



CIDADANIA E CONTROLE SOCIAL: REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA DEMOCRATIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NO BRASIL

CITIZENSHIP AND SOCIAL CONTROL: REFLECTIONS ON THE CHALLENGES OF
DEMOCRATIZATION OF PARTICIPATION IN BRAZIL

Paulo Renato Flores Durán

Professor do Departamento de Ciências Sociais da PUC-Rio. Doutor em Ciências (Saúde Pública) pela ENSP/Fiocruz e mestre em Ciências Sociais pela PUC-Rio. Contato: pauloduran@puc-rio.br

RESUMO

O objetivo do artigo é analisar criticamente, no Brasil contemporâneo, a conformação das instituições participativas. Singularmente, os conselhos de saúde, a partir dos anos 1990, expressaram a possibilidade de inclusão da participação social nos processos decisórios de políticas públicas do Estado. Porém, a virtuosa proposta pela ampliação da participação social em espaços públicos deliberativos – caso dos conselhos de políticas públicas – vis-à-vis o retraimento da expansão dos Estados de Bem-Estar Social e a racionalidade internalizada pelos atores, estabeleceu novas dinâmicas das relações entre Estado e sociedade. A problematização desses deslocamentos na constituição de arenas participativas na democracia brasileira reflete dimensões desafiadoras para a ampliação das formas de democratização.

PALAVRAS-CHAVE: cidadania; participação; corporativismo; controle social.

ABSTRACT

The objective of this article is to critically analyze the conformation of participative institutions in Brazil nowadays. Uniquely, since the 1990's, health councils have opened the possibility of including social participation in the public policy decision-making processes of the State. However, the virtuosity proposed by the amplification of social participation in public deliberation spaces – which is the case of public policy councils – vis-à-vis the retraction of the expansion of welfare States and the internalized rationality by the actors, established new dynamics of the relations between State and society. The questioning of these displacements in the constitution of participative arenas in the Brazilian democracy reflects challenging dimensions for the boost of democratization forms.

KEYWORDS: citizenship; participation; corporatism; social control.

Introdução: cidadania, expansão do Welfare State e participação

A promulgação da Carta Constitucional, em 1988, esteve relacionada a um conjunto de demandas societárias e de atores políticos associados à história e aos desafios políticos e sociais da expansão do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), entendido como modelo de proteção social universalizante. O objetivo deste artigo é refletir sobre o desenvolvimento do setor saúde, pensado tanto como reflexo da proposta de universalização dos direitos sociais, quanto como um campo em que atores societários, estatais e de mercado articulam seus próprios interesses em espaços públicos deliberativos próprios à discussão de políticas: os conselhos de saúde.

Os Welfare States deveriam vincular os indivíduos aos direitos sociais de forma universal, ampliando dessa maneira a concepção de cidadania social (Marshall 1967). Muito embora esse projeto de universalização tenha sido legitimado na nova Constituição, a institucionalização das políticas sociais e das formas de participação – também inscritas no texto constitucional – convive com as trajetórias institucionais preexistentes à definição do constituinte – o que acarreta, por exemplo, um enredamento público/privado na proteção social e a falta de mecanismos regulatórios claros no que se refere aos planos e prestadores de serviços privados no setor da saúde (Santos & Gerschman 2006; Vianna 2000; Bahia, 2001).

Em relação às teorias sobre os direitos de cidadania, estes seriam os que fornecem os elementos fundamentais tanto para a autonomia dos indivíduos no espaço social como para sua mobilização e participação na vida política da sociedade. Segundo a tipologia clássica proposta por Marshall (1967), os direitos de cidadania – no caso inglês – teriam evoluído através de três etapas sucessivas, correspondendo a determinadas conquistas individuais e coletivas dentro de certos formatos de sistemas políticos. Segundo o autor:

O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça. [...] Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. [...] O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de

participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele são o sistema educacional e os serviços sociais. (Marshall 1967: 63-64).

Na sociedade moderna, os direitos de cidadania corresponderiam a conquistas dos cidadãos que, reunidos no espaço público, demandam uma maior participação do Estado no provimento do desenvolvimento social e econômico. Frutos de longas jornadas revolucionárias (como a Revolução Francesa) e de mobilizações societárias (como a dos movimentos sociais modernos das classes trabalhadoras, por exemplo), esses direitos representaram não só as conquistas de indivíduos (como no elemento civil), mas também a afirmação dos direitos universais (caso dos elementos sociais que compõem o direito à saúde, à moradia, ao trabalho etc.). Em tese, afirma Schmitter: “o autor [Marshall] desenvolve o conceito de cidadania, e traça a interação entre a crescente igualdade política e a crescente desigualdade econômica, e mostra como, através da política social, o primeiro processo logrou modificar o segundo” (Schmitter 1967: 10). Durante o século XX, e apesar das pressões de mercados pelo direito de expandir a seguridade social via iniciativa privada, os sistemas de proteção dos cidadãos formaram-se como marca singular da garantia dos direitos universais de cidadania. Para Marshall, os efeitos da construção do Estado do Bem-Estar Social corresponderiam a “uma sociedade comprometida com a ‘participação justa’ e com a distribuição de renda real que se podia justificar racionalmente”, e que, portanto, não seria resultado somente das “forças supostamente cegas de um mercado competitivo no qual cada um tinha o direito de tomar para si tanto quanto pudesse” (1967: 200). Dessa forma, pensava o autor, o poder das demandas societárias organizadas modificaria o jogo das forças de mercado em pelo menos três sentidos: segurança, subsistência e serviços sociais.

Nessa trajetória histórica, as configurações de modelos welfaristas foram contestadas pelo surgimento do pensamento neoliberal, entre os anos 1980 e 1990, que provocou grande abalo nos sistemas de seguridade social, em um projeto de “retraimento” das bases dos Welfare States (Pierson 1997). As teses desenvolvidas pelo chamado Consenso de Washington (disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, eliminação de restrições aos investimentos estrangeiros, privatizações de empresas estatais, entre outras)

foram então utilizadas no intuito de consolidar o receituário neoliberal nos países em desenvolvimento. Nesse sentido, as agendas políticas nacionais se redimensionaram procurando atender aos imperativos da globalização econômica e deixaram de protagonizar a formulação de agenda de *social policy* (ou políticas sociais) – Gerschman & Vianna 2003: 81-83. Em parte, as iniciativas do setor privado (das quais se origina o *mix* público/privado, através da ação de entidades de direito privado que atuam nos sistemas públicos) e as ações do chamado terceiro setor (as ONGs, por exemplo) tomaram o papel de “braços direitos” do Estado, assumindo diversas formas de gestão e implementação de políticas e programas de governo.

Nessa via, uma diversidade de modelos, ou tipologias de políticas welfaristas, foi construída no intuito de problematizar a miríade de trajetórias através das quais se deu o desenvolvimento da cidadania social nas democracias. Segundo essas tipologias (Esping-Andersen 1991), o modelo de seguridade social conviveria com outros dois tipos: o liberal e o de corte corporativo. Os três modelos, para autores como Fleury (1994), institucionalizaram formas diferenciadas de expansão da cidadania nos países latino-americanos. Ao modelo de seguridade estaria associada a cidadania universal – preconização de um projeto social-democrata; enquanto que, ao modelo assistencial, a “cidadania invertida”, e ao de seguros a “cidadania regulada” (Fleury 1994: 108; Santos 1979; Vianna 2000). Os modelos de proteção social, segundo o estudo de Fleury, podem ser comparados segundo suas características intrínsecas, conforme o quadro abaixo:

QUADRO 1 – Modelos de proteção social

MODALIDADES	ASSISTÊNCIA	SEGURO	SEGURIDADE
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-democrata
Princípio	Caridade	Solidariedade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
Finanças	Doações	% salário	Orçamento público
Cobertura	Alvos	Ocupacional	Universal

Benefícios	Bens/serviços	Proporção salarial	Mínimo vital
Administração	Filantropico	Corporativo	Público
Referência	<i>Poor Law</i>	Bismarck	Beveridge
CIDADANIA	INVERTIDA	REGULADA	UNIVERSAL

Fonte: Fleury (1994: 108), adaptação nossa.

A discussão sobre os modelos de seguridade social (e o modo como impactam na vida dos cidadãos comuns) precisa referir-se às respostas societais que o Estado dá às demandas que provêm das necessidades de indivíduos e grupos sociais vulneráveis. Nesse sentido, é preciso entender que o Welfare State constitui-se numa “resposta ao processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas industrializadas e seus consentâneos [...] em busca de estabilidade e segurança, isto é, de um novo tipo de solidariedade” (Fleury 1994: 115-116). Muito embora essas interpretações acerca do significado do Estado de Bem-Estar Social representem consenso no espaço de uma literatura específica (Hecló 1981; Marshall 1967), que aponta um claro papel para as políticas estatais no provimento dos direitos, houve um processo de transformações nas modernas sociedades capitalistas industriais, que provocou o ressurgimento do projeto ideológico de uma racionalidade econômica que, no limite, levaria à retração do modelo de seguridade social.

Segundo Dagnino (2004), principalmente nos anos 1990 os desenvolvimentos do Welfare State nas sociedades modernas encontraram-se com a “confluência perversa” de dois projetos antagônicos de democratização das sociedades: de um lado, a expansão e o ressurgimento da sociedade civil e dos novos movimentos sociais e, de outro, a agenda preconizada pelos partidários do neoliberalismo. Segundo aceção já consagrada na literatura sobre o desenvolvimento da seguridade social no Brasil e em países latino-americanos, dos três modelos de cidadania (invertida, regulada e universal) se impôs uma mistura perversa, predominando de fato o tipo de “universalização excludente” (Faveret Filho & Oliveira 1990), em meio ao qual, por exemplo, o Sistema Único de Saúde (SUS) se tornou um sistema exclusivamente para pobres, enquanto as classes médias e altas usufruem dos planos privados. Tratar-se-ia, para alguns autores, do desenvolvimento e da capilarização de uma espécie de enredamento

público/privado, cuja perversidade atropelou a própria expansão da universalização de políticas sociais como as de saúde (Vianna 2000; Bahia, 2001).

O setor da saúde no contexto da universalização

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 estabeleceu o retorno ao regime democrático, regido por procedimentos que definem o modo representativo e participativo da democracia. A proliferação dos espaços públicos no país – entendidos como novas formas de participação social, sejam eles conselhos de políticas públicas, organizações da sociedade civil ou novos movimentos sociais – após a redemocratização é fenômeno que remete às novas configurações das relações entre Estado e sociedade. Nas sociedades que reinstalaram regimes democráticos a partir de meados dos anos 1970 – a abertura “lenta, gradual e negociada”, como foi o caso do Brasil –, o processo de inclusão (ou participação) de diversos atores nas arenas de decisão das políticas sociais permitiu que fossem institucionalizados mecanismos de “*accountability* vertical”. As eleições, estas livres e idôneas segundo O’Donnell (1998) e Dahl (2005), ocupam o papel principal de assegurar que os países sejam, de fato, democráticos; porém, o tipo vertical *per se* não garantiria a reprodutibilidade e a governabilidade democrática necessárias à manutenção não só de um regime, mas igualmente de um sistema político democrático. Segundo O’Donnell, ao lado do tipo vertical de *accountability*, deveriam funcionar canais horizontais que permitissem às novas poliarquias fortalecer o poder de participação do *demos* em agências estatais de controle social (1998: 40).

O contexto histórico-político de desenvolvimento das lutas pela Reforma Sanitária brasileira e em prol dos conselhos de saúde (instituídos por lei com o objetivo de atuar nas discussões e definições da política desse campo), são aspectos que matizam esses dilemas e apresentam avanços na proposta de democratização fundamental da sociedade brasileira.

A trajetória da Reforma Sanitária brasileira, a partir da década de 1980, possibilitou a articulação de inúmeras demandas para o desenvolvimento ampliado e universal da seguridade social. Disso decorre que a gestão da área pôde se pautar na direção do adensamento dos aspectos modernizadores do sistema de saúde, com o fortalecimento das relações interfederativas (ações intergestores, compartilhadas), além da inclusão da participação da sociedade –

em caráter rotativo, mas permanente e paritário – nas esferas de deliberação (como é o caso dos conselhos de saúde).

No que se refere à inclusão da contestação e da participação, devem ser ressaltados os esforços de governos democráticos recentes no sentido de restabelecer os canais de representação dos interesses da sociedade sob a forma de “corporativismo societal” (Schmitter 1998 [1974]). Nesse sentido, trata-se – como é o caso do Brasil – da mudança dos modos pelos quais os interesses da sociedade civil foram e são incorporados nas arenas públicas de deliberação estatal. O fortalecimento do diálogo social pode ser observado em diversificadas experiências de instituição de conselhos (de saúde, de assistência social, de desenvolvimento econômico e social, entre outros), entendidos como formações político-organizativas que: I) promovem experiências inovadoras de mobilização societária, na medida em que se estruturam como órgãos, sejam deliberativos ou consultivos e paritários (ou seja, com composição de igual número de assentos destinados para atores estatais, societários e de mercado); e II) reconhecem que a solução de dilemas sociais marcantes (como a pobreza, as desigualdades, a dinâmica falha da economia), via formulação de um novo modelo de desenvolvimento deve ser compartilhada com atores relevantes da sociedade.

No que se refere ao processo introduzido pela Reforma Sanitária brasileira, os aportes teóricos sobre cidadania e direitos facilitaram a identificação da correlação de forças existentes no desafio da redemocratização e estruturação do Welfare State: de um lado, a criação de identidades políticas coletivas – ou do sujeito político –, que se refere ao movimento social mais amplo e, de outro, a introdução do neocorporativismo como mecanismo estratégico de fortalecimento de “políticas de aliança” (Poulantzas 2000; Offe 1995) atreladas a interesses específicos (grupos de pressão como, por exemplo, os médicos e os planos privados). Desse modo, para o Movimento Sanitário foi importante a perspectiva de seus atores se constituírem como sujeitos políticos no processo de reformas, de forma a buscar um consenso social amplo referente à saúde como direito social: como estabelecido na Constituição, “um dever do Estado”. Apesar do híbrido público-privado, ou da acentuação da dominância de mercado (planos privados), a luta empreendida com o projeto da Reforma Sanitária brasileira se relaciona à proposta de fortalecimento do caráter universal e público da saúde como direito de cidadania (Gerschman 2004a; Paim 2008).

doi: 10.17771/PUCRio.DDCIS.39092

Assim, no Brasil, os conselhos de saúde, através da Lei nº 8142/1990, se organizaram como esferas deliberativas da política desse campo, tendo por âmbito de atuação as três esferas da federação. O objetivo expresso foi o de institucionalizar a participação societária nos canais de definição das políticas de saúde, sendo a sua estrutura de representação paritária: 50% das cadeiras devem ser ocupadas por atores das mobilizações societárias (novos movimentos sociais, ONGs, associativismos, entre outros); os outros 50% são reservados para governo, profissionais de saúde e representação do setor privado (prestadores de serviços, por exemplo). Nos anos 1980 e 1990, na contramão das políticas de ajuste, “a efetividade dos conselhos relaciona-se à pressão exercida pelos usuários, pelos movimentos sociais organizados e profissionais de saúde e à maior proximidade da população com as autoridades locais” (Gerschman 2004a: 244).

Em termos históricos, tal como demonstrado por Gerschman em pesquisa sobre os percalços da Reforma Sanitária brasileira, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) ocupou papel social e político importante na proposta que consagrou os artigos da saúde na Constituição de 1988. Porém, as clivagens internas à militância constituíram-se em partidos com bandeiras diferentes no que se refere a que papel os movimentos sociais deveriam ocupar na definição de políticas de saúde. Enquanto o MOPS apostava na configuração de um modelo de conselho independente dos atores estatais (o conselho popular de saúde), a constituinte definiu pela institucionalização da participação na arena decisória (Gerschman 2004a: 119-122). Com isso, os conselhos de saúde, apesar de deliberativos, formam parte – desde a Lei nº 8142/1990 – da estrutura do Poder Executivo.

Pluralismo, corporativismo e os dilemas da ação coletiva

De um ponto de vista analítico, os processos deliberativos que ocorrem no âmbito dos conselhos de saúde podem ser interpretados como parte do “ciclo de vida” das políticas públicas (Côrtes 2007; Souza 2007). Segundo o modelo clássico e funcionalista de Easton, na produção de políticas há uma relação entre *inputs* (demandas da sociedade, por exemplo) e *outputs* (respostas dos governos). O sistema político elabora *feedbacks* como forma de resposta às demandas colocadas pelas mobilizações. Esses *feedbacks* são processados no nível do

processo decisório, que leva em consideração variáveis como o contexto social e os atores envolvidos (Easton 1957: 384-385).

Nas relações entre Estado e sociedade, no caso do setor da saúde, procura-se definir os modos através dos quais certas representações da sociedade e dos profissionais estabelecem interações e legitimam seu peso perante os atores representantes do Estado. Para tanto, a especificidade do conceito de controle social como estratégia de participação da sociedade no processo decisório torna-se um dos principais *modus operandi* na institucionalização de modelos de participação próximos às novas poliarquias (Labra 2005, 2006; Dahl 2005; O'Donnell 1998; Putnam 2005; entre outros). Faz-se importante, assim sendo, compreender como as ações de sujeitos políticos de diferentes estratos são decisivas nos estudos da lógica da atuação coletiva para a solução de dilemas comuns; tal entendimento poderia iluminar, nesse sentido, o peso que organizações e atores exercem na construção dos espaços de deliberação política (Olson 1971, 1982; Ostrom 2000; Côtés 2007: 135; Hall & Taylor 2003: 195; Steinmo & Thelen 1992).

Desse modo, a teoria weberiana da ação social permite que analisemos um caso particular pelo viés da busca de uma conexão de sentido entre os modos de justificação dados pelos sujeitos da ação quando e à medida que estabelecem relações sociais *com* ou *contra* outros sujeitos. Evidencia-se, assim, a maneira como cada interação sociopolítica estabelece certa relação de poder. No sentido weberiano, “poder significa a probabilidade de impor a própria vontade, dentro de uma relação social, mesmo contra toda resistência e qualquer que seja o fundamento dessa probabilidade. [Mas o conceito de poder deve alicerçar-se nas fontes que levam as formas de dominação, sendo estas] a probabilidade de encontrar obediência a um mandato de determinado conteúdo entre pessoas dadas” (Weber 1978).

A matriz weberiana – e, ao lado dela, a busca da compreensão das formas como os atores se mobilizam nos espaços de poder (como nas arenas deliberativas que levam ao processo de decisão) – sustenta-se num debate com diversas correntes de pensamento, entre elas as dos autores pluralistas. De fato, Schumpeter estabeleceu que o *modus procedendi* dos regimes democráticos seria, ele mesmo, concorrencial na medida em que

[...] a democracia parece implicar um método reconhecido, através do qual se desenrola a luta competitiva, e que o método eleitoral é praticamente o único exequível, qualquer que seja o tamanho da comunidade. [...] O princípio da democracia, então, significa apenas que as rédeas do governo devem ser entregues àqueles que contem com maior apoio do que outros indivíduos ou grupos concorrentes. (1961: 329, 332).

Isso posto, uma análise da arena deliberativa dos conselhos de saúde precisa considerar que existe uma “dupla face do poder”: uma delas manifesta, na qual há igualdade formal entre os atores – que, no caso dos conselhos, é expressa na paridade entre diversos tipos de atores –; e outra, latente, em que as interações discursivas entre as diversas representações levam à hegemonia de um grupo e, portanto, à burocratização do controle social. Assim, a “anelização burocrática” (Cardoso 1975) fica evidente nesses dois sentidos: de um lado, algumas decisões políticas de atores estatais já chegam previamente aprovadas para deliberação; e, por outro, alguns atores (representantes da sociedade e do Estado) constituem um núcleo duro, cujas resoluções extrapolam o espaço de tomada de decisões soberano do conselho – o plenário.

Desafios da inclusão no setor da saúde: o caso dos conselhos

Nas políticas de saúde, os novos movimentos sociais provocam novas relações com os poderes constituídos, na medida em que buscam a autoafirmação da mobilização societária como “instituinte do instituído” (Faleiros *et al.* 2006; Paim 2008; Melo, 2015). A esse aspecto, relacionam-se as constituições dos conselhos e das conferências de saúde, entendidos como espaços em que o processo deliberativo não ocorre “por cima” – afirmação das hegemonias da classe dominante –, mas efetiva-se na inclusão das demandas da sociedade “por baixo”, através da ênfase da participação social como conquista de novos espaços no processo decisório (Demo 2009: 23).

O aprofundamento e a democratização das arenas públicas de deliberação, portanto, dependem não somente da efetivação do controle social, mas igualmente da forma como a participação é vivenciada e da legitimidade das representações que ocupam assento nos conselhos. Segundo Pereira,

os movimentos sociais são, portanto, atores fundamentais na construção de espaços deliberativos de forma a manter uma

postura crítica em relação às instituições públicas, procurando tematizar novas questões, que serão analisadas e comparadas com as propostas já existentes, colaborando, assim, com o processo de aprofundamento democrático (Pereira Neto 2012: 81).

Na literatura recente sobre os conselhos de saúde vem-se ressaltando o desconhecimento e o despreparo dos conselheiros – principalmente os representantes da sociedade – para o efetivo processo de tomada de decisões. Com isso, vários autores têm sublinhado a ausência de políticas permanentes de capacitação ou educação; além disso, é consensual a ideia de que se cria uma distância entre a atividade representativa dos conselheiros e suas bases sociais (ou categorias/setores representados). No limite, como colocam alguns desses autores, inúmeras distorções podem ser identificadas na atividade dos conselheiros – desde aquelas relacionadas à representatividade das cadeiras, passando pela ausência de mecanismos claros de capacitação dos atores para atuar no processo deliberativo, até as distorções próprias da máquina estatal e de suas práticas tipicamente clientelistas e corporativistas (Gerschman 2004b; Labra 2005).

Estamos diante, portanto, de dois eixos fundamentais no caráter conflitivo das relações Estado/sociedade: o vertical e o horizontal. No primeiro, em que o Estado controla as forças sociais, temos o tipo de mediação de interesses no qual os atores estatais controlam e filtram os conflitos oriundos das mobilizações societárias; no segundo, a relação entre atores da sociedade civil produz redes de controle sobre as ações dos atores estatais que implicam mudanças na indução (corporativa) das mobilizações societárias (Schmitter 1993: 7). As ações horizontalizadas promovem o reconhecimento necessário, por parte da política, das demandas sociais latentes (desigualdades sociais relacionadas a raça, gênero, orientação sexual etc.). A ideia é que os novos movimentos sociais legitimem suas lutas na esfera dos processos decisórios, rompendo com a produção das hegemonias que fazem com que alguns grupos acumulem mais poder do que outros no processo deliberativo.

Assim, segundo Offe, “os sistemas políticos podem ser mais ou menos corporativistas, estar mais ou menos adiantados no processo de corporativização”; sendo assim, trata-se de um eixo estratégico de ação dos atores estatais (1995: 242-243). Isso indica que o conflito social e/ou político entre os



atores em arenas de deliberação pode ser corporativizado por aqueles grupos que acumulam mais poder ou representam os interesses hegemônicos do Estado. Assim, é elucidativa a diferença traçada por Schmitter (1998 [1974]) entre dois estilos de corporativismo. Esses tipos moldam as formas de relacionamento entre Estado e sociedade e pautam-se pela separação entre os tipos “estatal” e “societal”. Enquanto no primeiro tipo há a cooptação dos interesses – ou a intermediação destes – pelo Estado sem a incorporação da participação e reconhecimento do papel da sociedade civil nas arenas político-decisórias e deliberativas, o segundo tipo aponta para o modo pelo qual o Estado institucionaliza e reconhece legalmente, em suas esferas de deliberação, a participação da sociedade civil organizada. Segundo Cawson, “o corporativismo societal desenvolve-se onde o estado reconhece o aumento do poder autônomo por parte de organizações que representam os interesses de categorias sociais e entra num processo de intercâmbio político com essas organizações” (1996: 141).

À diferença das abordagens pluralistas, a ideia de corporativismo implica a profissionalização dos atores que participam de uma arena decisória. Nesse sentido, os autores pluralistas ressaltam que, nas relações de poder, grupos de interesse – que não necessariamente ocupam espaços na estrutura estatal – podem criar barreiras de oportunidade para que outras organizações incluam suas agendas. Com isso, aqueles grupos que acumulam mais poder também o expressam no que tange ao processo de tomada de decisões (Lukes 2007; Bachrach & Baratz 2011; Schattschneider, 1960: 71). O ponto importante para os pluralistas não é como as instituições ou organizações constroem previamente e controlam a formação das agendas políticas; para esses autores, as lógicas da ação coletiva implicam arranjos de intermediação de interesses em que os grupos de pressão têm peso na definição de políticas. Segundo Collins, um “conjunto de paradoxos do comportamento racional não se refere a como os indivíduos pensam, mas à sua capacidade de coordenar suas ações em um grupo” (2009: 138).

É justamente nesse sentido que funcionariam, no interior do Estado, os “anéis burocráticos”, cujo objetivo seria reunir em torno de uma política os grupos de atores nela interessados (Cardoso 1975: 206). Nos termos em que trabalha Côtres, a formação de “núcleos duros” dentro da burocracia estatal (nas comissões intergestores e nos conselhos de saúde), secundarizaria o papel político dos atores societais. Dessa forma, o processo decisório passa a ser

conduzido ou por comunidades políticas de especialistas (no caso das comissões intergestores) ou pela formação de núcleos de certas representações conselheiras que interessariam à aprovação de projetos políticos da gestão governamental (Côrtes 2009b).

Na verdade, arranjos neocorporativistas somente se estabelecem como formas institucionais, em ambientes democráticos, com o objetivo de se criarem canais bem delimitados de representação de interesses. Assim, a abordagem neocorporativista não necessariamente indica tendências quanto ao maior ou menor grau de democratização de um regime político. Essa perspectiva apenas permite ilações sobre as disposições dos atores (sociais, políticos e do setor privado) dentro das arenas estatais. De resto, tal abordagem nos permite olhar para uma das possibilidades de regulação do conflito social e/ou político (Cawson 1986: 79).

O modelo neocorporativo se diferencia em inúmeros aspectos do modelo comunitário (Schmitter & Streeck 1992). Entre outras características, a ênfase do neocorporativismo estabelece que: I) o objetivo definido é o arranjo dos grupos de interesse através da participação formal destes nas esferas de decisão; II) a lógica da ação coletiva induz à moderação (ou equilíbrio) entre os grupos de interesse e, portanto, leva ao estabelecimento de pactos estáveis; e, finalmente, III) os grupos de interesse visam ao reconhecimento do Estado de seu status público como grupo de pressão (Offe 1995: 243).

Em torno dessa perspectiva, Ribeiro (1997: 84) assinala que o “novo corporativismo [se caracterizaria pelo reforço do papel do Estado na estruturação dos] interlocutores societários, conferindo a eles certa margem de acesso a decisões alocativas, em troca do seguimento a determinadas normas de conduta por parte dos grupos de interesse”. De outra parte, Côrtes & Gugliano (2010: 63-64) afirmam que os conselhos “são altamente institucionalizados”, produzindo uma linha de trabalho que, em última instância, hierarquiza-se em função das ações do gestor. Gerschman traduz essas transformações, analisando o papel político dos conselheiros da sociedade. Segundo ela:

[...] os conselheiros representantes da sociedade nos conselhos perderam a base política de sustentação sobre a qual tinham se forjado a identidade e a mobilização política características do movimento popular em saúde. Cabe então se perguntar: qual o papel político dos conselhos? (2004b: 1673).

A perspectiva adotada por esses autores ressalta a importância dos arranjos neocorporativos construídos nas próprias arenas deliberativas dos conselhos. Em outro registro, como apontado por Labra, a “dimensão associativa [presente na proposta de participação de representantes da sociedade nos conselhos enfrenta desafios referentes a] importantes distorções na relação entre conselheiro, associação que representa e comunidade usuária” (Labra 2006). Ao princípio comunitário – base da solidariedade espontânea – se superporia o princípio da “concertação organizacional” dos interesses. Ou seja, a dinâmica da participação social nesses ambientes poderia estar gerando o controle do processo decisório no nível da gestão, sendo para tanto o espaço conselheiro mero meio de homologação das agendas de políticas propostas pelo Poder Executivo.

Esse aspecto da participação da sociedade nos espaços públicos institucionalizados induz à percepção de que os atores formam suas identidades políticas e coletivas a partir da lógica da ação conjunta, pautada principalmente no cálculo racional da relação custo/ benefício do envolvimento em interações cooperativas (Olson 1971, 1982; Santos 1994).

A questão da participação, e com ela a relação de proximidade entre os novos movimentos sociais e os canais de deliberação política, se tornou chave no regime democrático, principalmente após a transição do autoritarismo, porque pôde iluminar as relações de poder que se espelham nas intrincadas relações entre Estado e sociedade (O'Donnell & Schmitter 1986). Para alguns autores (Côrtes 2009a; Labra 1999), os processos participativos dentro dos espaços públicos devem levar em consideração a distinção entre os tipos de atores envolvidos. Assim, Côrtes chama atenção para um importante aspecto: cada grupo de atores se refere a distintos projetos políticos. Os autores alinhados à teoria dos novos movimentos sociais apontaram as singularidades do sujeito político como ator social e das identidades político-coletivas (Laclau 1986; Landi 1982), que se diferenciam dos atores governamentais e de mercado. Tendo por enfoque a questão do ator social nos espaços públicos institucionalizados, a participação sociopolítica cumpre, pelo menos, três objetivos: aprofundar a educação e a construção de cidadanias políticas (Landi 1985); identificar as demandas sociais; e exercer controle social sobre as instituições.

As perspectivas acerca da atuação da sociedade civil e do papel dos novos movimentos formam parte, no Brasil, de uma agenda de investigação que, seja no aspecto nacional ou no local, procura pensar nos avanços e desafios da

democratização do país. Experiências tais como os movimentações sociais, os conselhos de políticas públicas, os fóruns nacionais, as organizações da sociedade civil (ONGs), as associações de moradores, entre outras, formam um leque de espaços públicos criados durante os anos 1980 e 1990 que atestam, segundo alguns autores, a um só tempo, a capilarização da mobilização societária e a mudança das relações entre Estado e sociedade (Dagnino 2002; Sousa Santos & Avritzer 2009).

O ponto central a destacar aqui, contudo, refere-se às dificuldades encontradas pelos movimentos societários em se inserirem nos espaços públicos institucionalizados. Se, por um lado, o estado do Rio de Janeiro, por exemplo, assim como outras regiões do país, conheceu uma proliferação de movimentos associativos de base até a redemocratização (Boschi 1987; Manwaring 1985; Viola & Manwaring 1987), por outro lado é importante ressaltar que ao longo do tempo a autonomia desses movimentos foi se perdendo, ganhando espaço os vínculos mais estreitos das entidades sociais com o Estado, como no caso da opção pela institucionalização dos espaços públicos de participação social: os conselhos de saúde (Gerschman 2004a).

Mas, no âmbito de um contexto social em que imperam lógicas ainda perversas de desigualdade e em que culturas políticas como o fisiologismo e o clientelismo guiam a ação do Estado, os conselhos de saúde deparam-se com o desafio de instaurar, de fato, suas próprias instâncias como espaços de democracia deliberativa. Entre esses obstáculos, o isolamento de segmentos das mobilizações societárias e a falta de recursos próprios para a realização das atividades concernentes ao controle social colocam em lados opostos a sociedade e o Estado (Escorel & Moreira 2011: 299).

Considerações finais

Seria possível afirmar que, se por um lado, nas últimas três décadas, as transformações vivenciadas no âmbito da sociedade civil e dos novos movimentos sociais apontam para tendências inovadoras e de diversificação das formas de participação (tais como os conselhos de políticas), por outro a confluência entre projetos muitas vezes antagônicos de Estado e sociedade se impõe como um desafio à democratização dos espaços públicos no Brasil. No

limite, como coloca Labra (2006: 380), “as unidades associativas sofrem o impacto do déficit mais geral da sociedade brasileira de atributos próprios de ‘comunidade cívica’”. Como ressaltado pelo trabalho de Putnam (2005: 102), a participação pressupõe uma série de relações horizontais de reciprocidade e confiança, que são apreendidas na base e nos fundamentos da socialização dos indivíduos; importante questão no que se refere ao aprofundamento e à capacitação dos sujeitos políticos conselheiros, na via do controle social.

Na última década do século XX e na primeira do XXI, no Brasil, a Reforma Sanitária e a atuação dos novos movimentos sociais entraram em conflito com as políticas de ajuste. A fragmentação das demandas sociais pós-democratização contribuiu, junto com a despolíticação da sociedade, com a paralisia da militância social em saúde e com as práticas que a caracterizaram.

Na formação dos conselhos e dos canais de participação social observou-se, nas novas configurações dos atores e dos chamados novos movimentos sociais, a presença de formatos de atuação neocorporativos. No caso do Brasil pós-democratização, os conselhos de saúde compartilham um conjunto de características singulares com todos os conselhos gestores em cuja formação o Estado teve um papel central.

A perspectiva adotada por diversos autores ressalta a importância dos arranjos neocorporativos construídos nas próprias arenas deliberativas. Com isso, não aponta-se para mecanismos de cooptação dos representantes da sociedade por parte do Estado, mas para as formas regulatórias de controle da agenda política por parte dos gestores. Esse é um dos grandes dilemas enfrentados pela democratização da participação social dentro dos conselhos de saúde.

Mas a institucionalização desses espaços, em verdade, acaba representando o legado de se tornar mais uma estrutura organizativa do próprio Estado. Nesse sentido, os conselhos permaneceram atrelados à sua origem sem a autonomia que caracterizou o movimento social do setor no processo de democratização e na luta pela saúde como direito social e universal à cidadania.

Referências bibliográficas

AVRITZER, L. 2007. “Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização a legitimidade da ação”. *Dados*, vol. 50, nº 3, pp. 444-464.

- BACHRACH, P; BARATZ, M. 2011. "Duas faces do poder". *Revista de Sociologia e Política*, vol. 19, nº. 40, out., pp. 149-157.
- BAHIA, L. 2001. "Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, nº. 2, pp. 329-339.
- BISPO JÚNIOR, J.P.; GERSCHMAN, S. 2012. "Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 18, nº 1, dez., pp. 7-16.
- BOSCHI, R. 1987. *A arte da associação: política de base e democracia no Brasil*. São Paulo: Vértice; Rio de Janeiro: Iuperj.
- CARDOSO, F. H. 1975. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- CASTEL, R. 2005. *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes.
- CAWSON, A. 1986. *Corporatism and Political Theory*. Oxford: Basil Blackwell.
- _____. 1996. "Corporativismo". In: OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. (Orgs.). *Dicionários do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: J. Zahar.
- COELHO, V.S. 2007. "A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados". *Novos Estados*, nº 78, jul., pp. 77-92.
- COLLINS, R. 2009. *Quatro tradições sociológicas*. Petrópolis: Editora Vozes.
- CÔRTEZ, S.V. 2007. "Viabilizando a participação em conselhos de políticas públicas municipais". In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. (Org.). 2009a. *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. 2009b. "Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 25, nº 7, jul., pp. 1626-1633.
- CÔRTEZ, S.V.; GUGLIANO, A. 2010. "Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil". *Sociologias*, nº 24, pp. 44-75.

- COTTA, R. M. M. *et al.* 2011. “O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde”. *Physis*, vol. 21, nº 3, pp. 1121-1137.
- _____. 2009. “Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde”. *Physis*, vol. 19, nº 2, pp. 419-438.
- DAGNINO, E. (Org.). 1994. *Anos 90: Política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense.
- _____. (Org.). 2002. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra.
- _____. 2004. “Confluência perversa, deslocamentos de sentido, crise discursiva”. In: GRIMSON, A. (Org.). *La cultura en las crisis latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO.
- DAHL, R. A. 2005. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: USP.
- DEMO, P. 2009. *Participação é conquista*. São Paulo: Cortez.
- DURHAM, E. 1984. “Movimentos sociais: A construção da cidadania”. *Novos Estudos*, nº 10, out., pp. 24-30.
- EASTON, D. 1957. “An Approach to the Analysis of Political System”. *World Politics*, vol. 9, nº 3, apr., pp. 383-400.
- ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. 2005. “As conferências nacionais de saúde na construção do SUS”. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. 2011. “Desafíos de la participación social en salud en las nuevas agendas de la Reforma Sanitaria Brasileña: Democracia deliberativa y efectividad”. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participación, democracia y salud*. Buenos Aires: Lugar.
- ESPING-ANDERSEN, G. 1991. “As três economias políticas do Welfare State”. *Lua Nova*, nº 24, set., pp. 85-116.

- FALEIROS, V. P. et al. 2006. *A construção do SUS: História da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. 1990. “A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde”. *Dados*, vol. 2, pp. 257-283..
- FLEURY, S. 1994. *Estado sem cidadãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- GERSCHMAN, S. 2004a. *A democracia inconclusa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. 2004b. “Conselhos municipais de saúde: Atuação e representação das comunidades populares”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, nº 6, nov./dez., pp. 1670-1681.
- _____. 2010. “Formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro”. In: UGÁ, M. A. et al. (Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: O caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Org.). 2003. *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- GUIMARÃES, C. 1977. “Empresariado, tipos de capitalismo e ordem política”. In: MARTINS, C. E. (Org.). *Estado e capitalismo no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- GUIZARDI, F. L. et al. 2004. “Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: Uma análise das conferências nacionais de saúde”. *Physis*, vol. 14, nº 1, jan./jun., pp. 15-39.
- HABERMAS, J. 1984. *Mudança estrutural da esfera pública*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- HALL, P.; TAYLOR, R. 2003. “As três versões do neoinstitucionalismo”. *Lua Nova*, nº 58, pp. 193-223.
- HECLO, H. 1981. “Toward a New Welfare State?” In: FLORA, P.; HEIDENHEIMER, A. *The Development of the Welfare State*. New Brunswick: Transaction.
- LABRA, M. E. 1999. “Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses: Uma revisão”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol. 9, nº 2, pp. 131-166.

- _____. 2005. “Conselhos de saúde: Dilemas, avanços e desafios”. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). *Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. 2006. “Conselhos de saúde: Visões ‘macro’ e ‘micro’”. *Civitas*, vol. 6, pp. 199-221.
- _____. 2010. “Conselhos de saúde do estado do Rio de Janeiro: Complexidades e paradoxos do controle social”. In: UGÁ, M. A. *et al.* (Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: O caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. 2008. “É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde?”. *Divulgação em saúde para debate*, nº 43, jun., pp. 106-117.
- LACLAU, E. 1986. “Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 1, nº 2, pp. 41-47.
- LANDI, O. 1982. “Crisis y lenguaje políticos”. *Estudios CEDES*, vol. 4, nº 4.
- _____. 1985. “Sobre lenguajes, identidades y ciudadanías políticas”. In: LECHNER, N. *Estado y políticas en América Latina*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- LUCE, R. D.; RAIFFA, H. 1975. *Games and Decisions*. New York: Wiley.
- LUKES, S. 2007. *El poder: Un enfoque radical*. Madrid: Alianza.
- MARSHALL, T. H. 1965. *Política social*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____. 1967. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MANWARING, S. 1985. “Grass Roots Popular Movements and the Struggle for Democracy: Nova Iguaçu, 1974-1985”. *Working Paper*, Kellogg Institute, nº 52, dec.
- MARTINS, P. C. *et al.* 2008. “Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: Matrizes da utopia”. *Physis*, vol. 18, nº 1, pp. 105-121.
- MELO, C. R.; SÁES, M. A. (Orgs). 2007. *A democracia brasileira: Balanço e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: UFMG.

- MELO, D. T. 2015. *Movimentos sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Mauad X/FAPERJ.
- O'DONNELL, G. 1998. "Accountability horizontal e novas poliarquias". *Lua Nova*, nº 44, pp. 27-54.
- O'DONNELL, G.; SCHMITTER, P. 1986. *Transitions from Authoritarian Rule: Tentative Conclusions about Uncertain Transitions*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- OFFE, C. 1995. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense.
- OLSON, M. 1991. *The Logic of Collective Action*. Massachusetts: Harvard University Press.
- _____. 1982. *The Rise and Decline of Nations*. New Haven: Yale University Press.
- OSTROM, E. 2000. *El gobierno de los bienes comunes: La evolución de las instituciones de acción colectiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
- PAIM, J. 2008. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a contribuição e crítica*. Rio de Janeiro/Salvador: Fiocruz/EDUFBA.
- PEREIRA NETO, A. F. 2012. *Conselhos de favores: Controle social na saúde – a voz dos seus atores*. Rio de Janeiro: Garamond.
- PIERSON, P. 1997. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University.
- PITKIN, H. F. 1997. *The Concept of Representation*. Berkeley: University of California.
- POULANTZAS, N. 2000. *O Estado, o poder, o socialismo*. São Paulo: Graal.
- PUTNAM, R. 2005. *Comunidade e democracia: A experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV.
- RIBEIRO, J. M. 1997. "Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS)". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13, nº 1, jan./mar., pp. 81-92.

- SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. 2006. "O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 21, nº 61, jun., pp. 177-190.
- SANTOS, W. G. 1979. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus.
- _____. 1994. *Razões da desordem*. Rio de Janeiro: Rocco.
- SCHATTSCHEIDER, E. E. 1960. *The Semi-Sovereign People*. New York: Wadsworth.
- SCHERER-WARREN, I.; KRISCHKE, P. J. (Org.). 1987. *Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul*. São Paulo: Brasiliense.
- SCHMITTER, P. 1967. "Introdução". In: MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____. 1998. "Continúa el siglo del corporativismo?". In: LANZARO, J. (Org.). *El fin del siglo del corporativismo*. Bogotá: Nueva Sociedad.
- _____. 1993. "La consolidación de la democracia y la representación de los grupos sociales". *Revista Mexicana de Sociología*, nº 3, jul./sept., pp. 3-30.
- SCHMITTER, P.; STREECK, W. 1992. "Comunidad, mercado, Estado... y asociaciones? La contribución propositiva del gobierno del interés al orden social". In: SCHMITTER, P.; STREECK, W.; LEHMBRUCH, G. (Coords.). *Neocorporativismo II: Más allá del Estado y el mercado*. Mexico: Alianza Editorial.
- SCHUMPETER, J. 1961. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura.
- SOUSA SANTOS, B.; AVRITZER, L. 2009. "Introdução: Para ampliar o cânone democrático". In: SOUSA SANTOS, B. (Org.). *Democratizar a democracia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- SOUZA, C. 2007. "Estado da arte da pesquisa em políticas públicas". In: HOCHMAN, G. et al. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- STEINMO, S.; THELEN, K. 1991. *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University.

- TITMUSS, R. 1958. *Essays on the Welfare State*. London: G. Allen & Unwin.
- UGÁ, M. A. *et al.* 2008. “O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: Financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 13, nº 5, set./out., pp. 1431-1440.
- VIANNA, M. L. W. 2000. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan.
- VIOLA, E.; MAINWARING, S. 1987. “Novos movimentos sociais: Cultura política e democracia – Brasil e Argentina”. In: SCHERER-WARREN, I.; KRISCHKE, P. J. (Org.). *Uma revolução no cotidiano? Os novos movimentos sociais na América do Sul*. São Paulo: Brasiliense.
- WEBER, M. 1978. *Economy and Society*. Berkeley: University of California Press.