da participação é realizado a partir dos modelos de democracia e/ou do seu desempenho, sendo o voto seu principal representante, ou seja, a participação política de uma democracia representativa (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009).

Na sequência do debate, Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009, p. 228), explanam que no século XX a corrente denominada de elitista, que acreditava na “[...] impotência do cidadão para decidir a respeito de assuntos públicos, bem como sua diluição nas malhas da impessoalidade e da multidão”. Alguns de seus representantes são: Vilfredo Pareto, Gaetano Mosca e Robert Michels. Estas autoras afirmam que outros teóricos da corrente elitista são Freud e Weber por suas concepções de realização na vida pública. Segundo elas, “Sigmund Freud, Max Weber não são etiquetados por nenhum rótulo, mas são igualmente tidos como desencantados com as possibilidades de felicidade pública” (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009, p. 228). Além destes, estas autoras classificam Schumpeter, como outro elitista, que nos anos 30 do século XX influenciou significativamente a academia americana sobre os temas da “(baixa) participação eleitoral, apatia política, idiotia das massas, etc” (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009, p. 228). Para esses elitistas o “cidadão comum” não possui capacidade para envolver-se na vida pública, e sua participação deveria ocorrer de forma indireta.

Outra vertente teórica sobre a participação que Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) nos apresentam é a corrente Pluralista, também no século XX. Segundo elas,

um dos seus expoentes é Robert Dahl que empenhou seus esforços nos estudos da participação, revitalizando “o conceito de participação no âmbito da ciência política” (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009, p. 228). Dahl buscou estudar a democracia a partir da diferenciação da democracia como valor e da democracia como realidade. Segundo Vianna, Cavalcanti e Cabral, (2009) na democracia como valor o ideal regulatório é compatível com a emancipação. Já na democracia como realidade é necessário identificar os diferentes graus de democracia dentro de um sistema político, bem como as distinções da democracia nos diferentes sistemas políticos. A partir dessa concepção a “democratização é, para Dahl, um processo de progressiva ampliação da competição e da participação política” (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009, p. 229).

O que se constatou na literatura pioneira, independente da corrente teórica – contratualista, clássicos, elitistas e pluralistas - no que concerne a participação é a sua vinculação à dimensão política da vida social. O que difere das diversas concepções desenvolvidas a partir da segunda metade do século XX, que extrapolam a esfera política e atingem todas as dimensões da vida do cidadão.

1.1.1 Participação: o debate construído a partir do século XX

O debate crescente sobre participação trouxe inúmeras contribuições para o entendimento do tema, porém, por questões metodológicas de escassez de tempo, não conseguiremos pontuar todas elas. Portanto, apresentaremos algumas concepções que nos permitam vislumbrar os caminhos que este debate tem percorrido. Para atingir este objetivo utilizaremos os estudos realizados por Ammann (1978), Souza (1996) e Faria (2008).

A partir das reflexões de Safira Bezerra Ammann, em seu livro “Participação Social”, de 1978, fruto de sua tese de mestrado, que aborda a participação no contexto das relações sociais em nível micro (local) e macroestrutural, buscaremos compreender algumas formas de participação. Para ela, no nível estrutural micro, a participação ocorre nos bairros ou comunidade, que é entendida com uma visão de somatória: “cada um participando de uma associação qualquer, participa da sociedade como um todo, já que esta é concebida com a conjunção de todas as associações” (Ammann, 1978, p. 8). No nível macro, ela afirma que a participação extrapola as barreiras do imediato e atinge patamares que podem influir

significativamente no processo histórico e que o tema da participação está imbricado pela noção de sociedade.

Ammann (1978) toma como referência os estudos de Gurvitch (1968) para compreender a sociedade a partir de: “uma realidade heterogênea, dinâmica, mutável, campo de interações e conflitos” (Ammann, 1978, p. 22). Dessa forma, a construção da participação ocorre na relação dialética de uma determinada sociedade, onde os indivíduos tomam parte nos processos sociais.

Ressalta-se que, a respeito destas formas de análise da participação, Ammann (1978) possui uma visão cética em relação ao nível micro, por compreender que esta é uma forma simplória de analisar a participação. Na sua concepção, o fato de verificar a associação de indivíduos leva automática e equivocadamente a afirmação da participação social. Na sua concepção, o caminho a ser seguido é a ação do grupo influenciando na dinâmica da sociedade, ou seja, transformando-a. Dessa forma, a participação: “não pode ser confundida com associativismo. Participar significa contribuir para produção de bens e serviços, deles dispor e usufruir na dimensão da própria contribuição” (Ammann, 1978, p. 8).

Na concepção das relações sociais em nível macro e micro a ação dos indivíduos na participação pode ocorrer direta ou indiretamente, a primeira, desenvolvida na vertente macro, efetiva-se pelo engajamento político, institucional ou até organizacional. A segunda vertente micro, ocorre por meio do associativismo.

Para desenvolver sua própria compreensão sobre a participação a autora aprofundou-se na literatura sobre o tema, encontrando pontos convergentes e divergentes com seu entendimento, entre os autores pesquisados por Ammann citamos: Gurvitch (1968); Meister (1969); Safieh (1968), entre outros. A partir de sua pesquisa, ela aponta que a participação muda de concepção a depender da lente analítica utilizada. A autora cita como exemplos:

Na sociologia a participação foi, em um dado momento, abordada em conexão com a análise das funções manifestas [...]. (Merton, 1970, p. 127). Em outros momentos, foi vinculada ao problema da marginalidade e do desenvolvimento, ou ainda como um modelo alternativo para a burocracia. (Ammann, 1978, p. 44).

Os exemplos acima demonstram como na leitura sociológica a participação foi analisada por vários pontos de vista, sendo utilizada como um meio para justificar problemáticas e não como ferramenta que tem a capacidade de transformar. Outro

exemplo, que Ammann nos fornece é a função da participação utilizada a partir do campo da economia “a participação objetivou o crescimento da empresa, mediante a maximização da produtividade” (Ammann, 1978, p. 25). Esta visão favorece o modelo societário vigente ao beneficiar a administração enquanto aliena os trabalhadores.

Apesar dos estudos sobre participação ocorrerem em diversos segmentos, Ammann (1978) sinaliza que não se tinha uma conceituação definitiva sobre o termo conforme já discutido no debate realizado por Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009). Na perspectiva de Ammann, ainda na XVIII International Conference on Social Welfare, em 1974, essa falta de clareza prevalecia. Foi nesta conferência que “pela primeira vez foi oficialmente proclamado ser necessária a reestruturação das relações sociais entre os diversos extratos da sociedade” (Ammann, 1978, p.44). Sendo o próprio protesto considerado uma forma de participação.

A XVIII International Conference on Social Welfare, realizada em Nairobi, 1974, tendo como tema central a participação, representou um marco no posicionamento que vinha sendo tomado pela corrente vinculada à ONU. Naquela ocasião, alguns conferencistas ousaram denunciar que, em muitos países, a participação foi postulada, visando, em última instância, “legitimar o processo de formação de elites”. (Dasgupta, CBCISS, 102, 1975, p.20). e utilizar as pessoas na qualidade de “ferramenta” para o desenvolvimento, ao invés de considerá-las possíveis elaboradoras de decisões. (Ammann, 1978, p. 44).

Ammann (1978), em seu estudo sobre participação, apresenta também as contribuições do teórico Albert Meister a partir do que ele denomina “modalidades da participação” (Ammann, 1978, p. 45). Sendo elas: o que o indivíduo sabe, pensa, quer e faz. O saber caracteriza-se pelas informações que este indivíduo possui sobre grupos de participação do seu território. O pensar, fica a cargo de suas atitudes, ou seja, como ele julga esses grupos. O querer são os desejos, o que move esse indivíduo. E o fazer relaciona-se com seu comportamento, voltado para a participação (Ammann, 1978). A crítica feita a Meister, é no campo da baixa definição do termo participação, pois segundo Ammann, ele somente esboça uma concepção no início do seu trabalho, qual seja a participação: “uma associação voluntária de dois ou mais indivíduos em uma atividade comum, onde eles não objetivam unicamente usufruir benefícios pessoais e imediatos” (Ammann, 1978, p.45).

Ammann assevera que outro caminho trilhado se refere à análise da participação por meio de sua classificação entre participação passiva e ativa. Seus principais representantes são autores como Lucien Mehl e os teóricos de Wekemans. A participação ativa sendo aquela que o indivíduo participa conscientemente, com propósito e direção, enquanto a participação passiva é tratada como algo acabado por si só. Dessa forma, ela adverte que falar em “participação passiva, além de ser contraditório, empobrece o verdadeiro processo participativo o qual não se pode reduzir a aspectos passivos, mas supõe sempre reivindicações, conquista, contribuição, determinação, em outras palavras, ação” Ammann (1978, p. 46).

Na continuidade do seu debate, Ammann (1978) também nos apresenta a discussão feita por Safieh (1968) que faz sua elaboração da participação a partir do que por ela é denominado de “graus teóricos da participação”. São eles: “a socialização, a tomada de consciência, o engajamento e a contribuição às tomadas de decisão” (Ammann, 1978, p. 46).

Após pesquisar os diversos entendimentos sobre participação, Ammann desenvolveu sua própria definição a partir da concepção que “a ocorrência e a intensidade da participação encontram-se intimamente conjugados aos condicionantes históricos de determinada sociedade” (Ammann, 1978, p. 47). É nesse contexto histórico que a compreensão de participação é considerada um processo em constante transformação. Dessa forma, para Ammann (1978) a participação enquanto processo não ocorre de forma isolada, seus componentes possuem uma dependência e é somente na articulação destes que a participação emerge. A autora defende quatro componentes fundamentais para a participação, são eles: produção dos bens da sociedade; gestão dos bens da sociedade; usufruto dos bens da sociedade e associação.

A produção dos bens da sociedade tem relevante importância na participação, pois é a base da ordem social, assim “é ao nível de produção que se definem a qualidade, o tipo e o grau de participação dos grupos de uma sociedade” (Ammann, 1978, p. 47). Neste componente a autora explica a constituição do “ser natural humano” dotado de consciência que possibilita a transformação da manufatura.

Na gestão dos bens da sociedade, a autora defende que: “a sociedade não representa só o trabalho, mas igualmente trabalho sobre o trabalho. Não significa apenas produção de bens, mas produção e transformação de si e por si mesma.”

Neste componente as dimensões básicas são: “a acumulação, o saber e o modelo cultural” (Ammann, 1978, p. 50).

O usufruto dos bens da sociedade emerge com a consideração da cidadania enquanto bem fundamental. O usufruto consiste em: “todas as camadas e todos os membros da sociedade têm direito a ter parte nos bens materiais e imateriais” (Ammann, 1978, p. 44).

Para compreender o último componente, o associativismo, precisamos passar pelo entendimento de fato social: “Este constitui-se de um processo permanente que ultrapassa os fatos individuais, e consiste no liame estabelecido entre os mesmos”. (Lukic, 1968. p, 401-402 *apud* Ammann, 1978, p. 54). Dessa forma, o fato social não é uma soma enxuta das partes, seu resultado é sempre maior. Assim tem-se um processo social com base na “causação comum”.

Os processos sociais são os geradores do grupo social. Entendido como “conjunto de indivíduos que tomam parte de um processo [...]” (Ammann, 1978, p. 55). Para a autora são os “grupamentos sociais que podem mediatizar a participação, apresentam múltiplas formas e tipos extremamente diversificados, consoante os critérios e as razões de sua formação” (Ammann, 1978, p. 56). Assim, segundo a autora, estes grupos funcionam como veículos para participação social. “Ressalta-se que pelas associações, as camadas sociais podem (ou não) ter acesso à participação social, mediante seu engajamento em um ou mais grupos voluntários: sindicatos, cooperativas, comissões, comitês, conselhos, [...], entre outros.” (idem, *ibidem*).

Portanto, nos estudos desenvolvidos por Ammann (1978) observa-se uma clara preocupação em trabalhar a participação a partir das relações sociais dos indivíduos, ao invés de segmentá-los e trabalhar de forma reduzida, ou seja, na esfera da microestrutura. Assim, a participação social é definida pela autora como: “processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada” (Ammann, 1978, p. 61).

Seguindo os estudos, apresentaremos outras concepções sobre participação a partir das reflexões de Faria (2008) que discute as compreensões de teóricos como Tocqueville, Putnam, Habermans entre outros. Em seus estudos, Faria (2008) pontua que para Tocqueville a participação se concretiza por meio das associações secundárias de caráter voluntário que mediarão à relação entre o Estado e os

indivíduos. Dessa forma os indivíduos ultrapassaram a esfera privada, de relações primárias e adentraram na esfera pública a partir de um processo educacional.

Outro teórico, que segundo Faria, caminha na mesma direção é Putnam ao postular que “quando os cidadãos adquirem capacidades para agir coletivamente, eles passam a monitorar, participar e pressionar os governos” (Faria, 2008, p. 74). Daí depreende-se a importância destas associações em ambos os autores, pois é através delas que a organização da sociedade ganha densidade a ponto de se contrapor ao Estado e reivindicar por direitos.

Faria (2008) explana que já para Habermas (1984;1996) a participação das associações na esfera pública fortalece a democracia tendo mais de um efeito. Por um lado “renovam os potenciais críticos da vida privada”, por outro “ampliar os limites do sistema político [...] mediante fluxos comunicativos na esfera pública.” Faria (2008, p. 74).

Faria (2008) também nos apresenta as concepções de Cohen e Rogers (1995) e Fung (2003) que analisam as formas de participação sob dois prismas: a participação tanto pode ocorrer de forma efetiva, por meio dos espaços deliberativos, quanto aquelas que buscam uma formação de consenso. Nessa concepção a institucionalização da participação é vista de forma positiva e agregadora, pois além da ampliação do debate político, permite o enfrentamento político por dentro do aparelho estatal.

Outra autora que nos ajuda a compreender a participação é Maria Luiza de Souza por meio do seu livro “Desenvolvimento de comunidade e Participação”, no qual a participação é vista como processo social que contém elementos com capacidade de impactar na vida social. “A participação é processo existencial concreto, se produz na dinâmica da sociedade e se expressa na própria realidade cotidiana dos diversos segmentos da população” (Souza, 1996, p. 79).

Entretanto, esta autora nos alerta para o fato que muitas práticas que visam a dominação de grandes parcelas da sociedade disfarçam-se como participação, mas na verdade são “processos de contra participação” (Souza, 1996, p. 79), sendo comumente utilizada pela esfera pública. A autora nos dar o exemplo do Brasil, quando o projeto desenvolvimentista⁵ começou a escancarar suas contradições, ou

⁵O desenvolvimentismo é compreendido como uma política econômica que visa o crescimento baseado na industrialização do país e substituição de importações. O Estado aparece como seu principal “investidor”, sobretudo na área de infraestrutura.

seja, ao passo que o produto interno bruto crescia também crescia a condição de pobreza da população. Na busca de maquiagem essas contradições e continuar avançando com o desenvolvimentismo a contra participação foi uma ferramenta útil, utilizada por meio da cultura para introduzir na sociedade novas formas de pensar que não colidissem com a realidade concreta vivida por eles.

A dominação se realiza sobretudo através da *aceitação* e é mais plena e maior quanto mais as ideologias e práticas políticas em geral levam os segmentos majoritários da população a aceitarem a dominação e a exploração. É nesse sentido que se encontra, nas camadas populares, grande parcela da população que aceita e gosta de ser dominada e explorada. (Souza, 1996, p. 80).

Ao invés de encarar essa realidade enquanto dominação a cultura opera fazendo com que essas práticas manipulatórias sejam vistas como bondade e atenção do Estado para com a população, sobretudo as menos favorecidas. Dessa forma, observamos a participação ser reconfigurada para processos que na verdade são processos de alienação que dificultam uma participação consciente e crítica, e por isso, são denominadas pela autora de contra participação.

Dito isto, não podemos esquecer que, assim como assevera Souza, a participação é um processo social, “a participação é o próprio processo de criação do homem ao pensar e agir sobre os desafios da natureza e sobre os desafios sociais, nos quais ele próprio está situado. Como tal, é um processo dinâmico e contraditório” (Souza, 1996, p. 81). Este homem nascido em um determinado contexto que independe de sua vontade, além de ser natural torna-se social. Assim, o contexto social irá impactar na forma de pensar e agir deste homem, ainda que ele também produza impactos nesta realidade.

Nessa compreensão a participação está contida em todo indivíduo, ela não é exclusiva de uma parcela minoritária da população (como os políticos de carreira ou os letrados), como frequentemente tentam fazer a população acreditar. A participação é constitutiva do ser humano, e como tal, todos devem exercê-la. Souza coloca que

A participação não é uma questão do pobre, do miserável ou do marginal; é questão a ser refletida e enfrentada por todos os grupos sociais que não chegam a penetrar as decisões que dizem respeito às suas condições básicas de existência. Por esse ângulo, a participação, longe de ser política de reprodução da ordem, é sobretudo, questão social (Souza, 1996, p. 81).

Embora busquem escamotear as contradições sociais, estas são vivenciadas no cotidiano da maioria da sociedade e, contraditoriamente, são elas que possibilitam a ultrapassagem do imediato para um estado de tomada de consciência mais crítica da realidade, por isso a participação torna-se questão social. Para a autora, a participação enquanto questão social “supõe a criação do homem para o enfrentamento dos desafios sociais. Esse processo de criação e enfrentamento resulta em dada realidade de consumo ou usufruto de bens [...]” (Souza, 1996, p. 82).

Entretanto, para enfrentar os desafios naturais ou sociais, o homem precisa estar em condições de fazê-lo. Dessa forma, Souza aponta três pressupostos da existência humana desenvolvidos por Marx e Engels. O primeiro pressuposto é que os homens precisam ter condições básicas para sobreviver, como comer, beber, vestir e morar. O segundo pressuposto é que o homem ao suprir suas necessidades básicas, produz novas necessidades. O terceiro caracteriza-se pela capacidade do homem de além de se renovar ele cria outros homens.

No entanto, em sociedades, como Brasil, que a maioria da população luta diariamente para conseguir simplesmente comer, o que por si só não garante que irá sanar essa necessidade, pensar em participar da vida pública torna-se uma tarefa desafiadora. Contudo, exatamente por isso, uma realidade atravessada por desafios e contradições, que está deve-se ser condição primária de enfrentamento, ou seja, de participação. Vale salientar que essas contradições não são exclusivas do Brasil, elas são inerentes do modelo de produção capitalista que visa o acúmulo de riquezas de uma minoria em detrimento de grandes contingentes populacionais.

O que difere é a forma como essas contradições serão percebidas e combatidas em cada contexto. Retomando o exemplo do Brasil: Como pode-se transpor as lutas básicas diárias para colocar-se em posição de enfrentamento? Nessa análise Souza (1996) nos direciona para os aspectos pedagógicos da participação como ferramenta que possibilita a ultrapassagem do cotidiano. Nesse sentido, retira-se o véu das necessidades imediatas, sem, no entanto, menosprezá-las ou ignorá-las, para atingir um estado de avaliação mais crítica de seu contexto social. Todavia, essa ultrapassagem não ocorre de forma simples e segundo Souza precisa de um processo educativo da participação:

O processo que se expressa através da conscientização, organização e capacitação contínua e crescente da população ante a sua realidade social

concreta. Como tal é um processo que se desenvolve a partir do confronto de interesses presentes a esta realidade e cujo objetivo é a sua ampliação enquanto processo social (Souza 1996, p. 84).

A participação, embora seja condição do ser social, necessita de processos que permitam que ela se desenvolva e possibilite que a população pratique o “exercício do poder”, haja vista que “a participação pode se traduzir, sobretudo, na distribuição do poder na sociedade. A participação é processo contrário à dominação, à concentração do poder” (Souza, 1996, p. 86).

Assim, concordamos com Souza ao visualizar a participação como ferramenta popular poderosa, capaz de combater a dominação e a exploração da classe trabalhadora, quando desnudada as camadas que impede sua real efetivação, a exemplo da contra participação, e potencializados os processos (conscientização, organização e capacitação), que permitem uma prática participativa crítica e com possibilidades de mudanças reais.

Conforme apresentado por Souza para se alcançar um processo participativo real é necessário realizar mediações que possibilitem a transposição dos desafios presentes no cotidiano. Embora seja uma realidade possível, sabe-se que as forças que operam no sentido inverso atuam na busca de camuflar ou até mesmo distorcer o sentido da participação, o que por sua vez, impacta nas formas como a população participa nos processos decisórios. Por isso, acrescentamos a este debate as contribuições de C. Pateman sobre níveis de intervenção da participação que ao refletir sobre democracia expõe que as possibilidades de participação são: “pseudoparticipação, participação parcial e participação plena”. (Pateman *apud* Paese; Paese, 2010, p. 293).

A pseudoparticipação ocorre quando se utiliza a persuasão para fazer com que as pessoas acreditem que tiveram escolhas por algo que já estava decidido. O objetivo é apenas criar o sentimento de participação. Na participação parcial, as partes envolvidas influenciam na tomada de decisão, entretanto, o poder final está na mão apenas de uma das partes envolvidas. Na participação plena, todas as partes possuem igual poder de decidir (Paese; Paese, 2010).

Chegar à participação plena, seja nos espaços de deliberações, seja nos demais espaços da participação, é a meta almejada para se alcançar o modelo de democracia participativa, onde os cidadãos atuam enquanto sujeitos de direitos que compreendem a importância do seu papel na vida pública. Portanto, como ainda não

alcançamos esse ponto, devemos continuar na luta, vigilantes e atentos às contradições que se apresentam nos espaços de participação. Assim, a participação, ao ser institucionalizada, a partir da segunda metade do século XX, é adjetivada com o termo social, conforme veremos mais adiante. Contudo, vale salientar que embora a participação tenha adentrado nos espaços institucionalizados, estes não são os únicos. Alguns exemplos de participação não institucionalizada são:

Movimentos, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), fóruns e redes de iniciativa civil e grandes campanhas nacionais (como a Ação da Cidadania contra a Miséria, a Fome e pela Vida) são exemplos de participação que produzem mudanças na agenda pública apostando em estratégias que nem sempre passam por canais institucionais de participação cidadã nas políticas públicas. Há também manifestações mais informais que crescem em ritmo acelerado na medida em que as tecnologias da informação aumentam sua presença na sociedade: redes de militância virtual, consultas e pesquisas realizadas por telefone, questionário ou internet, e campanhas pontuais que se valem destes instrumentos para defender suas causas. (Maranhão; Teixeira, 2006, p. 113).

A análise realizada sobre participação nos evidencia que, ao longo do tempo, a sua concepção passou por algumas transformações, sendo definidas simplesmente como participação, participação popular ou participação social. Ademais, apresentam-se de várias formas, tais como: participação em associações de bairro, da comunidade, em partidos políticos, clubes, agremiações, comissões, conselhos entre tantos outros. Com visão para transformação do seu meio, ou não.

Dessa forma, compreendemos ser importante reforçar os tipos de participação (popular e social), a fim de demarcar a amplitude que a participação alcança na dinâmica da sociedade. Sobre a participação popular, Travassos (2016, p. 116) salienta que “é uma prática dos movimentos sociais que gera novos saberes oriundos das classes populares como forma de ação política e garante sua autonomia para definir seu próprio destino”. É indiscutível a importância do conhecimento dos movimentos sociais, as temáticas debatidas vêm das lutas diárias de seus integrantes, e como tais, possuem valiosas contribuições na construção de propostas que visem superar as problemáticas vivenciadas por eles.

Gonh na sua discussão sobre participação popular vai além e define-a como sendo

um processo de vivência que imprime sentido e significado a um grupo ou movimento social, tornando-o protagonista de sua história, desenvolvendo uma consciência crítica desalienadora, agregando força sociopolítica a esse

grupo ou ação coletiva, e gerando novos valores e uma cultura política nova. (Gohn, 2005, p. 30).

O entendimento de cultura política está para além da política executada nas instâncias de poder, ou na participação na cena política. A compreensão é de um conjunto de valores, crenças, atitudes e comportamentos. Segundo Gohn (2005, p.34), é “a arte de argumentação e do debate dos temas e problemas públicos[...]”. É o compartilhamento dessa visão de mundo que vai construir a identidade destes grupos.

No que tange a participação social Travassos (2016, p. 116) salienta que este é “um conceito que orienta as variadas formas de participação política (conselhos, comitês, conferências, entre outras) e o relacionamento das instituições públicas com a população”. Ressaltamos que esta forma de participação é o objeto de estudo deste trabalho. A participação social na arena da disputa por projetos societários distintos, em espaços institucionalizados.

Para o intuito deste capítulo vale-nos salientar que, apesar das diferenças conceituais entre participação popular e participação social, uma não rejeita a outra, pelo contrário, estas devem atuar de forma sinérgica em busca do objetivo comum de defender os direitos da população.

1.2 Participação e Sociedade Civil: uma análise histórica no cenário brasileiro

Nesta seção buscaremos realizar o debate da participação com a interseção da temática sociedade civil. No primeiro momento, realizaremos um debate conceitual baseado nos estudos de Gohn (2005) para em seguida compreendermos como a sociedade civil se manifesta no cenário brasileiro.

Assim, como a participação, a sociedade civil também é um termo polissêmico, ou seja, com várias interpretações. Isso ocorre mesmo dentro de uma mesma perspectiva analítica. Originalmente, quem conceituou o termo sociedade civil foi Aristóteles “*koinonia politike*”, que significa uma sociedade que partilha do mesmo *ethos*.

Contudo, para Gohn (2005) foi Hegel, no século XIX, que trouxe o termo como um estatuto teórico efetivo. Segundo esta autora, Hegel, parte de uma estruturação da sociedade civil, onde não está nem na família, nem no Estado, é uma instituição entre estes, que necessita dos componentes das duas esferas.

Neste sentido, a sociedade civil absorve tanto “o sistema de necessidades (a esfera econômica), como o aparato jurídico, administração pública e a corporação”, cujo qual “as regras do mercado assumem um caráter fundamental para a estruturação da sociedade civil” (Gohn, 2005, p. 63). O Estado apresenta-se como espaço propício para manifestação da vontade da maioria, construída a partir das “vontades particulares da sociedade civil” (Duriguetto, 2007, p. 45). Ou seja, embora a sociedade civil transcenda as instituições família e Estado, ao incorporar os sistemas de ambos, a teoria de Hegel confere ao Estado um status de importância por ser ele que fundamenta a sociedade civil.

Duriguetto (2007, p. 48), afirma que Karl Marx tem uma posição diferente de Hegel, pois para Marx é a sociedade civil que fundamenta o Estado “o Estado não funda a dinâmica da sociedade civil, mas a expressa”. Ou seja, o Estado é só um caminho pelo qual a sociedade civil se manifesta. Neste sentido, Gohn (2005), assevera que em Marx, ela não se encontra entre a família e o Estado, mas sim, na economia da sociedade burguesa. A chave analítica dele é a base material, ela vai dar sentido e vazão a todas as esferas da vida, inclusive das instituições.

A sociedade civil compreende todo intercâmbio material dos indivíduos numa determinada etapa do desenvolvimento das forças produtivas. Compreende toda vida comercial e industrial de uma etapa, e nesta medida transcende o Estado e a nação, embora, por outro lado, tenha de se fazer valer em relação ao exterior como nacionalidade e de se articular como Estado em relação ao interior. (Marx & Engels, 1974: 94 *apud* Gohn, 2005, p. 64).

Marx concebe a sociedade civil como parte da estrutura da sociedade ao colocar a economia como base material, pois o trabalho tem centralidade no seu debate. Assim, é a partir do trabalho que as demais áreas serão constituídas, portanto, toda a vida do indivíduo baseia-se na economia, pois em primeira instância é ela quem irá determinar suas possibilidades. Duriguetto (2007, p. 48) afirma que “sociedade civil e estrutura econômica são, para Marx, a mesma coisa; e o estado é um produto desta, e não, como pensa Hegel, uma esfera independente e com racionalidade própria”, ou seja, o Estado nada mais é do que uma ferramenta da classe dominante que usa os aparelhos coercitivos do estado para manter-se no poder.

Na concepção de Marx, o Estado (e, portanto, a propriedade privada) deve ser destruído para que o real interesse da sociedade civil emergja de forma justa e igualitária. Desta forma, pensar nos espaços institucionalizados da participação não

se configura como possibilidade real, pois estariam contaminados por determinações de desigualdades e coerções. Gonh (2005) vai afirmar que Gramsci avança nesse debate ao deslocar a sociedade civil para a superestrutura social. Assim, para a autora a contribuição de Gramsci foi conceber o espaço da sociedade civil como o “espaço de organização da cultura” (Gohn, 2005, p. 64). Para Gramsci a dominação entre classes que ocorre no modo de produção capitalista não é operada apenas pela economia, mas sobretudo, pela cultura.

A hegemonia não é mero produto do domínio econômico e, conseqüentemente, do Estado, que estaria sob controle da classe dominante. Ela ocorre também, e principalmente, no plano cultural, e expressa o poder de uma determinada classe de dirigir moral e intelectualmente o conjunto da sociedade (Gohn, 2005, p. 64).

Essa compreensão abre novas possibilidades de enfrentamento, pois coloca a organização da sociedade civil como caminho para a mudança da sociedade política. Tanto Duriguetto (2007) quanto Gohn (2005) colocam que as mudanças na sociedade política será possível por meio da estratégia de guerra de posição, ou seja, conquistas operadas no campo político ideológico com base em um consenso, ao invés, da guerra de movimento, que se caracteriza pelo confronto direto com o Estado para sua destruição, conforme defendido por Marx. É a partir da guerra de posição que a hegemonia torna-se relevante pela sua “direção intelectual e moral” (Duriguetto, 2007, p. 59).

A sociedade civil torna-se o espaço onde a hegemonia é disputada por diferentes segmentos da sociedade. Duriguetto (2007, p. 55-6) esclarece que para Gramsci a sociedade política é “o conjunto de aparelhos através dos quais a classe dominante impõe coercitivamente a sua dominação [...]”. Em conjunto, as duas esferas – sociedade civil e sociedade política – formam o Estado [...]”. Essa distinção entre as duas esferas, ainda que operem de forma orgânica amplia as possibilidades de enfrentamento e transformação.

Destacamos a contribuição de Gramsci, por compreendê-la como uma leitura chave ao revelar a sociedade civil como arena de disputa, haja vista, que compreendemos que somente através da disputa que podemos alcançar um projeto societário distinto do atual. Ou seja, uma forma de sociabilidade mais humana, igualitária e justa. Dessa forma, “trata-se de organizar a sociedade civil para democratizar o Estado e seus aparelhos (a sociedade política). Ela não se contrapõe

ao Estado, mas é uma de suas partes constitutivas, junto com a sociedade política” (Gohn, 2005, p. 65). Nessa perspectiva, a atuação da sociedade civil nos espaços institucionalizados torna-se um caminho concreto para a democratização do Estado.

No campo liberal, Gohn (2005) demonstra que a compreensão do tema sociedade civil também diverge entre seus pensadores. Segundo ela, neste campo, tem-se “desde aqueles que utilizam o termo como processo de privatizações [...] até liberais da corrente mais humanista, que atribuem como espaço da sociedade civil o processo de aprofundamento da participação comunitária em projetos públicos [...]” (Gohn, 2005, p. 62). Por estas concepções observamos a noção de sociedade civil sendo deslocada de um lado para a ampliação do mercado em detrimento do Estado, do outro lado a utilização da sociedade civil como massa de manobra para que o governo seja bem-visto, nesta concepção a participação da sociedade civil é utilizada como marketing e não como processo emancipatório.

Na sequência de sua análise sobre sociedade civil Gohn (2005) apresenta a definição de Alexis Tocqueville, que ressurge ao final do século XX. Segundo ela, para Tocqueville a sociedade civil é uma associação cívica a qual consiste em “legião de entidades assistenciais, de caridade, fraternais, ligas cívicas[...]” (Gohn, 2005, p. 65). As teorizações de Tocqueville transformaram-se em uma corrente que faz análise a partir do micro, do local, por meio de associações secundárias. A crítica proferida por Gohn às teorizações de Tocqueville, converge com a crítica realizada por Ammann (1978) a vertente micro, pois neste segmento “as estruturas macrossociais não são priorizadas nas análises” (Gohn, 2005, p. 66).

Estas breves considerações conceituais sobre a sociedade civil, demonstrando que há uma grande variação de interpretações ao longo da história. Contudo, vale-nos salientar como a sociedade civil é demarcada no cenário brasileiro e, portanto, nos interessa uma análise histórica deste objeto, tomando como referência o período do século XX e XXI.

O significado de sociedade civil no Brasil já passou por algumas transformações a depender do cenário político e da dinâmica de disputa travada por forças opostas. Para pensar esses atores sociais no cenário brasileiro analisaremos três momentos: do início do século XX até o pré-golpe cívico-militar de 1964; no período da ditadura cívico-militar e pós-ditadura até os dias atuais.

Neste primeiro momento, ao falar em atores sociais organizados no Brasil não podemos deixar de mencionar as greves do início do século XX, que teve no

trabalhador imigrante sua centralidade (Bem, 2006). Na conjuntura da época tinha-se o crescimento da economia do café que atraiu grandes contingentes de imigrantes para a região centro-sul do país em busca de trabalho, incentivados por uma política de imigração. Política esta que favorecia aos estrangeiros e empurrava a mão de obra nacional, recém liberta, para a sarjeta, conforme assevera Bem (2006, p. 1144) “políticas de imigração que priorizaram a introdução dos europeus nos setores dinâmicos da economia – em detrimento do fomento à integração da população de ex - escravos na emergente sociedade burguesa [...]”.

Neste contexto, a chegada dos imigrantes possibilitou a introdução da organização operária no cenário nacional. A partir de então observa-se uma organização mais crítica dos movimentos sociais⁶, trazendo uma nova dinâmica para a cena política. “As duas primeiras décadas do século XX, [...], foram de enorme efervescência política, sendo alguns fatos, como a Greve Geral de 1917, considerados entre as mais importantes manifestações públicas da Primeira República” (Bem, 2006, p. 1145).

Nas décadas seguintes há um aumento significativo dos movimentos sociais, os quais vão se constituindo de acordo com as demandas sociais emergentes em cada conjuntura. Em 1930 ocorreu o projeto de industrialização nacional que levou ao debate da questão urbana, em virtude do êxodo rural que foi se agravando nas décadas seguintes e gerando um contingente populacional urbano para a qual as cidades não tinham estruturas para receber. “Nesse novo cenário, emergiram com nova força os setores populares, provenientes das áreas rurais, os quais passaram a ocupar as áreas periféricas das cidades” (Bem, 2006, p. 1145).

Esse novo cenário revelou e ampliou as precariedades das cidades levando os cidadãos a se organizarem em prol de melhorias, assim, os setores sociais organizados lutam por pautas que geram reivindicações em várias áreas. Uma

⁶ Na literatura o debate sobre movimentos sociais divide-se em duas grandes tendências: uma vinculada à tendência pós-moderna (paradigma dos novos movimentos sociais), designada para os movimentos que surgem a partir de 1960; e outra vinculada à tradição marxista (paradigma dos clássicos). Este trabalho embasa-se pela vertente marxista, onde a abordagem dos movimentos sociais “situa sua matriz no conflito capital-trabalho, privilegia o processo de luta histórica das classes subalternas. Isto não significa limitar-se à análise do movimento operário, relegando a um segundo plano outros movimentos políticos; tampouco implica em trabalhar com determinações exclusivamente econômicas, pois a opressão-dominação capitalista perpassa as mais diversas dimensões da existência social”. (Guimarães; Guerra, 2013, p. 65). Desta forma, quando utilizado o termo movimentos sociais pelas autoras deste trabalho será nesta perspectiva. Quando aparecer o adjetivo novo será através da citação de autores e portanto, utilizaremos “” para chamar atenção dessa perspectiva pós-moderna.

destas áreas era a saúde, que em 1963 realizou a Terceira Conferência Nacional de Saúde. Nesta Conferência lutava-se por uma saúde mais democrática em oposição ao modelo privatista hegemônico daquela época.

O segundo momento da nossa análise corresponde ao período da ditadura cívico militar, que ocorreu entre 1964 e 1985. Durante este golpe implementado contra a democracia no Brasil os movimentos sociais sofreram grandes impactos, a imensa maioria destes foram fortemente reprimidos, incluindo os movimentos em prol da saúde, que já possuíam uma estruturação mais robusta em relação aos demais movimentos. Nesta área (saúde) os movimentos sociais obtiveram grandes conquistas e caminhava para a transformação do modelo de saúde destinado a população, contudo, a ditadura estancou esse avanço, entre tantos outros, conforme afirma FUNESA (2011, p. 70) “o processo de rediscussão do modelo sanitário, juntamente com outros movimentos de democratização social são ceifados pela ditadura militar em 1964”. Constata-se, portanto, que durante a ditadura civil-militar os movimentos sociais foram intensamente vigiados, perseguidos e muitos foram dissolvidos.

Entretanto, apesar das adversidades políticas e sociais enfrentadas pela sociedade civil organizada durante a ditadura civil militar imposta a partir de 1964 vários movimentos sociais permaneceram na luta contra o regime autoritário, alguns de forma mais discreta e outros com maior impacto, como o movimento estudantil. “Agora, os estudantes assumem um papel central na grande frente contra a ditadura [...]” (Bem, 2006, p. 1150). Em análise do contexto do golpe a publicação feita por FUNESA (2011) converge com este autor ao afirmar que:

Em nome da soberania nacional, a ditadura perseguiu diversos movimentos sociais existentes à época. Esse novo governo passou a realizar vigilância à sociedade para evitar a origem de novas organizações “subversivas” impedindo que a pluralidade da sociedade brasileira fosse representada politicamente. Porém a repressão não impediu a existência de várias formas de resistência, [...] alguns mantiveram-se ativos no trabalho de mobilização das “massas” populares urbanas e rurais base, [...] outros operaram na clandestinidade, em ações armadas como é o caso de alguns grupos de estudantes (FUNESA, 2011, p. 71).

Diante deste cenário de repressão, tortura, aniquilação, instabilidade social e econômica tornava-se cada vez maior a insatisfação da população e a compreensão que a mudança somente ocorreria com a pressão social realizada de forma

organizada. Assim, em meados da década de 1970 os antigos movimentos sociais, e os

“novos” movimentos sociais se destacam na luta contra a ditadura como por exemplo: movimentos de mulheres, clube das mães, clubes de jovens, sindicalistas, movimentos de base cristãos como a Legião de Maria e Pastoral da Igreja Católica, movimentos dos sem teto, sem terra, estudantil e popular comunitário, associações de moradores etc. Este período ficou conhecido como “a era da participação”. (Bem, 2006, p. 1151).

A sociedade civil de forma ampla e organizada foi às ruas protestar e exigir por mudanças, o regime ditatorial, por sua vez, entrava em declínio e não tinha como ignorar a participação da sociedade que cada vez mais ganhava força. Os movimentos sociais fossem os “antigos” ou “novos” uniram-se em uma causa comum, ainda que cada movimento tivesse suas reivindicações específicas, nesse momento histórico, a luta comum era em prol da democracia e pela derrubada da ditadura.

Para Gohn (2005), é especificamente neste período de transição democrática, no final dos anos 70 do século XX, que o termo sociedade civil se consolida no debate político. “Na linguagem política corrente ele se tornou sinônimo de participação e organização da população civil contra o regime militar” (Gohn, 2005, p. 70). Reafirmamos que essa nova atmosfera, implantada pela ditadura civil-militar aflorou nos indivíduos a necessidade de contrapor-se a ela, lutando por diversas pautas “este cenário estimulou o surgimento de inúmeras práticas coletivas no interior da sociedade civil, voltadas para a reivindicações de bens, serviços e direitos sociopolíticos, negados pelo regime político vigente” (Gohn, 2004, p. 21).

Neste contexto, de grande insatisfação social, o Estado apresenta-se como um inimigo a ser enfrentado e, portanto, a autonomia dos movimentos sociais torna-se uma ferramenta importante na organização da sociedade civil. Não era admissível a interferência do Estado dentro dos movimentos sociais, “tratava-se de organizar-se independentemente do Estado (na maioria das vezes de costas para ele)” (Gohn, 2005, p. 71). É possível extrair da seguinte afirmação que, não era concebível a convergência entre sociedade civil e Estado, ou seja, a conjuntura política fez com que o termo sociedade civil se tornasse quase que um antagonista do Estado.

Diante do antagonismo entre Sociedade civil e Estado, no período da ditadura cívico-militar esta autora esclarece que “a democracia direta e participativa, exercida de forma autônoma, nos locais de moradia, trabalho, estudo etc. era tida como

modelo ideal para construção de uma contra hegemonia ao poder dominante” (idem, *ibidem*, p. 71-2). Neste período da história do Brasil, a sociedade civil organizada, sem participação do Estado, teve papel importantíssimo na contestação da ordem vigente que tanto oprimia sua sociedade. Certamente sem a ampla participação social não seria possível a derrubada de um regime que buscava manter-se no poder a qualquer custo. Se é que é possível tirar algo de positivo neste período histórico foi demonstrar a força que a sociedade civil organizada possui.

No terceiro momento, no contexto da pós-ditadura que ocorreu a partir de 1985, analisaremos como os movimentos sociais se transformaram, despiando-se da postura antagonista e caminhando para um posicionamento mais conciliador. Neste novo cenário, os movimentos sociais se reconfiguram, muitas das formas de organização popular são institucionalizadas e o debate centraliza-se em torno da cidadania e da exclusão social, estas aprofundadas pelo neoliberalismo. Segundo Gohn (*apud* Bem, 2006, p. 1153), o debate sobre cidadania emerge nesse contexto com a perspectiva coletiva “o exercício da cidadania como uma luta coletiva de grupos e instituições legitimados com a nova ordem constitucional de 1988”. Já a exclusão social ocorre no processo de globalização que derruba as barreiras protetivas do comércio nacional em nome do livre comércio de mercadorias. No entanto, este processo de globalização não se ocupou de garantir as condições competitivas de forma igualitárias entre as nações, sobretudo as nações periféricas às economias centrais. Assim, a exclusão social é entendida como “um fenômeno típico do capitalismo atual, que está relacionada à crescente precarização do mercado de trabalho e à fragilização da inserção profissional [...]” (Bem, 2006, p. 1153).

Na publicação feita por FUNESA (2011) temos que houve nesse período o fortalecimento das organizações não governamentais, (ONG’s) as quais agora atuam como executoras de políticas públicas. Assim, “boa parte dos movimentos sociais para não serem “engolidos” por elas e não serem derrubados pela política neoliberal veem a necessidade de se articularem com essas ONG’s” (FUNESA, 2011, p. 74). Diante deste novo cenário que se apresenta, Gohn (2004) coloca que os movimentos sociais, sobretudo os populares perdem a centralidade no debate da participação, o que ocorreu, sobretudo a partir de 1995, com as novas reconfigurações e com os problemas de ordem interna dos movimentos, aliado ao aprofundamento do neoliberalismo no cenário nacional, ocasionando uma crise

dentro dos movimentos sociais. Criou-se assim um contexto no qual o sentido da mobilização perde seu caráter revolucionário crítico. “Mobilizar passou a ser sinônimo de arregimentar e organizar a população para participar de programas e projetos sociais” (Gohn, 2004, p. 26).

Ainda nessa conjuntura desenvolveu-se uma nova modalidade de espaço público que foi denominado de espaço público não estatal, no qual localizam-se os “conselhos, fóruns, redes e articulações entre sociedade civil e representantes do poder público para a gestão de parcelas da coisa pública que dizem respeito ao atendimento das demandas sociais” (Gohn, 2004, p. 23). Ao falar dessas reconfigurações no cenário nacional, não podemos deixar de mencionar a reforma do Estado que cria formas de se relacionar com a sociedade através das Organizações sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Discutiremos melhor sobre estas organizações no segundo capítulo deste trabalho, por hora, cabe ressaltar que “a partir dessas organizações o Estado deixa de lado seu papel de executor, ou prestador direto de serviços, e passa a ter a função de promotor e regulador” (Gohn, 2004, p. 27).

Portanto, observamos que a sociedade civil no cenário brasileiro apresentou avanços e retrocessos, passou por transformações, seja pelo próprio amadurecimento enquanto superestrutura, seja pela necessidade de se relacionar com o Estado em busca de uma maior participação nos espaços decisórios. O fato é que a participação se expressa por meio da sociedade civil, ampliando o debate político e em busca de uma democracia cada vez mais participativa.

SEÇÃO II: POLÍTICA DE SAÚDE: um olhar para a participação social

Para consolidar a democracia é necessário que a sociedade participe ativamente da vida pública, pressionando, debatendo e propondo ações que se traduzam na ampliação dos direitos e das políticas sociais. Para Faria (2008, p. 73) “a participação cívica é considerada uma variável importante para a ampliação e o fortalecimento das democracias, tanto no que diz respeito ao plano sociocultural, quanto à dimensão político institucional”. Aliado a isto, a garantia constitucional destes espaços é um reforço importante à criação de uma cultura política. Para Bobbio, Matteucci e Pasquino (2000 *apud* Faria, 2008, p. 73) a cultura política é compreendida como um “conjunto de atitudes, normas e crenças mais ou menos largamente partilhadas pelos membros de uma determinada unidade social e tendo como objeto fenômenos políticos”.

No Brasil, no contexto da redemocratização, conforme já discutido, a sociedade civil organizada em diversos segmentos pressionou o Estado para uma maior participação popular nas decisões políticas. Raichelis (2000, p. 5) revela que “um amplo e heterogêneo conjunto de forças sociais foi protagonista do debate e das propostas para fazer frente à crise⁷ social, que desaguaram no processo constituinte do qual resultou a Constituição Federal de 1988”. A história demonstrou que o uso exclusivo do modelo de democracia representativa não era suficiente para dar conta das necessidades de uma sociedade tão diversa e o regime da ditadura cívico-militar foi o estopim para furar esta bolha.

Como fruto deste embate político, adentramos na década de 1990 com ampliação dos espaços de participação, os quais, a partir de então, abarcaram novos atores sociais, sobretudo nas políticas públicas. Travassos (2016, p. 117) esclarece que “para estabelecer as parcerias foram criados espaços institucionais e formas de organização e atuação da participação social, como conferências, conselhos, ouvidorias, audiências públicas, entre outras”. A conquista destes novos espaços trouxe para a população uma nova dimensão de atuação frente à luta pelos direitos sociais. Nesta nova configuração, a sociedade legalmente toma seu assento nas mesas de negociações, com o poder de decisão partilhado com o Estado.

⁷ Segundo Raichelis (2000, p. 4) “o termo crise não é utilizado como sinônimo de colapso ou falência, mas na perspectiva de apreender as transformações por que passam o Estado e a sociedade, e as novas relações que se estabelecem entre essas esferas”.

Nesse contexto, Gohn (2006, p. 7) explana que a principal característica da participação social é a “inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado, a partir de estruturas de representação criadas por leis”. Assim, a participação social, através dos conselhos deliberativos torna-se um instrumento de fortalecimento da democracia participativa tão almejada durante a redemocratização no Brasil. Portanto, Gohn (idem, ibidem) compreendeu que neste novo cenário “a participação passou a ser concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública [...]”. Dessa forma, a participação social busca intervir de forma direta nas políticas públicas que afetam a vida da população.

Na esteira das conquistas sociais alcançadas no Brasil, da década de 80 e 90 do século XX, o que se observa é uma inflexão nos demais setores, sobretudo na economia. Esse cenário de inflexão se instala devido à crise global do capitalismo, haja vista que teve (e ainda hoje tem), sobre o Brasil, forte influência devido seu caráter dependente das economias centrais. Dessa forma, as recentes conquistas perpetradas pela Constituição Federal de 1988 enfrentam, desde seu surgimento, uma conjuntura desafiadora para a sua implementação real. Neste cenário, a participação também sofre reveses, entretanto, não se pode deixar de contabilizar as potencialidades dos espaços institucionalizados de participação como: novos atores na arena política em todos os níveis governamentais, articulação entre esferas políticas, as experiências do orçamento participativo, experiências positivas dos conselhos gestores, empoderamento dos sujeitos, entre outros.

Se, por um lado, a participação nos espaços institucionalizados tem suas potencialidades, por outro, tem suas vulnerabilidades. Santos e Avritzer (2008) exemplificam como vulnerabilidades: burocratização da participação, renovação do clientelismo, instrumentalização partidária, cooptação, entre outros. Destacamos, a título de exemplo destas vulnerabilidades, a cooptação que é percebida quando “atores hegemônicos com interesses próprios e divergentes dos interesses sociais, através dos espaços de participação legitimam a exclusão social e a repressão da diferença” (Santos; Avritzer, 2008, p. 47). Contudo, apesar dessas vulnerabilidades, é inegável que as experiências da participação nos espaços institucionalizados têm produzido tensionamentos políticos que buscam ampliar os direitos da população. A questão que se coloca é: como estamos enfrentando e trabalhando essas vulnerabilidades para que elas sejam superadas? Acreditamos que estas

vulnerabilidades não serão superadas sem a participação ativa da população pressionando e exigindo que seus direitos sejam garantidos e viabilizados. Um dos instrumentos que auxilia na manutenção e garantia dos direitos é o:

Controle social, que implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados (Raichelis, 2000, p. 9).

É necessário ter a compreensão que o controle social é um dispositivo indispensável na efetivação da democracia participativa, visto que, é “através de práticas de controle social que podemos intervir no rumo dos processos políticos do município, Estado e nação” (FUNESA, 2011, p. 64). Compreendemos que o controle social, enquanto ferramenta de enfrentamento da classe trabalhadora, é uma das conquistas da participação. Além disto, diante do cenário de ajustes neoliberais onde as demandas sociais são cada vez mais crescentes e as políticas sociais cada vez mais fragmentadas e seletivas, é imprescindível que a população participe ativamente nas instâncias representativas do povo.

Portanto, participar nos espaços institucionalizados de controle social também é uma ferramenta de luta contra um sistema altamente repressor. Assim, precisamos atuar incansavelmente nessa correlação de forças que, a depender do cenário político, tem avanços e retrocessos. Conclui-se que, participar destes espaços institucionalizados, a exemplo dos conselhos gestores das políticas públicas, se configura como uma estratégia de enfrentamento relevante.

Dessa forma, pontuamos nesta seção sobre a institucionalização da participação social, explicitando os tipos de participação social, os desafios enfrentados e as potencialidades destes espaços.

2.1 Políticas públicas e a institucionalização da participação social

Conforme discutido anteriormente, a democracia no cenário nacional volta à cena na segunda metade de 1980 e, com ela, novas formas de participação social são institucionalizadas pela Constituição Federal de 1988, como o orçamento

participativo⁸, planejamento participativo, ouvidorias, conselhos gestores de políticas públicas, entre outros. Sobre os conselhos, vale salientar que os conselhos populares já existiam, contudo não eram institucionalizados e não possuíam poder de decisão sobre as políticas públicas.

O modelo desses conselhos foi inspirado na estrutura dos vários conselhos populares, que desde a década de 70 lutavam pela melhoria da infraestrutura e serviços urbanos e por melhores condições de vida, mas que tinham caráter apenas consultivo e não deliberativo. Diferentemente, os conselhos gestores instituídos a partir da Constituição Federal de 88 possuem caráter deliberativo, e passaram a possibilitar uma maior atuação da sociedade civil na elaboração e acompanhamento das políticas públicas (Simões; Simões, 2015, p. 8).

Certamente o processo de institucionalização da participação trouxe grandes avanços para a sociedade, haja vista que a partir de então os mesmos, por meio dos conselhos, atuavam de forma mais ativa nas decisões que impactam na vida da população, ou seja, suas vozes seriam ouvidas. Diegues (2013) ao avaliar o tema da institucionalização da participação a partir dos estudos de Maciel (2010) aponta que no caso específico das políticas sociais, o canal de participação legalmente constituído para o exercício do controle social é o Conselho das Políticas Públicas, que deve ser constituído em cada nível de governo (união, estados e municípios), e dotados de prerrogativas

Os Conselhos são espaços privilegiados para o exercício político, uma vez que representam, do ponto de vista da lei, uma iniciativa que possibilita o estabelecimento de novos fóruns de participação e novas formas de relacionamento entre o Estado e a sociedade civil. Os Conselhos são investidos de prerrogativas deliberativas e fiscalizadoras (Maciel, 2010, p. 12 *apud* Diegues, 2013, p. 87).

Portanto, os conselhos gestores são espaços conquistados pela classe trabalhadora que, a partir de muita luta, garantiu que os mecanismos democráticos de participação fossem ampliados e a sociedade civil organizada se integrasse aos processos decisórios. Dessa forma, os conselhos gestores podem ser entendidos como “canais de participação que articulam representantes da população e

⁸ O orçamento participativo (OP) foi inicialmente introduzido na cidade de Porto Alegre, quando Olívio Dutra, do Partido dos Trabalhadores (PT), ganhou as eleições para a prefeitura em 1988. Segundo Avritzer (2013, p. 12) O OP é uma política participativa local, que gera um processo de deliberação entre sociedade civil e Estado no nível local. Ele inclui atores sociais, membros de associações de bairro e cidadãos comuns em um processo de negociação e deliberação que acontece em duas etapas: uma etapa participativa, em que a participação é direta, e uma etapa representativa, na qual a participação ocorre por meio da eleição de delegados e ou conselheiros.

membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos” (Diegues, 2013, p. 88).

Atualmente os conselhos gestores estão presentes em vários municípios brasileiros e abarcam diversas áreas, definindo-se por tema ou direito específico. Segundo Ciscati (2022)⁹, estima-se que, até 2019, existiam em torno de 70 mil conselhos em todo território nacional, englobando as três esferas de poder.

Em pesquisa realizada pelos professores Bezerra *et al.* (2022) sobre desinstitucionalização e resiliência dos conselhos no Brasil, no período de 2019 a 2020, existiam 96 Conselhos gestores nacionais, destes, 57 encontravam-se ativos, ou seja, apenas 59% dos conselhos federais garantiam a participação social.

Em retrospectiva, segundo Buvinich (2014), em 2010 o número de conselhos gestores nacionais criados era de 16 conselhos, ou seja, uma diferença de 41 conselhos, considerando somente os conselhos ativos até 2020. Desta forma, apesar da baixa ativação dos conselhos federais (57 de 96), devemos considerar a ampliação destes espaços nos últimos quinze anos em comparação às décadas anteriores.

A tabela a seguir apresenta o número de conselhos federais criados até 2020. Os dados absolutos apresentados até o ano de 2010 foram retirados de Buvinich (2014, p. 63) e os dados absolutos de 2020 foram extraídos de Bezerra *et al.* (2022, p. 17).

Tabela 1: Criação dos Conselhos Gestores Federais no Brasil até 2020

Ano	Nº de Conselhos Federais Criados	% de Conselhos Federais
Antes de 1990	6	6,25%
De 1990 até 2002	14	14,58%
De 2003 até 2010	16	16,66%
De 2011 até 2020	60	62,50%
Total	96	100%

Fonte: Dados retirados de Buvinich (2014) e Bezerra *et al.* (2022) e organizados pela autora, 2025.

Os dados expostos na tabela 1 demonstram a importância da institucionalização dos conselhos gestores como espaços que possibilitam a

⁹ Para maiores informações acessar o site: <https://www.brasildedireitos.org.br/atualidades/governo-federal-esvaziou-espaos-de-participao-social-dizem-pesquisadores/>

participação social para além do sistema do voto. Antes da Constituição Federal de 1988, os conselhos gestores federais eram apenas 6 e de caráter meramente consultivo. Nos quatorze anos seguintes à institucionalização foram criados mais 14 conselhos, o que representa um crescimento de 14,58%.

Na mesma tabela, percebemos que no período de 2003 a 2010, o número de conselhos federais criados foram 16, o que significa um acréscimo de 16,66% no número total de conselhos (Buvnich, 2014). Assim, havia no Brasil 36 conselhos federais até 2010. A partir de 2011 houve um aumento exponencial na criação de conselhos federais, com uma elevação de 62,5%, o que corresponde a criação de 60 conselhos federais neste período (Bezerra *et al.*, 2022).

Dessa forma, observa-se que foram criados mais conselhos nacionais na última década do que em todos os períodos precedentes. Notadamente, além da força da institucionalização, um marcador importantíssimo para o crescimento do número de conselhos foi a ascensão de governos de esquerda ao poder federal, no período que corresponde de 2003 até 2016. Após este período, o que se observou foi uma sucessão de ataques e fechamento de alguns conselhos federais (Bezerra *et al.*, 2022).

Ao buscarmos analisar os conselhos estaduais no cenário nacional observou-se um hiato na literatura pesquisada, não sendo, portanto, possível apresentar estatísticas sobre essa estratificação dos conselhos gestores. Situação que diverge dos conselhos municipais no território nacional que, segundo Buvnich (2014, p. 66), “no total, no ano de 2009, o Brasil contabilizou 43.156 conselhos municipais”. Destaca-se que este número é uma aproximação, visto que a fonte de pesquisa da autora (Munic/2009) não cobria a totalidade de políticas que aderiram ao modelo de conselhos (Buvnich, 2014). Diante deste quantitativo de conselhos municipais, vários estudos são realizados e uma quantidade variável de indicadores são pesquisadas, a depender do objetivo. Assim, apresentaremos apenas alguns dados que apreciamos serem relevantes para a explanação do nosso estudo.

Buvnich (2014, p. 66) apresenta a relação dos quatro primeiros conselhos municipais no Brasil, referente a criação em relação ao quantitativo de municípios, “maior percentual [...] são os Conselhos de Assistência Social, presentes em 99% dos municípios[...]”, A segunda colocação fica para os “Conselhos de Alimentação Escolar (CAEs), com 98% dos municípios brasileiros, cerca de 5.466”. Em terceiro e

quarto, respectivamente, aparecem os “conselhos de saúde, com 97%, e os conselhos do Fundeb, com 94%”.

Uma informação importante que esta autora nos apresenta é a diferenciação entre a obrigatoriedade da participação social e a implementação dos conselhos. Segundo ela:

[...] 28% dos conselhos brasileiros são de formação obrigatória. Essa obrigatoriedade, ao contrário do que algumas vezes se afirma, não advém diretamente da Constituição. Como ressaltado, há que se distinguir a obrigatoriedade de participação social, esta constitucional, da obrigatoriedade de implementação de conselhos, esta em geral advinda de leis. (Buvnich, 2014, p. 66).

Portanto, Buvnich (2014) nos alerta para o fato que embora a Constituição de 1988 tenha garantido a participação social, os mecanismos pelo qual ela será exercida precisam ser sancionados por leis. Assim, podemos observar que a disputa por estes espaços democráticos não se findou, haja vista que 26 anos após a institucionalização da participação apenas 28% dos conselhos são de formação obrigatória. Entretanto, pressupomos que, estes conselhos obrigatórios podem ter inspirado a criação dos demais conselhos. Contudo, vale ressaltar que, em tempos de ataques à democracia, a garantia legal dos conselhos traz maior segurança, pois ao estarem “protegidos” pela lei, possuem uma maior capacidade de mobilização e enfrentamento, ao passo que demais conselhos são facilmente atacados e por vezes desmantelados.

A partir do que já foi pesquisado, observa-se que existe uma ampla gama de conselhos gestores atuando em conjunto com o poder público para gerir a coisa pública, nas três esferas do poder: federal, estadual e municipal e, conforme já mencionado, estes podem ser definidos por temas ou direitos específicos. Faria (2008, p. 75) ao analisar os conselhos gestores de políticas públicas, duas décadas após sua institucionalização, assevera que “a norma legal possibilitou a expansão das formas e dos espaços participativos por todo território nacional, mas, suas potencialidades inclusivas ainda são uma promessa”. A pergunta que fica é: na atualidade (quase quatro décadas após a institucionalização), a participação se efetivou ou ainda opera no campo das promessas?

O que se observa é que, apesar da ampliação dos conselhos gestores de políticas públicas, estes estão permeados de desafios como: o nível de conhecimento dos conselheiros sobre as políticas públicas, sobretudo os

representantes da sociedade civil; relação de poder dos chefes do executivo com os conselheiros; participação plena dos usuários. Além destes, Faria (2008, p. 77) apresenta outros desafios como barreiras à implementação real destes espaços, tais como: “sua representatividade, capacidade e autonomia de ação dos atores, assimetrias organizacionais, informacionais e econômicas entre os atores, entre outros”. Esses desafios quando não trabalhados e superados dentro dos conselhos gestores tornam-se vulnerabilidades da participação social.

Tatagiba (2002 *apud* Faria, 2008) relaciona como uma das causas da vulnerabilidade dos conselhos gestores das políticas públicas o fato de que os governos, apesar da norma legal, se recusam em partilhar verdadeiramente as decisões. Ressalta-se que os conselhos gestores foram criados para este fim, entretanto, o caráter autoritário que ainda circunda a “jovem democracia brasileira” está nas entranhas da nossa história, como afirmamos na Seção I, e superá-la não é tarefa fácil, mas é plenamente possível.

Contudo, não podemos deixar de pontuar que os conselhos gestores são, por essência, uma instância de disputa de poder que permitiu entrada de novos atores (sociedade civil de forma organizada) na arena política e, portanto, é um instrumento que “vêm contrapor a uma tradição autoritária e excludente que caracteriza os espaços de decisão no Brasil onde muitas vezes prevalecem barganhas políticas, interesses privados e relações clientelistas” (Carvalho; Teixeira, 2000, p. 8).

Ao nos debruçarmos sobre a vulnerabilidade do partilhamento do poder, quase quatro décadas depois da promulgação da CF/88 e da criação dos conselhos das políticas públicas, observa-se que partilhar o poder ainda é um exercício político a ser efetivamente conquistado, considerando que os Estados e Municípios ainda possuem uma imensa dificuldade em operacionalizar efetivamente a descentralização das políticas públicas, em maior ou menor proporção.

Reafirmamos que os conselhos das políticas públicas se configuram como espaços de lutas e disputas de interesses antagônicos e, a depender da perspectiva de participação adotada, pode trilhar por caminhos diversos. Por uma via, pode-se buscar a democratização que, segundo Raichellis (2006, p. 73 *apud* Iamamoto, 2009, p. 24), “abriga experiências coletivas que estimulem a partilha de poder e a intervenção de diversos sujeitos [...], em processos políticos decisórios, estimulando a interlocução pública nas relações políticas entre governos e cidadãos”. Por outra via, busca-se conservar o clientelismo, ou seja, torna-se uma vulnerabilidade da

participação social. Nesta, segundo Coutinho, Behring e Boschetti (2006 *apud* lamamoto, 2009, p. 24), “esvazia-se o potencial de representação que dispõem os Conselhos, reduzidos a mecanismos formais de uma democracia procedimental”.

Não podemos deixar de considerar que estas vulnerabilidades também estão ligadas a uma estrutura macrossocial. Conforme sinalizado na seção anterior, o período de criação e implementação dos conselhos gestores foi marcado por um cenário de efervescência social, cultural e política de grande disputa de projetos societários. Nas palavras de Heimann e Kayano (2006, p. 112) este período foi “o momento em que diferentes forças políticas procuraram desenvolver propostas de um novo padrão de relação entre Estado e sociedade, cada uma delas afirmando como deveria ser a construção democrática no Brasil”.

Essa efervescência ocorreu em um contexto global de crise do capitalismo, instaurada na segunda metade da década de 1970, até então, a regulação social ocorria por meio do modelo do Welfare State, que trouxe importantes conquistas para a classe trabalhadora dos países centrais. Segundo Heimann e Kayano (2006, p. 2-3) “O Estado de Bem-Estar Social em várias partes do mundo, resultou em conquistas sociais e democráticas que buscam compatibilizar as desigualdades sociais criadas pelo capitalismo com equidade e redistribuição da riqueza social”. Esse período ficou conhecido como “os 30 anos de ouro do capitalismo” e “teve seu ápice entre o período de 1945 e 1975” (Raichelis, 2000, p. 3). Vale salientar que os países periféricos, como é o caso do Brasil, não vivenciaram o modelo do Welfare State.

Entretanto, o welfare state não funcionou da mesma forma em todos os países que o aplicaram, e pode ser classificado em três tipos: Liberal, Conservador e Social-democrata. O tipo liberal pode ser observado nas economias políticas de países altamente voltados para o mercado, como Estados Unidos, Canadá e Austrália. Neste regime “predominam a assistência aos **comprovadamente pobres**, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social” (Esping-Andersen, 1991, p. 108). Destacamos a obrigatoriedade em comprovar o status de pobreza do cidadão que necessita acessar as políticas públicas, restringindo o acesso a direitos sociais universais a uma parcela mínima da população. A compreensão é que o cidadão deve buscar o mercado para sanar suas necessidades, como por exemplo, buscar planos privados, sendo este o melhor

provedor. Escancara-se neste tipo de welfare state a concepção de Estado mínimo para as políticas sociais.

O welfare state do tipo conservador tem como centralidade a preservação do status social e da família tradicional. Este regime foi observado em países como Áustria, França, Alemanha e Itália.

Nestes welfare states conservadores e fortemente “corporativistas”, a obsessão liberal com a mercadorização e a eficiência do mercado nunca foi marcante [...] o que predominava era a preservação das diferenças de status; os direitos, portanto, estavam ligados à classe e ao status (Esping-Andersen, 1991, p. 108-9).

A importância de preservar as estruturas sociais é um marcador característico deste tipo de welfare state e a busca pela manutenção da ordem social passa necessariamente pela família. A centralidade da família, preconizada pelo tipo conservador assegura que o estado não atue enquanto a família tem alguma possibilidade de manutenção dos seus membros. Dessa forma, o Estado neste modelo, assim como no modelo liberal tem uma atuação mínima na garantia dos direitos sociais, enquanto para um o melhor provedor do bem estar social está no mercado, para o outro está na família, respectivamente. Em ambos os tipos o Estado aparece de forma secundária, em uma clara transferência de responsabilidades, o que acentua as desigualdades sociais, haja vista que nem as famílias (sobretudo as detentoras de elevado status social), muito menos o mercado, estão preocupadas em redistribuição das riquezas produzidas socialmente.

O último tipo, denominado de Social-Democrata, diferentemente dos anteriores, ampliou seu poder de alcance chegando até as classes médias, a exemplo dos países escandinavos. Diferentemente dos demais, este tipo buscou “um welfare state que promovesse a igualdade com os melhores padrões de qualidade, e não uma igualdade das necessidades mínimas, como se procurou realizar em toda a parte” (Esping-Andersen, 1991, p. 109). Vale salientar que o regime social-democrata se destacou pelo seu empenho na adoção de medidas que promoviam o pleno emprego, ou seja, a inserção do indivíduo no mercado de trabalho estava diretamente ligada ao bem-estar social. Neste tipo, os direitos sociais, assim como os serviços ofertados pelo Estado, abarcavam uma maior parcela da população, não apenas os mais vulnerabilizados. A consequência da ampliação da atuação do Estado foi a redução das desigualdades sociais, o que por sua vez melhora a qualidade de vida dos cidadãos.

Entretanto, o Welfare State teve seu fim decretado em 1975, com o início de uma nova crise do capital. O esgotamento do sistema Welfare State marca a retomada e o fortalecimento do ideário neoliberal no cenário nacional e global. Para Raichelis (2000, p. 3) “a crise do capitalismo contemporâneo [...], acabou por abrir o caminho para a emergência das teses neoliberais de desmontagem do Estado enquanto instância mediadora da universalização dos direitos e da cidadania”. Esta crise delineia no cenário político mundial a adoção de uma agenda de ajustes econômicos com rebatimentos nas diversas áreas: trabalho, saúde, educação, cultura entre outras.

Os impactos gerados pelos ajustes econômicos são sentidos de forma diferenciada, a depender do status que cada nação ocupa na divisão geopolítica global. Assim, analisar as particularidades de cada uma é fundamental para compreensão das medidas adotadas por cada nação. No caso do Brasil, Raichelis (2000, p. 3) expõe que uma das particularidades tem a ver com “uma longa história de dependência e subordinação à ordem capitalista internacional”, que exige que os países periféricos sigam suas orientações¹⁰ de caráter neoliberal. Além disso, vale salientar que o Brasil não chegou a vivenciar de fato as conquistas do Welfare State, dessa forma, os impactos são ainda mais severos.

As consequências da incorporação do ideário neoliberal nas sociedades, que como a brasileira, vivem os impasses da consolidação democrática, do frágil enraizamento da cidadania e das dificuldades históricas de sua universalização, expressam-se pelo acirramento das desigualdades sociais, encolhimento dos direitos sociais e trabalhistas, aprofundamento dos níveis de pobreza e exclusão social, aumento da violência urbana e da criminalidade, agravamento sem precedentes da crise social que, iniciada nos anos 80, aprofunda-se continuamente na primeira década do século XXI. (Raichelis, 2000, p. 4).

Seguindo estes preceitos neoliberais, as contrarreformas que são adotadas no Brasil a partir de 1990, aliadas ao cenário de disputas dentro dos conselhos das

¹⁰ Segundo Raichelis (2006, p. 40), as propostas das principais agências multilaterais como Bird, Pnud, BID e Cepal para a retomada do crescimento e o enfrentamento da pobreza ainda que apresentem algumas diferenças entre si, apresentam propostas comuns: • programas de estabilização monetária, de ajuste estrutural, de reformulação do papel do Estado e de alteração do desenho das políticas sociais, especialmente nos chamados sistemas públicos de proteção social; • subordinação da política social à política macroeconômica; • a solução da pobreza é empurrada para fora do Estado, sendo a sociedade civil e o mercado responsabilizados pelas suas soluções e enfrentamento. Para o Banco Mundial, o papel do Estado é fundamental para o processo de desenvolvimento econômico e social, mas não como agente direto de crescimento, senão como sócio, elemento catalisador e impulsionador desse processo. Cabe ao Estado o papel de coordenador, articulador e impulsionador do desenvolvimento, em conjunto com a sociedade civil e o mercado.

políticas públicas e os desafios postos demandam análises conjunturais que levem em conta a totalidade dos fatores que circundam e atravessam estes espaços. Por este motivo, retomamos aqui o debate da reforma do Estado, que tem grandes rebatimentos na criação, implementação e gestão das políticas sociais, gerando impactos nos conselhos gestores.

As Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) se apresentam como novas formas de gerir a coisa pública, desresponsabilizando o Estado das suas atribuições, mas não no sentido de partilhar as decisões com a sociedade. O sentido, neste contexto, é de transferência de responsabilidade e precarização dos serviços ofertados, o que, por sua vez, vai de encontro à finalidade para a qual foram criados os conselhos gestores. Daí a importância de compreender estes modelos e como eles impactam na atuação dos conselhos gestores.

Estas organizações sociais foram implementadas via legislação, em 1998, com o objetivo de reestruturar o aparato estatal em todas as esferas governamentais. Gohn (2004, p. 27) discorre que “no nível Federal, parcelas do próprio Estado poderão deixar de fazer parte do aparato estatal e se tornar prestadoras de serviços públicos, ou parte das atividades do Estado passarão a fazer parcerias com entidades do terceiro setor”. Chama atenção a observação que a referida autora faz sobre que tipo de organização não governamental (ONG) pode fazer parte destas parcerias com o Estado, quando expõe que:

[...] aquelas com perfil do nosso associativismo civil dos anos 1990. Um perfil diferente das antigas ONG's dos anos 1980, que tinham fortes características reivindicativas, participativas e militantes. O novo perfil desenha um tipo de entidade mais voltada para a prestação de serviços, atuando segundo projetos, dentro de planejamentos estratégicos, buscando parcerias com o Estado e empresas da sociedade civil (Gohn, 2004, p. 27).

Em consonância com a autora supracitada, Faria (2008) observa que, na década de 1990, a relação do Estado com as ONGs não ocorria por meio de uma partilha de decisões, mas sim, por uma transferência de responsabilidades que eram repassadas para as ONGs e as comunidades onde os trabalhos eram desenvolvidos. Dessa forma, a autora assevera que “as funções destas organizações mudaram, algumas delas passaram a desempenhar a função de

prestadoras de serviços que, geralmente, eram de responsabilidade do Estado” (Faria, 2008, p. 78).

Ora, o que observamos são processos contraditórios, haja vista que, ao passo que o Estado amplia os espaços de participação, também caminha em direção a uma maior precarização dos serviços ofertados. Em compasso com o direcionamento neoliberal, observa-se o Estado assumindo novas formas de atuação, via parcerias, onde apenas gerencia as políticas ao invés de executá-las. “O Estado deixa de lado seu papel de executor, ou prestador direto de serviços, e passa a ter a função de promotor e regulador” (Gohn, 2004, p. 27).

Assim, as OSs e as OSCIPs assumem o papel de executor dessas políticas. Vale destacar algumas pontuações sobre as OSs realizadas por Gohn, que enfatiza que embora essas organizações estejam registradas enquanto “pessoas jurídicas de direito privado”, recebem “recursos públicos” (Gohn, 2004, p. 28). Apesar dos recursos terem origem na esfera pública, pela via das OSs, o controle deste repasse não precisa respeitar o crivo institucional de controle, este se dá apenas pela verificação dos “resultados, por meio das avaliações das metas que elas estabeleceram” (idem, *ibidem*).

Essa análise é importante, pois com essa nova forma de gerir as políticas públicas os serviços prestados à população são fragilizados. No que tange a área social, Raichelis (2000) esclarece que o padrão que as políticas sociais têm seguido no Brasil são pautados pela setorização, seletividade, fragmentação e exclusão. Portanto, os conselhos gestores devem estar atentos aos impactos que esse modelo acarreta nas diversas pautas. O que por sua vez reforça a importância da existência nestes mecanismos de controle social.

Além disso, vale salientar que, apesar de que a participação social “de um lado legitima a política do Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública” (Valla, 1998, p. 10). A esse respeito Simões e Simões (2004) a partir dos estudos de Lavallo *et al.* (2004) asseveram que

A implementação desses conselhos favoreceu a introdução de controles sociais na gestão pública e serviram de estímulo ao protagonismo das organizações civis. Através dos conselhos gestores, representantes da sociedade civil organizada passaram a ter acesso a locais onde se discutem e produzem políticas públicas. A dinâmica social dos conselhos fortalece a participação da sociedade, passando a exigir que os próprios espaços de

gestão pública fossem ampliados pela inclusão de novos sujeitos sócio políticos (Simões; Simões, 2004, p. 8)

Fica evidente que os desafios atuais dos conselhos gestores de políticas públicas não são pequenos, tão pouco de baixa complexidade. Entretanto é inegável o potencial destes espaços por aproximarem a sociedade civil das instâncias governamentais, onde ambos os lados possuem potencial de transformação para a criação de uma nova relação. Se de um lado essa relação permite que lógica burocrática e fechada seja transposta por mecanismos de compartilhamento de decisão, por outro, permite que a sociedade civil ultrapasse seus interesses particulares para convergirem em demandas coletivas (Raichelis, 2000).

Nesses termos a autora supracitada assevera que os conselhos “Trata-se, portanto, de um movimento que pretende modificar tanto o Estado quanto a sociedade em direção à construção de esferas públicas autônomas e democráticas no campo das decisões políticas” (Raichelis 2000, p. 12). Portanto, os conselhos gestores são “novos instrumentos de expressão, representação e participação; em tese, eles são dotados de potencial de transformação política” (Gohn, 2006, p. 7).

Assim, todos os atores envolvidos que possuem uma perspectiva democrática, têm o desafio e o dever de desenvolver “os trabalhos de base – de educação, mobilização e organização popular” (Iamamoto, 2009, p. 25), a fim de instrumentalizar e capacitar a sociedade para assumir as instâncias participativas em busca da construção de um projeto societário emancipatório.

O primeiro passo é a apropriação dos espaços participativos do território, compreendendo sua intrínseca relação com a esfera global. Assim, no tópico seguinte discutiremos sobre a participação na política de saúde. Vale lembrar que a participação popular na década de 1980 teve especial contribuição para a construção do capítulo constitucional da saúde, consagrando-a com um direito universal.

2.2 Participação na Política de Saúde: conselhos e conferências como expressões da participação social

A invasão de terras, pelos portugueses, no território hoje denominado Brasil, no início do século XVI, trouxe profundas alterações para o modo de vida dos nativos que aqui viviam. Entre estas alterações está a proliferação de

diversas doenças trazidas pelos estrangeiros. Sabe-se que esta invasão tinha por objetivo central a exportação para acumulação dos países do velho continente. Dessa forma, não existiam preocupações com a condição de saúde da população deste território, situação que perdurou por três séculos, cabendo aos pajés e boticários da época a incumbência de cuidar dos enfermos e, somente em 1808, com a chegada da Família Real ao Brasil, houve alguma mudança neste sentido, como “[...] a criação da primeira escola médica do país, em Salvador na Bahia” (Santos, 2009, p. 27).

Ademais, a assistência médica realizada a partir do século XIX volta-se para preocupação com a manutenção da força de trabalho e não com a promoção da saúde da população. Assim, as ações de saúde ocorriam para o controle de surtos epidêmicos, haja vista que eles impactaram fortemente nas exportações, pois dizimava, como o fez nos séculos precedentes, a mão de obra barata e/ou escravocrata. Assim a assistência médica prestada à população em geral advinha de “trabalhadores voluntários nas entidades filantrópicas mantidas por contribuições e com auxílios da esfera governamental, inexistiam hospitais públicos” (Santos, 2009, p. 27). A primeira vez que um modelo de saúde pública foi desenhado no Brasil data da década de 1920, quando:

O médico sanitarista Oswaldo Cruz organizou em 1923 a Diretoria Geral de Saúde Pública, uma das primeiras ações com vistas à criação do sistema de saúde pública. A intervenção na questão sanitária se deu por meio da implantação de instituições públicas de higiene e saúde, adotando-se o modelo das campanhas sanitárias [...] (Santos, 2009, p. 28).

Desta forma, observa-se a construção de um modelo de saúde centrado em campanhas sanitárias, visando a preservação da força de trabalho. Neste contexto, a insatisfação com as precárias condições de vida (trabalho, saúde, educação, alimentação, moradia etc.) crescia de forma exponencial. Por sua vez, os trabalhadores ferroviários encontravam-se mais organizados e conquistaram suas aposentadorias e pensões, em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Em 1931, o governo de Getúlio Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde e incorporou as CAPs, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais incorporam outras categorias de trabalhadores. No entanto, grande parcela da população ainda se encontrava excluída. “[...] o modelo

de assistência médica não era universal e o direito aos seus benefícios era direcionado apenas para os trabalhadores formais, [...] que, portanto, tivessem condições de contribuir para a Previdência” (Santos, 2009, p. 30).

O início da Era Vargas, que ocorreu entre 1930 e 1945, “[...] trouxe consigo alguns elementos que possibilitaram a construção das políticas sociais no país. [...], passou a adotar uma concepção de “questão social” não mais como caso de polícia.” (Santos, 2009, p. 29). Vale salientar que as políticas sociais, de caráter obrigatório, surgiram no final do século XIX, como resultado da luta de classe e como resposta ao enfrentamento das expressões da “Questão Social”.

Em 1953, o Ministério da Saúde é desmembrado do Ministério da Educação e, embora sua atuação ocorra por meio de campanhas e vigilância sanitária, também a assistência médica se desenvolvia para aqueles que contribuem com a previdência (Santos, 2009). Já em 1966, no período da ditadura cívico-militar, uniram-se os IAPs e fundou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que vai “[...] firmar-se como o principal órgão de financiamento dos serviços de saúde no país” (Santos, 2009, p. 31). Vale lembrar que durante o período da ditadura, iniciada em 1964, houve uma crescente na privatização da saúde, mas foi também neste período que buscou-se ampliar o atendimento.

Considerado o marco da universalização do atendimento de saúde, o Plano de Pronto Ação – PPA lançado em 1974 se caracterizava num conjunto de ações que visavam desburocratizar e estender o atendimento ambulatorial a toda à população nos casos de urgência (Santos, 2009, p. 31).

Neste período, o modelo de saúde era de caráter curativo, com foco na doença e a privatização da saúde era até então financiada pelos INPS, ou seja, a transferência para o setor privado das contribuições dos trabalhadores, por meio de contratos. Assim, em 1978, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que “passou então a intermediar os recursos para a iniciativa privada” (Santos, 2009, p. 33).

Portanto, o caminho percorrido pela saúde ao longo dos séculos saiu da total inexistência para uma assistência deficitária no século XIX. Já no século XX, observa-se a hegemonia de um modelo de saúde privatista, mas ainda deficitário. Este acúmulo de precariedades no cenário da saúde, e, sobretudo, os impactos do modelo privatista desencadeou o “movimento intelectual e político iniciado em 1976

com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes [...]” (Santos, 2009, p. 33), este movimento ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Segundo Heimann; Kayano (2006, p. 87) este movimento defendia o direito à saúde, a partir da perspectiva que houvesse “a garantia por parte do Estado, de condições dignas de vida, de acesso universal igualitário às ações e serviços [...] da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional”. Portanto, buscava-se redirecionar a forma como a saúde era concebida e tratada no Brasil, ou seja, de forma fragmentada e pela perspectiva privatista que entendia à saúde como mercadoria.

O fim da ditadura cívico-militar possibilitou a diversos movimentos unirem-se em torno das pautas sociais. Assim, a luta destes atores sociais no período da redemocratização do Brasil, resultou em 1988, na criação de uma nova Constituição, denominada de Constituição Cidadã, considerada um marco histórico, por abarcar as demandas sociais almejadas pela sociedade. A partir desta nova compreensão, a Constituição federal de 05 de outubro de 1988, no capítulo da seguridade social¹¹, seção II, destinada à saúde, Art. 196 determina

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A saúde passou a ser organizada pelo Sistema Único de Saúde. A publicação feita por FUNESA (2011) discorre sobre os dois conjuntos de princípios que direcionam o SUS, são eles: os doutrinários e os organizativos. Os princípios doutrinários são: a universalidade, integralidade e a equidade, eles são “de caráter ideológico que buscam garantir à saúde e à democracia [...]” (FUNESA, 2011, p. 18). Já os princípios organizativos são: descentralização com comando único, regionalização e hierarquização e participação popular. Estes princípios organizativos visam as “propostas de operacionalização” do sistema de saúde (idem, ibidem, p. 19).

Este breve histórico da política de saúde no Brasil serve-nos como lembrete para compreendermos a importância dos espaços institucionalizados da participação na política de saúde, visto que a história demonstra que sem a participação da sociedade nas decisões políticas abre-se espaço para a concentração de poder que

¹¹ A seguridade social é formada pelo tripé: Assistência Social, Previdência Social e Saúde.

gera desmandos e autoritarismo. Assim, trataremos a partir de agora sobre os conselhos e conferências de saúde.

A saúde é um direito social que foi regulamentado pela Lei 8080/90 e pela Lei 8142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Ficou a cargo da Lei 8142/90 o enquadramento sobre como ocorreria o controle social, que se deu principalmente por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, onde o controle social significa a população decidindo quais políticas públicas atendem suas necessidades.

A LOS define os conselhos de saúde como espaços públicos que emanam o princípio da participação popular como “possibilidade da democracia social, econômica e política” (Bravo; Souza, 2009, p. 62). Já nas conferências “o povo avalia, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal, reunindo diversos segmentos sociais” (CEAP, 2017, p. 95).

Reconhecer a participação social como uma das diretrizes do SUS, significa entender que a população local, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, contribui com a consolidação do SUS, desde a troca de informações, de debates, experiências, proposições e deliberação, até a socialização e a avaliação da política pública. Ou seja, a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não mera receptora ou expectadora (CEAP, 2017, p. 87-8).

Vale ressaltar que os conselhos e as conferências de saúde adquirem essa nova perspectiva com a Constituição Federal de 1988, contudo, essas experiências antecedem a sua institucionalização, inclusive em conjunturas adversas. O primeiro Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 1937, no governo autoritário de Getúlio Vargas¹², que buscava apoio da classe trabalhadora, sobretudo aqueles diretamente vinculados ao mercado de trabalho, não por acaso a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ocorreu na década seguinte.

Diante deste cenário, a primeira experiência conselhistas da saúde diverge antagonicamente do modelo de conselho desenhado pela constituição, em 1988. Se na atualidade os conselhos atuam ativamente na gestão das políticas públicas, na sua origem, “a *moda brasileira* tinha o objetivo de tornar mais legítimas as

¹² Getúlio Vargas instituiu o Estado Novo, caracterizado como um regime político ditatorial que vigorou de 1937 até 1945.

instituições do Estado. Nesta época, o Ministério da Saúde¹³ ainda não existia de fato e de direito” (Ministério da Saúde, 2013, p. 16).

Grandes diferenças também se observam na composição dos conselhos, e uma delas é que não existia a paridade da representação dos diversos segmentos, garantida atualmente pela Constituição. “O CNS era composto exclusivamente por conselheiros de perfil técnico ou membros da elite, indicados pelo ministro da área, com a finalidade específica de debater questões internas do DNS [Departamento Nacional de Saúde]” (Ministério da Saúde, 2013, p. 18).

Após a Constituição de 1988, o conselho de saúde tornou-se uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde, devendo existir em cada esfera do governo, com composição, organização e competências fixadas na lei nº 8142/90. Integram-se ao nível municipal os Conselhos Locais de Saúde, sendo estes de caráter consultivo. A composição dos conselhos é formada por 50% das vagas destinadas para os usuários, 25% para os trabalhadores da saúde e 25% para gestores e prestadores de serviço. No que concerne a competência dos conselhos de saúde, Oliveira (2004, p. 62) esclarece que “Cabe aos conselhos de saúde interferirem na formulação das estratégias e no controle operacional das políticas de saúde [...], inclusive nos aspectos econômicos e financeiros no âmbito das três esferas gestoras do SUS”. Embora não aprofundemos o debate sobre os aspectos financeiros, chamamos a atenção para a importância dessa conquista. Em uma sociedade voltada para o mercado, na qual o dinheiro dita as regras do jogo, é de extrema relevância que os conselhos tenham voz ativa na destinação dessas verbas.

No que tange às Conferências de Saúde, elas representam o nível mais elevado das decisões sobre as políticas de saúde, ocorrendo em nível nacional, estadual e municipal. As Conferências Municipais de Saúde possuem uma previsão mínima de quatro anos (Heimann; Kayano, 2006). Entretanto Avritzer (2013, p. 12) informa que as conferências “despontam na cena política nos anos 2000”. No quadro a seguir apresentaremos os anos e os temas e eixos de debate de cada conferência de saúde, desde sua origem até os dias atuais.

¹³ O setor Saúde fazia parte do Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, sendo administrado pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS). (Ministério da Saúde, 2013, p. 16).

Quadro 1- Cronologia das Conferências Nacionais de Saúde de 1941 até 2023

(continua)

Conferência	Ano	Tema
1ª	1941	1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª	1950	Legislação referente à Higiene e à Segurança do Trabalho
3ª	1963	1. Situação sanitária da população brasileira; 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde
4ª	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde.
5ª	1975	1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; 2. Programa de Saúde Materno-Infantil; 3 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; 4. Programa de Controle das Grandes Endemias; e 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; e 4. Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.
8ª	1986	1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3. Financiamento setorial.
9ª	1992	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social; 4. Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6 Atenção integral à saúde.
11ª	2000	Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. 1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

Quadro 1- Cronologia das Conferências Nacionais de Saúde de 1941 até 2023

(conclusão)

Conferência	Ano	Tema
12 ^a	2003	Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: 1. Direito à saúde; 2. A Seguridade Social e a saúde; 3. A intersectorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5) A organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde.
13 ^a	2007	Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento. Eixos temáticos: 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.
14 ^a	2011	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro. 1. Acesso e Acolhimento com qualidade.
15 ^a	2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro. Eixos temáticos: 1. Direito à Saúde; 2. Participação Social; 3. Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; 4. Financiamento do SUS e Relação Público-Privado; 5. Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; 6. Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; 7. Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; 8. Reformas Democráticas e Populares do Estado.
16 ^a	2019	Democracia e Saúde. Eixos temáticos: 1. Saúde como Direito; 2. Consolidação dos Princípios do SUS e Financiamento do SUS.
17 ^a	2023	Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã Vai Ser Outro Dia. Eixos temáticos: 1. O Brasil que temos. O Brasil que queremos; 2. O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas; 3. Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia; e 4. Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

Fonte: Dados retirados dos relatórios finais das conferências de saúde e organizados pela autora, 2025.

A primeira Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1941, convocada pelo então Presidente Getúlio Vargas, no mesmo cenário da criação do CNS. Ao analisar os temas abordados nesta primeira Conferência, conforme apresentado no quadro 1, observa-se que eles coadunam com as diretrizes do departamento nacional de

saúde onde o foco do setor “voltava-se para as questões de controle de endemias e de higiene pública, com ênfase na realização das campanhas sanitárias em portos e em regiões ligadas ao escoamento da produção agrícola [...]” (Ministério da Saúde, 2013, p. 17). Ressalta-se que, nesse período, a produção agrícola era o carro chefe da economia do Brasil com a exportação do café. Dessa forma, a preocupação não era com a saúde da população em geral, mas sim, em garantir a mão de obra necessária para a economia.

A segunda Conferência de Saúde ocorreu nove anos após a primeira Conferência, em 1950, com a temática da Legislação referente à Higiene e Segurança do Trabalho. A discussão deste tema condiz com as necessidades do Estado que implementou um modelo econômico voltado ao mercado de trabalho, e portanto, utilizava a Conferência como um propagador para a efetivação de suas ambições. Neste momento histórico a centralização decisória do Estado Novo dava lugar a descentralização administrativa do Desenvolvimentismo¹⁴. Esse novo cenário possibilitou o desmembramento do Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, onde o DNS estava alocado. Assim, em 1953, criou-se o Ministério da Saúde. A partir de então, “uma política nacional de saúde começou a ser consolidada” (Ministério da Saúde, 2013, p. 19). Coube ao CNS auxiliar o Ministério recém-criado, entretanto o caráter técnico do primeiro permanecia inalterado. Quase uma década depois, ampliou-se o número de conselheiros, mas sem diversificação significativa que pudesse trazer uma alteração nas forças divergentes neste espaço. Dessa forma, o que se observava era a permanência do caráter centralizador do Estado.

Ainda nessa época, todos os conselheiros, sem exceção, ou pertenciam aos quadros técnicos do próprio MS ou de outras esferas governamentais, ou representavam determinadas categorias profissionais. Não era permitida a representação de usuários e de profissionais de saúde. (Ministério da Saúde, 2013, p. 20).

A regularidade das Conferências naquele momento não era uma preocupação, portanto, a terceira Conferência ocorreu apenas em 1963. Ela trouxe

¹⁴ O desenvolvimentismo ocorrido entre os anos de 1946 à 1963 ficou marcado pelas mudanças no direcionamento político com foco no desenvolvimento econômico do país, que resultou em “criação de grandes empresas estatais, como a Petrobrás; a ampliação dos direitos trabalhistas; a realização de fortes investimentos nos setores de energia, transporte, indústrias de base, alimentação e educação; bem como a aceleração do processo de industrialização brasileiro, com a implantação da indústria automobilística no país”. (Ministério da Saúde, 2013, p. 19).

uma nova perspectiva para se pensar a saúde no Brasil ao propor a municipalização dos serviços de saúde, conforme observa-se no quadro 1. O caráter centralizador do Estado começa a ser discutido e novas formas de gestão entram no debate público. Entretanto, a ditadura que se instaurou no ano seguinte ceifou esse avanço e, segundo Ministério da Saúde (2013), o que se viu foi, por um lado, a mercantilização da saúde e, por outro, o assistencialismo com intuito de controlar as insatisfações sociais. “Predominava no cenário a medicina previdenciária, com seus braços privados, enquanto a saúde pública assumia caráter marginal”. (Ministério da Saúde, 2013, p. 21).

No período da ditadura militar (1964-1985) ocorreram quatro Conferências de Saúde, que correspondem da quarta à sétima conferência, nos anos de 1967, 1975, 1977 e 1980, respectivamente. O traço comum destas conferências é o foco nos programas assistencialistas ofertados pelo Estado, conforme constata-se nos temas apresentados no quadro 1, que vão desde programas voltados para grupos específicos, como “Programa de Saúde Materno-infantil” à “Programa de Extensão das ações de saúde às populações rurais”, até programas de controle de endemias, fruto do sistema sanitarista. Observa-se a partir das conferências como a saúde era direcionada de forma “marginal”, para as grandes massas, pelo Estado, haja vista que o foco, ainda que de forma fragmentada, era voltado para aquelas pessoas que contribuíram com a previdência. Essa relação direta entre os temas abordados nas conferências e a visão do Estado ocorria, pois, os integrantes do conselho nacional de saúde ainda possuíam um perfil técnico ou eram indicados. A participação social não era permitida nestas conferências, e, portanto, os encaminhamentos destinados à saúde não passavam pelo crivo do cidadão que recebia os programas.

Ainda durante a ditadura cívico-militar, sobretudo a partir da década de 1970, o cenário de instabilidade política e fiscal se acentua e a insatisfação da população é crescente em todas as áreas da vida social. Foi nesse cenário de polarização que emergiu o Movimento Pela Reforma Sanitária, definido como “movimento que nasceu no meio acadêmico e profissional, com o objetivo de transformar o papel do Estado em relação à proteção da saúde dos cidadãos brasileiros” (Ministério da Saúde, 2013, p. 23). O objetivo do Movimento era de se contrapor à Saúde destinada a população naquele contexto, e suas propostas eram:

direcionadas à unificação do sistema de saúde; à ampliação e ao aumento de cobertura das ações sanitárias; à incorporação das práticas da

integralidade e da equidade; bem como à garantia de participação permanente da sociedade como um todo na gestão do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2013, p. 23).

Apesar das propostas encampadas no movimento pela reforma sanitária e dos enfrentamentos ocorridos neste período, reforçamos que o caráter técnico dos conselheiros e o autoritarismo na ditadura impediam a discussão e implementação de mudanças. Somente com a queda do Regime Militar e a entrada da Nova República, a participação da sociedade entra em cena, para essa mudança o Movimento pela Reforma Sanitária foi crucial.

O cenário político durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, era de mudança possibilitado pela redemocratização do país. Os anseios da população e as reivindicações do MRSB passaram a ser considerados e “pela primeira vez na história do país, a sociedade civil foi convocada e participou de forma ampla de um debate sobre políticas e programas de governo” (Ministério da Saúde, 2013, p. 27). Conforme observado no quadro 1, os temas desta conferência “Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial”, demonstram a nova direção almejada para a saúde no Brasil, ou seja, a partir de então a saúde é concebida enquanto direito dos cidadãos e dever do Estado. Esta Conferência de Saúde foi um marco importantíssimo para a construção do sistema de saúde dos brasileiros, ela alicerçou as transformações que se efetuaram na Constituição Federal de 1988. O capítulo da Carta Magna referente à saúde foi quase que totalmente absorvido do relatório gerado nesta conferência. Foi nesse evento, criado pelas mãos de muitos, que o modelo de saúde foi gestado, denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios e diretrizes que garantem o acesso universal e gratuito para todo cidadão brasileiro.

A conferência seguinte somente ocorreria seis anos após a histórica conferência de 1986, ou seja, a 9ª Conferência de Saúde ocorreu em 1992, tendo como tema central “Municipalização é o caminho”. A proposta era debater e dar encaminhamentos para a descentralização que buscava autonomia para os municípios na gestão da política de saúde. Nesta conferência, o debate da participação social mais uma vez ganha centralidade, bem como a discussão do financiamento da saúde.

Conforme o quadro 1, a 10ª Conferência de Saúde, ocorreu em 1996, ela foi realizada em um cenário político diferente das suas antecessoras, haja vista que o

plano real implementado por Fernando Henrique Cardoso trouxe uma estabilidade econômica e política para o país. Neste período o SUS ainda era uma criança e dava seus primeiros passos, assim, os temas debatidos visavam fortalecer e organizar o SUS, como por exemplo, “Gestão e organização dos serviços de saúde” e “Recursos humanos para saúde”. Além destes temas, discutiu-se sobre “Saúde, cidadania e políticas públicas”, em uma clara demonstração de como este modelo compreende à saúde na perspectiva do direito. Obviamente pela pouca idade do SUS estava-se longe do esperado, mas o avanço de perspectiva é inegável. O controle social que discutiu a autonomia dos Conselhos de Saúde na perspectiva da participação social também esteve presente nesta conferência, o que reforça a consolidação deste modelo de saúde.

A 11ª Conferência de Saúde, ocorrida no ano 2000, teve como tema central “Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Na direção do fortalecimento do SUS por meio da efetivação deste sistema as temáticas debatiam o controle social como ferramenta indispensável na consolidação da participação social e do SUS. Além do controle social, outra temática importante para a efetivação do SUS é a do financiamento, conforme exposto no quadro 1. Discutir a destinação das verbas da saúde de forma coletiva é garantir que os serviços e políticas públicas chegarão aos territórios respeitando as particularidades dele.

No quadro 1 podemos observar que a 12ª Conferência de Saúde foge à regra dos quatro anos de regularidade para sua ocorrência, sendo realizada em 2003, ou seja, um ano antes do previsto, ano em que ascende ao governo um partido de esquerda. Esta conferência teve como tema central: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, embora muitas conquistas tenham sido alcançadas, ainda havia muito que ser feito, visto que a saúde idealizada no MRSB e garantida constitucionalmente possuía uma longa estrada a ser percorrida. Ademais, não podemos deixar de considerar que os impactos implementados na década de 1990, com a Reforma do Estado preconizada pelo neoliberalismo, tiveram impactos significativos na efetivação do SUS como idealizado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Dessa forma, a saúde a partir de uma visão integral e universal ainda era um desafio. O debate do controle social desde a oitava conferência sempre esteve presente, e nesta não foi diferente. Era necessário discutir e deliberar sobre a importância de garantir o caráter

deliberativo dos conselhos, haja vista que muitos conselhos municipais e estaduais não tinham suas prerrogativas respeitadas.

Chega-se a 13ª Conferência de Saúde, em 2007, com o tema: “Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento”. Nessa conferência também se discutia a efetivação do SUS por meio da política de Estado e, como tal, devendo ser garantida pelo mesmo. Entretanto, observa-se que a realidade para a efetivação do SUS em sua integralidade continuava sendo (e ainda hoje é) um desafio, longas filas de espera para realização de exames, sobretudo de média e alta complexidade, qualidade no atendimento entre outros. Por estes motivos, entre outros, é importante realizar esse debate no âmbito da conferência, haja vista que as proposições das diretrizes de saúde são discutidas e elaboradas neste evento. Dessa forma, as conferências juntamente com o Conselho Nacional de Saúde são importantes ferramentas para combater as lacunas e recorrentes omissões do Estado com saúde da população.

A 14ª Conferência de Saúde ocorreu em 2011, sob o tema “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro”. Nesse sentido, a conferência teve como eixo temático o acesso e acolhimento com qualidade que, segundo o relatório final da conferência de saúde (2012) debateu a política de saúde na seguridade social, a partir dos princípios da integralidade, universalidade e equidade; participação da comunidade e controle social, além da gestão do SUS através das temáticas do financiamento; relação Público x privado; gestão do sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde. Todos os debates intersetoriais realizados culminaram para adensar as estratégias de fortalecimento do SUS. A saúde enquanto patrimônio do povo tem por obrigação chegar a todos os cidadãos brasileiros, entretanto, considerando o cenário de desigualdade social no Brasil, a realidade vivenciada é outra, e por isso, este evento buscou ampliar e implementar políticas que buscassem a equidade para todos os usuários. Dessa forma, buscou-se alcançar grupos minoritários (mulheres, crianças, idosos, quilombolas, população LGBT, pessoas em situação de rua etc.). A participação social neste evento, segundo o relatório final foi uma conquista à parte. Contudo, a carta destinada ao povo brasileiro contida neste relatório chama a atenção para a desigualdade na participação entre grupos populacionais. Ora, vinte três anos após a CF/88 se passaram e a participação social ainda é um desafio. Não podemos esquecer que o SUS foi uma conquista obtida a partir de lutas políticas e ideológicas

e como tal a oposição de forças é uma constante, sendo assim, a população deve estar vigilante às tentativas que buscam minar os espaços democráticos.

A 15ª Conferência, ocorrida em 2015, deu continuidade a discussões desenvolvidas no âmbito da conferência anterior, conforme observado nos eixos temáticos expostos no quadro 1. Estes eixos foram discutidos a partir do tema principal “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. No cenário político o agravamento da crise econômica trazia desafios para todos os setores, incluindo a saúde que teve seu financiamento comprometido ao passo que a demanda aumentava, elevando assim a pressão sobre o sistema de saúde. Este cenário impossibilitava que a saúde fosse oferecida na sua integralidade, assim a conferência buscou identificar os principais desafios enfrentados e traçar diretrizes que garantem a saúde enquanto direito do povo brasileiro e não uma mercadoria que oscila de valor de acordo com o mercado.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2019, também ficou conhecida como a Conferência 8ª + 8, em alusão à importância histórica da 8ª Conferência. Esta conferência, mostrou-se alinhada com os valores democráticos, na contramão do cenário político, que com a eleição presidencial, em 2019, elegeu um governo de direita, altamente conservador. Além disto, a pandemia COVID 19, trouxe novos desafios para a saúde no Brasil, o sistema estava sobrecarregado e a política econômica prevalecia sobre a necessidade de se fazer o distanciamento social, o que por sua vez, demandava cada vez mais do sistema de saúde. Combater essa conjuntura de avanço da direita no Brasil era tarefa de todos aqueles que defendiam a democracia, e a conferência de saúde não se eximiu de seu dever, tanto que o tema Central era “Democracia e Saúde”, deixando claro que a saúde de qualidade, acessível e gratuita somente é possível a partir de preceitos democráticos.

Com a derrota da extrema direita na eleição presidencial de 2022, a última conferência realizada ocorreu em 2023 sob o tema: “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã Vai Ser Outro Dia”. Esta conferência ficou marcada pela diversidade de pessoas que se fizeram presentes:

Nas salas do Centro Internacional de Convenções do Brasil, onde se realizou a 17ª CNS, múltiplos eram os sotaques nas falas de pessoas de idades distintas, vindas de todos os cantos e recantos deste enorme Brasil, várias cores de pele misturavam-se ao arco-íris das bandeiras do movimento LGBTQIA+ e aos coloridos e criativos cocares dos povos

originários que marcaram sua presença, junto à maior delegação de pessoas com deficiência presente em uma CNS. A pluralidade de corpos e vozes habitava os corredores, ocupava as salas, capilarizava as temáticas e adensava os debates. A diversidade se expressou pelos inumeráveis grupos e coletivos sociais, com pautas de reivindicação próprias e manifestações particulares, demonstrando a força do movimento social na saúde, em sua capacidade de mobilização e participação (Travassos; Lima, 2023).

As reivindicações explanadas circundam em sua grande maioria em questões específicas ao invés de questões estruturantes como se observava em conferências passadas. Esse cenário fortaleceu ainda mais o debate, demonstrando como o SUS ainda tem um caminho a percorrer até garantir que suas diretrizes e princípios sejam efetivados na vida do cidadão brasileiro.

A Conferência Nacional de Saúde é o ápice da participação popular na saúde e, para se chegar até este momento, o caminho percorrido passa pelas conferências estaduais e municipais, plenárias nacionais de conselhos de saúde e conferências livres de saúde. A cada etapa deste processo, números expressivos de cidadãos participam, contribuindo na construção de uma saúde melhor. Não é à toa que o SUS tem reconhecimento mundial, é consagrado como o maior sistema de saúde do mundo. Além disto, estas conferências e plenárias traduzem a resistência daqueles que buscam defender o sistema público de saúde dos retrocessos que o capitalismo impõe, travestido de reforma na máquina pública, que na verdade busca cada vez mais mercantilizar a saúde.

Apesar dos imensos desafios ainda postos para sua efetiva consolidação, os conselhos e conferências de saúde são armas poderosas que a população brasileira tem para combater o retrocesso, sendo uma forma eficaz de resistência e de avanços na construção de políticas públicas que se materializam, conforme preconizado pela Carta Magna brasileira.

SEÇÃO III: PARTICIPAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE EM ARACAJU/SE

3.1 Breves pontuações sobre a Política de Saúde em Sergipe

Sergipe é o menor estado do Brasil em dimensão física, com uma população de 2.210.004 milhões de habitantes e área territorial¹⁵ de 21.938,188 Km², localizado na região nordeste (IBGE, 2022). Pela sua pouca extensão territorial, está entre os estados mais povoados e possui uma taxa de urbanização de aproximadamente 75%. Entre os 75 municípios sergipanos, a capital, Aracaju, possui o maior número de habitantes, com 602.757 (IBGE, 2022). O clima do estado classifica-se como semiárido e tropical quente e úmido.

Nesta seção buscaremos compreender os caminhos percorridos pela saúde no estado de Sergipe fazendo um breve resgate histórico da sua gênese passando pelos modelos de saúde até chegarmos na reforma sanitária e gerencial do SUS, implementada em 2007. A caracterização do estado realizada no parágrafo acima servimos como plano de fundo para entender algumas ações realizadas na área da saúde.

Até o ano de 1820 o território sergipano fazia parte do Estado da Bahia¹⁶, possuía condições sanitárias insalubres, sendo caracterizada como um território predominantemente rural, constituindo-se “[...] ao lado das margens dos rios com a instalação de currais, roçados e posteriormente os engenhos de cana-de-açúcar” (Santos, 2009, p. 80). O território, denominado de Sergipe D’el Rey, possuía um longo distanciamento da Bahia, que impossibilitava o atendimento médico à população de forma geral, ficando assim à mercê da própria sorte, ou “morte”, a depender da interpretação. Sobre isto, Santos (2009, p. 81) informa que “a população sem recursos financeiros que não podia se deslocar até Salvador para cuidar de suas enfermidades, valia-se das organizações filantrópicas que funcionavam na província de São Cristóvão para este fim”. Esta afirmação demonstra a ausência do cuidado com a saúde. É neste cenário que emergem os

¹⁵ O território sergipano faz fronteira com os estados de Alagoas ao norte, com a Bahia a oeste e sul, e com o oceano Atlântico a leste.

¹⁶ O território sergipano ficou sob o domínio da Bahia entre os anos de 1590, com a invasão de Cristóvão de Barros e seu exército, até o ano de 1820, quando a Carta Régia foi assinada por D. João VI.

cuidados com a saúde da população, a partir da perspectiva da benevolência da Santa Casa de Misericórdia¹⁷.

No ano de 1855 a capital de Sergipe D'el Rey foi transferida, por questões econômicas, de São Cristóvão para Santo Antônio de Aracaju, a escolha se deu devido a “proximidade da nova cidade com o litoral [o que] favorecia as atividades mercantis da província” (Santos, 2009, p.82). Entretanto as condições sanitárias da nova capital apresentavam-se mais insalubres do que sua antecessora, não dispondo de água potável nem de destinação correta para os resíduos ou dejetos de seus habitantes. Neste cenário a nova capital foi palco de diversas epidemias e surtos de febres, além das secas que agravaram ainda mais os dilemas sanitários, sociais e econômicos (Santos, 2009). Tal contexto fez-se presente até o início do século XX.

Dando continuidade a sua pesquisa, Santos (2009) relata que a situação sanitária da capital toma novo rumo a partir de 1923, quando o governo volta sua atenção para o saneamento rural, sendo este organizado a partir da: Assistência Pública de Urgência; Epidemias (Laboratório); Endemias; Dispensário Maternal (Abrigo) e Dispensário Antivenéreo. Além disso, destaco as obras realizadas, pelo então governo, na busca de melhorar a qualidade de vida dos habitantes aracajuanos, entre estas obras cita-se:

Destaque para o início das obras de esgoto e abastecimento de água, contratadas com o Dr. Saturnino de Britto, o Hospital de Cirurgia, o Instituto Parreira Hortas (vacinogênico, anti-rábico e de pesquisas clínicas), o Instituto de Química, uma Penitenciária Modelo com pavilhão para “loucos delinquentes” e oficinas mecânicas (Santos, 2009, p. 88-9).

Obviamente obras para disponibilizar água tratada e destinação adequada de esgoto são condições básicas para se obter uma melhora na qualidade de vida, da mesma forma, equipamentos de saúde. Entretanto, estas não foram suficientes para sanar as complexas necessidades da nova capital. Tanto é que Santos (2009, p. 89) afirma que “Na década de 1930, algumas ações foram empreendidas no sentido de modernizar a saúde pública no Estado, contudo, elas não foram capazes de gerar transformações mais profundas na sociedade”. Vale salientar que na década, 1930, foi marcada pelo governo populista de Getúlio Vargas (1930-1945) que buscava

¹⁷ A Santa Casa de Misericórdia de São Cristóvão foi fundada no início do século XVII, e prestava serviços de saúde.

aprovação por meio de ações sociais. A respeito destas ações Santos (2009) reflete que,

Na verdade, se constituíam em medidas de proteção social do Estado brasileiro que intencionava responder às demandas intensificadas pela classe trabalhadora no contexto de industrialização-urbanização no país, por meio da operacionalização de políticas sociais que além de servir para o controle da referida classe também antecipava respostas às tensões sociais (Santos, 2009, p. 90).

Estas ações ou medidas de proteção, embora fossem respostas às demandas sociais e, ao mesmo tempo, mecanismos de controle da classe trabalhadora apresentavam-se como atos bondosos do então presidente. Essa camuflagem entre a aparência e essência, conforme já sabido, é própria do sistema capitalista, que busca mascarar suas intenções de exploração.

No que se refere à saúde destaca-se o caráter higienista¹⁸ das ações empreendidas neste governo. Santos (2009), com base nos estudos realizados por Santana (2003), revela que “as condições de higiene e os hábitos da população de baixa renda composta por “indivíduos ignorantes” eram considerados como o foco difusor de doenças, logo a necessidade de impor normas e condutas” (Santos, 2009, p. 90). Portanto, o movimento higienista culpabiliza o indivíduo por sua condição de pobreza, assim, o mesmo deve ser “ensinado” a manter-se limpo, dá mesma forma o ambiente que o circunda, para não propagar doenças. Ou seja, a saúde neste período era concebida de forma moralista, transferindo a responsabilidade do governo para a esfera individual, sobretudo dos mais vulneráveis.

Santos (2009) assevera que a passagem das três décadas seguintes (1950;1960;1970) não foi suficiente para transformar a realidade desafiadora da população aracajuana. Tal fato evidencia-se ao observarmos a tabela 2, extraída integralmente de Santos (2009) que apresenta as condições sanitárias de Sergipe em 1965/1966:

¹⁸ No Brasil o movimento higienista ganhou força no final do século XIX em um contexto de crescimento urbano com desafios sanitários.

Tabela 2: Condições sanitárias de Sergipe – 1965/1966

CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE SERGIPE – 1965/1996	
Não possui água canalizada	62,5%
Não possui banheiro	75,3%
Não possui bacias sanitárias	70%
Não existe fossa	76%

Fonte: Dados do Plano de Ação do Estado de Sergipe, 1966 (Santos, 2009, p. 91).

Constata-se, a partir destes dados, que as condições de saneamento da população sergipana pouco mudaram desde sua gênese. Ao analisarmos o dado referente à água canalizada, observamos que 62,5% das residências não têm acesso a esse bem natural, tão precioso e vital à vida humana. Chamo atenção que as obras estruturantes, tanto de água quanto de esgoto, tiveram seu início na década de 1920, ou seja, quatro décadas depois, apenas 37,5% das residências são atendidas. A porcentagem de residências que não possuem fossas é ainda mais assustadora, chegando a 76%. Sobre a década de 1970 Santos (2009) revela que

[...] permanecem as dificuldades com relação ao saneamento básico do município, consta no documento Sudene/Condese - Condições Habitacionais de Sergipe: Programação Estadual de Habitação IV de 1970 que na cidade de Aracaju 10.776 domicílios não possuem instalações sanitárias de um total de 24.082 investigados (Santos, 2009, p. 92).

Sabe-se que saneamento básico e saúde estão diretamente ligados, portanto, podemos concluir que passados quase quatro séculos desde sua ocupação, à saúde no estado de Sergipe continua sendo direcionada de forma incipiente. Ainda nesta direção à saúde dos Sergipanos, chega-se à década de 1980 com enormes desafios a enfrentar, conforme nos informa Santos (2009) ao analisar documento produzido pela Secretaria de Estado da Saúde em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância. Este documento, de 1991, revela que “a oferta de profissionais da área de saúde no ano de 1984 era muito reduzida em comparação com a média do Brasil, [...] a Organização Mundial de Saúde recomendava pelo menos um médico e um dentista para cada 1.000 habitantes”. (Santos, 2009, p. 92). Entretanto, o que o documento evidenciou foi que, enquanto o Brasil possuía 9,3 médicos, Sergipe tinha apenas 0,7 médicos, para cada 1.000 habitantes. Nesta comparação, o número proporcional de

dentista era ainda mais preocupante, o Brasil possuía 1,3 e Sergipe apenas 0,04, a cada mil habitantes. (Santos, 2009, p. 93).

Chamo atenção para uma das contradições que se apresenta no período da ditadura cívico-militar (1964-1985), haja vista que o governo militar seguiu preceitos desenvolvimentistas, sendo responsáveis por grandes obras estruturantes e alcançando elevado crescimento econômico, sobretudo, entre os anos de 1968 a 1973. Contudo, esse crescimento não reverberou sobre as políticas de saúde no estado Sergipano, que continuou em precárias condições. Vale salientar que, durante todo esse cenário de descaso com a vida e a saúde ao longo dos séculos, levou diversos segmentos da sociedade civil a se manifestarem, como por exemplo, o CEBES, que no início da década de 1980 adentrava no cenário sergipano.

Em Sergipe, mais especificamente em Aracaju, foi através do CEBES que a discussão, nesse momento, sobre a reforma sanitária e o quadro sanitário local, começou a ocupar as agendas de discussão, a aglutinar e articular os profissionais, especialmente os assistentes sociais, os estudantes e movimentos diversos, com desdobramentos importantes para a configuração da luta pelas transformações nesse setor (Tavares. 2009, p. 124).

Portanto, essas omissões por parte do Estado não foram aceitas de forma passiva, pelo contrário, em vários momentos houve oposição social, apesar de que, em tempos de ditadura, busca-se calar a voz do povo. O fim da ditadura cívico-militar trouxe um novo cenário para o Brasil e o anseio por tempos democráticos mobiliza cada vez mais cidadãos na luta por melhores condições de vida. Assim, o CEBES e demais movimentos lutavam em prol de uma saúde digna, na perspectiva do direito e não como caridade ou mercadoria, como aconteceu ao longo da história da saúde no Brasil. Conforme discutido na seção anterior, a CF/88 colocou a saúde em um novo patamar, redirecionando o modelo de saúde. Ainda no final do ano de 1987, foi implementado no Brasil o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). Resumidamente esclarecido o contexto nacional, retomamos a compreensão da saúde em Sergipe que, segundo Santos (2009) em diálogo com Tavares (2000), afirma que:

Em 1990, Aracaju vivenciou o processo de construção de um novo modelo assistencial. [...] foram dois anos de discussão entre os técnicos municipais, estaduais, do Inamps e da Fundação Sesp, voltados para a perspectiva de um atendimento de saúde com cobertura universal (Santos, 2009, p. 95).

Como resultado deste processo, a saúde em Aracaju foi reorganizada a partir de Distritos Sanitários de Saúde (Santos, 2009). O SUDS logo foi substituído pelo SUS no início da década de 1988, um modelo universal, integral e gratuito que trouxe uma nova perspectiva para a saúde. Contudo, a implementação deste modelo não ficou isento de críticas, por exemplo, ele traz em seus princípios a descentralização com comando único, em outras palavras, é redistribuir o poder e as responsabilidades entre os entes federativos (FUNESA, 2011), ou seja, embora o comando esteja na esfera federal, às decisões de como melhor tratar suas demandas e recursos são dos estados e municípios. Entretanto, ao ser colocado em prática trouxe alguns desafios, sobre isto, Santos (2009) ao dialogar com Fonseca *et al.* (2004) assinala que em Sergipe

Até o mês de março de 1998, a gestão da saúde apresentava uma duplicidade de ações do Estado e município, esse último com um índice de cobertura inferior a 50% da população. Destacam as autoras que a gestão municipal se encontrava sem autonomia e sem recursos financeiros, e que a equipe da Secretaria Municipal de Saúde-SMS de Aracaju utilizou como uma estratégia para a organização do sistema a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PAC (Santos, 2009, p. 96).

Esse descompasso entre os entes federativos pode ser explicado pelo caráter conservador e autoritário característico da maioria dos estados brasileiros, incluindo Sergipe. Renunciar ao poder não era uma prática recorrente dos governos, assim, a transferência ou partilha do poder, mesmo entre os entes federativos tornou-se um desafio. Quando deslocamos essa transferência de poder para a relação estado/sociedade os desafios são ainda maiores, não à toa a discussão da descentralização foi temática da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, e tema central na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992.

Na delimitação dos entes federativos Sergipe/Aracaju, o descompasso somente foi sanado em junho de 2001 quando o município foi elevado “à condição de gestor pleno do sistema, passando a incorporar parte da rede hospitalar” (Santos, 2009, p. 97). A gestão plena da saúde proporciona mais autonomia para o município, podendo este determinar, por exemplo, o modelo assistencial de saúde, alocação da verba de acordo com as demandas locais, entre outros (FUNESA, 2011). Além disto, “anunciava-se a mudança do objeto das práticas que transitaria da “doença” para as “necessidades” de saúde, estas entendidas

como traduções dos fatores determinantes da saúde” (Tavares, 2009, p. 158). Portanto, o que se observa é a tentativa em mudar o modelo de saúde curativo para o modelo integral, ampliando a concepção de saúde.

Ao deslocar-se para a condição de gestor pleno, o município de Aracaju, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), organizou suas redes assistenciais: “Rede de Atenção à Saúde da Família; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Especializada; Rede de Média e Alta Complexidade Hospitalar” (Santos, 2009, p. 97).

Mesmo após Aracaju assumir a gestão plena da saúde, as críticas por parte dos trabalhadores e usuários justificadamente permaneciam, afinal instalava-se uma nova configuração e ainda havia muito a ser feito. Entretanto, sem sombra de dúvida, houve uma melhora no trato com a saúde dos cidadãos aracajuanos. Contudo, não podemos deixar de pontuar, assim como o fizemos na seção 2.1, que na década de 1990 à adesão aos preceitos neoliberais trouxe impactos negativos para a sociedade brasileira, com rebatimentos em todas as áreas, incluindo a recém-conquistada saúde. Estes preceitos direcionam o cenário político até os dias atuais. É sob esta ótica que o Estado de Sergipe dá início a Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no ano de 2007.

Segundo publicação feita por FUNESA (2011, p. 56) a reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe é uma estratégia seguida para preparar o Estado “como um ente que deve complementar as capacidades produtivas, gerencial, normativa, financeira, e ser capaz de induzir políticas[...]”. Além desta, outras ações tomadas pelo Estado foram “Reorganização do controle social; criação das Fundações Estatais; Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; Formação e Educação Permanente” (FUNESA, 2011, p. 57).

A reforma gerencial enquanto estratégias do Estado para organizar suas ações com os entes municipais, possui alguns elementos, que segundo a publicação feita por FUNESA (2011, p. 56) são:

- Descentralização administrativa;
- Participação do cidadão na gestão pública;
- Parceria público-privada;
- Ampliação da regularização e fiscalização do setor privado;
- Transparência na gestão;
- Valorização do cidadão usuário;

- Financiamento multilateral;
- Redes de serviços;
- Interação e articulação dos entes públicos interdependentes na rede de serviços, sem hierarquia.

No que tange aos recursos financeiros, a reforma do estado substituiu as normas operacionais básicas e a norma operacional de assistência, até então responsáveis pelo processo de transferência de verba fundo a fundo, pelo Pacto pela Saúde. Essa troca visou eliminar as dificuldades burocráticas contidas nos repasses anteriores. O pacto pela saúde é composto pelo tripé: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão.

A questão que orbita em torno desta reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe é se de fato buscava-se um aprimoramento do SUS com base nos seus preceitos constitucionais democráticos ou se apenas buscava-se enxugar a máquina pública abrindo espaço para privatização, o que por sua vez, vai de encontro com o SUS que foi idealizado pela reforma sanitária. Em outras palavras, o que se observa é uma remodelagem neoliberal das ações privatistas que coloca a saúde como mercadoria ao invés de direito, processo esse que ficou bem demarcado durante a ditadura cívico-militar. Vale salientar que este cenário não é uma particularidade de Sergipe, pelo contrário, é uma realidade nacional baseada na reforma do Estado implementada a partir dos anos de 1990. A esse respeito, Santos, A. (2008) realiza uma análise sobre a administração pública que visa a redução do papel do Estado nas políticas públicas.

Na proposta de Reforma, a governança é a solução da crise do Estado no que diz respeito à ineficiência e incapacidade de atender as demandas dos cidadãos-**clientes**. O Estado Social-Liberal é o que se propõe para o século XXI, pois é social porque garantirá os direitos sociais e continuará a promover o desenvolvimento econômico. É também liberal porque fará mais os controles de mercado do que os controles administrativos porque seus serviços sociais e científicos serão realizados por organizações públicas não-estatais competitivas. Um Estado que tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, capacitará os recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional (Santos, A. 2008, p. 299, grifo nosso).

Nesta passagem podemos observar que o cidadão deixa de ser um usuário, ele migra da condição de portador de direitos, que devem ser garantidos pelo estado, para a condição de cliente, que tem o mercado como fornecedor mais adequado, ou seja, a saúde é camufladamente deslocada da esfera pública para a

esfera privada. Também fica nítido nessa citação o discurso que busca encobrir as reais intenções por detrás desta reforma, a mesma que é apresentada como uma nova forma de maximizar a qualidade e os serviços, mas na verdade busca reduzir o tamanho do Estado. Neste sentido, “expressões como privatização, publicização e terceirização são componentes básicos para a reforma [...], a privatização é a transformação de uma empresa estatal em privada”. Uma forma simples de observarmos essas ideias materializadas é através da criação das Fundações Estatais que são de direito privado. Em Sergipe foram criadas três fundações: Fundação Hospitalar de Saúde, Fundação Parreiras Horta e Fundação Estadual de Saúde.

Diante do cenário da saúde descrito nesta seção, desde sua origem até a reforma gerencial podemos concluir que os governos do estado de Sergipe, relegou a saúde a um lugar de coadjuvante, com poucos momentos de protagonismo, como foi no caso da garantia constitucional do SUS. Entretanto esta situação não ocorreu de forma passiva pela sociedade civil organizada em Sergipe, ao contrário, foram as disputas ideológicas e políticas que permitiram as melhorias alcançadas nesta área. É sobre a participação desta sociedade que discorreremos na seção seguinte, principalmente a participação nos conselhos de saúde.

3.2 Participação e Conselhos de Saúde em Aracaju/SE

A economia em Sergipe começou a se transformar no final do século XIX, quando chegou em seu território a indústria têxtil. Esta cresceu no início do século XX ampliando a economia sergipana para além da base rural. Contudo, sobre esta mudança na economia, Tavares (2009, p. 88) afirma que “não significaram mudanças no padrão de vida dos trabalhadores, que estavam, cada vez mais, imersos em precárias relações de trabalho, com baixos salários e excessivas jornadas [...]”. Esta conjuntura levou os trabalhadores a organizarem-se em prol de melhores condições de vida.

Ainda no final do Século XIX, surgiram em Sergipe as primeiras organizações que, segundo Tavares (idem, ibidem), “nasceram sob a forma de associativismo e mutualismo”. No ano de 1911 criou-se o Centro Operário Sergipano, “considerado como uma das mais importantes organizações dos trabalhadores do período e que teve destacado papel na organização e luta dos trabalhadores sergipanos, com

caráter essencialmente de resistência”. (Tavares, 2009, p. 91). Esta autora assevera que foi este Centro que organizou a primeira greve¹⁹ dos trabalhadores em Sergipe, no ano de 1921.

O processo de industrialização de Sergipe, que levou a condições precárias da vida do trabalhador, incentivou outros segmentos a se organizarem como por exemplo: a Associação dos Empregados no Comércio de Sergipe (1919); União dos Estivadores, União Defensora dos Operários Ferroviários, União dos Padeiros (1927) e a Liga dos Carroceiros e Carregadores de Aracaju (1928). (Tavares, 2009).

A partir da década de 1930 começaram a surgir os primeiros sindicatos de trabalhadores em Sergipe, Tavares (2009), em diálogo com Martins (1981), afirma que a ampliação destes ocorreu por fatores externos e internos aos sindicatos. Como fatores externos esta autora cita: “nova legislação sindical e a relação paternalista do Governo Vargas” e como fatores internos o “papel destacado do interventor Augusto Maynard Gomes” (Tavares, 2009, p. 95-6). Ele foi o responsável por se fazer cumprir a legislação trabalhista da época que, por sua vez, reduzia o poder das oligarquias sergipanas e permitia a participação da sociedade civil, ainda que de forma facultativa (Tavares, 2009). Está conjuntura fortaleceu as organizações da sociedade civil, por meio dos sindicatos.

Este cenário “favorável” muda de direção na troca de governo de Augusto Maynard para Eronildes de Carvalho, quando o governo de Sergipe começa a relacionar-se com os sindicatos “de forma cada vez mais truculenta” (Tavares, 2009, p. 96). Diante desta mudança, em 1932, os trabalhadores organizados optam pela criação do “primeiro partido operário de Sergipe”, a “União Trabalhista Sergipana”, logo em 1934, fundaram a “Aliança Proletária de Sergipe-APS” (Tavares, 2009, p. 97). A partir de então, as lutas por mudanças passaram a orbitar na esfera política. Sobre esta última formação partidária,

[...] participou ativamente da vida política do estado e dos embates eleitorais, chegando a eleger, em 1935, o “primeiro deputado operário da história de Sergipe”, cassado no mesmo ano após a Intentona Comunista. Também nas eleições municipais a APS elegeu dois vereadores em Aracaju e um na cidade de Estância (Tavares, 2009, p. 97).

¹⁹ Sobre a greve ocorrida na fábrica Confiança a autora esclarece que a mesma “não foi dos operários têxteis da Confiança, mas dos pedreiros e carpinteiros que estavam trabalhando na ampliação da fábrica, submetidos à jornada excessiva de trabalho, apesar da já fixação, [...]”. (Tavares, 2009, p. 92).

Os desafios enfrentados pelo partido, e os sindicatos de forma geral, eram gigantescos. Este cenário agrava-se com a ditadura implantada no Brasil (1937-1945), que piorou drasticamente as formas de organizações da sociedade civil. “No período do Estado Novo constata-se a consolidação da nova estrutura sindical e a destruição das poucas formas de organização autônoma dos trabalhadores que ainda resistiam” (Tavares, 2009, p. 97). Esta autora assevera que a partir de então a relação com os trabalhadores era pela via do cooptação, para “aqueles que se subjugam” e repressão “para os que resistiam” (idem, *ibidem*).

Com o fim da ditadura de Getúlio os movimentos se organizaram, contudo, observa-se que de forma geral a situação dos sindicatos irá oscilar a depender do tipo de governo que assumiria o poder, podendo migrar muito rapidamente de uma tendência democrática ao absoluto autoritarismo.

Na década de 1950 o Estado de Sergipe começa a apresentar mudanças que tiveram rebatimentos nas relações sociais, tal fato dava-se pela “falência da produção açucareira e o crescimento da pecuária” (Tavares, 2009, p. 100), que libera mão de obra no campo sem proporcional crescimento de absorção de mão de obra na cidade. Esse descompasso aumentava as desigualdades sociais, ao mesmo tempo em que piorava as condições de trabalho. A insatisfação por essa conjuntura levou, em 1961, ao surgimento do “Movimento de Educação de Base – MEB, [...] que visava à educação de jovens e adultos” (idem, *ibidem*).

Uma nova ditadura, em 1964, cerceou a grande maioria das organizações da sociedade civil, conforme já discutido na seção 1.2. Contudo, os movimentos dos estudantes do estado de Sergipe, assim como no cenário nacional, apresentavam-se como resistência e forma de enfrentamento do golpe da ditadura cívico-militar. Tavares (2009) assevera que o movimento estudantil de Sergipe deu o start para o processo de Reforma Sanitária.

[...] localizo, em Sergipe, o embrião do movimento pela reforma sanitária, com as primeiras referências sobre o movimento estudantil dos estudantes da área da saúde da Universidade Federal de Sergipe. Esses estudantes, agrupados majoritariamente, nesse momento, em torno do Partido Comunista Brasileiro, reorganizaram os Centros Acadêmicos, participaram da reconstrução do Diretório Central dos Estudantes e deram novo ritmo às discussões sobre a formação dos profissionais da saúde, sobre o quadro sanitário nacional e local, articulando esses temas ao contexto político brasileiro, protagonizando, em Sergipe, a retomada histórica do movimento estudantil e a luta pela melhoria da qualidade do ensino (Tavares, 2009, p. 119).

Com o enfraquecimento da ditadura, na segunda metade da década de 1970, os movimentos sociais voltam a se organizar e lutar pela democracia e pela liberdade. Na década seguinte, em Sergipe, aconteceu uma grande greve em prol da saúde “Em 1984, aconteceu a primeira grande greve da saúde, denominada “greve branca”, com participação expressiva dos diversos profissionais, como os dentistas, enfermeiros e assistentes sociais e durou em torno de vinte dias” (Tavares, 2009, p. 131). Além desta, outras greves se seguiram, como por exemplo a greve dos médicos, que teve amplo apoio de outros movimentos.

A década de 1980 é marcada pelo esgotamento da ditadura militar e a ampla participação dos movimentos sociais na luta e conquista de direitos sociais, garantidos por meio da Constituição Federal de 1988, a exemplo da saúde, que resultou na criação do SUS. Contudo, com o avanço do neoliberalismo na década de 1990, mais uma vez, impacta tanto na aplicação dos direitos conquistados quanto na estruturação dos próprios movimentos sociais. Grande parte dos movimentos passa a atuar em conjunto com o Estado por meio das ONGs, debate este já realizado na seção 2.1, ou seja, o caráter combativo dos movimentos é enfraquecido pela adesão a destes a ONGs e a órgãos estatais.

Apesar da CF/88 elevar à saúde a categoria de direito, a operacionalização do sistema ainda ocorria de forma concentrada, sobretudo no quesito do capital, visto que o detentor do maior aporte financeiro destinado à saúde localizava-se na esfera federal, enquanto os Estados e municípios patinavam para gerir a saúde em seus territórios. Há insatisfação com a saúde e as diversas mobilizações nessa frente resultaram ainda, no ano de 1988, “[...] na criação do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde – SINTASA” (Tavares, 2009, p. 144).

Este breve panorama dos movimentos sociais demonstra que a sociedade civil sergipana estava conectada ao cenário nacional, bem como combatia a precária situação sanitária em que vivia. Os movimentos sociais sergipanos, com avanços e retrocessos na sua dinâmica social, se forjaram ao longo dos dois últimos séculos ao lutarem por condições de vida mais digna.

A força da história dos movimentos sociais em Sergipe resultou na criação do Conselho Estadual de Saúde de Sergipe (CES), em 1987, por meio do Decreto nº 8.692. Essa nova forma da sociedade civil interagir com o Estado, não eliminou os movimentos sociais, ela se configura como mais uma forma de relação que visa ampliar a participação social.

Na prática o CES era visto como “[...] órgão coordenador do sistema unificado e descentralizado de saúde do Estado [...]” (FUNESA, 2011, p. 76). Observa-se que o conselho é entendido como parte integrante do governo e como tal é subordinado ao mesmo, assim, a participação social não é um pré-requisito, na verdade, a participação não é nem cogitada. Portanto, o CES nasce com um objetivo e é deslocado para direção oposta. Em 1993 houve uma reorganização do CES por meio do Decreto nº 13.778, que visava à paridade dos membros do conselho, ainda assim, a participação da sociedade civil organizada não ocorria de fato nestes espaços, haja vista que os membros do conselho, inclusive representantes da sociedade civil, eram indicações do governo (FUNESA, 2011).

Em paralelo ao Conselho Estadual de Saúde, e de forma complementar a participação social, ocorriam as Conferências Estaduais de Saúde, as duas primeiras aconteceram nos anos de 1991 e 1996, respectivamente. A terceira, em 2003, além de discutir sobre a composição impositiva dos conselhos, deliberou sobre sua substituição. “Nela foi aprovada a reestruturação do CES e eleito um novo conselho, ao qual não foi dada devida posse mesmo com o Relatório Final da 3ª Conferência sendo encaminhado ao Governador do Estado João Alves Filho [...]” (FUNESA, 2011, p. 79). Constata-se que os embates políticos existiam e que a sociedade não estava inerte aos desmandos governamentais, ainda que suas deliberações não tenham sido respeitadas. A quarta conferência ocorreu em 2007.

Retornando ao debate do conselho estadual de saúde, a publicação feita por FUNESA (2011) evidência que o CES foi levado de forma séria, não por adesão do estado sergipano, mas por obrigação legal, a partir da Lei nº 6.345 de 2008 “que dispõe sobre a organização do SUS/SE” e da Lei nº 6.300, também de 2008, que criou “efetivamente um Conselho Estadual de Saúde eleito de forma democrática e transparente” (FUNESA, 2011, p. 77). Assim, desde sua criação, em 1987, o CES teve sua primeira eleição a partir da publicação da referida lei, em 2008, ou seja, 21 anos após sua instituição.

Esse hiato temporal demonstra que a participação social no CES não era um objetivo a ser alcançado, conforme o princípio organizativo da participação popular garantido constitucionalmente. Portanto, somente em 2008, o Conselho Estadual de Saúde de Sergipe passou a ser “um ente legalizado com 30 membros, visível, participativo, transparente e legítimo” (idem, ibidem).

Sobre os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), estes são criados por lei

municipal, e ainda segundo publicação feita por (FUNESA, 2011) os 75 municípios sergipanos os possuem. Sobre a paridade e frequência das reuniões e eleições dos conselhos municipais em Sergipe têm-se

A maioria obedece a paridade exigida pela Lei Federal 8.142/90. Alguns poucos possuem calendário definido para as reuniões ordinárias. No entanto, grande parte reúne-se esporadicamente, sempre em ocasiões onde há necessidade de aprovação de algum pleito pela Secretaria Municipal de Saúde. A maioria não possui sede própria nem secretaria executiva. A sua composição muitas vezes é feita por nomeação e não por eleição. (FUNESA, 2011, p. 77).

Observa-se que, a presença dos CMS em todo os municípios sergipanos não garante seu efetivo funcionamento, embora a paridade seja respeitada, em grande parte dos conselhos, os membros são indicados por nomeação, ou seja, seguindo o mesmo caminho do ente estadual. Se as eleições não são respeitadas, não podemos considerar que haja de fato nestes espaços a participação social. Essas lacunas são desafios postos ao conjunto da sociedade, pois somente poderemos superá-los de forma coletiva e com a tomada de consciência que estes espaços são frutos da conquista da classe trabalhadora e não mais um órgão que deve ser gerido pelo e a favor do governo.

Segundo Tavares (2009), o CMS de Aracaju foi criado em 1990 por meio da Lei Orgânica de Aracaju, e discutido na II Conferência Municipal de Saúde também em 1990. No entanto, ele “somente se constitui após a realização da III Conferência, realizada em 1993, através da Lei Complementar nº 13, de 30 de novembro do mesmo ano” (Tavares, 2009, p. 154). Esta autora também assevera que foi neste momento que surgiram os Conselhos Locais de Saúde (CLS) em Aracaju. Os CLS são de caráter consultivo e funcionam a nível local, sendo mais próximo do usuário e tem a área adscrita da Unidade Básica de Saúde como base territorial.

Sobre a regularização da composição do Conselho Municipal de Aracaju Tavares (2009) assegura que a mesma somente ocorreu na realização da IV Conferência Municipal de Saúde, mas ao não terem suas deliberações encaminhadas à Câmara Municipal não se teve alterações. Esta indefinição do CMS impactou no processo da municipalização da saúde, que não avançava. O início do processo somente foi ocorrer após a elaboração do Plano Municipal de Saúde, em 1997, que posteriormente resultou na municipalização, em 1998 (Tavares, 2009).

Também em 1998, ocorreu a V Conferência Municipal de Saúde, sendo palco

de intenso conflito entre o gestor e os movimentos sociais “Esses movimentos sentiam-se excluídos desse processo que, segundo eles, limitavam a participação” (Tavares, 2009, p. 156). Após longo período de disputa, a gestão plena do Sistema de Saúde em Aracaju, iniciado em 2001 foi finalizado em 2002 por meio da resolução CIB/SE nº 27 (Tavares, 2009). As disputas ideológicas e políticas não findaram com a municipalização, ao contrário, foi a partir destas que possibilitou implementar mudanças na área da saúde em Aracaju. A respeito estas mudanças tem-se

Diversas mudanças processam-se a partir de então, desde as operadas na estrutura física da rede básica, com as unidades de saúde passando a ter o mesmo projeto arquitetônico e “uma estética acolhedora”, às mudanças operadas nos processos de trabalho com o redirecionamento do acolhimento, entendido como uma escuta qualificada, que gera compreensão e significação das necessidades de saúde para garantir o acesso (Tavares, 2009, p. 159)

É incontestável a busca por operar mudanças no sistema de saúde municipal a partir da gestão plena, ainda que estas sejam passíveis de falhas e críticas, como foi o caso da mudança citada. O debate orbitou sobre se o acolhimento era de fato um momento de escuta que levaria em conta aspectos multifatoriais da vida do usuário ou caracterizava-se apenas como uma triagem, ou seja, um processo seletivo e por consequente excludente. O debate em torno do acolhimento chegou à VI Conferência Municipal de Saúde, em 2001, sob o tema “Acolhimento e Garantia de Acesso no SUS, uma construção de todos”.

Nesse contexto de conflitos a gestão municipal lança mão da capacitação dos profissionais de saúde “como uma das estratégias para superação das tensões entre o que já estava instituído e o que se pretendia instituir, pela “via pedagógica” [...]”. Para tal intuito criou-se o Centro Permanente de Educação em Saúde, que buscava dar “[...] forma e operacionalidade aos princípios do modelo proposto e a política de saúde” (Tavares, 2009, p. 161). Observa-se assim, como a educação é utilizada para penetrar as ideológicas que favorecem ao grupo dominante. Haja vista que, a criação do centro teve como objetivo manipular os profissionais para que eles aderissem ao modelo proposto, sem oposição e sem conflitos, e não como ferramenta maximizadora de ideias, que agregariam na construção de uma saúde mais inclusiva.

Entretanto, temos que ressaltar que a educação, embora seja uma ferramenta

de transmissão de ideologias, também é o caminho para a transformação. Neste sentido, ao mesmo tempo em que ela assumiu o papel de conformadora, também possui o papel de transformadora.

Tavares (2009) em seus estudos revela que, no mesmo período da efetivação da gestão plena da saúde em Aracaju, também houve nova reestruturação dos conselhos. Em janeiro de 2002, por meio da Lei Complementar nº 052, que revogou a Lei complementar nº 13/93, instituiu-se o Conselho Municipal de Saúde de Aracaju que contemplou os CLS. Os artigos de 9 (nove) a 11(onze) da referida lei versam sobre os conselhos locais de saúde do município de Aracaju, os quais tratam sobre formação, convocação e apreciação de matérias pelos CLS. Entretanto, a ampliação da participação não foi favorável, ainda que esta estivesse no escopo do novo projeto. Todavia, ao avaliar o Conselho Municipal neste período, Tavares (2009, p. 170) capta a percepção dos profissionais de saúde em entrevistas realizadas:

O controle social, vou começar pela parte difícil, não deu certo, na minha visão. O controle social hoje é uma jogada de marketing do poder, mais nada. Não tem poder de controle nenhum, são conselheiros colocados ali para tratar de seus interesses próprios, são massas de manobra, não há Conselho, as Conferências não funcionaram (...). Não tem uma líder que não tenha três ou quatro filhos empregados na rede pública. Não há como dialogar como sendo representante da sociedade alguém que vai para uma reunião do Conselho e se o secretário der um telefonema “olhe Cecília, é para você votar assim, assado”. Cecília tem três filhos empregados, tem que votar, eu posso falar em cidadania nisso? Não posso falar. É assim em Aracaju. Não há controle social, essa parte não funcionou (Profissional).

O controle social, acho que ele peca pela cooptação. Acho que se o governo deu ênfase à estrutura física, aos programas, a pessoal, mas no controle social ele bloqueou. Nós temos vários conselheiros que são cooptados, não representam os anseios da comunidade. Então acho que no controle social talvez não é o que a gente almejou, eles realmente não defendem, ele está debilitado pela própria debilidade do momento político, dos movimentos sociais. Isso sofreu um retrocesso que não deu para garantir o controle social. (Profissional).

Observa-se nessas falas que o controle social neste período ficou comprometido e os desafios enfrentados dentro do conselho municipal de Aracaju não foge a regra da situação vivenciada por outros conselhos no cenário nacional, a busca por diminuir a atuação dos conselhos, cooptar seus membros em favor de decisões favoráveis com o governo são alguns entre tantos outros desafios. Analisando o contexto nacional e local observa-se que esta não é tarefa simples,

contudo, apesar de contraditório, os conselhos são espaços propícios para a transformação deste cenário. Através dos conselhos o cidadão chega às instâncias de poder e têm a possibilidade de mudar o rumo da história.

Ao analisarmos a questão da participação nos Conselhos Locais de Aracaju observamos que os desafios nestes espaços são similares ao cenário municipal e estadual. Embora o discurso para sua reestruturação seja de ampliação da participação na prática, a realidade é outra. O estudo realizado por Leite e Santos (2016) sobre “Controle Social e Saúde em Aracaju/SE: breve considerações” analisa o controle social nos CLS e tem como base duas oficinas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde com a 2ª região²⁰ de saúde, em 2004. A partir do resultado destas oficinas, as referidas autoras pontuam sobre os desafios enfrentados por esses conselhos locais:

Existência de CLS em todas as UBS, porém com pouco envolvimento da comunidade e dos trabalhadores; Fragilidade na relação dos trabalhadores com os parceiros existentes na área (intersetorialidade); Desconhecimento dos direitos e deveres da população; Utilização do “poder” do conselheiro de forma inadequada, por desconhecer o seu papel; Falta de sentimento e significado do “ser coletivo” – uma questão cultural; Necessidade de maior assessoramento dos CLS's (Leite; Santos, 2016, p. 4).

O resultado destas oficinas, ainda que parcial, pois avaliou apenas uma das oito regiões de saúde de Aracaju, é um retrato de como o controle social foi sendo desenhado em Sergipe. Em outras palavras, este estudo confirma que o nível de participação social nos conselhos locais ainda está aquém do desejado, o que dificulta o controle social preconizado na CF/88.

Portanto, podemos inferir que a participação não ocorre nestes espaços no sentido de participação plena empreendido por C. Pateman, no qual os indivíduos de forma crítica possuem o mesmo poder de decisão. Na realidade, o que se observou foi uma pseudoparticipação, ou seja, nesses espaços o que se constatou foi uma manipulação dos membros, sobretudo os representantes da sociedade civil, para que eles apenas aprovassem as decisões encaminhadas pela secretaria de saúde. Entretanto, devemos compreender que este estudo ocorreu logo após a reestruturação dos CLS, período de novidade para os sujeitos envolvidos.

²⁰ O município de Aracaju ao assumir a gestão plena do sistema de saúde redimensiona as áreas da saúde, tendo substituído os distritos por regiões. A 2ª região é formada pelos bairros: Orlando Dantas, São Conrado e Santa Maria, estes bairros em conjunto possuem 05 Unidades Básicas de Saúde de um total de 44 unidades em Aracaju.

Assim, avaliamos a participação nos CLS uma década depois, na busca de pontuarmos se alguns dos desafios outrora apresentados foram sanados ou ainda é uma realidade nestes espaços. O estudo que nos ajudará neste intuito é a pesquisa realizada por Menezes (2015), intitulada “Participação e controle social: os conselhos locais de saúde em Aracaju/SE”. Esta pesquisa foi realizada com um conselho de cada uma das oito regiões de saúde, e avaliou o perfil dos conselheiros, a participação e composição dos conselhos. Nos interessa nesse conjunto avaliar a participação.

Antes mesmo de apresentar os resultados da sua pesquisa, o trabalho de Menezes já nos revela como os CLS são relegados a segundo plano pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Segundo Menezes (2015) um levantamento realizado, em 2013, pela própria SMS consta que dos 27 conselhos, somente 18 estavam ativos. Vale salientar que neste período o município de Aracaju possuía 43 unidades básicas de saúde. Conforme já citado, os CLS estão “subordinados” ao Conselho Municipal de Saúde e referenciados pelas UBS’s, assim cada UBS deveria ter um CLS ativo.

Entretanto, a pesquisa de Menezes (2015) aponta uma diferença de 16 CLS que sequer foram registrados, ou seja, provavelmente não existem. Dos 27 que constam nos dados da SMS, somente 18 estavam ativos, restando 9 CLS inativos. Ora, esses dados falam por si só. Na reestruturação, em 2002, foram criados 44 CLS, passado uma década, restam apenas 25, os demais estavam desativados. Estes dados revelam que o discurso da ampla participação social está desconexo com a realidade vivenciada nos territórios.

Ao pesquisar sobre a composição do conselho e a participação da sociedade, os entrevistados foram indagados se há dificuldade em compor os conselhos? A grande maioria respondeu que sim e as respostas são reveladoras:

Não temos dificuldade em compor o conselho, o único problema é que algumas pessoas acham que o conselho é um degrau para benefícios ou ganhos financeiros. (CLS1);

Conseguimos realizar as eleições dentro das plenárias e conferências. Há dificuldades, pois, as pessoas não têm interesse, tanto profissionais quanto usuários e, por isso, se repete as mesmas figuras na composição dos conselhos. (CLS2)

Há muita dificuldade. A última eleição foi remarcada várias vezes. A pré-conferência foi esvaziada e não completamos o número de conselheiros suplentes. (CLS3)

As eleições têm acontecido de maneira irregular, baseadas em vínculos políticos. As dificuldades estão na própria participação, como não é um serviço remunerado, ninguém quer assumir. (CLS4);

Há dois anos houve eleição para a reativação do conselho. Houve

dificuldade porque a comunidade é muito grande e não demonstra interesse. (CLS6);
 Sempre temos dificuldades, nunca conseguimos completar a parte de representantes dos usuários e dos trabalhadores. (CLS7)
 Sim, temos dificuldade. Não há interesse dos usuários. (CLS8).

O conjunto destas respostas nos dá um norte de como a participação social tem ocorrido nestes espaços. Chama atenção que dois dos entrevistados relacionam a participação com algum tipo de remuneração. O CLS1 refere-se à busca de benefícios dentro do próprio conselho, ou seja, por meio da cooptação, busca-se direcionar o andamento do conselho. Já o CLS4 assevera que a baixa participação é pela falta de remuneração. Sobre este ponto Menezes (2015) nos ajuda a refletir

A herança política e cultural do clientelismo, que foi tão presente na história do nosso país até anos recentes. As compras de votos, as trocas de favores e a busca de benesses pessoais estão presentes como visto nas falas acima, também nos movimentos sociais e nos espaços de participação das políticas públicas (Menezes, 2015, p. 38).

A superação desta herança passa por um processo de tomada de consciência que nos leve ao patamar de nos entendermos e agirmos enquanto coletividade, nessa concepção não se abre espaço para o individualismo que atravessa a troca de favores. Sabe-se que a participação nos conselhos é facultativa, é um exercício de cidadania que requer disposição, empenho e organização. A vinculação com uma remuneração descaracterizaria a essência da própria participação, pois ela seria desempenhada como obrigação e mediante pagamento. O CLS2 também relata a falta de interesse na participação, não apenas dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. Esta afirmação é confirmada no relato do CLS 7 ao evidenciar que o quadro dos conselheiros dos usuários e profissionais nunca foram completados. Portanto, observa-se que o nível de participação nos conselhos locais de saúde ainda é baixo.

Ao questionar se a comunidade participa ativamente do conselho, a grande maioria respondeu que não. Relembremos que a instituição dos conselhos locais advém da proximidade territorial com o usuário, o que facilitaria sua participação. Entretanto, essa pesquisa demonstra que a maior proximidade dos conselhos com os usuários por si só não é um fomentador da participação, assim como a instituição dos conselhos por si só não gera participação.

Outra indagação bastante reveladora é quando questionados sobre a relação dos CLS com o conselho municipal. As respostas variam entre “não possuir

articulação” à “articula-se por meio da conferência e relatório”. Ora, os conselhos locais de saúde são espaços de caráter consultivo do conselho municipal de saúde, se este não se relaciona com os CLS fica evidente a falta de diálogo entre os mesmos, o que fragiliza potencialmente os CLS. Para Menezes (2015, p. 44) “[...] tal dado não contribuiu para a legitimidade desses espaços e limita, também, a construção da política de saúde e diminui a sua face participativa”. Na mesma direção, caminha o relacionamento dos CLS de saúde com a Secretaria municipal de saúde.

A partir destes trabalhos podemos perceber que a participação popular e participação social merecem maior atenção. A reversão deste cenário carece de estratégias que permitam que o protagonismo dos sujeitos sociais seja evidenciado.

Portanto, apesar dos desafios enfrentados pelos conselhos, em geral, não podemos perder de vista que a participação se constitui enquanto “processo” na dinâmica da vida social (Ammann, 1978; Souza 1996). E, assim sendo, está em constante transformação. Ou ainda, nas palavras de Demo (2001, p. 18) “Participação é conquista [...] infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo”. Nesta compreensão os espaços dos conselhos são campos férteis da prática e desenvolvimento da participação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões expostas neste estudo buscaram apresentar as determinações sócio-históricas que levaram à institucionalização da participação na política de saúde e como esse processo se deu no Estado de Sergipe. O foco principal consistiu na participação social praticada nos conselhos de saúde. Para chegarmos a este objetivo, buscamos conhecer algumas concepções teóricas sobre a participação e sua intrínseca relação com a democracia participativa.

O mesmo empenho foi dedicado a compreender quem são os sujeitos que exercem a participação no cenário nacional e estadual, sob o manto da sociedade civil. Ao revelar esses sujeitos passa-se a ter uma melhor compreensão das relações sociais que se estabelecem, em um contexto de dominação e subordinação entre classes, que se expressam de forma contundente, sobretudo em sociedades com extrema desigualdade, como é o caso do Brasil. Constata-se que é a partir desta configuração, mas também em confronto com ela, que a participação popular irá se configurar como ferramenta de transformação. A área da saúde é um retrato desse cenário, que a partir da luta da sociedade civil conquistou um novo modelo de saúde, concebendo-a enquanto direito, com acesso universal.

Os objetivos do estudo foram alcançados, visto que foi possível conceituar a participação a partir de diversas perspectivas que culminaram no entendimento da sua importância em relação direta com a democracia participativa. Também foi possível descrever como a participação foi fundamental no processo de construção da Política Nacional de Saúde, resultando em um novo modelo de saúde que efetivou os espaços participativos, tais como os conselhos de saúde. Ademais, foi possível analisar a trajetória dos conselhos de saúde em Aracaju, evidenciando suas potencialidades e desafios.

Os principais resultados evidenciaram que existe uma relação direta entre participação e democracia participativa para a construção de uma sociedade mais justa. A análise teórica demonstrou que, no Brasil, o modelo hegemônico da democracia representativa, ainda que esta também seja uma conquista, buscou obstaculizar a participação direta da sociedade ao colocar o voto como expressão máxima, e possível, da participação. Assim, ficou claro que a classe dominante era quem detinha o poder e o Estado era sua ferramenta, enquanto a classe trabalhadora era excluída do processo de participação direta. O curso da história

demonstrou para essa classe subalternizada que mudanças reais, no modelo democrático burguês, somente seria possível por meio de uma democracia mais inclusiva, qual seja, a democracia participativa. O estudo também evidenciou que essa tomada de consciência leva a sociedade a mobilizar-se em busca de mudanças, ainda que com forte resistência da classe dominante. Constatou-se ainda que a democracia participativa não se coloca em negação a democracia representativa, na verdade, ela busca ampliar esta última, por meio de espaços que integrem sociedade e Estado. Contudo, conforme demonstrado no curso deste trabalho, o alcance da democracia participativa no Brasil ainda está em construção, haja vista os empecilhos encontrados nos espaços participativos.

A pesquisa também permitiu identificar algumas definições de participação importantes para compreendê-la em uma dimensão de totalidade. Por exemplo, quando Ammann (1978) define participação como um processo no qual diversas parcelas da sociedade participam da produção, da gestão e do uso dos bens e serviços gerados em conjunto, observa-se que, para a participação ser efetivada, os cidadãos necessitam ter condições de acesso aos bens e serviços gerados na sociedade e não apenas produzi-los para uma minoria. Para Souza (1996) a participação é um processo concreto e contraditório, pois em uma sociedade onde as necessidades básicas não são plenamente garantidas, fica difícil deslocar a atenção da maioria da população para a participação, ainda que esta faça parte da condição existencial do ser humano. Esta compreensão nos ajuda a entender por que a participação no Brasil, mesmo após sua institucionalização, ainda se apresenta de forma tão dificultosa.

Entretanto, Souza também salienta que, embora praticar a participação em conjunturas adversas seja difícil, não significa que seja impossível, sendo um dos caminhos o processo educativo. Ou seja, a participação não ocorre de forma espontânea, por vezes ela necessita ser provocada e ter processos que permitam seu desenvolvimento. Não à toa Demo (2001) assegura que a participação ocorre por meio da conquista, ou seja, ela não é dada, precisa ser tomada da mão daqueles que buscam o monopólio do poder.

Outro ponto verificado neste estudo foi que a participação, em seu caráter contraditório, também é utilizada de forma oposta à sua concepção, ou seja, ao invés de ampliar a participação dos cidadãos de forma crítica passa a ser utilizada como ferramenta de alienação e cooptação, Souza (1996) denomina esse processo

de contra participação. No Brasil, esse processo é visualizado quando os governantes buscam cooptar os conselheiros para que as decisões favoráveis ao Estado sejam tomadas. Constatou-se que essa situação também apareceu nos relatos dos membros dos conselhos locais de saúde de Aracaju.

Outro resultado identificado neste trabalho foi que participação popular e participação social, embora tenham definições diferentes, possuem objetivos convergentes, pois buscam lutar pela garantia de direitos. Portanto, elas não são opostas, mas sim complementares, tornando o conjunto da sociedade mais uno e forte.

O estudo também demonstrou a partir da conceituação de Gramsci que a sociedade civil é melhor compreendida como a esfera onde as classes sociais se organizam e defendem seus interesses e disputam pela hegemonia. Portanto, verifica-se uma possibilidade real de luta que coloca a classe trabalhadora enquanto agente ativo de transformação, e não como um agente passivo e conformado.

Outro resultado alcançado foi demonstrar como a sociedade civil foi impactada por cada contexto histórico no cenário brasileiro. No início do século XX, observa-se a sociedade civil organizar-se de forma mais crítica, influenciada pela chegada dos imigrantes. Durante a ditadura cívico-militar os movimentos foram fortemente oprimidos, poucos conseguiram resistir. Já com o fim da ditadura, a sociedade civil organizada ressurgiu e luta pelo direito de participar dos espaços de tomada de decisão, culminando na institucionalização da participação.

Verificou-se que na delimitação da participação destes espaços, tem-se o controle social como ferramenta que permite ao conjunto da sociedade monitorar e fiscalizar o estado, participando assim da gestão da coisa pública. Ou seja, vemos começar a se desenhar uma democracia participativa, conforme descrito durante este trabalho.

No que se refere aos conselhos, constatou-se que estes espaços, apesar de ser uma conquista da classe trabalhadora, também podem ser utilizados para cooptar, alienar e desmobilizar essa classe. Este aspecto contraditório se apresenta no movimento dialético das relações sociais, e, portanto, expressos também nos conselhos. Nessa perspectiva, os conselhos possuem potencialidades e vulnerabilidades e, ao longo deste trabalho, apresentamos essas duas faces. É inegável que as vulnerabilidades se apresentam como desafios postos até os dias atuais, contudo, é igualmente inegável que estes espaços são capazes de produzir

os tensionamentos necessários para gerar mudanças reais ao conjunto da sociedade. Constatou-se que na atualidade, segundo Ciscati (2022) existem 70.000 (setenta mil) conselhos gestores no território nacional. A análise teórica também demonstrou que o aumento no número dos conselhos gestores no território nacional não significou a resolução de seus problemas, sobretudo, depois do avanço do ideário neoliberal que se utiliza da “necessidade” da reforma do estado para enfraquecer os espaços de participação conquistados e garantidos constitucionalmente.

Diante destes ataques ficou nítida a importância de relacionarmos o debate da participação com o debate da sociedade civil a partir da concepção gramsciana que localiza na sociedade civil a arena de disputa pela hegemonia, sendo possível, por meio dela, transformar a sociedade política. Se não compreendermos e multiplicarmos essa visão, os espaços de participação continuarão a ser minados, desmobilizados e colocados em posição figurativa.

Sobre os modelos de saúde no Brasil, o estudo revelou que no final do século XIX esboçou-se um modelo de saúde voltado para campanhas sanitárias. No início do século XX, o modelo de saúde ampliou-se, mas ainda possuía um caráter campanhista que preservava a economia.

Durante o período ditatorial militar observou-se que, ao mesmo tempo em que se ampliaram as ações de saúde no Brasil, isso ocorria segundo um modelo de saúde curativo e privilegiando a iniciativa privada. No contexto da redemocratização do Brasil se alcançou um sistema de saúde integral e universal, no qual a saúde sai da perspectiva de mercadoria e passa a ser um direito de todos, garantido constitucionalmente, em 1988. É no bojo desse contexto histórico que nasce o SUS, com princípios e diretrizes que garantem um modelo baseado na cura, promoção e proteção da saúde.

Identificou-se também que um grande passo para a saúde foi a conquista da participação social enquanto princípio organizativo, ou seja, a participação da sociedade civil não é mais uma alternativa, agora ela é obrigatória, com poder de decisão. Observou-se que, embora os conselhos existam desde antes da constituição de 1988, os mesmos não possuíam caráter deliberativo, nem ocorria a paridade dos membros dos conselhos nas representações dos diversos segmentos. Ficou evidenciado que outros desafios ainda persistem nos conselhos e que a sociedade civil deve procurar desenvolver mecanismos para superá-los. Nesse

caminho, a sociedade acadêmica tem um papel importante na produção de conhecimento para que, juntamente com o conhecimento popular, possa levar a criação destas estratégias.

Observou-se que as conferências de saúde são espaços extremamente importantes na manutenção da participação social. Ao avaliarmos as conferências nacionais, constatamos que estas coadunam com o contexto histórico de cada evento, seja voltada para discutir o modelo campanhista da saúde, como ocorreu na I conferência, em 1941, seja a discussão da descentralização, influenciados pelo ideário crítico que permeia a sociedade brasileira na década de 1960, como ocorreu na III Conferência, em 1963. Temos ainda o caráter técnico desenvolvido durante as quatro conferências ocorridas durante a ditadura militar, de 1964 até 1985. Um cenário completamente oposto se configurou na VIII Conferência, de 1988, o anseio por mudança, democracia e participação inundava a sociedade. É assim que esta conferência marca a ampla participação da sociedade civil. As demais conferências seguem essa concepção de sociedade e saúde, e busca em cada evento discutir formas de garantir a saúde enquanto direito.

Por último, o estudo demonstrou como a participação social na política de saúde do estado de Sergipe se estabeleceu. Neste intento, traçamos a ordem cronológica da saúde no estado, desde sua gênese até a Reforma Gerencial do Estado, em 2007. Seguindo o cenário nacional, Sergipe constituiu-se sem uma política articulada de saúde. Na década de 1930 houve um avanço, mas o caráter higienista era evidente. Além disso, a saúde não era de acesso universal. Constatou-se que, somente com a Constituição Federal de 1988, melhoras significativas moldaram a saúde em Sergipe. Entretanto, a reestruturação do Estado trouxe novos desafios ao buscar frear os avanços conquistados na saúde. A análise teórica também revelou que, durante todo esse percurso histórico, a sociedade civil sergipana, por meio dos movimentos sociais, opôs-se aos modelos de política de saúde de morte. Foi possível identificar que a reestruturação do Estado, iniciada na década de 1990, ganha força em Sergipe e se materializa a partir de 2007 com a Reforma Gerencial do Estado. Esta embora se apresenta ao conjunto da sociedade como algo positivo, pois visa organizar, capacitar e gerenciar a política de saúde, na verdade, configura-se como uma nova forma de privatização da saúde.

Observa-se que o modelo de saúde recém-nascido na CF/88, embora seja hegemônico, não é homogêneo, ou seja, modelos distintos de saúde disputam o

controle da hegemonia, tanto no cenário nacional quanto no cenário estadual. Essa disputa pela hegemonia demonstra a importância da luta e participação dos conselhos de saúde.

Ao analisar o recorte da participação nos conselhos de saúde sergipanos, localizamos que a participação da sociedade civil organizada data do final do século XIX, ainda que de forma associativista. A partir de então, a sociedade civil foi se desenvolvendo em Sergipe e ganhando corpo por meio do movimento social, orientados pela resistência. Ao longo dos séculos os movimentos sociais atuaram em diversas frentes e sendo protagonistas em muitos momentos.

A força destes movimentos resultou na criação do Conselho Estadual de Saúde, em 1987, contudo seu caráter de subordinação ao estado, não permitia que desempenhasse a função almejada pelos movimentos. Esse desvio de finalidade se manteve até 2008 quando o estado foi obrigado a realizar eleições diretas para a escolha dos membros do conselho. Já o conselho municipal de saúde de Aracaju foi criado na década de 1990 juntamente com os conselhos locais de saúde. Estes (CMS e CLS) foram reestruturados nos anos 2000. Durante este período observou-se uma vasta literatura sobre os conselhos de saúde. Entretanto, foi possível identificar durante a pesquisa que em Sergipe, a partir dos anos 2010, houve uma inflexão na produção acadêmica referente a esta temática, com poucos estudos localizados. Por este motivo, este estudo apresenta uma lacuna na avaliação dos conselhos de saúde em Sergipe.

Ao avaliarmos os CMS e os CLS verificamos a existência de desafios que persistem tanto no interior desses espaços, quanto na relação deles. Entretanto, também fica evidente que muitas conquistas foram alcançadas a partir da atuação destes espaços, ou ainda, em última análise, o conselho atua como contrapeso importante no avanço do modelo liberal de saúde. Dessa forma, consideramos os conselhos de saúde como espaços fundamentais para o exercício da democracia participativa. Além disso, entendemos o conselho como um espaço propício e fecundo para o desenvolvimento da participação.

Diante de tais considerações, recomenda-se a importância de se desenvolver mais estudos sobre as experiências dos conselhos de saúde em Sergipe para que assim possa-se verificar, de forma mais aprofundada, os direcionamentos que estes espaços têm seguido e como as disputas pelo poder tem se movimentado.

Ademais, observa-se que, apesar da ampliação dos espaços de participação, os múltiplos desafios que se relacionam dialeticamente nestes espaços, ainda hoje são lacunas que carecem de mais estudos. Conclui-se que, para a continuidade da operacionalização da política de saúde em uma perspectiva democrática, é necessário o fortalecimento da participação nos espaços institucionais para que juntamente com a participação popular, por meio dos movimentos sociais, possa lutar pela defesa da saúde.

Espera-se que, como fruto das pesquisas teóricas alinhadas com as experiências práticas dos conselhos, emergjam soluções práticas e aplicáveis para que os reais potenciais dos conselhos gestores operem em suas capacidades e autonomias plenas.

REFERÊNCIAS

AMMANN, S. B. **Participação Social**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.

ARACAJU (SE). **Lei complementar nº 052**, de 14 de janeiro de 2022. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju e dá outras providências. Leis Municipais, 2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/se/a/aracaju/lei-complementar/2002/6/52/lei-complementar-n-52-2002-dispoe-sobre-a-criacao-do-conselho-municipal-de-saude-de-aracaju-e-da-outras-providencias-2012-10-18-versao-consolidada>. Acesso em: 20 maio 2025.

AVRITZER, L. Um balanço da participação social no Brasil pós-constituição de 1988. In: Avritzer, L. (Org.). **Experiência democrática, sistema político e participação popular**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

BEM, A. S. A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o estado e a sociedade brasileira nos séculos XIX e XX. **Educação e Sociedade**. Campinas: v. 27, n. 97, p. 1137-1157, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BEZERRA, C.de P.; ALMEIDA, D. R; LAVALLE, A. G. DOWBOR, M. Desinstitucionalização e resiliência dos conselhos no governo Bolsonaro. **Cielo**. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4218>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em : https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/662348/CF88_EC135_separata.pdf Acesso em: 20 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social do sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/14a-cns/relatorio-final-da-14a-conferencia-nacional-de-saude.pdf>. Acesso em: 20 maio 2024.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. **Ser Social**. [S. l.], n. 10, p. 57–92, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12922. Acesso em: 10 fev. 2024.

BUVINICH, D. P. R. O mapeamento da institucionalização dos conselhos gestores de políticas públicas nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro: 48(1):55-82, jan./fev. 2014. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/16047/14874>. Acesso em: 10 maio 2025.

CEAP- Centro de Educação e Assessoramento Popular. **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Passo Fundo: Saluz, 2017.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 2001.

DIEGUES, G. C. O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. **Revista NAU Social**. Salvador: v.4, n.6, p. 82-99 Maio/Out 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31241/18609>. Acesso em: 15 abr. 2024.

DURIGUETTO, M. C. **Sociedade Civil e Democracia**: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007

ESPING-ANDERSEN, G. As Três Economias Políticas do Welfare State. Tradução: Dinah da Abreu Azevedo. **Lua Nova**, nº 24. Setembro, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 abr. 2025

FARIA, C. F. Os Determinantes da Efetividade Democrática da Participação Social. In: AVRITZER, L.(org.); STARLING, H.; FARIA, C. F. **Democracia, República e Participação**. Belo Horizonte: UFMG, 2008. p. 71-88.

FUNESA – Fundação Estadual de Saúde. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe**. Livro do Aprendiz 1. Aracaju: FUNESA, 2011. 94 p.

GIL, A. C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOHN, M. G. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais Unisinos**, vol. 42, núm. 1, janeiro-abril, 2006, pp. 5-11. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/938/93842101.pdf>. Acesso em 15 jan 2025.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 13, n. 2, p. 20-31, mai./ago. 2004. Semestral. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2004.v13n2/20-31/pt>. Acesso em 15 jan 2025.

GOHN, M. G. **O Protagonismo da Sociedade Civil**: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. São Paulo: Cortez, 2005.

HEIMANN, L.; KAYANO, J. Políticas Públicas em Saúde e Participação Popular. In: ALBUQUERQUE, M. C. (Org.) **Participação popular nas políticas públicas**: espaço de construção da democracia brasileira. São Paulo: Instituto Pólis, p. 85-96, 2006.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. Serviço Social. 41p., 2009. Disponível em:
<https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf>.
 Acesso em 10 fev. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/aracaju/panorama>. Acesso em 15 ago. 2025

LEITE, M. C. T.; SANTOS, R. M. Controle Social e Saúde em Aracaju/SE: breve considerações. *In: X Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade*. volume 10, nº1, 2016, Aracaju. **Anais [...]**. São Cristóvão, 2016. Disponível em:
https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/8915/28/controle_social_e_saude_em_aracajuse_brev es_consideracoes.pdf. Acesso em 18 abr. 2025.

MALAGODI, E. **O que é materialismo dialético**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. Coleção primeiros passos; 206.

MARANHÃO, T. A.; TEIXEIRA, A. C. C. Participação no Brasil: dilemas e desafios contemporâneos. *In: ALBUQUERQUE, M. C. (Org.) Participação popular nas políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira*. – São Paulo: Instituto Pólis, p. 109-119, 2006.

MENEZES, J. F. **Participação e controle social: os conselhos locais de saúde em Aracaju/SE**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão/SE, 2015.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 13, n. 2, p. 56-75, mai./ago. 2004. Semestral. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JvkH9D5bStbqbZZHVwLmtKk/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em 18 abr. 2025.

PAESE, J.; PAESE, C. R. A participação pública em conselhos de saúde frente à dicotomia leigos e peritos. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís: v. 14, n. 2, p. 285-295, jul./dez. 2010. Semestral.

RAICHELIS, R. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2000.

SANTOS, A. R. **O desvelar das contradições do modelo de descentralização: as interfaces escalares na conformação do sistema único de saúde em Sergipe**. 2008. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão/SE, 2008.

SANTOS, R. M. **Saúde, participação e controle social: lutas e ações estratégicas do Mops/SE pela efetivação dos direitos à saúde em Aracaju/SE (1989-2008)**. 2009. Tese (Doutorado em serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para Ampliar o Cânone Democrático. *In*: AVRITZER, L.(org.); STARLING, H.; FARIA, C. F. **Democracia, República e Participação**. Belo Horizonte: UFMG, 2008. p. 9-57.

SIMÕES, G. L.; SIMÕES, J. M. Reflexões sobre o conceito de participação social no contexto brasileiro. *In*: VII Jornada Internacional de Políticas públicas. 2015, São Luís. **Anais [...]**. São Luís / Maranhão. 2015. Disponível em: <https://ptdocz.com/doc/1315942/reflexões-sobre-o-conceito-de-participação-social>. Acesso em: 16 abr. 2024.

SOUZA, M. L. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

TAVARES, M. C. **A inserção do assistente social no programa saúde da família em Aracaju**: os tempos de um movimento. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

TRAVASSOS, R. S. Participação popular ou participação social: qual é a diferença? *In*: BORNSTEIN, V. J. [et al.] (org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 115-119.

TRAVASSOS, C.; LIMA, L. D. A participação social no comando: a memorável 17a Conferência Nacional de Saúde. **Caderno de Saúde Pública** 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YTNmDgJgyr6bWgTMdCYT8Th/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2025.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):7-18, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YcmBR9tNZcjkmhGXx7L7YXc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2025.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L.; CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan./jun. 2009, p. 218-251. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/8866/5107>. Acesso em: 16 abr. 2025.