

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**COMUNIDADE CÍVICA, CAPITAL
SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE NO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

por

Jorge Eduardo St.Aubyn de Figueiredo

**Dissertação apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, com
vistas à obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública**

Orientadora: Prof^a Maria Eliana Labra

RIO DE JANEIRO, MARÇO DE 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Esta dissertação intitulada

**COMUNIDADE CÍVICA, CAPITAL SOCIAL E
CONSELHOS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

apresentada por

Jorge Eduardo St. Aubyn de Figueiredo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes
membros:

Prof. Dr. Maria Alice Rezende de Carvalho
Prof. Dr. Jeni Vaitsman
Prof. Maria Eliana Labra
Prof. Leandro Picket Carneiro
Prof. Eduardo Stotz

Dissertação defendida e aprovada em 29 de março/2001

FICHA CATALOGRÁFICA

FIGUEIREDO, J. E. St.
COMUNIDADE CÍVICA , CAPITAL SOCIAL E CONSELHOS DE
SAÚDE NO ESTDO DO RIO DE JANEIRO
Jorge Eduardo St. Aubyn de Figueiredo
ENSP/FIOCRUZ, Rio de janeiro, março de 2001.
Orientadora: Maria Eliana Labra
Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública da
Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTOS

- À meu pai Porfírio e à minha mãe Gabriela (*in memoriam*), pelo apoio sem reservas em todos os momentos da minha vida.
- Aos meus filhos Ricardo, Tiago e Marcelo como expressão de todo o meu amor por eles.
- Aos meus irmãos, pelo incentivo e apoio a esta nova etapa da minha vida.
- À Maria Albertina Fortes, pela infinita paciência com que acompanhou esta empreitada.
- À professora Maria Eliana Labra, pela orientação dedicada e competente, os estímulos à minha autoconfiança, as sugestões brilhantes que permitiram finalizar com êxito este trabalho.
- À Dra. Maria do Espírito Santo dos Santos, Secretária do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro pela inestimável cooperação na localização dos conselhos de saúde e de seus dirigentes, assim como aos técnicos que com ela trabalham.
- Aos conselheiros estaduais, cuja boa disposição foi fundamental no teste do questionário;
- Aos funcionários e conselheiros municipais, contatos imprescindíveis na aplicação e recepção do instrumento pesquisa.
- Aos entrevistados, cujas informações permitiram a realização do trabalho.
- Às professoras Maria Alice Rezende de Carvalho, do IPUERJ e Jeni Vaitsman, da ENSP, pela participação na Banca Examinadora e pelos ilustres comentários.

- À Luís Otávio Pires, sociólogo da Fiocruz, cuja colaboração foi imprescindível na elaboração do questionário.
- À Rachel Viana, bolsista PIBIC, pela diligente ajuda na aplicação do instrumento de pesquisa.
- Aos meus colegas de turma e docentes que com afeto me ajudaram a enriquecer a discussão da tese.
- Ao Ministério da Saúde de Cabo Verde e à Organização Mundial da Saúde, pelo apoio financeiro integral e contínuo à minha pós-graduação.
- A todos os que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

O meu sincero muito obrigado

SUMÁRIO

	página
Resumo	7
Apresentação	8
Introdução	10

CAPÍTULO I – Cultura Cívica: aspectos teóricos e conceituais

Introdução	17
1. Democracia participativa – uma discussão atual	21
2. Democracia e cultura participativa	28
3. Comunidade cívica, capital social e associativismo	32
3.1 Comunidades cívicas	32
3.2 Capital social	34
3.3 As associações de interesse	38
Conclusões	41

CAPÍTULO II – Democracia Participativa no Brasil: dificuldades e potencialidades

Introdução	43
1. As desigualdades no Brasil	44
2. As regras do jogo da participação da sociedade civil – alguns aspectos dos antecedentes do processo participativo no setor saúde	46
3. Os conselhos de saúde como arenas de participação e controle social.....	52
4. Os conselhos de saúde e as cadeias de relações sociais	57
Conclusões	59

CAPÍTULO III – A Pesquisa: perfil dos conselheiros representantes dos usuários nos CSs da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro

Introdução	61
1. Aspectos metodológicos	64
2. Classificação das entidades	69
3. Perfil dos representantes dos usuários	71
▪ Gênero	71
▪ Situação trabalhista	71
▪ Idade	72
▪ Escolaridade	73
▪ Meios de informação	74
▪ Participação política, cultural e outras	75
4. As relações entre os conselheiros representantes dos usuários e entre estes e os outros segmentos	77
5. As relações que os conselheiros mantêm com as associações que representam	79
6. Aspectos da conduta cívica do conselheiro e sua relação com os CS	85
a) Influência dos CSs em certas dimensões da vida do conselheiro	87
b) Influência dos CSs na mudança de comportamento político dos conselheiros	90
7. Os conselheiros e o controle social	91
Conclusões	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
BIBLIOGRAFIA	104

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Questionário	109
Anexo 2: Dados sobre os municípios da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro	114
Quadro I – População, renda média familiar <i>per capita</i> e percentual de pobres	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – CMSs pesquisados, número de representantes Do segmento dos usuários e % de respostas obtidas	65
Tabela 2 – Classificação e distribuição percentual das entidades que os conselheiros entrevistados representam nos CSs	69
Tabela 2.1 – Associações de moradores e de portadores de patologia criadas na década de 1990	70
Tabela 3 – Distribuição por sexo	71
Tabela 3.1 – Situação trabalhista dos conselheiros	72
Tabela 3.2 – Distribuição dos conselheiros por faixa etária	73
Tabela 3.3 – Distribuição por nível de instrução	73
Tabela 4 – Meios e freqüência com que os conselheiros se mantêm informados	75
Tabela 5 – Conselheiros que participam em organizações sociais (%)	76
Tabela 5.1 – Conselheiros que participam em mais de uma organização social (%)	76
Tabela 6 – Opinião dos conselheiros sobre O tipo de relação prevalecente nos CMSs.....	77
Tabela 6.1 – Opinião dos conselheiros sobre o gestor	78
Tabela 7 – Relação do conselheiro com a entidade que representa	79
Tabela 7.1 – Distribuição absoluta e relativa por gênero dos ocupantes de cargos de direção nas associações de base	80
Tabela 7.2 – Forma e indicação do conselheiro	81

Tabela 8 – Taxa de renovação dos conselheiros	83
Tabela 8.1 – Conselheiros que participam em outros CMSs que não o da saúde	84
Tabela 9 – Influência da participação no CMS em algumas dimensões da vida do conselheiro	87
Tabela 9.1 – Influência da participação em outras dimensões da vida do conselheiro	87
Tabela 9.2 – Influência do conselheiro sobre a qualidade da sua participação no CMS.....	88
Tabela 9.3 – Opinião dos conselheiros sobre a influência dos CMSs na assistência à saúde	89
Tabela 10 – Interesse do conselheiro pelo sistema político local, por questões de governo e política de saúde	90
Tabela 10.1 – Interesse pelas questões de cidadania	91
Tabela 11 – Opinião dos conselheiros sobre o controle social	93
Tabela 12 – Razões pelas quais o controle social não funciona	93

RESUMO

À luz da discussão conceitual sobre cultura cívica, associativismo e capital social, o trabalho examina resultados de pesquisa realizada com conselheiros representantes dos usuários nos conselhos de saúde (CSs) da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Dentre as tendências constatadas, destaca-se a contribuição positiva da participação desse grupo nos CSs em diferentes dimensões: no plano individual, incentiva a superação pessoal; em termos de cultura cívica, incute maior interesse pelo funcionamento dos poderes públicos, pelos direitos e deveres de cidadania e pelas políticas de saúde; no campo associativo, além de induzir a sociedade civil a se organizar melhor para desenvolver ações coletivas, reforça as interações comunicativas entre a associação e seu representante; por último, tende a fomentar condutas pautadas pela cooperação, a tolerância, a reciprocidade e o respeito ao outro.

APRESENTAÇÃO

Atuando como médico em Cabo Verde, meu país natal, com certa freqüência me perguntam por que estudar os conselhos de saúde do Brasil e qual é a importância desse tema para meu país.

Cabo Verde é uma pequena república atlântica constituída por 10 ilhas, das quais nove são habitadas. Localizada a 500 quilômetros da Costa Ocidental da África, ao sul das Ilhas Canárias, ocupa a área terrestre de 4.033km², e sua população é de 450.000 habitantes.

Ex-colônia portuguesa, conquistou a independência em 5 de julho de 1975, tendo sido governada ao longo dos 15 anos seguintes pelo Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC), sob regime socialista de partido único.

Em 1990, com a abertura política, instalou-se no país um regime político democrático, que vigora até hoje.

Durante a maior parte desses 15 anos de trabalho, desempenhei as funções de clínico geral e delegado do Ministério da Saúde em quatro municípios do país, o que me permitiu perceber a importância da mobilização e da participação da população na discussão e no enfrentamento de seus problemas de saúde.

Ao começar meus estudos na ENSP, em 1998, e tomar conhecimento do sistema de saúde do Brasil, fui positivamente surpreendido pela institucionalização da participação social na área da saúde por intermédio dos conselhos de saúde, interessando-me desde logo em estudar esse importante, e talvez único, fenômeno pelas potencialidades de sua aplicação em Cabo Verde, cuja

dinâmica cultural e societária apresenta-se favorável à participação da sociedade civil na solução de seus problemas. Essa constatação levou-me a empreender uma pesquisa com representantes dos usuários nos conselhos de saúde da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, cujos resultados, de vários modos surpreendentes e até originais, são aqui apresentados.

INTRODUÇÃO

Os conselhos de saúde (CSs), arranjos institucionais do setor saúde abertos à participação da sociedade civil organizada, só recentemente emergiram no cenário político-institucional brasileiro, a partir das reformas setoriais que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mais concretamente, a partir de 1990, quando são aprovadas as leis 8.080 – Lei Orgânica da Saúde – e a 8.142, que dispõe sobre os CS em âmbito nacional, esses instrumentos passam a fazer parte da configuração institucional setorial, com a incumbência de garantir o cumprimento do princípio constitucional da “participação da comunidade” e assegurar o controle social sobre as ações e serviços de saúde do SUS.

A Lei 8.142/90 formaliza esse controle ao atribuir aos CSs caráter permanente e deliberativo, além de competências para atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões deverão ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”.

De composição mista, os CSs incluem representantes do governo, dos profissionais e dos prestadores do setor em condição paritária com os representantes dos usuários, escolhidos por associações da sociedade civil. Nessa medida, são uma importante inovação no âmbito da organização do setor saúde brasileiro, com a particularidade, segundo Carvalho (1995), de “situarem-se

na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado brasileiro, aparecendo como um constructo institucional expressivo da imagem-objeto de democracia em saúde, perseguida pelo processo da Reforma Sanitária”. Assim, os CSs fazem parte da Reforma Sanitária, enquadrada, por sua vez, na questão mais ampla da democratização e descentralização do Estado no contexto das reformas sociais iniciadas a partir da segunda metade da década de 1970.¹

A Reforma Sanitária é uma proposta democratizante fundada nos princípios da equidade, na garantia da saúde como direito social e na construção de um poder local fortalecido pela gestão democrática. Incorpora à conceitualização da saúde os determinantes sociais do processo saúde/doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, superando o paradigma clínico de atenção às enfermidades, e projeta uma nova divisão do trabalho, que atua em todas as funções inerentes à promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Ao traduzir a noção de equidade como acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo discriminações, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de justiça social fundado na solidariedade e na inclusão social.

Para Fleury (1997), a proposição de um sistema igualitário, em uma das sociedades mais fortemente marcadas pela desigualdade social, revela que o imaginário social não se deixou abater por essa dura realidade.

¹ A literatura sobre a Reforma Sanitária brasileira e os conselhos de saúde é vasta. Ver, entre outros, Melo, 1991; Jacobi, 1980; Carvalho, 1995; Gerschman, 1995; Fleury, 1997, assim como a revista *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. III, nº 1, 1998, dedicada ao tema dos conselhos.

Nesse contexto, o projeto da Reforma Sanitária inclui, assim, uma nova visão de sociedade e de sua relação com o poder estatal, ao situar-se na contramão das tendências predominantes, que enfocam o pragmatismo e o individualismo como valores universais. Concebe uma sociedade constituída por cidadãos participativos, conscientes quer da relevância de sua individualidade e do interesse próprio, quer da importância da ação coletiva. Essa concepção pressupõe o reconhecimento do próximo como igual, preserva a expressão individual como fundamental para o processo de desenvolvimento, mas resgata, na solidariedade e na confiança generalizada, os princípios da construção de uma real cidadania.

Tal como pontificado na Constituição de 1988, apostou-se na construção de uma sociedade mais justa e livre, baseada no aprofundamento da democracia participativa como principal mecanismo para se atingirem a dignidade, a liberdade e a justiça social.

Posto isso, os CSs aparecem enquadrados numa estratégia institucional que tem por finalidade não só abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, reforçando assim a dinâmica social no sentido de sua organização em associações de interesse, mas também, por meio da própria participação quer nos CSs, quer nas associações de base, facilitar a disseminação da cultura participativa própria de uma comunidade cívica, que encontra na igualdade, solidariedade, confiança e tolerância seus princípios fundamentais.

A literatura atual sobre democracia participativa, comunidade cívica, capital social e associativismo procura resgatar a importância do papel da sociedade civil na

consolidação do processo democrático. Um aspecto central ressaltado nessa literatura é a importância da participação cívica, entendida como o conjunto das ações desenvolvidas pela sociedade civil no controle social efetivo sobre as decisões de política do Estado.

Segundo Macpherson (1977), para se alcançar esse objetivo é necessário ir além da diminuição das desigualdades sociais mediante melhor distribuição da renda; é imprescindível que também haja mudanças nos valores, atitudes e práticas que informam a consciência do cidadão. Tradicionalmente considerado apenas em suas condições de consumidor, o cidadão deve passar a agir como executor e desfrutador da execução e do desenvolvimento de suas capacidades. Para isso, é necessário fortalecer na sociedade o sentido de “comunidade cívica”.

Os conceitos de comunidade cívica, capital social e cultura cívica foram inspirados no trabalho de Robert Putnam (1996) intitulado *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Putnam acompanhou desde seu início, em 1970, e pelo período de 20 anos o processo italiano de regionalização, procurando explicar as diferenças nas *performances* dos governos regionais em termos de cultura cívica e as variações encontradas entre o norte (cívico) e sul (atrasado) em termos do passado histórico de ambos e da existência ou não de redes de associações.

As conclusões a que chegou e as generalizações que estabeleceu sobre cultura cívica e capital social como promotores de governos eficientes e democracias estáveis foram bastante criticadas por diversos autores, de forma que tais contribuições, embora fundamentais no debate

contemporâneo sobre cultura cívica, devem ser referenciadas com ressalvas.²

A esse respeito, um ponto de discordância tem a ver com o entendimento da expressão comunidade cívica, que, para Putnam, é um grupo constituído por cidadãos imbuídos de um espírito cívico, em que prevalecem relações horizontais de confiança baseadas na igualdade política e na preocupação com as questões de interesse geral. O conceito de capital social, por sua vez, atendo-se aos elementos que o constituem, implica confiança e sistemas de participação cívica. A cultura cívica, entretanto, é tratada como categoria homogênea, sem relação com a estratificação social que caracteriza as sociedades capitalistas atuais. De qualquer forma, como veremos adiante, retivemos das conceitualizações do autor a idéia central relativa à instauração de uma nova ordem moral de cidadania, condizente com o aprofundamento da democracia participativa que, no nosso entender, os conselhos de saúde estariam fomentando.

O presente trabalho consiste em um estudo dos membros representantes dos usuários nos CMSs da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um retrato limitado no tempo, entre junho e agosto de 2000, e, como tal, um corte que não permite extrapolações nem comparações para além do universo pesquisado. Para a obtenção dos dados foi aplicado um questionário aos representantes dos usuários em 16 dos 18 municípios que constituem a Região Metropolitana, visando traçar um perfil que captasse três dimensões da participação nos CSs, a

² Sobre o assunto, ver Golbertg, Ellis/ Sabetti, Filippo/ Levi, Margaret, 1996; Tarrow, Sidney, 1996.

saber (a) as relações desse segmento com os demais integrantes do CS; (b) as relações do conselheiro com a entidade que representa; (c) a influência da participação no CS na conduta cívica do conselheiro usuário.

O trabalho divide-se em três capítulos.

No Capítulo I desenvolvemos os conceitos-chave de democracia participativa, comunidade cívica, capital social e associativismo constantes na literatura pertinente, apreendendo dessa literatura alguns componentes para subsidiar o estudo, dando relevância aos aspectos que contribuiriam para os efeitos positivos da participação nos CSs, que viriam então a desencadear o que chamamos de círculo virtuoso, um aspecto que consideramos importante para o processo democrático participativo.

No Capítulo II abordamos as novas possibilidades abertas pela Constituição de 1988 para a consecução de um dos pré-requisitos da democracia participativa, qual seja, a mudança na consciência dos cidadãos quanto ao engajamento nas questões de interesse geral, a partir de novos patamares de associativismo e de canais de participação direta e indireta da sociedade civil em arenas formais de decisão de políticas. Avanços nesse sentido, entretanto, dependem, como veremos, da diminuição das desigualdades socioeconômicas existentes no Brasil, posto que só assim pode estabelecer-se a efetiva democracia participativa.

No Capítulo III apresentamos os resultados da pesquisa, dentre os quais se destaca o fato de a participação nos CSs ter proporcionado significativas mudanças positivas no comportamento cívico e político dos conselheiros, na medida em que se mostram imbuídos de

uma cultura participativa expressa por seu alto grau de engajamento em organizações sociais, particularmente em suas associações de base e pelo elevado interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre o sistema político local. Por outro lado, a pesquisa demonstra que as relações entre os conselheiros, que compõem o segmento dos usuários, e entre esses e os demais membros do CS são essencialmente de cooperação, pressupondo intercâmbio entre iguais e o estabelecimento de relações horizontais de confiança, facilitadoras do surgimento de comunidades cívicas.

Cabe por último observar que este estudo certamente vai aportar novos conhecimentos ao já vasto acervo existente, contribuindo, além disso, para a revisão de preconceitos pessimistas quanto ao potencial socializador dos CSs e para derrubar mitos sobre o papel dos representantes dos usuários nessa arena. Ao mesmo tempo, servirá de base para pesquisas futuras, ampliando o campo de discussão sobre as conseqüências dos arranjos de participação na edificação de comunidades cívicas e, em última instância, na democratização das políticas de saúde e das instituições que configuram o Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO I

Cultura Cívica: aspectos teóricos e conceituais

Introdução

Os fatores socioculturais assumem importância decisiva no estudo das democracias contemporâneas, particularmente quando se tem em perspectiva a necessidade de participação mais ativa do cidadão nas decisões de políticas que afetam a sociedade como um todo.

Vários estudos, dos quais ressaltamos o de Putnam (1996), apontam para a existência de uma correlação positiva entre desempenho institucional e comunidade cívica. Para esse autor, desempenho institucional refere-se ao "bom governo" – aquele governo democrático que não só é sensível às demandas de seus cidadãos, mas também age com eficácia em relação a tais demandas – e, nesse sentido, ele apresenta vários indicadores para avaliar os governos regionais da Itália.³

Quanto à idéia de comunidade cívica, uma das conclusões de Putnam reveste-se de especial importância relativa ao potencial dos CSs na criação de condições para o desenvolvimento de um círculo virtuoso que envolve participação cidadã, no despertar da consciência cívica e no acúmulo de capital social, fomentando uma espiral que realimenta a instauração de comunidades cívicas capazes de dar sustentabilidade à democracia política e social.

³ O tema do desempenho institucional é central na obra de Putnam (1996). Ver, em particular, o Capítulo 3.

“Parece que quanto mais cívica for uma comunidade, mais abertos e democráticos tenderão a ser os processos de decisão pública e de controle social”, afirma Putnam (1996:133). Nessas comunidades, os cidadãos apresentariam maior interesse pelas questões públicas, se manteriam unidos por relações horizontais de reciprocidade e cooperação, e a cidadania política implicaria direitos e deveres iguais para todos. Nessa medida, capital social diria respeito a características da organização social, como confiança e regras de participação cívica, que contribuiriam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando ações coordenadas.

O ponto de partida para investigar em que medida os CSs poderiam incidir no fomento de um círculo virtuoso baseia-se justamente no seguinte pressuposto: se é certo que existe uma estreita relação entre o nível cívico alcançado por uma comunidade e a consolidação do processo democrático, então, certas instituições, particularmente aquelas que por sua natureza incentivam a participação dos cidadãos na discussão e resolução dos problemas que os afetam, promoveriam o desenvolvimento de comunidades cívicas. Seria lícito esperar, em conseqüência, que mudanças institucionais propiciadoras de práticas participativas nas decisões públicas e incentivadoras da organização dos interesses comunitários, benéficas em si para a formação cívica dos cidadãos, não só levassem à inclusão de camadas da população tradicionalmente excluídas da ação coletiva como também promovessem a participação nesses colegiados. Esse engajamento levaria à acumulação de um estoque de capital social e a sua disseminação em meio aos estratos sociais,

incentivaria o controle social sobre as ações de governo e promoveria o fortalecimento de comunidades cívicas, constituindo-se em autêntico círculo virtuoso que, *ceteris paribus*, evoluiria quantitativa e qualitativamente com o decorrer do tempo.

Segundo Putnam, as comunidades cívicas atingiram sua maior expressão em sociedades que acumularam um certo estoque de capital social por meio da socialização de práticas baseadas em regras de reciprocidade e sistemas de participação cívica que estimularam o estabelecimento da confiança generalizada entre os cidadãos.

Essa afirmação introduziu o primeiro questionamento ao conceito do círculo virtuoso, principalmente porque Putnam não inclui a distribuição de renda enquanto variável de análise, mas apresenta uma sociedade homogênea, em que as questões de classe assumem importância secundária. Sendo assim, a análise se limitaria aos países em que as diferenças de renda estariam minimizadas?

Como, então, tratar esses conceitos em países que apresentam marcada estratificação social e nos quais os programas redistributivos ou não existem, ou têm alcance limitado?

De acordo com Santos (1992:9), não existe a possibilidade de as teorias se bifurcarem, sendo algumas válidas para países ricos e outras aplicáveis a países em desenvolvimento e a nações pobres, atrasadas, estagnadas. Assim, os conceitos de cultura cívica, comunidade cívica e capital social não podem ser questões exclusivas dos países desenvolvidos.

Todas as sociedades, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, defrontam-se com a

necessidade de desenvolverem ações coletivas. O êxito dessas ações depende, em certa medida, do contexto social, político e econômico mais amplo, que determina o rumo das disputas que ocorrem em seu interior.

É o caso da maior parte dos países em desenvolvimento, cujo passado histórico recente tem sido caracterizado por um déficit de participação – dados os longos períodos de dominação autoritária, com a conseqüente desarticulação das relações entre o Estado e a sociedade civil – e pela exclusão social expressa nas grandes franjas de pobreza existentes.

Na opinião de Santos (1993: 130), essa situação gera a conformação de um “hobbesianismo estatofóbico”, caracterizado por individualismo exacerbado, grande desconfiança nas instituições públicas e dificuldade do cidadão em participar de forma desinteressada na resolução dos problemas que dizem respeito a todos. Do mesmo modo, Putnam (1996:154) afirma que a pobreza e a desconfiança mútua entre os cidadãos minam a solidariedade horizontal, gerando o “familismo amoral”, caracterizado por relações verticais de dependência e exploração entre o cidadão e o poder instituído.

Apesar do legado histórico desfavorável, da frágil situação econômica, da violência e do individualismo imperantes, tal estado de coisas pode ser revertido mediante ações que vão ao encontro da satisfação dos pré-requisitos apontados por Macpherson (1977) e enfatizados por Putnam (1996), que consistem, resumidamente, no reforço da auto-imagem do indivíduo como cidadão consciente de seu agir e de suas capacidades, por meio de

ações que reduzam as desigualdades sociais e econômicas, e estimulem a consciência cívica.

No que diz respeito ao desenvolvimento da consciência cívica, o aprofundamento da discussão sobre democracia participativa, comunidades cívicas, cultura cívica e associativismo permite entender em que medida as alterações das regras do jogo impostas pela criação dos CSs, desempenham papel relevante nas mudanças de comportamento, atitudes e práticas sociais, ao contribuir para reforçar a dinâmica associativa, o surgimento de uma cultura participativa e, em última instância, de comunidade cívicas no Brasil.

1. Democracia participativa – uma discussão atual

Afirmar que a Reforma Sanitária é uma proposta democratizante ao vincular saúde e democracia por meio de sua prática teórica e social levanta uma questão de fundo, que vem preocupando os analistas políticos e sociais, qual seja, a relação entre democracia política e participação social. Sendo o sistema representativo imprescindível em sociedades tão complexas e populosas como as atuais, o problema se configura na maneira como tornar as instituições democráticas mais abertas à participação do cidadão nas decisões de políticas destinadas a processar a enorme pluralidade de objetivos presentes na sociedade sem comprometer a eficácia do governo (Macpherson, 1977:83; Heywood, 1997:186; Cohn e Arato, 1993:30; Diamond, 1994:130; Moisés, 1992:7; Reis, 1995:10).

Isso pressupõe, naturalmente, um processo demorado de elaboração coletiva – bem como, aliás, a adoção de procedimentos que assegurem esses mecanismos, os quais comportam complexos procedimentos de negociação entre contendores que têm interesses, concepções e, sobretudo, expectativas distintas sobre a ordem democrática (Macpherson, 1977:83; Moisés, 1992:11; Santos, 1992:31). Além disso, mesmo após o estabelecimento de instituições e procedimentos democráticos, eles nem sempre têm significado equivalente para todos os atores intervenientes do processo. É por isso que a formação de consenso normativo, que permita minimamente o desenvolvimento da democracia sem interrupções a cada conflito fundamental que emerja, se torna tão importante quanto a formação de um sistema partidário eficiente ou a instituição de mecanismos adequados de representação política (Dahl, 1972:26; Schmitter, 1993:9; Moisés, 1992:7; Santos, 1992:18).

Esse consenso, ou pacto entre elites, envolve, entre outros fatores, a generalização de um conjunto de valores, orientações e atitudes políticas em meio aos diferentes segmentos em que se divide o mercado político e resulta tanto dos processos de socialização como da experiência política concreta dos membros da comunidade política (Moisés, 1992:8).

Sinteticamente, podemos considerar os regimes políticos liberais atuais como democracias formais, isto é, democracias cujas constituições garantem a todos os cidadãos legalmente qualificados um conjunto de direitos e liberdades, tais como liberdade de expressão, de ir e vir, de formar organizações, direito à informação, de votar e ser

votado para o exercício de cargos eletivos. Essas garantias são complementadas por um sistema pluripartidário e por eleições livres e periódicas (Dahl, 1972:26).

Esse sistema político formal, entretanto, não vem dando conta da densa diversidade de problemas que afetam as sociedades, e observa-se o surgimento do clamor por maior participação nas decisões políticas por intermédio de organizações sociais não partidárias, nomeadamente as associações de interesse, que vêm ocupando espaços antes exclusivos dos partidos políticos (Schmitter, 1993:6; Cohen e Rogers, 1995:7). De fato, a desilusão em relação às democracias liberais consolidadas, por um lado, e os estímulos ao aprofundamento da democratização em países de recente liberalização, por outro, têm vindo ao encontro da ressurreição da sociedade civil, da reestruturação do espaço público e da intensa mobilização dos grupos independentes (Diamond, 1994:4; Schmitter, 1977:13; Moisés, 1992:10; Cohen e Rogers, 1995:5).

Tais imagens de mobilização popular têm sido difundidas contemporaneamente a partir das mudanças democratizantes que vêm ocorrendo na Ásia, América Latina, Europa do Leste e África. Em muitos países, grandes movimentos societários foram cruciais para o encerramento de autoritarismos de diversas origens. Os cidadãos pressionam e enfrentam as autocracias não como indivíduos, mas como membros de movimentos estudantis, igrejas, associações profissionais, imprensa, associações cívicas, etc.

Compreender o papel da sociedade civil no processo de construção e consolidação da democracia requer uma conceitualização que ultrapasse a simples antinomia entre

Estado e sociedade, vista como um esforço de soma zero (Cohen e Rogers, 1995:6; Heywood, 1997:190).

Para efeitos deste trabalho, sociedade civil é concebida como um campo de organização da vida social, simultaneamente voluntário, auto-regenerativo, largamente auto-sustentado, autônomo com relação ao Estado e só limitado pela ordem legal estabelecida ou pelo compartilhar das regras do jogo. É distinta da sociedade em geral no sentido de que envolve cidadãos agindo coletivamente na esfera pública para expressar seus interesses, paixões e idéias, para trocar informações, buscar objetivos comuns, efetuar demandas ao Estado e fortalecer a responsabilidade dos gestores públicos (Keane, 1988:49; Diamond, 1994:5; Cohen e Arato, 1993:493; Heywood, 1997:201).

A sociedade civil é, assim, uma entidade intermediária, situada entre a esfera privada e o Estado, que não apenas restringe o poder do Estado como legitima sua autoridade quando baseada no cumprimento das leis. Comporta um vasto conjunto de organizações formais e de grupos informais de natureza variada: econômicos (associações comerciais e produtivas); culturais (religiosos, étnicos, comunitários, defensores de direitos coletivos, valores, credos e símbolos); de informação e educação; profissionais; de desenvolvimento (que visam à melhoria da qualidade de vida); orientados por problemas (meio ambiente, de gênero, consumidores); cívicos (promotores da cidadania). Tais constelações comportam ainda mídia independente e organizações vocacionadas para a produção cultural e intelectual – universidades, teatros, institutos publicitários, produtoras de filmes, etc. (Heywood, 1997:201-204).

A sociedade civil relaciona-se com o Estado de várias formas, mas não almeja o exercício do poder formal ou sua inclusão no aparelho estatal. Antes, espera do Estado concessões, benefícios, mudanças políticas, ajuda, reparação ou responsabilidade.

Outro aspecto que a caracteriza diz respeito a sua diversidade e pluralidade, posto que, com algumas exceções, em geral nenhum grupo da sociedade civil representa todos os interesses, quer individuais, quer comunitários.

Por último, a sociedade civil se distingue e é autônoma não só em relação ao Estado, mas também em relação ao sistema partidário. Organizações e redes da sociedade civil podem formar alianças com os partidos políticos, mas, caso sejam cooptadas por eles, perdem a essência de sua razão de ser e dificilmente contribuem com eficácia para a consolidação da democracia (Diamond, 1994:12; Rosenstone & Hansen, 1995:5).

Em resumo, sociedade civil não é uma mera categoria residual, sinônimo de “sociedade” ou de qualquer coisa que não seja Estado ou parte do sistema político formal. Nessa linha de pensamento, Cohen e Arato procuram responder à questão de “ser ou não a sociedade civil uma entidade sobreposta à sociedade em geral”. Esses autores acreditam que vem tomando corpo um projeto de sociedade que recupera a categoria sociedade civil para o léxico da teoria política clássica (Cohen e Arato, 1993:30-31).

Preferíveis às alternativas autoritárias ou totalitárias, quanto mais não seja porque asseguram que a disputa por bens disponíveis pode transcorrer pacificamente, as democracias atuais convivem, no

entanto, com enormes desigualdades sociais, de gênero, de raça e, indiscutivelmente, de classe na participação política.

De fato, os regimes democráticos não representam o apanágio para a resolução dos problemas que afetam a sociedade. As novas democracias (como, em medida diferente, as já consolidadas) revelam-se profundamente marcadas por distribuição desigual não só dos bens materiais, mas também dos bens simbólicos e dos recursos de poder, com os quais são enfrentados os problemas da ordem social. Em conseqüência, o entusiasmo democrático, que normalmente caracteriza a fase inicial do processo, cede lugar, muitas vezes, ao desencanto, à apatia e, mesmo, à hostilidade em face da democracia (Moisés, 1992:6).

Posto isso, a consolidação do processo democrático passa, a nosso ver, por uma nova concepção a respeito do sistema de governo que permita maior participação da sociedade civil nas decisões políticas. Não porque um sistema com mais participação, por si só, elimine as iniquidades sociais, mas porque a baixa participação e a iniquidade estão de tal modo interligadas, que uma sociedade mais equânime e mais humana exige um sistema de participação política mais intensa (Macpherson, 1977:98).

A esse tipo de democracia, em que se destaca o conteúdo ético humanitário baseado na solidariedade e no desenvolvimento integral da comunidade, que assegura a participação mais ampla possível do cidadão tanto na esfera política como na esfera econômica e social, resgatando,

assim, a importância da sociedade civil, Macpherson chama de democracia participativa.

Bobbio (1994:34) contribui para essa discussão quando afirma que “historicamente democracia tem dois sentidos prevaletentes, ao menos na origem, conforme se ponha em maior evidência o conjunto das regras cuja observância é necessária para que o poder político seja efetivamente distribuído entre a maior parte dos cidadãos, as chamadas regras do jogo (formal), ou o ideal em que um governo democrático deveria se inspirar, que é o da igualdade (substantiva)”.

Entretanto, para que a democracia participativa possa ser efetiva são precisos dois pré-requisitos fundamentais (Macpherson, 1977:103; Pateman, 1980:97-98);

a) mudança da consciência do povo – que deve deixar de se ver como essencialmente consumidor para passar a agir como executor e desfrutador da execução e do desenvolvimento de suas capacidades – para o que é necessário fortalecer na sociedade o sentido de “comunidade”;

b) diminuição da atual desigualdade social e econômica, visto que a desigualdade exige um sistema político que limita a participação do cidadão, para manter a sociedade coesa.

Assim, Macpherson formula o modelo de democracia participativa enfatizando os movimentos sociais e a ampliação da ocupação do espaço político pela sociedade civil. O modelo procura combinar os mecanismos da democracia representativa com formato piramidal de participação direta e indireta dos cidadãos, por meio de conselhos, sem excluir, no entanto, o sistema partidário.

Para finalizar, se essas mudanças são pré-requisitos da democracia participativa, podem constituir-se em um círculo vicioso, na medida em que é improvável que sejam atingidos sem participação muito maior do que aquela que se tem hoje. Além disso, a redução da desigualdade social e econômica, sem uma forte ação democrática, é improvável (Macpherson, 1977:105).

O rompimento desse círculo vicioso impõe que as mudanças preconizadas caminhem em paralelo, isto é, que políticas que visem à diminuição das desigualdades existentes sejam acompanhadas de mudanças na consciência popular mediante a socialização de valores morais humanistas, de modo que o cidadão não mais se veja e aja como consumidor, mas como executor e desfrutador de suas capacidades. Tornam-se, assim, fundamentais o desenvolvimento de ações e a institucionalização de práticas visando à socialização de uma cultura participativa na sociedade.

2. Democracia e cultura participativa

O desenvolvimento do fascismo e do comunismo após a Primeira Grande Guerra trouxe sérias dúvidas acerca da inevitabilidade da democracia no Ocidente. A explosão nacionalista na Ásia e África, e a pressão universal no sentido da emancipação e inclusão dos povos no mundo moderno vêm levantando uma importante questão política, que consiste em determinar qual será o caráter futuro da cultura mundial. As mudanças culturais têm efetivamente adquirido novo significado na história contemporânea.

A evolução do conhecimento e do controle sobre a natureza, que atingiu seu auge no Ocidente em algum

momento entre três e quatro séculos atrás, foi gradualmente se globalizando num movimento cada vez mais rápido. Processos de mudança cujos resultados se mediam em séculos hoje se medem em décadas ou, mesmo, anos (Keane, 1988:50). Se o movimento de transformações tecnológicas e de racionalização das organizações sociais modernas ocidentais se difundiu com facilidade no mundo, aparecendo com grande uniformidade em praticamente toda parte, a direção das mudanças políticas, contudo, não é tão nítida.

Existe, entretanto, um aspecto dessa nova cultura política que é discernível: trata-se de uma cultura política de participação (Macpherson, 1977; Pateman, 1996; Moisés, 1992; Boschi, 1987). Na maioria das nações do mundo ocidental a crença de que o cidadão comum é politicamente relevante – que deve participar de forma ativa em todo o processo político – está bastante difundida. Grupos de pessoas antes excluídas estão demandando com força crescente sua inclusão no sistema, e, hoje, raras são as lideranças políticas que não professam compromisso com essas metas.

O desenvolvimento do modelo de Estado democrático participativo nessas novas nações exigirá mais do que os simples mecanismos formais da democracia – sufrágio universal, sistema de partidos políticos, eleições legislativas. As instituições, de fato, fazem parte também do modelo participativo totalitário, quanto mais não seja em termos formais (Macpherson, 1977:116; Pateman, 1980:95-98; Keane, 1988:49; Diamond, 1994:7).

Como se disse, para esses autores, a forma democrática de participação requer uma cultura política

assentada em bases reformadoras das teorias humanistas, como alternativa à teoria democrática liberal.

Os debates sobre a natureza da cultura participativa têm sido associados à idéia da cultura cívica, disseminada pela obra, já clássica, *The Civic Culture*, de Almond e Verba (1963). A contribuição desses autores, no entanto, até hoje é objeto de grande controvérsia.

Em nossa análise utilizaremos a expressão cultura participativa em vez de cultura cívica, ou política, estas últimas usadas indistintamente. O conceito de cultura cívica desenvolvido por Almond e Verba a partir da teoria democrática liberal prioriza, por um lado, os arranjos institucionais no método democrático, tratando a cultura política como um dado adquirido, não questionando, por exemplo, o *status quo* existente;⁴ isso significa que as iniquidades sociais nas democracias liberais são tratadas de forma separada, sendo irrelevantes para a igualdade formal dos cidadãos (Pateman, 1980:59; Wiatr, 1980:104; Macpherson, 1977:101). Nessa perspectiva, a teoria liberal é incapaz de reconhecer enquanto problemas questões fundamentais evidenciadas no trabalho de Almond e Verba e que dizem respeito à estreita relação entre cultura cívica e variáveis como situação do indivíduo na escala social, sexo e raça (Pateman, 1980:50-61; Wiatr, 1980:106).

Almond e Verba baseiam-se na definição e classificação de Parsons e Shils sobre os três tipos de orientação política – *cognitiva*, *afetiva* e *avaliativa* – e argumentam que cultura política referir-se-ia quer a orientações individuais em face do sistema político e suas

instituições, quer em face de seu próprio papel dentro do sistema. A cultura política seria, então, um modelo formado pela distribuição dessas atitudes em meio à sociedade, enquanto a cultura cívica seria a descrição dessas orientações tal como existem na realidade (Almond e Verba, 1963:13-14). Os autores, portanto, tratam a cultura cívica como se representasse a distribuição aleatória das orientações políticas apropriadas por toda a população. A conexão entre situação econômica, classe, sexo e participação política ficou, entretanto, plenamente demonstrada nos resultados da própria pesquisa, isto é, a cultura cívica não tem distribuição aleatória em meio à população, mas é diretamente dependente da posição que o indivíduo ocupe na escala social (Pateman, 1980:75; Newton, 1999:175).

Posto isso, a cultura participativa deve ser enquadrada numa perspectiva teórica alternativa à teoria liberal, que dê conta desses fenômenos sociais e tenha uma visão mais abrangente de participação política e social. Uma alternativa teórica que se afaste da perspectiva histórica defendida na parte introdutória de *The Civic Culture*, de que existem só duas possibilidades em termos de sistemas políticos: a democracia liberal ou o totalitarismo.

A cultura participativa deve ter como base, portanto, o aprofundamento da tradição democrática humanista, que afirma: “o desenvolvimento do indivíduo no sentido da sua auto-realização só é possível quando os atos individuais de

⁴ A respeito, ver Schumpeter (1984); Almond e Verba (1963); Pateman (1980); Cohen & Rogers (1995), entre outros.

cidadania sejam atos que reflitam uma participação consciente e autônoma no processo de decisão política que afeta a comunidade (Pocock, *apud* Pateman, 1980:97; Macpherson, 1977:104). Esse conceito de cultura política é mais apropriado a um sistema de democracia participativa, à qual se deve aliar o sentido de comunidade.

3. Comunidade cívica, capital social e associativismo

Como vimos na primeira parte deste capítulo, em conformidade com a teoria da democracia participativa, a participação em outras esferas da vida em sociedade (econômica e social), além da política, deve ser incentivada, na medida em que promove mudanças nos valores que regem a sociedade, necessárias à transformação do cidadão consumidor em cidadão auto-realizado. Nesta seção abordaremos três pontos relacionados à participação na esfera social, na medida em que têm relação direta com os objetivos do presente estudo. São eles: comunidade cívica, capital social e associativismo ou representação de interesses.

3.1 Comunidades cívicas

Quanto a esse primeiro conceito, duas características são as mais importantes, enquanto variáveis de aferição de conduta cívica.

A primeira é participação cívica, que definimos, com Putnam, como a busca perseverante do bem público à custa de todo o interesse puramente individual e particular. Numa comunidade cívica, a cidadania caracteriza-se primeiramente

pela participação cívica nos negócios públicos. Nela, os cidadãos não têm de ser obrigatoriamente altruístas, uma vez que buscam o que Tocqueville chamava de “interesse próprio corretamente entendido”, isto é, o interesse próprio que é esclarecido e não míope, que é sensível ao interesse dos outros (Putnam, 1996:97-105).

As outras características que podem contribuir para a definição de uma comunidade cívica são:

- **igualdade política** – não como resultado do cumprimento estrito da lei, mas fazendo parte de uma conduta cívica interiorizada e assumida com normalidade pela sociedade. Na comunidade cívica, a cidadania implica direitos e deveres iguais para todos. A comunidade mantém-se unida por relações horizontais de reciprocidade e cooperação, e não por relações verticais de autoridade e dependência. Nela, os cidadãos interagem como iguais, e não como patronos e clientes ou governantes e requerentes Putnam (1996:102). Podemos, então, esperar que uma comunidade seja tanto mais cívica quanto mais a política se aproxime do ideal de igualdade política entre cidadãos que seguem as regras de reciprocidade e participam na resolução dos assuntos públicos;

- **solidariedade, confiança e tolerância** – os cidadãos de uma comunidade cívica são mais do que meramente atuantes, imbuídos de espírito público e iguais. Eles costumam ser *prestativos, solidários, respeitosos e confiantes* uns nos outros, mesmo quando divergem em relação a assuntos importantes. A comunidade cívica não está livre de conflitos, mas seus cidadãos são mais tolerantes para com seus oponentes. A confiança mútua é um importante preceito moral na comunidade cívica,

permitindo até superar mais facilmente o que os economistas chamam de “oportunismo contraproducente”, no qual os interesses comuns não prevalecem porque o indivíduo, por desconfiança, prefere agir isolada e não coletivamente (Putnam, 1996:103).

A confiança, como veremos a seguir, é também atributo fundamental do capital social.

2.2 Capital social

Como salientamos, capital social, para efeitos deste trabalho, diz respeito a características da organização social, como confiança, normas e regras, que contribuem para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas (Putnam 1996:170).

Assim como outras formas de capital (financeiro, humano), o capital social é produtivo, viabilizando a realização de certos objetivos coletivos, que seriam inatingíveis se ele não existisse.

Grupos sociais cujos membros desenvolveram confiabilidade e se relacionam na base da confiança uns nos outros terão maior capacidade de desenvolver ações que exijam a participação da comunidade do que outros, que careçam dessas prerrogativas (Putnam, 1996:171).

O capital social pode trazer benefícios aos vários aspectos da vida em sociedade. Contribui positivamente para o desenvolvimento econômico, reduzindo de forma sensível os custos das transações comerciais, por facilitar o estabelecimento de novas regras de cooperação e ajuda mútua. Contribui também para a melhoria do funcionamento

das instituições democráticas, por estimular o interesse dos cidadãos pelo seguimento e avaliação das políticas públicas. Oferece ainda contribuição para a melhoria da qualidade de vida das comunidades, por atuar positivamente na prevenção criminal, protegendo o indivíduo dos efeitos do isolamento social, com efeitos observáveis na redução do risco de acidentes mortais, suicídio e homicídio, por exemplo (Putnam, 1996; Newton, 1999).

Ao contrário, entretanto, do capital convencional, que normalmente é um bem privado, o capital social constitui um bem público. Por ser um atributo da estrutura social em que se insere o indivíduo, não é propriedade particular de nenhuma das pessoas que dele se beneficiam. Isso faz com que não seja valorizado o suficiente e, muito menos, suprido pelos agentes privados. Como tal, diferentemente de outras formas de capital, o capital social tem que ser gerado como subproduto de outras atividades sociais.

As relações de confiança desempenham papel fundamental no acúmulo do capital social, configurando-se seu componente básico (Newton, 1999; Putnam, 1996).

Falamos, aqui, tanto a respeito da confiança interpessoal que se estabelece na família ou nas relações de amizade restrita, como da confiança mais difusa, estabelecida mediante cadeias mais complexas de relações de mútua confiança que facilitam a cooperação espontânea, pois ambas contribuem para o acúmulo do capital social.

A confiança surge por meio de regras de reciprocidade e sistemas de participação cívica que, por sua vez, fortalecem a confiança social porque reduzem os custos de transação e facilitam a cooperação.

Segundo Putnam (1996:104), existem dois tipos de regras de reciprocidade, a “balanceada” ou “específica” e a “generalizada” ou “difusa”. A primeira diz respeito à permuta simultânea de itens de igual valor; por exemplo, quando colegas de trabalho trocam seus dias de folga, políticos combinam apoiar-se mutuamente. A segunda refere-se a uma contínua relação de troca que, a qualquer momento, apresenta desequilíbrio ou falta de correspondência, mas que supõe expectativas mútuas de que um favor concedido hoje venha a ser retribuído no futuro.

A confiança e as regras de reciprocidade se sobrepõem em certos aspectos, no que implicam a assunção do risco, ou seja, envolvem a crença no que os outros poderão fazer após o estabelecimento de um acordo. A confiança que A deposita em B é baseada em sua crença de que B não faltará ao acordo estabelecido entre ambos ou de que o mesmo não o prejudicará (Newton 1999:169). Envolve, portanto, certa vulnerabilidade pessoal, causada pela incerteza acerca do futuro comportamento do outro; embora não se possa ter certeza, espera-se que a confiança depositada não seja defraudada ou, pelo menos, não resulte em prejuízos incalculáveis.

As regras de reciprocidade são também um componente altamente produtivo do capital social. Comunidades em que essas regras são obedecidas, têm melhores condições de cobrir o oportunismo e solucionar os problemas da ação coletiva. Por outro lado, as regras de reciprocidade generalizada servem para conciliar interesse próprio e solidariedade. Nas comunidades em que as pessoas acreditam que a confiança será retribuída, sem que

dela venham a abusar, existe maior probabilidade de ocorrer intercâmbio. Além disso, o intercâmbio contínuo ao longo do tempo costuma incentivar o estabelecimento de regras de reciprocidade generalizada (Putnam 1996:185).

Segundo esse autor, essas formas de capital social são “recursos morais”, isto é, recursos cuja oferta aumenta com o uso, em vez de diminuir, e que se esgotam caso não sejam usados. Assim, a criação e a dilapidação do capital social se caracterizam por círculos virtuosos ou viciosos.

Os efeitos sociais dos componentes do capital social se resumem, assim, em quatro pontos:

- promovem sólidas regras de reciprocidade reforçadas por cadeias de relacionamento dependentes da reputação individual ou institucional;
- aumentam os custos potenciais para o transgressor das regras nas transações individuais, prevenindo o oportunismo;
- facilitam a comunicação e melhoram o fluxo de informações sobre a confiabilidade dos indivíduos;
- corporificam o êxito alcançado em ações anteriores, criando, assim, um modelo culturalmente definido para futuras colaborações.

Até agora, abordamos de modo sucinto o conceito de capital social, estabelecendo a confiança como seu elemento básico. Por outro lado, observamos como as regras de reciprocidade contribuem para o reforço da confiança e, em última instância, para o acúmulo do capital social. Resta-nos considerar outro elemento essencial para o surgimento e reforço da confiança social – a participação cívica. No que segue, faremos referência às associações de

interesse, por representarem, a nosso ver, o meio pelo qual a participação cívica pode ser efetivada.

2.3 As associações de interesse

Uma vida social rica cria estímulos à participação cívica, melhora a eficácia do sistema político ao incentivar a cidadania ativa e promove a introspeção das “obrigações” como direitos democráticos de cidadania (Schmitter, 1993; Diamond, 1994; Cohen e Arato, 1993; Cohen e Rogers, 1995; Keane, 1998; Eckstein, 1958).

Há quase 200 anos, Tocqueville observou nos Estados Unidos a grande participação voluntária dos cidadãos em todos os tipos de associações fora da esfera do Estado e considerou esse fato o pilar da cultura democrática e da vitalidade econômica na jovem república norte-americana. As associações voluntárias constituíam-se no coração da sociedade civil; eram as grandes escolas da liberdade em que os membros da comunidade aprendiam a teoria geral do associativismo (Tocqueville, 1998:155).

Após longo período em que pouca importância foi dada ao papel das associações de interesse, os cientistas políticos vêm redescobrendo sua relevância para o processo da consolidação democrática. Para Schmitter, por exemplo, todas as propostas visando a reformas do Estado que comportem maior participação da sociedade civil nas decisões políticas levam em conta o papel dessas instituições (Schmitter, 1993:10).

Uma das razões para a revalorização das associações de interesse está no fato de que os assuntos que os

governos são obrigados a enfrentar são cada vez mais complexos e diversificados, obrigando à descentralização do processo decisório para instâncias subalternas e ao aumento dos pontos de influência das associações de interesse⁵. Por outro lado, os cidadãos, hoje, estão menos dispostos a identificar-se com símbolos e ideologias partidárias e defendem uma série muito mais heterogênea de interesses do que no passado. Isso não retira o papel hegemônico dos partidos políticos na representação dos grupos sociais, mas significa que terão de enfrentar maior concorrência por parte das associações de interesse e movimentos populares nos processos de decisão política (Schmitter, 1993:6; Cohen e Rogers, 1995:2).

As associações de interesse apresentam características que as tornam instituições incentivadoras da cidadania, contribuindo para a mudanças de valores, comportamentos e atitudes condizentes com a democracia participativa. Com efeito, contribuem para a eficácia e a estabilidade da governança democrática não só por seus efeitos “internos” sobre o indivíduo, mas devido a seus efeitos “externos” sobre a sociedade e sobre a ação do Estado. Internamente, as associações incutem em seus membros hábitos de tolerância, cooperação, solidariedade e espírito público, bem como o senso de responsabilidade comum nos empreendimentos coletivos. No âmbito externo, a “articulação” e a “agregação” de interesses são intensificados por uma densa rede de associações secundárias (Cohen e Rogers, 1995; Putnam, 1996; Schmitter, 1993; Diamond, 1994).

⁵ Para uma análise detida do papel das associações de interesse nos processos de consolidação

Esses valores e normas tornam-se mais estáveis quando emergem da própria experiência (Cohen e Rogers, 1995:165). Assim, a participação nessas organizações promove uma importante prática política, facilita o acúmulo de capital social e concorre para o surgimento de comunidades cívicas. Por outro lado, as associações desempenham papel fundamental na promoção de grupos tradicionalmente excluídos, que, dessa forma, podem almejar incluir na agenda política as questões que lhes dizem respeito (Diamond, 1994; Cohen e Arato, 1995; Hosenstone e Hansen, 1995).

Outra função não menos importante das associações de interesse para a cultura cívica passa pelo recrutamento de novas lideranças políticas e seu treinamento nas práticas democráticas.

Finalmente, cabe mencionar, também como função central exercida pelas associações de interesse, a promoção da circulação de informações, sobretudo na ajuda às comunidades na defesa de seus interesses, direitos e valores, para o que contribui significativamente a existência de uma imprensa independente.

Conclusões

Neste capítulo vimos que a democracia participativa se apresenta como proposta alternativa às democracias liberais atuais e que as bases humanistas que a norteiam são as mais apropriadas para analisar a complexidade e diversidade das questões que afligem as sociedades contemporâneas.

A democracia participativa propõe-se enfrentar as questões sociais por meio de um sistema piramidal que comporte o engajamento da sociedade civil nas decisões políticas não porque a participação em si resolva as profundas diferenças distributivas existentes, mas porque os baixos níveis de participação estão diretamente relacionados ao processo de exclusão de parte significativa da população.

A cidadania ativa, elemento fundamental da democracia participativa, implica não só a transformação do cidadão consumidor em cidadão consciente e autodeterminado, mas também o reforço dos laços de solidariedade, o aprofundamento da confiança generalizada entre os cidadãos, a tolerância e o reconhecimento do outro como igual. Desse modo, o aprofundamento da democracia participativa passa pela revalorização das associações de interesse, tanto no que diz respeito à sociabilidade cívica que promovem entre seus membros quanto no que tange à governabilidade, na medida em que são chamadas a participar do processo de tomada de decisões de política pública. Em suma, as organizações da sociedade civil podem ser verdadeiras escolas formadoras da cidadania

ativa, facilitadoras, em última instância, do surgimento de comunidades cívicas.

No próximo capítulo vamos abordar o Brasil sob a ótica dos avanços normativos e práticos alcançados na promoção da cidadania ativa, bem como as dificuldades enfrentadas para sua concretização.

CAPÍTULO II

Democracia participativa no Brasil: dificuldades e potencialidades

Introdução

A aprovação, em 1990, das leis nº 8.080 – Lei Orgânica do SUS – e 8.142, que dispõem sobre os CSs em âmbito nacional, foi precedida de mudanças no contexto sociopolítico que culminaram na convocação do Congresso Nacional Constituinte de 1988.

O processo decorreu de uma série de circunstâncias cumulativas de ordem política, econômica e social que, desde meados da década de 1970, facilitaram a emergência de novos atores sociais e políticos. A crescente mobilização de amplos setores opositores do regime autoritário levou a um demorado processo de transição que deu acesso à democracia formal em 1990, com o primeiro presidente eleito pelo voto popular depois de 1960.

Não obstante esse passo fundamental na reconstrução das instituições democráticas, os dois pré-requisitos apontados por Macpherson como fundamentais para a instauração de uma democracia substantiva – minimização das diferenças sociais e mudanças na mentalidade do povo - não vêm caminhando juntos.

A Constituição de 1988 trouxe imensos avanços em termos de direitos políticos, civis e sociais e também no que diz respeito ao arcabouço institucional e à organização dos poderes públicos. Dentre as inovações mais relevantes

destacam-se os mecanismos instituídos para assegurar a participação da cidadania nos assuntos do Estado e a defesa de seus direitos. Como reflexo disso, nas mais diversas instâncias do governo e em todos os níveis da federação, criaram-se instâncias colegiadas de deliberação ou consulta nas quais a sociedade civil participa em representação de associações de interesse legalmente reconhecidas. Esse fenômeno tem alcançado extrema relevância no setor saúde com a instalação de CSs em quase todos os municípios do país, abrindo-se perspectivas de participação ativa da cidadania com potencialidades de grande alcance, mas de difícil mensuração, dada a extensão e diversidade das experiências. A realidade brasileira, contudo, ainda é marcada por graves desigualdades sociais e geográficas que colocam impedimentos concretos ao avanço de mudanças em profundidade na consciência cívica dos cidadãos. No que segue, abordamos essas questões no sentido de ponderar até que ponto a democracia substantiva pode tornar-se realidade no país.

1. As desigualdades no Brasil

O Brasil, país-continente com 8,5 milhões de quilômetros quadrados e aproximadamente 170 milhões de habitantes em 1999, é o maior país da América Latina e o quarto do mundo em extensão territorial e população. Representa, com seu PIB de quase US\$ 800 bilhões, a oitava economia mundial, mas, apesar disso, o país convive com enormes desigualdades sociais, grande concentração da renda e deficiente qualidade de vida da maioria da

população, fato que o coloca ao lado dos países mais pobres do planeta.

De acordo com o relatório Progresso Econômico e Social, de 1999, do Banco Mundial, 10% da população mais rica do Brasil detém 47% da renda nacional, enquanto os 50% mais pobres participam em menos de 10% da riqueza.

Mais da metade da população é pobre, com cerca de 85 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza. Além disso, o país apresenta sérias desigualdades regionais.

Quadro I
População, renda média familiar
per capita e percentual de pobres

	<i>População</i>	<i>Ganho médio (R\$)</i>	<i>% de pobres</i>
Brasil	156.128.003	241,42	54
Sul	23.932.379	279,53	43
Sudeste	68.280.153	315,34	39
Nordeste	45.448.490	118,21	80
Norte	7.643.774	166,49	68
Centro-Oeste	10.823.207	261,13	51

Fonte: IBGE/PNAD, 1997; Elaboração: IPEA

Como podemos observar no quadro acima, no Nordeste, os pobres constituem 80%; no Norte, 68%; e no Centro Oeste, 51%. As regiões com menor percentual de pobreza são a Sul e Sudeste, com 43% e 39% da população respectivamente vivendo abaixo da linha de pobreza (JB, 08/08/1999).

Essa situação constitui o maior problema do Brasil, com implicação direta nos níveis de saúde, escolaridade e qualidade de vida dessa população, que se vê, assim, excluída dos benefícios resultantes da acumulação de riquezas do país (Buss, 1995). Por outro lado, como

sabemos, a massa de pobres e excluídos caracteriza-se pelo analfabetismo, ignorância sobre os direitos de cidadania e desconfiança em relação às instituições públicas, tudo isso influenciando negativamente na capacidade reivindicativa e de participação.

Em outros termos, apesar do desenvolvimento econômico alcançado pelo Brasil e da vigência da ordem democrática, a democracia substantiva, mensurada em termos da atenuação das abissais diferenças entre a maioria muito pobre e uma estreita camada bem-aquinhoadada, está longe de ser alcançada. É nessa realidade tão iníqua que está tendo lugar o avanço da democracia participativa, como veremos a seguir.

2. As regras do jogo da participação da sociedade civil – alguns aspectos dos antecedentes do processo participativo no setor saúde

A Constituição de 1987 instituiu o Estado democrático – conceito-chave da nova ordem política – atribuindo-lhe um conteúdo normativo de institucionalização do poder popular (Caldeira, 1992).

Dos princípios constitucionais que norteiam o Estado democrático brasileiro, destacamos os seguintes: (a) a República federativa há de constituir uma democracia representativa, participativa, pluralista e que seja a garantia geral da vigência e eficácia dos direitos fundamentais (art.1 da CF); (b) o sistema de direitos fundamentais e individuais, coletivos, sociais e culturais (Títulos II, VII e VIII da CF); (c) princípio da igualdade (art.5, *caput*, e inciso I da CF).

Tais preceitos formalizaram a democracia participativa, dotando a sociedade dos instrumentos necessários a sua realização mediante novas formas de organização, representação e intermediação de interesses dos mais diversos grupamentos sociais, como as associações profissionais, sindicais e outras.

A liberdade de associação foi reassegurada e consideravelmente ampliada na Constituição de 1988 (art.5º, XVII da CF), não sendo necessária prévia autorização para a criação de associações, desde que persigam fins lícitos e não tenham caráter paramilitar (art. 5º, XII e XIII da CF). O Estado não pode intervir no funcionamento das associações (art.5º, XIII da CF), que, só mediante sentença judicial transitada em julgado, podem ser dissolvidas compulsoriamente (art. 5º, XIX da CF). Por último, o direito de associação pressupõe ato individual voluntário, ou seja, ninguém pode ser compelido a associar-se ou a permanecer associado (art. 5º, XX da CF).

Tal como aponta Caldeira, a grande inovação é o reconhecimento do direito de representação coletiva. Afirma o art.5º da CF que “as entidades, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus filiados judicial ou extrajudicialmente” (*apud* Caldeira 1992:15). Acresce ainda a garantia constitucional de intervenção direta dos cidadãos nas decisões de interesse geral mediante o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular.

A Constituição confirma, assim, a relevância da dimensão associativa da ordem social ao considerar os grupos organizados para fins lícitos canais legítimos de representação e de mediação dos interesses da comunidade, dessa forma contribuindo para a governabilidade, como apontam Schmitter

(1979) e Streeck e Schmitter (1985). De fato, a Constituição confere novos papéis e espaços para a atuação das organizações da sociedade civil:

a) cooperação no planejamento municipal (art.29,X da CF);

b) presença assegurada na realização de audiências públicas com as comissões permanentes e temporárias do Congresso Nacional e sua Casas (art.58,§2º,II da CF);

c) legitimidade ativa em denunciar irregularidades ou ilegitimidades perante o Tribunal de Contas da União (atr.74,§2º da CF);

d) participação na gestão da Seguridade Social (art.194,VII da CF);

e) participação nas ações e serviços públicos da saúde (art.198,II da CF).

Como vemos, a Constituição estabeleceu formalmente uma democracia participativa na esfera social, atribuindo papel de destaque às associações em variadas instâncias de decisão e de consulta. Essa decisiva inovação institucional decorreu, contudo, das lutas políticas e sociais que tiveram início ainda na década de 1970 (Fleury, 1997; Gerschman, 1995; Jacob, 1980; Santos, 1992; Silva, 1999; Correia, 2000). No setor saúde, os movimentos populares desenvolveram positivas experiências de participação das comunidades na discussão e resolução de seus problemas. As primeiras iniciativas de organização social na saúde ocorreram na Zona Leste de São Paulo, com a criação dos conselhos populares, em meados da década de 1970. Esses conselhos unificaram-se em 1976 e somaram-se à atuação da Igreja, de médicos sanitaristas e dos estudantes de medicina (Correia,2000).

A experiência desses conselhos populares de São Paulo deu lugar a uma nova relação dos movimentos populares com o Estado, que teve renovado impulso quando a oposição ganhou prefeituras que fortaleceram os conselhos. Esses governos implementaram estratégias visando à democratização da gestão local e ao controle social (Correia, 2000; Gerschman, 1995; Fleury, 1997; Silva, 1999) .

No início da década de 1980 amplia-se o movimento pela democratização do país, demandando eleições diretas para a presidência da República. As maciças pressões resultaram no governo de transição democrática, denominado Nova República, pacto conservador entre as elites políticas, os empresários e os militares (Correia,2000:60).

No plano setorial, nos anos 70 surgiu o movimento sanitário, que reuniu profissionais, intelectuais e lideranças políticas, e representava um dos focos de oposição ao regime militar (Fleury,1997; Gerschman, 1995). Com o início da Nova República, esse movimento alcançou articulação com o governo civil, conseguindo inserir suas propostas em planos oficiais, como o Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (PND-NR/86), o qual trata a saúde como “direito inerente à cidadania e dever do Estado” e propõe a expansão do sistema de saúde de forma “descentralizada”. Além disso, o movimento sanitário conseguiu indicar representantes para cargos nos ministérios da Saúde e da Previdência Social .

O marco para a legitimação das propostas do movimento sanitário em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS),

realizada em 1986. Dela participaram setores organizados da sociedade civil, que, pela primeira vez, tiveram presença efetiva nesse foro, até então restrito às cúpulas técnicas da saúde pública.

Os temas referentes à participação no sistema de saúde e ao controle social por parte da sociedade civil organizada sobre as políticas do setor foram dos mais debatidos na VIII CNS, ampliando-se durante o Congresso Constituinte. Desde meados dos anos 80 vinham sendo tentadas formas colegiadas de discussão em torno da implantação do Programa de Ações Integradas da Saúde (AIS), sob a forma de comissões interinstitucionais locais e municipais de Saúde (Clis, Cims). Nova tentativa de envolvimento da população nas discussões sobre reformas setoriais foi empreendida com o movimento em prol do Suds – Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde, criando-se, assim, precedentes fundamentais para o arrojado projeto de participação, consubstanciado como diretriz do SUS na Constituição de 1998 (art. 198, item III).

A Lei n.º 8.080, de dezembro de 1990, que regulamenta o SUS e define atribuições e competências da União, dos estados e dos municípios, também estabelecia critérios para o financiamento e criava os CSs, mas essas matérias foram vetadas pelo ex-presidente Fernando Collor. As pressões para se legislar nesses assuntos levaram, ainda em 1990, à elaboração e promulgação da Lei n.º 8.142, que, no seu artigo 1º, regulamenta a participação da sociedade civil organizada em duas instâncias colegiadas – as conferências e os conselhos de saúde – nos seguintes termos:

I – a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde;

II – o Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua, em caráter permanente e deliberativo, “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

Por outro lado, ambas as leis estipulam a criação do Fundo Nacional de Saúde (FNS) como requisito para estados e municípios receberem recursos do governo federal. Legislação subsequente reafirmou a importância do orçamento do Fundo de Saúde enquanto instrumento que deve ser elaborado e pactuado com a intervenção dos CSs e por eles acompanhado em sua execução. Observe-se que, embora o objetivo de tornar transparentes as contas públicas esteja longe da plena realização, importantes avanços têm sido alcançados em experiências de orçamento participativo, como a do Rio Grande do Sul e, em menor medida, de Minas Gerais e Santa Catarina, efetivando na prática controle social mais intenso por parte dos CSs.

Na atualidade, os CSs são uma realidade institucional no Brasil: além do Conselho Nacional de Saúde, funcionam, embora com graus bastante variáveis de eficiência e

autonomia, em praticamente todos os 5.507 municípios e nos 27 estados.

A seguir, analisaremos o arcabouço legal da participação da sociedade civil organizada no controle das políticas do setor, com base no estabelecido na Lei n.º 8.142/90 e nas normas operacionais básicas (NOB) do SUS, emitidas pelo Ministério da Saúde.

3. Os conselhos de saúde como arenas de participação e controle social

Dentre as diretrizes do SUS destacam-se a descentralização e a participação social.

Como foi dito, a Lei n.º 8.142 estipula que os CSs têm caráter permanente e deliberativo, competindo-lhes atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

Por sua vez, o caráter democrático do CS é assegurado mediante a composição paritária de seus membros, correspondendo à sociedade civil organizada 50% dos assentos. Um ponto que tem sido objeto de prolongada polêmica se refere ao fato de o secretário de saúde, além de ser, por lei, o presidente do CS, dever homologar suas resoluções. Essa situação tem criado constrangimentos tanto no plano da autonomia dos CSs quanto na implementação daquelas resoluções contrárias às orientações do governo de turno. Nesse sentido, alguns

CSs já mudaram seus estatutos para garantir maior autonomia em relação às autoridades. A mudança definitiva dessa questão, contudo, está sendo objeto de estudo por parte do Conselho Nacional de Saúde, vistas as atribuições constitucionais dos representantes do Poder Executivo quanto à tomada de decisões de política setorial. Apesar disso, os CSs são incontestavelmente espaços privilegiados de construção de uma cidadania ativa no Brasil.

A Conferência de Saúde é outra instância de participação social que reúne ampla gama de representantes do governo e da sociedade civil organizada, em particular dos usuários dos serviços. Nela, são detidamente debatidos temas relativos à situação de saúde, aos problemas do SUS e ao controle social, resultando em recomendações e diretrizes políticas. As conferências de saúde, realizadas periodicamente em todo o território nacional, constituem hoje o foro de discussão coletiva mais amplo, representativo e democrático do país, alcançando plena legitimidade e respeito por sua capacidade de mobilização e pela seriedade dos trabalhos dos delegados, mais de três mil em média, oriundos das regiões e municípios mais remotos do Brasil.

Em resumo, as conferências têm cumprido papel crucial na divulgação de informações relativas às políticas de saúde, ao mesmo tempo que obrigam os gestores a escutar as avaliações e reclamações feitas pela sociedade a respeito dos serviços de saúde. Certamente, constituem foros democráticos, em que se exerce a cidadania mediante a participação e a verbalização de demandas, e se promove o desenvolvimento de uma cultura imbuída de espírito

público, de valores, enfim, próprios de uma comunidade cívica nos termos colocados por Putnam.

Finalmente, em adição às leis n.º 8.080 e n.º 8.142, vêm sendo ditadas normas operacionais básicas do SUS, ou NOBs, destinadas a efetivar o processo de descentralização mediante repasses de recursos por programas. Ao mesmo tempo, enfatizam as condições para a constituição de sistemas locais de saúde tendo por princípio o pleno funcionamento dos CSs e a participação de seus membros no planejamento, no desempenho orçamentário e no acompanhamento de programas e ações. No entanto, tendo em vista a complexidade envolvida na construção do SUS, três NOBs e uma infinidade de portarias e instruções ministeriais já foram exaradas.

A primeira, a NOB 01/SUS/91, foi elaborada em janeiro de 1991 e reeditada em julho desse mesmo ano, incorporando sugestões do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) quanto à necessidade de os repasses de recursos do Ministério da Saúde serem automáticos e regulares, de modo a agilizar a assistência à saúde.

Essa NOB já destacava o papel dos CSs no controle sobre os recursos repassados às esferas estaduais e municipais.⁶

⁶ Na prática, o essencial da proposta de financiamento do governo federal contemplada na NOB /91 foi o pagamento por produção de serviços, tanto do setor público como do privado contratado. Estabeleceu-se uma relação de compra e venda de serviços entre o INAMPS e as esferas subnacionais, transformando os estados e municípios em prestadores e mantendo a gestão do SUS centralizada no nível federal, ferindo o princípio de descentralização estabelecido na Lei Orgânica da Saúde e dificultando o controle social por parte dos CSs.

A seguinte, NOB 01, de 1993, surge em parte para colmatar essa lacuna. Foi constituído pelo Ministério da Saúde um grupo técnico para a condução da política de descentralização, denominado Grupo Especial de Descentralização (GED), com participação do Conass, Conasems e CNS (Correia, 2000).

O GED elaborou o documento "A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", que foi amplamente discutido e, depois, transformado na NOB 01/SUS/93, que aperfeiçoa o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde e diretrizes para os investimentos no setor. O texto da NOB 01/93 estabelece, entre seus pressupostos, que a descentralização implica o estabelecimento de uma nova prática na saúde baseada no funcionamento regular dos CSs para efetivação da participação com controle social.

Essa NOB também instaura, em cada esfera de governo, fóruns de negociação – as comissões intergestores bipartite (CIBs) e a tripartite (CIT) no nível federal –, ao tempo que reforça o papel deliberativo dos CSs, aos quais se devem se remeter as CIBs e a CIT.

Apesar de as atribuições das CIBs e CIT e dos CSs estarem bem definidas na NOB 01/93, na prática tem havido uma confusão de papéis. Algumas CIBs têm desempenhado o papel deliberativo que cabe aos CSs, constituindo-se em ponto de discussão na X Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996 (Correia, 2000; Silva, 2000).

A NOB 01/93 instituiu três condições de gestão no processo de descentralização – incipiente, parcial e semiplena, sendo, em todos os casos, o pleno

funcionamento dos CSs um requisito fundamental, devendo ainda dar constância de seu funcionamento para as secretarias de Saúde receberem recursos da União. Tal exigência foi fundamental na multiplicação dos CSs em todo o país a partir de 1993⁷.

A NOB 01/SUS/96 teve por finalidade primordial promover, consolidar e aperfeiçoar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes. Cria duas condições de gestão: a gestão plena de atenção básica, em que o município terá o repasse, fundo a fundo, para o financiamento de todas as ações básicas de saúde, definido por um valor *per capita*; e a gestão plena do sistema, em que o município terá o repasse, fundo a fundo, para o financiamento de toda a assistência em saúde.

Reconhecendo que no âmbito da participação social na saúde ainda falta muito para a plena realização do arcabouço legal consagrado na Constituição de 1988 e demais dispositivos legais, as NOBs têm sido cruciais na abertura de portas à participação da sociedade civil organizada no planejamento municipal e na formulação, gestão e controle das políticas públicas do setor. Além disso, a experiência participativa na saúde tem servido de referência à instituição de arenas de controle social em outras esferas das políticas públicas, em particular nas áreas sociais e de meio ambiente, atestando o crescente interesse da sociedade civil organizada em fazer-se ouvir pelos poderes públicos, apresentando demandas ou

⁷ Apesar do grande impulso ao processo de municipalização, a NOB 01/93 apresentava alguns limites, ao contradizer o definido na Lei Orgânica da Saúde,

denunciando irregularidades e exigindo a presença ativa na tomada de decisões, na gestão dos serviços e no acompanhamento e avaliação das políticas públicas em geral.

Por último, os CSs incutiram inédito dinamismo associativo no setor. Formaram-se incontáveis novas organizações de interesse, abrindo, assim, caminho para a constituição de redes de associações, indispensáveis para o reforço da solidariedade, da confiança e do capital social. Mais ainda, como veremos no tópico seguinte, os CSs, ao favorecerem a formação de associações secundárias, também concorrem para a consolidação de práticas democráticas, o desenvolvimento de relações horizontais entre seus membros e o estabelecimento de laços de confiança. Em outras palavras, os CSs contribuem para a extensão do âmbito da cidadania na sociedade brasileira, ao se constituir em escolas promotoras da socialização de comportamentos e simbolismos facilitadores do desenvolvimento de comunidades cívicas.

4. Os conselhos de saúde e as cadeias de relações sociais

Como dissemos, os CSs promovem a participação cívica dos cidadãos organizados em redes de organizações de sujeito coletivo e possibilitam o controle social sobre as decisões de política nas três esferas de governo. Mais do que isso, junto com as conferências de saúde, os CSs se

no que diz respeito à distribuição de recursos ainda pautada pela produção de serviços.

constituem em espaços privilegiados de reflexão e de troca de experiências, de convívio e de estabelecimento de relações de redes de amizade, facilitadoras da consolidação da confiança social. Propiciam, assim, estratégias de atuação articulada, regras de funcionamento e de conduta, e também aprendizado sobre questões técnicas mediante cursos de capacitação para conselheiros. Essa rede organizacional facilita a atuação do conselheiro, que a todo momento, quer individualmente, quer em grupo, pode utilizar essas relações para melhorar seu desempenho individual. As relações de confiança que se estabelecem entre os conselheiros ultrapassam, assim, a esfera de sua atuação no CS ao qual pertencem.

Muitas das questões relacionadas com o setor saúde exigem a cooperação voluntária de um grande número de pessoas. Pressões sobre a classe política para a aprovação de determinada lei necessária ao avanço do SUS, bem como sobre o poder local, seja para viabilizar ou opor-se à implementação de determinada política, são alguns dos muitos exemplos em que é necessária a ação coletiva.

Como afirma Putnam, as experiências vitoriosas da cooperação no passado servem de referência às ações futuras. Elas são guardadas em forma de capital social. Assim, também, as regras de reciprocidade e as redes de relações sociais que se estabelecem no interior dos CSs e entre os CSs, são exemplos de capital social. Dessa forma, quanto maiores forem as cadeias de relações sociais que os membros dos CSs estabelecem – entre si, com as suas associações, com a comunidade e com os demais CSs –, maior será o capital social acumulado, aumentando,

portanto, as possibilidades de níveis crescentes de cultura cívica.

Conclusões

O processo de redemocratização do país demonstrou que a sociedade civil, apesar da repressão perpetrada pelo regime militar, manteve-se viva e atuante, organizando-se em movimentos populares que adquiriram especial presença na área da saúde. Esses, junto com o movimento sanitário, desempenharam papel fundamental na luta para a criação de um Sistema Nacional de Saúde baseado no princípio da saúde como um direito e dever do Estado, descentralizado e aberto à participação da sociedade civil organizada, que, nessa medida, deveria exercer o controle social sobre as decisões políticas do setor.

Apesar das dificuldades inerentes a todos os processos dessa natureza, o movimento em prol da democratização da saúde conseguiu inscrever na Constituição Federal de 1988, os princípios que, aprimorados na legislação posterior, norteiam até hoje o funcionamento do SUS.

Os CSs, para além de se tornarem uma realidade em todo o país, consolidaram-se como espaços de participação da sociedade civil organizada e, nessa medida, são promotores de uma cidadania ativa, facilitando, em última instância, o surgimento de comunidades cívicas no Brasil.

Os CSs são a expressão do alargamento da participação da sociedade civil organizada nas decisões políticas do setor, representando um relevante instrumento da consolidação de uma democracia participativa ao favorecer a socialização de uma cultura participativa de

solidariedade, que potencializa o surgimento de comunidades cívicas.

A dinâmica propiciada pelos CSs, por envolver o associativismo e a socialização de seus membros em torno de valores, símbolos e objetivos comprometidos com o interesse público, constitui um "círculo virtuoso" potencialmente transformador da consciência cívica dos cidadãos comuns. Evidentemente, a disseminação da participação ao estilo do que vem ocorrendo na saúde, junto com a diminuição das desigualdades econômicas e sociais, seriam indispensáveis para mudanças mais amplas e profundas no plano da cultura cívica. Todavia, há de se ressaltar que, apesar das precárias condições de vida da população, os CSs vêm demonstrando que é possível avançar nesse sentido.

CAPÍTULO III

A Pesquisa: perfil dos conselheiros representantes dos usuários nos CSs da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro

Introdução

A discussão teórica efetuada no Capítulo I, sobre comunidade cívica, capital social, cultura participativa e associações de interesse, realçou a importância estratégica da participação da sociedade civil em instâncias colegiadas de deliberação na esfera estatal das democracias contemporâneas. Examinou a relação direta entre democracia participativa e o desenvolvimento de uma consciência cívica, cujo avanço, porém, depende não só da modernização política e econômica formal, mas essencialmente substantiva, em termos de crescentes graus de igualdade social entre os cidadãos,

O Capítulo II focalizou, por um lado, as abissais disparidades econômicas e sociais existentes no Brasil entre uma minoria integrante de uma sociedade moderna e a maioria, que vive em condições de pobreza e exclusão social. Por outro lado, analisou o processo de democratização do país e os avanços políticos, legais e institucionais experimentados em termos do direito de associação e participação social direta e indireta nos assuntos de interesse geral, a partir da Constituição de 1988. Tendo como pano de fundo a Reforma Sanitária, destacou, sobretudo, a integração dos CSs à engenharia

institucional do SUS, abrindo com isso a possibilidade de participação de representantes da sociedade civil organizada nos processos de decisão de políticas, programas e ações de saúde.

Essas análises consideraram que, apesar do quadro de atraso social do país, foi possível instituir a participação cidadã nas esferas de decisão pública, ressaltando em particular os CSs e sua grande potencialidade, ainda não devidamente avaliada, na geração de laços de cooperação, de reciprocidade, de acumulação de capital social, do surgimento de uma cultura cívica de envolvimento do cidadão comum nas questões de interesse geral. Colocamos, enfim, a tese de que o funcionamento regular dos CSs e a continuidade da participação da sociedade civil organizada nessas instâncias, e também nas conferências de saúde, gerariam um "círculo virtuoso" fomentador de comunidades cívicas imbuídas de uma nova cultura, afinada com os valores da democracia substantiva.

A comprovação do "círculo virtuoso" dos CSs apresentou-se-nos desde o início como tarefa de difícil concretização, tendo em conta as exigências teórico-metodológicas e materiais que um empreendimento dessa magnitude acarretaria.

No plano prático, um trabalho dessa natureza implicaria o acompanhamento das atividades dos CSs durante um período de tempo suficiente para permitir abarcar todos os fenômenos que desempenham papel de relevo nesse complexo processo, nomeadamente:

- a história social, econômica e política de cada um dos municípios estudados a fim de caracterizar as relações de

poder e o tipo de cultura política predominante em cada localidade;

- o funcionamento de cada CS e as diferenças e semelhanças entre eles;
- a dinâmica associativa de cada um dos municípios e a relação entre as associações e as redes políticas e clientelistas locais;
- a evolução temporal no comportamento político, cívico e cultural dos conselheiros em função de sua participação nos CSs.

Além disso, uma análise em profundidade implicaria a incorporação de uma multiplicidade de variáveis compostas (quantitativas e qualitativas) e a utilização de técnicas mais refinadas, como a regressão múltipla e a análise fatorial, por exemplo, incompatíveis com o escopo proposto e o tempo disponível para este estudo.

Consideramos, no entanto, importante, indagar até que ponto os CSs estariam contribuindo na realidade para a socialização de práticas condizentes com a consolidação de uma cultura participativa própria de uma comunidade cívica. Visando responder a essa questão, realizamos uma pesquisa com conselheiros representantes dos usuários nos conselhos municipais de saúde (CMSs) da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro (RMERJ).

Este capítulo apresenta os resultados dessa pesquisa, que teve como um de seus principais propósitos verificar em que medida as opiniões dos conselheiros entrevistados expressariam tendência no sentido de valores mais democráticos a partir da sua participação nos CSs e estariam contribuindo para a geração de um "círculo

virtuoso" envolvendo acumulações de um capital social fomentador de comunidades cívicas.

1. Aspectos metodológicos

A Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro ocupa uma área geográfica de 5.225,1km² e a população é de 10.470.323 habitantes (Cide, 2000). A atividade econômica da região abrange todos os setores de produção: pesca, indústria extrativa (em que se destaca a do petróleo), indústria de transformação, comércio, turismo, serviços e exploração agropecuária, de expressão residual.

O PIB *per capita* é de R\$9.412,09, variando de R\$13.252,78, para o Município do Rio de Janeiro, a R\$2.024,28, para o Município de Japeri (Cide, 2000).

Na área da educação, a RM dispõe de 1.781.459 vagas para o ensino fundamental, distribuídas por escolas federais, estaduais, municipais e particulares, das quais 888.628 se concentram no Município do Rio de Janeiro. A taxa de alfabetização do estado é de 94% (Cide, 2000).

Na área da saúde, a RM dispõe de rede composta por 253 hospitais credenciados e 1.133 unidades ambulatoriais. Os hospitais estão distribuídos, segundo sua natureza, em 18 federais, 26 estaduais, 48 municipais, 121 contratados, 27 filantrópicos e 13 universitários.

A RM-RJ é constituída por 18 municípios, cada um possuindo um CMS, dos quais 16 entraram neste estudo.

Tabela I
CMSs pesquisados, número de representantes do
segmento dos usuários e % de respostas obtidas

Municípios da R. Metropolitana		N.º de conselheiros usuários	N.º e % de respostas ao questionário
1	Belford Roxo	6	4 (66,6%)
2	Duque de Caxias	6	3 (50,0%)
3	Nilópolis	6	4 (66,6%)
4	Queimados	6	2 (33,3%)
5	São João de Meriti	12	4 (33,3%)
6	Seropédica	7	2 (28,5%)
8	Itaguaí	6	1 (16,6%)
9	Japeri	10	10 (100%)
10	Magé	11	3 (27,2%)
11	Mangaratiba	4	4 (100%)
12	Maricá	8	5 (62,5%)
13	Niterói	16	2 (12,5%)
14	Paracambi	6	3 (50,0%)
15	São Gonçalo	6	5 983,3%)
16	Rio de Janeiro	12	8 (66,6%)
Total		122	60 (49,0%)

A Tabela I mostra a relação dos CMS que constituíram o objeto da pesquisa, o número de representantes dos usuários, bem como o número e percentagem de respostas obtidas em cada um.

O CMS é um *locus* crucial para aferirmos tendências no sentido da constituição dos valores que informam uma cultura de participação e indagar até que ponto os CSs estariam contribuindo para sua socialização.

Dos segmentos que compõem os CS – gestores, provedores de cuidados, profissionais e usuários – escolhemos o último, por representar a sociedade civil

organizada. Para estudá-los, fizemos uma pesquisa de caráter exploratório, devido à própria natureza do objeto de estudo.

A pesquisa caracteriza-se como exploratória na medida em que os CSs, em nossa perspectiva teórica, são pouco conhecidos e sobre o assunto existe escassa literatura. Pretendemos, portanto, uma primeira aproximação da questão, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento teórico metodológico da investigação da cultura cívica e capital social na área da saúde.

Segundo Troviños (1990), um estudo exploratório tem o propósito de pesquisar uma nova área de interesse ou um objeto de estudo novo ou pouco estudado. Utilizamos como instrumento de coleta de dados o questionário. Nossa preocupação foi criar um instrumento de rápida aplicação, que pudesse captar alguns aspectos relevantes do perfil dos conselheiros e apreender a presença ou não de indicadores de capital social, cultura cívica e comunidade cívica.

Para tanto, foi elaborado um questionário. Uma primeira versão foi testada com cinco conselheiros do Conselho Estadual de Saúde (CES) do Estado do Rio de Janeiro. As respostas e sugestões foram imprescindíveis para o aperfeiçoamento do instrumento, que constou, afinal, de 73 perguntas fechadas de múltipla escolha e duas abertas sobre a opinião dos conselheiros no que diz respeito ao controle social (Anexo I).⁸

⁸ Agradecemos a Luiz Otávio Pires Faria (sociólogo da Fio Cruz), pela importante colaboração na elaboração do questionário e tratamento dos dados da pesquisa.

As perguntas foram construídas de modo que pudessem aferir três aspectos da vida dos conselheiros. São eles:

1. as relações entre os conselheiros representantes dos usuários e entre estes e os outros segmentos;
2. as relações que os conselheiros mantêm com as associações que representam;
3. a conduta cívica dos conselheiros, ou seja, seu envolvimento nas questões locais de governo, na vida da comunidade e nas políticas de saúde.

Na caracterização do respondente utilizaram-se, em primeiro lugar, variáveis como sexo, idade, grau de instrução e situação trabalhista. Cabe salientar que um grande viés do instrumento foi a não inclusão da variável renda. Existe, como se pode depreender da discussão efetuada no Capítulo I, forte correlação entre classe social e cultura cívica. Essa deficiência foi indiretamente suprida mediante o grau de instrução, como veremos mais adiante.

Para caracterizar as relações entre os conselheiros representantes dos usuários e entre estes e os outros segmentos em termos do nível de conflito ou cooperação existente e capacidade de influenciar nas decisões políticas locais do setor, analisamos o conjunto de perguntas de opinião, que compõem o item 21 do questionário (Anexo I).

Para analisar a relação dos conselheiros com as associações que representam, foi necessário primeiro caracterizar minimamente essas associações. Para tanto, foi utilizada a variável data de fundação de cada associação, com o intuito de aferir a dinâmica associativa em função da criação dos CMSs. A partir das perguntas constantes do questionário (item 14), pudemos captar a opinião dos conselheiros quanto à forma e intensidade com que essa relação se processa.

Finalmente, a partir das perguntas constantes do questionário (itens 23, 24, 26 e 27), foi possível avaliar a influência da participação nos CMSs nas mudanças de alguns aspectos da conduta cívica dos conselheiros.

A aplicação do instrumento foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2000.

Em relação ao Município do Rio de Janeiro, cabe realçar que, por razões de ordem operacional, não incluímos no estudo os conselhos distritais de saúde (CDSs), um para cada área de planejamento (AP) do setor saúde.

Foram também excluídos da pesquisa os CMSs dos municípios de Nova Iguaçu e Tanguá: em relação ao primeiro, durante a aplicação do instrumento não foi possível estabelecer contato com nenhum membro do CMS. Quanto ao Município de Tanguá, os questionários foram entregues ao CMS, mas foi impossível recuperá-los.

Com o apoio da secretaria do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e de alguns de seus conselheiros foi possível identificar uma pessoa em cada

município pertencente ou ligada ao CMS, que passou a ser o nosso contato.⁹

Com eles, estabelecemos o cronograma de deslocamentos em função das datas de realização das reuniões dos CMSs em cada município.

O universo da pesquisa ficou assim constituído por 122 conselheiros, cuja distribuição mostra-se na Tabela I (ver também Anexo II). Desses, 60 responderam ao questionário, o que constitui 49% do universo.

2. Classificação das entidades

As entidades que os respondentes representam no CS foram classificadas segundo sua natureza: associações de moradores, associações religiosas, outras associações cívicas, sindicatos e associações profissionais, associações de portadores de patologia, clubes de serviços. A Tabela 2 apresenta sua distribuição percentual.

Tabela 2
Classificação e distribuição
percentual das entidades que os
conselheiros entrevistados representam nos CSs

<i>Tipo de entidades</i>	<i>n.º</i>	<i>%</i>
Associações de moradores	31	51,7
Associações de portadores de patologia	11	18,3
Sindicatos/associações profissionais	7	11,7
Associações religiosas	3	5,0
Outras associações cívicas	2	3,3
Clubes de serviço	1	1,7
Outros	5	8,3
Total	60	100,0

⁹ Devemos agradecer à dra. Maria do Espírito Santo, secretária do CES-RJ, sem cuja decidida colaboração teria sido extremamente difícil localizar os CMSs do estado e seus dirigentes.

Como podemos verificar, as associações de moradores representam 51,7%, ou seja, constituem a maioria das entidades com assento nos CMSs estudados.

Esse dado indica que segmentos da população tradicionalmente excluídos, como os moradores de favelas, reconhecem nos CMSs espaços reais de barganha política setorial, onde esperam que seus problemas sejam atendidos e suas exigências incluídas na agenda do gestor. Por outro lado, a expressiva representação das associações de portadores de patologia (18,3%) demonstra a capacidade corporativa desses segmentos, que vêm nos CMSs a possibilidade de diminuir os custos com tratamento, reabilitação e integração social, normalmente onerosos.

As associações de moradores e de portadores de patologia representam 70% das entidades identificadas pelo estudo.

Quanto ao tempo de existência, a Tabela 2.1 mostra que 51,6% das associações de moradores foram fundadas na década de 1990, e 81,8% das associações de portadores de patologia foram também criadas nessa mesma década.

Tabela 2.1
Associações de moradores e de portadores de patologia criadas na década de 1990

<i>Tipo de associação</i>	<i>Total</i>	<i>Entidades criadas na década de 1990</i>	<i>%</i>
Associação de moradores	31	16	51,6
Associação de portadores de patologia	11	8	72,7

Essa constatação reforça a idéia de que, efetivamente, a criação dos CSs em 1990 imprimiu nova

dinâmica à sociedade civil, que se viu obrigada a organizar-se para poder participar dessas instância de deliberação. Essa tendência foi também constatada por Moisés (1992); Santos (1992), Machado (1999), Silva (2000), Oliosia (1999), Cotta (1998) e outros.

3. Perfil dos representantes dos usuários

Com base no material coletados, caraterizamos o perfil do grupo pesquisado, segundo as variáveis escolhidas.

▪ Gênero

A Tabela 3 mostra que 60% dos respondentes são homens e 40%, mulheres.

Embora não seja objetivo da pesquisa analisar as relações de gênero no interior dos CSs, constata-se que, em comparação a qualquer outro colegiado, particularmente os de representação política, a presença da mulher constitui avanço significativo no que tange a seu envolvimento em questões de política setorial.

Tabela 3
Distribuição por gênero

	<i>Freqüência</i>	<i>%</i>
Masculino	36	60
Feminino	24	40
Total	60	100

▪ Situação trabalhista

A Tabela 3.1 mostra a situação trabalhista dos entrevistados:

Tabela 3.1

Situação trabalhista dos conselheiros

<i>Vínculo trabalhista</i>	<i>Freqüência</i>	<i>%</i>
Carteira assinada/funcionário público	24	40,0
Aposentado	19	31,7
Empregado sem carteira	11	10,0
Desempregado	2	8,3
Outros	3	3,4
Sem resposta	1	1,7
Total	60	100,0

Verificamos que 40% dos conselheiros têm carteira assinada, o que sugere a necessidade de identificar a relação desses empregados/funcionários com as instituições em que trabalham, para saber o tipo de ocupação que exercem, em que setor, se público ou privado, e em que lugar, se no mesmo município ou não. Por outro lado, 31,7% deles são aposentados, o que indica a possibilidade de esse grupo estar ocupando seu tempo com uma atividade que valoriza o sujeito. Ressalte-se que, em termos do conjunto, 71,7% dos conselheiros estão ou estiveram inseridos no mercado formal de trabalho.

▪ **Idade**

Os dados relativos à idade estão reunidos na Tabela 3.2.

Tabela 3.2
Distribuição dos conselheiros
por faixa etária

	<i>Freqüência</i>	<i>%</i>
18 a 24 anos	1	1,7
25 a 34 anos	5	8,3
35 a 44 anos	22	36,7
45 a 54 anos	14	23,3
55 ou mais	18	30,0
Total	60	100,0

Como podemos observar, 60% dos conselheiros encontram-se em faixa etária compreendida entre 35 e 54 anos. Esse fato abona a favor da representação nos CMSs, já que pessoas nessa faixa são maduras e apresentam normalmente alto padrão de produtividade e responsabilidade.

▪ **Escolaridade**

O nível de escolaridade está registrado na Tabela 2.3.

Tabela 3.3
Distribuição por nível de instrução

	<i>Freqüência</i>	<i>%</i>
Primário incompleto/completo	7	11,7
Ginasial incompleto/completo	5	8,3
2º Grau incompleto/completo	21	35,0
Superior incompleto	8	13,3
Superior completo	18	30,0
Sem resposta	1	1,7
Total	60	100,0

Esses dados revelam uma situação muito importante quando comparamos o alto nível de escolaridade da amostra com a média verificada nos municípios estudados. Com efeito, enquanto a média das pessoas com mais de 12 anos de escolaridade no grupo respondente é de 43,3%, a mesma

média na população dos 14 municípios estudados é de 6,61%. (CD Rom-Base de Dados Municipais - BIM 2ª edição, IBGE/2000, ver Anexo II)

A esse respeito, chamamos atenção para duas questões importantes.

Em primeiro lugar, é provável que os dados da pesquisa não reflitam a realidade dos conselheiros da RM, já que conselheiros com formação mais ampla seriam os que se prestariam com mais facilidade a responder ao questionário.

Em segundo lugar, o nível de escolaridade parece indicar que a classe média predomina no grupo estudado. Poder-se-ia indagar se essa representação dos usuários dos serviços públicos de saúde seria efetiva ou, dada a melhor situação social, essa camada social seria beneficiária de planos de saúde privados. Fica aqui registrada uma questão decisiva: os representantes dos usuários nos CSs são realmente “usuários” dos serviços médicos do SUS? Certamente esse ponto merece investigação mais aprofundada.

▪ Meios de informação

Os dados constantes da Tabela 4 caracterizam a forma e a freqüência com que os conselheiros que compõem o grupo estudado procuram manter-se informados sobre a vida de sua cidade e do país.

Tabela 4
Meios e frequência com que
os conselheiros se mantêm informados

<i>Meios de informação</i>	<i>% de respostas (sempre)</i>
Televisão	88,3
Jornal	88,3
Amigos	73,3
Rádio	61,7
Família	64,3
Revista	43,3
Livro	41,7

Como podemos ver, 88,3% dos conselheiros consideram a televisão e o jornal as principais fontes de informação. Em ordem decrescente, seguem-se os amigos, com 73,3%, a família, com 64,3%, e o rádio, com 61,7%. Finalmente, as revistas despertam o interesse de 43,3%, e os livros, de 41,7% dos conselheiros. Essas informações permitem definir o conselheiro como um cidadão possivelmente bem-informado, que procura acompanhar as notícias gerais veiculadas pelos dois principais meios de comunicação, e não cultiva de modo especial a leitura de livros e revistas, mas complementa seus conhecimentos mediante troca de informações com amigos e família.

▪ **Participação política, cultural e outras**

Como podemos observar na Tabela 5, a seguir, a conduta cívica do conselheiro pauta-se por uma participação ativa em organizações sociais.

Tabela 5
Conselheiros que participam em
organizações sociais (%)

<i>Tipo de organização</i>	<i>% de respostas</i>
	Sim
Filantrópica	58,3
Partidária	55,0
Religiosa	50,0
Cultural	35,0
Desportiva	18,3

Com efeito, 55% dos conselheiros militam em algum partido político; 50% participam de organizações religiosas; 35% fazem parte de organizações culturais; 18,3%, de organizações desportivas; e 58,3%, de organizações filantrópicas.

Além disso, os conselheiros, de modo geral, não limitam sua participação a apenas uma organização social. De fato, como mostra a Tabela 5.1, a maioria deles – 72,4% – atua em mais de uma dessas organizações.

Tabela 5.1
Conselheiros que participam em
mais de uma organização social (%)

N.º de organizações sociais	Uma	Mais de uma	Não participa	Total
% de respostas	25,8	72,4	1,8	100

Esses dados são relevantes porque indicam o engajamento de quase dois terços dos entrevistados em órgãos de atuação coletiva, possivelmente de sua localidade e voltados para fins diversos.

4. As relações entre os conselheiros representantes dos usuários e entre estes e os outros segmentos

Trata-se aqui de avaliar de que modo os entrevistados caracterizam as relações existentes no segmento dos usuários e entre este e os demais segmentos.

Tabela 6
Opinião dos conselheiros sobre
o tipo de relação prevalecente nos CMSs

	<i>% de respostas Sempre/Muitas vezes</i>
Existe cooperação entre usuários	73,3
Os usuários atuam coletivamente	70,0
Existe cooperação entre segmentos	61,7
Existe conflito entre segmentos	28,4
Existe conflito entre usuários	11,6

Da Tabela 6 depreendem-se informações muito relevantes: as relações entre conselheiros usuários caracterizam-se pela atuação coletiva (70%) e pela cooperação (73,3%). Quanto ao relacionamento entre os segmentos, a cooperação é predominante (61,7%), embora o conflito esteja mais presente entre os segmentos (28,4%) do que entre os usuários (11,6%).

Tais dados indicam que os conselheiros usuários estão de alguma forma organizados e discutem com antecedência, senão todas as matérias constantes da agenda, pelo menos as que exijam sua posição como grupo.

Quanto ao baixo grau de conflito, pode ser atribuído a acordos que expressam a vontade da maioria, em caso de votação, ou são produto de barganhas e negociações. Isso significa que propostas minoritárias ou são derrotadas, ou assimiladas mediante consenso. Em todo caso, se os dados examinados mostram que existem dificuldades não

desprezíveis de relacionamento, por outro lado refletem a maturidade adquirida com a prática da participação democrática nos CSs.

Em princípio, boa parte das matérias tratadas nos CMSs refere-se a medidas que objetivam a consolidação do SUS e, conseqüentemente, estão acima dos interesses particulares de cada segmento. Por essa razão, todos os conselheiros, independentemente do segmento a que pertençam, estariam dispostos a encontrar soluções consensuais.¹⁰

Um ponto adicional a ser examinado tem a ver com a exigência legal pela qual os secretários de saúde (gestores) devem presidir o CS e aprovar suas resoluções. Em geral, as pesquisas sobre o tema têm ressaltado o alto grau de conflito que gera essa situação, bem como as manipulações, omissões e desconfortos que ocorrem por esses motivos.¹¹

Nossa pesquisa, todavia, não confirmaria esses achados, como se depreende da Tabela 6.1.

Tabela 6.1
Opinião dos conselheiros sobre o gestor

	<i>% de respostas Sempre/Muitas vezes</i>
Conselheiros usuários influenciam gestor	60,0
Gestor aceita as decisões do CMS	53,3

Com efeito, os resultados acima vêm de encontro às afirmações relativas à situação de conflito e frustração que os CSs viveriam devido à intromissão ou ao descaso do gestor quanto às decisões do conselho, posto que 60% dos conselheiros consideram que o influenciam, enquanto 53,3%

¹⁰ A conclusão semelhante chegou Silva (2000).

¹¹ Ver, por exemplo, as comunicações apresentadas nos Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Bahia, 29 de julho/03 de agosto, 2000, assim como Silva (2000).

acreditam que o gestor acata as resoluções do CS. Esses percentuais deixam margem a dúvidas. Se, por um lado, a autoridade e/ou desempenho do gestor são questionados por uma média de 46,7% dos entrevistados, por outra parte, percebe-se que a maioria não reprova a atuação do gestor.

5. As relações que os conselheiros mantêm com as associações que representam

Os dados da pesquisa apontam para a existência de estreita relação entre o conselheiro e a entidade que representa no CMS.

De acordo com a Tabela 7, de modo geral, ele mantém a direção da entidade informada a respeito dos assuntos tratados nos CMSs e procura consultá-la sempre que a matéria tratada mereça orientação específica ou discussão sobre as estratégias a seguir. Por outro lado, a entidade acompanha e apóia as atividades do seu representante no CMS.

Tabela 7

Relação do conselheiro com a entidade que representa

Tipo de relação	% de respostas			
	Sempre/ muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Total
Informa	88,3	10,0	-	98,3
Discute	76,6	21,7	-	98,3
Consulta	71,7	18,3	8,3	98,3
Recebe orientações	65,0	20,0	13,3	98,3

Como podemos observar, 88,3% dos conselheiros mantêm a entidade informada a respeito de suas atividades no CMS; 72,6% consultam a direção antes de se posicionar

sobre os assuntos em pauta, e 65% dizem receber orientações específicas da entidade.

Note-se, porém, que, em média, 17,5% das associações não acompanham ainda com a regularidade desejada as atividades de seus representantes. Além disso, 8,3% dos entrevistados nunca consultaram a direção sobre qualquer das matérias tratadas no CS, e 13,3% nunca receberam sequer qualquer orientação nesse sentido.

Esse aspecto deveria, certamente, ser mais investigado, porque poderia revelar escasso ou nulo envolvimento da entidade nas atividades de seu representante e, portanto, nos afazeres do CS.

Por outro lado, os dados apontam para uma estreita relação da maioria dos conselheiros usuários com sua associação.

Essa tendência, contudo, deve ser tomada com ressalvas, posto que, como mostra a Tabela 7.1, que examinamos a seguir, 73,3% dos respondentes fazem parte da direção da entidade que representam, fato que justificaria a estreita relação apontada.

Tabela 7.1

Distribuição absoluta e relativa por gênero dos ocupantes de cargos de direção nas associações de base

	<i>Homem</i>	<i>%</i>	<i>Mulher</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Sim	23	63,9	21	87,5	44	73,3
Não	13	36,1	3	12,5	16	26,7
Total	36	100,0	24	100,0	60	100,0

A respeito desses dados é interessante salientar que, apesar de, no grupo estudado, os homens serem maioria, as mulheres ocupam, relativamente, maior número de

cargos de direção na associação que representam. Realmente, dos 44 conselheiros dirigentes, 21 são mulheres. Todavia, segundo a Tabela 7.1, enquanto 87,5% das mulheres ocupam cargos de direção, apenas 63,9% dos homens exercem essa mesma função, em nítida demonstração de liderança feminina no universo associativo.

Por outro lado, como podemos verificar na Tabela 7.2, 38,3% foram nomeados diretamente pela direção dessas entidades.

Tabela 7.2
Forma de indicação do conselheiro

	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Indicado pela direção da associação	23	38,3
Eleição direta	29	48,3
Indicado pela SMS	1	1,7
Indicação política	1	1,7
Outra	6	10,0
Total	60	100,0

Esta dupla função de dirigente e representante da associação apontaria para a existência de um número significativo de conselheiros “autonomeados”, o que seria coerente com o fato de a maioria – 73,3% – ocupar cargo de direção, como observamos na Tabela 7.1, acima. O ponto, entretanto, mereceria ser aprofundado no sentido de serem estudadas as próprias associações quanto a quesitos como objetivos, organização, abrangência da representação e atividade entre outros.

Por outro lado, o fato de 48,3% dos conselheiros terem-se tornado membros do CS mediante eleições efetuadas em suas entidades de base, ou seja, mediante o método democrático, é um dado positivo que deve ser valorizado. Corroborando essa constatação, a mesma Tabela 7.2 mostra que apenas dois conselheiros foram indicados

politicamente, o que contraria a idéia generalizada de que clientelismo político e/ou tutela partidária seriam as variáveis mais decisivas na ocupação do cargo de conselheiro, em particular nos municípios da periferia do Rio de Janeiro.

Ressalta-se, todavia, que seis deles não identificaram a forma como se tornaram conselheiros, o que pode significar que a indicação política no grupo estudado seja realmente maior do que a revelada pelos dados da pesquisa. Mesmo assim, não minimiza o fato de que o processo democrático seja hoje procedimento freqüentemente utilizado pelas associações na escolha de seu representante para o CMS. Trabalhos posteriores poderão fornecer mais informações a esse respeito.

A duração do mandato de conselheiro é de dois anos. Não está previsto em lei o número de mandatos que o conselheiro pode exercer no CS, porém, é natural que, a cada mandato, uma parte seja substituída, o que permite a entrada de novos membros em representação de outras associações, novas ou antigas, que antes não tiveram essa oportunidade.

A Tabela 8, a seguir, mostra a taxa de renovação dos conselheiros calculada a partir do número de primeiros mandatos, ao qual subtraímos o número de conselheiros que, apesar de representarem o segmento dos usuários pela primeira vez, já haviam representado outro segmento ou entidade em mandatos anteriores no mesmo CS.¹²

¹² A taxa de renovação foi calculada pela razão simples entre o número real de primeiros mandatos e o número total de conselheiros multiplicada por 100.

Tabela 8

Taxa de renovação dos conselheiros

	<i>Freqüência</i>	<i>%</i>
Primeiro mandato	31	51,6
Representou outra entidade /segmento no CMS	9	15,0
Taxa real de renovação	22	36,6
Total de conselheiros	60	100,0

Podemos considerar aceitável a taxa de renovação – 36,6% –, porque, ao mesmo tempo que permite a entrada de novas representações, a permanência de grande parte dos membros garante a continuidade no acompanhamento das questões tratadas ou não resolvidas pelos membros do CMS anterior.

Por outro lado, esse dado indica que parte dos conselheiros está sendo profissionalizada – a indicação se deve ao fato de a pessoa ter adquirido experiência prática e familiaridade com os assuntos tratados no CS, nem sempre ao alcance do entendimento do leigo; a associação, portanto, reconduz esse representante porque confia em seu bom desempenho.

Para isso contribuem a legislação e os regulamentos dos CMSs, ao estabelecer quais associações devem indicar representantes para o segmento dos usuários. A isso se alia o mencionado domínio adquirido no tratamento das questões setoriais, o que coloca esses indivíduos em posição de vantagem em futuras eleições ou indicações. Tal tendência à profissionalização pode ser percebida pela mobilidade de alguns membros, ora representando um segmento, ora outro e, portanto, atuando em associações com interesses diferentes.

Como podemos observar na mesma Tabela 8, 15% dos conselheiros do grupo estudado já representaram outros segmentos ou entidades no mesmo CMS. Até que ponto essa “mobilidade” na representação de interesses não encobre manipulações na eleição do conselheiro? Pode um indivíduo representar, sem objeções, alternadamente profissionais ou prestadores privados ou usuários? Eis outro ponto relevante a pesquisar na medida em que é preciso aferir a “qualidade” da representação. Além disso, pela Tabela 8.1, podemos verificar que 35% deles já participaram de outros conselhos municipais que não o da saúde, o que confirma a tendência à profissionalização.

Tabela 8.1
Conselheiros que participaram em
outros CMs que não o da saúde (%)

	<i>Freqüência</i>	<i>%</i>
Sim	21	35,0
Não	36	60,0
Não respondeu	3	5,0
Total	60	100,0

Esses dados, aliados ao perfil educacional, apontam para a constituição de dois grupos distintos no interior do segmento dos usuários. Um estaria formado por uma elite de conselheiros profissionalizados, com bom nível de educação e cultura, e ativos política e socialmente. O outro estaria formado pelos conselheiros não profissionalizados, pouco habituados e habilitados a lidar com os assuntos do setor. Essa situação caracterizaria distribuição desigual de poderes entre os dois grupos e, portanto, capacidades diferenciadas de barganha e influência nas decisões de política local do setor.

Realmente, a idade média de 47 anos e o alto nível de escolaridade dos conselheiros usuários apontam *performance* razoável ou boa da representação desse segmento, maturidade de seus membros e estabilidade funcional dos CMSs. Contudo, essas constatações sugerem a seguinte indagação: os CSs, pelo modo como se estruturam e funcionam, vêm contribuindo para atenuar a profunda desigualdade em termos de representação social, abrindo-se à participação dos segmentos sociais tradicionalmente excluídos, ou, pelo contrário, estariam reproduzindo a estratificação social característica do país? A tendência à profissionalização dos conselheiros seria positiva, na medida em que podem ter participação mais informada, porém, poderia colocar em risco a realização de uma das mais importantes funções dos CSs, que é a de facilitar a inclusão da representação das camadas mais desfavorecidas da sociedade, cujos interesses continuariam, por essa via, ausentes das pautas de discussão nos CMSs.

6. Aspectos da conduta cívica do conselheiro e sua relação com os CSs

Uma análise abrangente da cultura cívica só pode ser concretizada quando devidamente enquadrada no contexto histórico, social e político específico do grupo que se pretenda estudar. Deveria, portanto, ser relacionada com variáveis como classe, gênero e raça, e com o próprio sistema de valores e crenças do grupo, para uma discussão bem fundamentada entre cultura cívica e cultura política.

Por outro lado, existe forte interligação entre as variáveis renda, ocupação e educação. No estudo de Putnam, a estratificação e o estudo dessas interligações se mostraram determinantes para a análise da cultura cívica (Putnam, 1996;113).

Sendo o foco de nosso estudo bem mais limitado, nossa preocupação foi tentar caracterizar, em termos de cultura cívica, alguns comportamentos dos conselheiros e relacioná-los a sua participação nos CSs. Em outras palavras, procuramos aferir em que medida a participação nos CSs estaria contribuindo para uma cultura cívica facilitadora do surgimento de comunidades cívicas.

Para tanto, já tínhamos uma informação importante sobre a participação dos conselheiros em organizações sociais (Tabela 5). Como vimos, ela se caracteriza por participação ativa nesse tipo de entidades, restando-nos agora verificar o quanto a participação nos CMSs contribuiu para os seguintes aspectos do perfil do conselheiro:

a) alterar certas dimensões da vida escolar, profissional, cultural, familiar e comunitária;

b) despertar o interesse pelo sistema político, nomeadamente: funcionamento do governo local, relação entre poderes, política de saúde, direitos e deveres dos cidadãos e importância da participação do cidadão nas decisões de política local;

c) verificar como o conselheiro qualifica sua própria participação nos CMSs.

a) Influência dos CSs em certas dimensões da vida do conselheiro

Podemos observar, na Tabela 9, que, para 41,7% dos conselheiros, a participação no CMS estimulou a continuação dos estudos; para 50%, contribuiu para sua ascensão profissional; e para 72,7%, contribuiu para o alargamento de seu horizonte cultural. No plano familiar, a participação nos CMSs influiu positivamente para 48,3% dos conselheiros entrevistados.

Tabela 9

Influência da participação no CMS em algumas dimensões da vida do conselheiro (%)

<i>Dimensões da vida do conselheiro</i>	<i>% de respostas</i>		
	Positiva	Não alterou	Total de respostas
Plano cultural	71,7	18,3	54
Plano profissional	50,0	35,0	51
Plano familiar	48,3	38,3	52
Plano escolar	41,7	38,3	48

Apesar de, em média, 32,4% dos conselheiros afirmarem que a participação nos CMSs não alterou nenhuma dessas dimensões, isso não minimiza o fato de que, em conjunto, se observa significativa contribuição para a auto-superação individual, como explicita a Tabela 9.1.

Tabela 9.1

Influência da participação em outras dimensões da vida do conselheiro (%)

<i>Dimensões</i>	<i>% de respostas</i>		
	Positiva	Não alterou	Total de respostas
Plano social e comunitário	78,3	15,0	56
Plano político	70,0	16,7	52

Na verdade, os efeitos da participação não se limitam aos aspectos apontados. Eles se estendem também ao plano social e político. Como mostra a mesma Tabela 9.1, 78,3% dos conselheiros consideram que a participação nos CMSs contribuiu para sua inserção social, e 70%, para sua inserção na vida política local. Esses dois aspectos são altamente relevantes, pois demonstram que a participação nos CMSs estaria contribuindo para a formação de novas lideranças locais.

Por outro lado, a opinião dos conselheiros sobre a qualidade de sua participação nos CMSs é, de modo geral, positiva, como evidencia a Tabela 9.2.

Tabela 9.2
Opinião do conselheiros sobre a qualidade da sua participação no CMS

<i>Opinião dos conselheiros</i>	<i>% de respostas</i>			Total
	Sempre/ muitas vezes	Poucas vezes	Não respondeu	
Importante	93,3	1,7	5,0	100
Produtiva	78,3	18,3	3,3	100
Motivante	73,4	18,3	8,3	100
Gratificante	73,3	16,7	10,0	100
Chata	11,6	71,7	16,7	100

Com efeito, 93,3% dos consultados consideram sua participação importante; 78,3%, produtiva; 73,4%, motivante; 73,3%, gratificante; e apenas 11,6% a consideram chata.

A expressiva importância que os conselheiros atribuem a sua participação reflete nitidamente o papel relevante que os CMSs vêm ocupando na estrutura local sanitária e também social. De fato, fazer parte do CMS significaria para os conselheiros auxiliar, por um lado, na administração pública local, em particular na consolidação

do SUS, e, por outro, exercer controle na execução da própria política de saúde, além de prestígio social perante sua comunidade. Assim, é natural que 93,3% dos conselheiros tenham em tão alta conta sua participação nos CMSs.

Difícilmente, contudo, poderemos qualificar como produtivas ou mesmo atraentes todas as matérias tratadas nos CMSs. A forma como normalmente o orçamento é apresentado, por exemplo, dificulta sua compreensão por parte da maioria dos conselheiros, o que é desmotivante. Apesar disso, 78,3% deles avaliam sua participação como produtiva, e 73,4% consideram interessantes os assuntos tratados nos CMSs.

É bem sabido que muitos assuntos colocados pelos representantes dos usuários não são resolvidos pelos gestores, de modo que, para o conselheiro, pode ser frustrante sua participação. Apesar disso, 73,3% consideram sua atividade no CS gratificante.

De outro lado, como mostra a Tabela 9.3, para 70% dos conselheiros, o CMS contribui para a melhoria da assistência à saúde da população.

Tabela 9.3
Opinião dos conselheiros sobre
a influência dos CMSs na assistência à saúde

<i>Opinião dos conselheiros</i>	O CMS contribui para a melhoria da assistência à saúde da população
	<i>% de respostas</i>
Sempre/muitas vezes	70,0
Poucas vezes	28,3
Não respondeu	1,7
Total	100,0

Em síntese, para a maioria dos conselheiros sua participação no CMS é importante, produtiva, motivante e gratificante; assim também, eles consideram que os CMSs desempenham papel de relevo na melhoria da assistência à saúde da população.

b) Influência dos CSs na mudança de comportamento político dos conselheiros

Os dados apresentados na Tabela 10, a seguir, mostram em que medida a participação nos CMSs contribuiu para despertar o interesse dos conselheiros para alguns aspectos da vida política local.

Tabela 10
Interesse do conselheiro pelo sistema político local, por questões de governo e política de saúde

	<i>A participação no CS contribui para despertar interesse pela política local e política de Saúde</i>			
	Governo	Legislativo	Relação entre poderes	Política de saúde
Muito	73,3	48,3	60,0	88,3
Pouco	18,3	31,7	25,0	8,3
Nada	6,7	16,7	11,6	3,4
Não respondeu	1,7	3,3	3,4	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Como podemos observar, 73,3% dos conselheiros admitem que passaram a se interessar pelo funcionamento do governo local, 48,3% pelas atividades do Legislativo e 60% pelas relações entre os poderes públicos.

Além disso, como era de esperar, 88,3% dos entrevistados manifestaram que a participação no CS os levou a se interessar pela política de saúde.

Por outro lado, a Tabela 10.1 coloca em evidência a grande contribuição da participação no CS para o despertar do interesse dos conselheiros nas questões de cidadania.

Tabela 10.1
Interesse pelas questões de cidadania

	<i>% de respostas</i>		
	Direitos do cidadão	Deveres do cidadão	Participação política do cidadão
Muito	76,7	75,0	75,0
Pouco	18,3	21,6	16,6
Nada	3,3	1,7	6,7
Não respondeu	1,7	1,7	1,7
Total	100,0	100,0	100,0

Como vemos, a partir da participação no CS, 76,7% dos entrevistados sentiram-se estimulados a aprofundar seus conhecimentos sobre os direitos do cidadão, e 75% sobre seus deveres. Além disso, 75% avaliaram positivamente a participação política. Esses dados traduzem o alto engajamento dos conselheiros nas questões relativas à vida cívica, passando a estar mais capacitados ao exercício das funções de conselheiro e de cidadão.

7. Os conselheiros e o controle social

O controle social é um processo que demanda longa construção e depende de mudanças nos valores que informam a sociedade de um modo geral e as elites políticas em particular. Além disso, para sua plena realização, é imprescindível a redução das desigualdades sociais.

Ainda assim, o controle social é um tema central nas discussões relativas aos CSs, à participação e ao papel dos

conselheiros representantes das associações de interesse do setor saúde.

Os dados que passamos a expor confirmam, em certa medida, os resultados dos inúmeros trabalhos que têm constatado avanços significativos nos últimos anos no controle social na saúde, não obstante as dificuldades de várias ordens enfrentadas pelos CSs em geral e pelos representantes dos usuários em especial, como as seguintes:¹³

- desinteresse das autoridades locais, que preferem a manutenção do *status quo* clientelista;
- falta de formação dos conselheiros no que se refere às questões técnicas e administrativas do SUS, o que dificulta o exercício dessa função;
- deficiente ou nulo acesso a informações oficiais sobre o estado da saúde das populações e a produção dos serviços;
- insegurança dos conselheiros usuários, derivada das razões acima, que se reflete em escassa capacidade de barganha, compensada, muitas vezes, com o atrelamento ao segmento dos profissionais de saúde para atenuar o “excesso” de poder dos gestores;
- população não informada sobre os assuntos tratados nos CSs, desconhecendo-se em geral sua própria existência.¹⁴

Em nossa pesquisa abordamos o tema do controle social mediante duas perguntas, uma fechada, mas com

¹³ Ver, entre outros, Silva (2000); Labra (2000); Correia (2000) e os Anais (2000) da citada Conferência da ABRASCO.

¹⁴ A mesma falta de divulgação nos meios de comunicação ocorre com as conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde, apesar de sua grande relevância.

justificativa, e outra aberta. Os resultados são apresentados nas tabelas 11 e 12.

Tabela 11

Opinião dos conselheiros sobre o controle social

Pergunta	Respostas		
	Sempre/ Muitas vezes	Poucas vezes/Nunca	Não respondeu
O controle social funciona na prática?	18 30%	39 65%	3 5%

Como podemos observar, 65% dos conselheiros afirmaram que o controle social funciona poucas vezes ou nunca, e 30%, que funciona sempre ou muitas vezes. Esses dados sugerem que a maioria tem consciência das dificuldades por que passa a realização prática do controle social. Realmente, isso pode ser confirmado pelo teor das respostas dos conselheiros ao justificarem a falta de controle social. As opiniões desses 65% cépticos são mostradas na Tabela 12.

Tabela 12

Razões pelas quais o controle social não funciona (*)

	Número de respostas
Falta de vontade/interesse político	21
Falta de informação sobre a importância da participação/Falta de divulgação das atividades dos CS	5
Falta de recursos no município	1
Falta de politização da população	5
Não existe controle social na sociedade capitalista	1
Total de respostas	33

(*) No questionário foi solicitado justificar a pergunta: *Em sua opinião, o controle social funciona na prática?* Dos 39 que responderam *poucas vezes* ou *nunca*, apenas 33 justificaram sua resposta, como mostrado na tabela. (Ver pergunta 29 do questionário, em anexo.)

Observamos, portanto, que, para a maioria dos respondentes, o motivo principal pelo qual o controle social não funciona é a falta de vontade ou de interesse político dos dirigentes. Em um distante segundo lugar as

justificativas aludem ao desconhecimento do CS ou a fatores ligados à despolitização da população.

Voltando à Tabela 11, cabe salientar, porém, que 18 conselheiros (30%) consideraram que o controle social funciona, fornecendo justificativas como as seguintes:

- *o trabalho da Secretaria [de Saúde] é perfeito;*
- *a Secretaria [de Saúde] atende às necessidades do município;*
- *o CS é constituído por conselheiros honestos;*
- *funciona porque os conselheiros visitam as unidades hospitalares;*
- *funciona quando o povo consegue se organizar e exigir perfeição das autoridades;*
- *porque o CS fiscaliza as ações do governo.*

As respostas sugerem uma observação interessante: a maioria das opiniões inverte o sentido que se pretende dar ao controle social, atribuindo esse papel não ao CS ou aos cidadãos, mas às autoridades máximas da saúde.

Esse ponto é confirmado pelas justificativas apresentadas à pergunta seguinte: *Na sua opinião, o que é controle social?* (ver pergunta 28 do questionário). Dos 18 respondentes (Tabela 11), 11 foram claros em definir controle social como o poder da autoridade em controlar a vida dos cidadãos. Trinta respondentes, entretanto, definiram controle social nos moldes em que hoje o entendemos, isto é, como a ação das coletividades organizadas no acompanhamento e avaliação da execução das políticas públicas.

Uma razão possível para essa falta de homogeneidade no entendimento do que seja controle social por parte dos conselheiros usuários pode residir no fato de os CSs

sofrerem renovações periódicas de seus membros. Sendo assim, alguns dos novos conselheiros, ainda em processo de formação, não estariam habituados a essa conceituação. Todavia, tanto as informações da Tabela 11 como as da 12 revelariam, em geral, escassa compreensão do significado e alcance do controle social e mesmo das possibilidades que os CSs oferecem à sociedade civil organizada para o exercer.

Conclusões

A pesquisa permitiu traçar um perfil de 60 dos 122 conselheiros representantes dos usuários dos serviços de saúde, em 16 CSs da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Seguem-se as características desse grupo.

- A maioria dos conselheiros é do sexo masculino, tem emprego formal e situa-se na faixa de 35 a 54 anos.
- O nível de escolaridade é surpreendentemente alto – 43,3% deles têm curso superior completo ou incompleto – se comparado com o de apenas 6% correspondente à população dos municípios incluídos no trabalho, o que acusaria certa elitização dos CSs, além de colocar dúvidas quanto à real condição de "usuário" dos serviços públicos de saúde.
- Quase todos (90%) mantêm-se informados sobre os acontecimentos locais e do país por meio da televisão e de jornais, mas demonstram escasso hábito de leitura de livros e revistas.
- A relação entre o conselheiro e a entidade que representa no CS é bastante estreita, revelando trocas assíduas de informações. Esse fato, todavia, deve ser considerado com cautela: a maioria dos conselheiros (74%) faz parte da direção da associação, de modo que a possibilidade de auto-indicação ou indicação clientelista não deve ser descartada, mesmo nos

casos (49%) em que a eleição foi apontada como forma de escolha do representante para o CMS.

A pesquisa demonstrou, por outra parte, que a participação no CS tem tido influência muito positiva sobre o conselheiro, tanto em sua vida pessoal quanto em sua consciência cívica, como se sintetiza a seguir.

- Os conselheiros foram motivados a investir nos campos cultural (71%), educacional (42%) e profissional (50%), o que evidencia esforços no sentido de auto-superação.
- Revelaram-se ativamente participativos, posto que 75% deles atuam em duas ou mais organizações, sejam comunitárias/filantrópicas, políticas, religiosas, culturais ou esportivas (nessa ordem).
- Igualmente, a maioria (73%) afirma ter sido levada a se interessar por conhecer o funcionamento do governo local e dos poderes públicos em geral, o que, certamente, é indicativo de maior consciência cívica.
- Questões relacionadas com a cidadania, como direitos e deveres e participação política, passaram a ser valorizadas por 75% dos conselheiros.
- A dinâmica da participação do conselheiro no CS é pautada predominantemente por relações de cooperação e por atuações coletivas, produtoras de consenso. Quanto ao nível de conflito, é bem inferior entre os representantes dos usuários (11,6%) do que entre esse segmento e o dos demais membros do CS (28,4%). Esse quadro revelaria a existência de comportamentos

associados a valores como a confiança, a tolerância e a reciprocidade.

- Os dados levantados confirmam apenas parcialmente pesquisas que apontam para predominância de confrontos provocados pela intromissão ou descaso dessa autoridade nas decisões do CMS. Segundo 60% dos conselheiros consultados, os representantes dos usuários influenciam efetivamente as decisões do gestor, enquanto 53,3% consideram que este último acata as resoluções do CS.
- O CS contribui efetivamente para a melhoria da assistência à saúde, conforme consideram 70% dos conselheiros entrevistados.
- O tema controle social foi percebido de forma ambígua pela maioria dos conselheiros, revelando ainda confusões quanto a seu real significado: 65% dos conselheiros declararam que o controle social nunca ou apenas poucas vezes funciona, atribuindo esse desempenho à falta de vontade política das autoridades. Nessa mesma linha, o controle social foi entendido não como um exercício dos próprios cidadãos, por intermédio dos CSs, mas como uma prerrogativa das autoridades.

Em termos gerais, a pesquisa aponta tendências no sentido de os CSs estarem contribuindo positivamente para a formação cívica dos conselheiros e, nessa medida, constituem elemento central do círculo virtuoso, entendido como processo realimentador da cultura cívica e do surgimento de comunidades cívicas no Brasil, comprometidas com valores essenciais de cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão teórica efetuada na primeira parte do trabalho sobre comunidade cívica, capital social, cultura participativa e associações de interesse realçou a importância estratégica da participação da sociedade civil em instâncias colegiadas de deliberação na esfera estatal nas democracias contemporâneas. Examinar a relação existente entre democracia participativa e o desenvolvimento de uma consciência cívica – cujo avanço, porém, depende não só do desenvolvimento econômico e da modernização política formal, mas essencialmente da democracia substantiva, em termos de crescentes graus de igualdade social entre os cidadãos – foi o que nos propusemos.

Em seguida examinamos, por um lado, as extremas disparidades econômicas e sociais existentes no Brasil entre uma minoria integrante de uma sociedade moderna e a maioria, que vive em condições de pobreza e exclusão social. Por outro lado, analisamos o processo de democratização do Brasil e os avanços políticos, legais e institucionais experimentados em termos do direito de associação e participação social direta e indireta nos assuntos de interesse geral, a partir da Constituição de 1988. Com base nos pressupostos da Reforma Sanitária, destacamos, sobretudo, a integração dos CSs à engenharia institucional do SUS, abrindo com isso a participação de representantes da sociedade civil organizada aos processos de decisão de políticas, programas e ações de saúde.

Essas análises consideraram que, apesar do quadro de atraso social do país, foi possível instituir a participação cidadã nas esferas de decisão pública, ressaltando em particular os CSs, e sua grande potencialidade, ainda não devidamente avaliada, de acumulação de capital social e o eventual surgimento de uma cultura cívica de envolvimento do cidadão comum nas questões de interesse geral. Colocamos, enfim, a tese de que o funcionamento regular dos CSs e a continuidade da participação de representantes da sociedade civil organizada nessas instâncias e também nas conferências de saúde gerariam um "círculo virtuoso" fomentador de comunidades cívicas imbuídas de uma nova cultura, afinada com os valores da democracia substantiva.

Procurando responder a essa questão, isto é, até que ponto os CSs estariam contribuindo para a socialização de práticas condizentes com a consolidação de uma cultura participativa própria de uma comunidade cívica, realizamos uma pesquisa com conselheiros representantes dos usuários nos conselhos municipais de saúde (CMSs) da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro (RMERJ).

A pesquisa teve como um de seus principais propósitos verificar em que medida as opiniões dos conselheiros entrevistados refletiriam tendência no sentido de valores mais democráticos a partir de sua participação nos CSs e estariam contribuindo para a geração de um "círculo virtuoso". A partir de questionário submetido a 60 conselheiros representantes dos usuários foi possível traçar seu perfil, que mostrou, entre outros aspectos, o alto nível de escolaridade do grupo quando comparado com a média verificada nos municípios estudados. Esse resultado, porém, leva a indagar se, dado o alto nível de instrução

desse grupo, seria, de fato, representativo dos usuários dos serviços públicos de saúde.

No plano individual, a pesquisa permitiu verificar que a participação no CS tem tido influência muito positiva sobre o conselheiro, tanto em sua vida pessoal quanto em sua consciência cívica. Realmente, os dados apontam que a participação nos CSs tem motivado os conselheiros a investir nos campos cultural, educacional e profissional, o que evidencia esforços no sentido de auto-superação. Igualmente, levou-os a se interessarem por conhecer o funcionamento do governo local e dos poderes públicos em geral, o que, certamente, é indicativo de nível mais elevado de consciência cívica.

Essa consciência cívica ficou patenteada pelo ativismo social demonstrado pela maioria dos conselheiros: 75% deles atuam em duas ou mais organizações, sejam comunitárias/filantrópicas, políticas, religiosas, culturais ou esportivas. Nessa mesma linha, a maioria dos conselheiros revelou ter passado a se interessar mais pelas questões relacionadas com os direitos e deveres de cidadania, o que abona a favor dos efeitos positivos da participação em instituições colegiadas na conduta cívica, à semelhança dos efeitos internos verificados com a participação em organizações sociais (Schmitter, 1993; Putnam, 1996; Cohen e Rogers, 1995).

No plano associativo, a pesquisa comprovou que a institucionalização dos CSs tem tido grande influência no incremento do número de organizações com interesses no setor, visto que 62% das associações representadas no CS foram criadas na década de 1990. Esse fato corrobora o potencial dos CSs no sentido do incentivo à sociabilidade e,

portanto, ao estreitamento de laços de cooperação e solidariedade.

O trabalho demonstrou que a relação entre o conselheiro e a entidade que representa no CS é bastante estreita, revelando trocas assíduas de informações. Esse fato, todavia, deve ser analisado com cautela, já que a maioria dos conselheiros (74%) faz parte da direção da associação, de modo que a possibilidade de auto-indicação ou indicação clientelista não deve ser descartada, mesmo nos casos (49%) em que foi apontada eleição.

A pesquisa demonstrou, por outra parte, que a dinâmica da participação do conselheiro no CS é pautada predominantemente por relações de cooperação e por atuações coletivas, produtoras de consenso. Quanto ao nível de conflito, é bem inferior entre os representantes dos usuários do que entre esse segmento e o dos demais membros do CS. Esse quadro parece revelar a existência de comportamentos associados a valores como a confiança, a tolerância e a reciprocidade.

Outro aspecto refere-se ao papel desempenhado pelo gestor no CS. A esse respeito, os dados levantados confirmaram apenas parcialmente pesquisas que apontam para os confrontos que a intromissão ou o descaso dessa autoridade provocaria nos CSs. Percentagem significativa dos conselheiros consultados (60%) considerou que representantes dos usuários influenciam efetivamente as decisões do gestor, enquanto 53,3% deles são da opinião de que o gestor acata as resoluções do CS. Além disso, para 70% dos entrevistados, o CS tem efeitos positivos na melhoria da assistência à saúde.

Ressaltamos, outrossim, a opinião dos respondentes quanto à existência ou não do controle social. Constatamos que esse tema é percebido de forma ambígua pela maioria dos conselheiros, revelando ainda confusões quanto a seu real significado. Segundo a maior parte dos conselheiros, o controle social nunca ou apenas poucas vezes funciona, desempenho atribuído à falta de vontade política das autoridades. Nessa mesma linha, parte dos conselheiros entendeu o controle social não como um exercício dos próprios cidadãos, por intermédio dos CSs, mas como uma prerrogativa das autoridades setoriais.

Este trabalho procurou demonstrar que os CSs vêm-se constituindo, apesar das dificuldades apontadas, em relevantes espaços de prática e formação da cidadania e, nessa medida, em instrumento de mudança dos valores que informam a sociedade, condizentes com os de uma cultura cívica, facilitadores, em última instância, do surgimento de comunidades cívicas.

Por outro lado, a relevância do tema sugere a necessidade de prosseguir com estudos mais aprofundados.

BIBLIOGRAFIA

- ALMOND**, Gabriel e **VERBA**, Sidney (org), 1963. *The Civic Culture: political attitudes and democracy in five nations*. Boston & Toronto: Little, Brown and Co.
- _____, 1980. *The Civic Culture Revisited*. Boston & Toronto: Little, Brown and Co.
- BOBBIO**, Norberto, 1987. *O Futuro da Democracia – uma defesa das regras do jogo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- _____, 1994. *Liberalismo e Democracia*. São Paulo: Editora Brasiliense, 6ª edição.
- BENEVIDES**, Maria Victoria 1991. *A Cidadania Ativa*. São Paulo; Ática S.A.
- BOSCHI**, Renato, 1987. *A Arte da Associação*. São Paulo; Vértice.
- _____, 1991 *Corporativismo e Desigualdade*. Rio de Janeiro; IUPERJ/ Rio de Janeiro.
- BRASIL**. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.
- BRASIL**. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde).
- BRASIL**. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Dispõe sobre a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/1991.
- BRASIL**. Ministério da Saúde/SUS. Descentralização das ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei, 1993.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1993.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/1993.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

- BRASIL.** Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/1996.
- BRASIL.** Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento Econômico e Turismo – SEPDET. Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro – CIDE. Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro 1999-2000.
- BUSS,** Paulo e Labra, Eliana 1995. Sistema de Saúde: continuidades e mudanças. São Paulo/Rio de Janeiro, Editoras Hucitec/Fiocruz.
- CALDEIRA,** César, 1992. Entidades Representativas e Poder Local: A Participação Social Institucionalizada. Rio de Janeiro: *Archè*, Ano I, nº2.
- CARVALHO,** Rosely, 1998. *A Participação Popular no Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana*, Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- CARVALHO,** Antônio Ivo, 1995. *Conselhos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBAM/FASE.
- CD-ROM-BASE de DADOS MUNICIAIS** – BIM 2ª Edição IBGE/2000.
- CD-ROM - O Sujeito na Saúde Coletiva.** ABRASCO 2000.
- CHAUÍ,** Marilena, 1990. *Cultura e Democracia*. 5ª edição, São Paulo: Cortez.
- CECILIO,** L. C. Oliveira, 1999. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para melhoria dos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, v.23 nº53. Rio de Janeiro setembro/dezembro: CEBES.
- COHEN,** Jean & ARATO, Andrew, 1993. *Civic Society and Political Theory*. Cambridge, The MIT Press.
- COHEN,** Joshua & ROGERS, Joel, 1995. *Association and Democracy, the real utopias project*. New York: Editora Verso.
- COTTA,** Rosângela M., 1998. *Descentralização das Políticas Públicas de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Viçosa.
- COTTA,** Rosângela *et alli.*, 1998. *Descentralização das Políticas Públicas de Saúde – Do Imaginário ao Real*. Viçosa: Editora Universidade Federal de Viçosa.
- CORREIA,** M. Valéria Costa, 2000. *Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde como Instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DAHL,** Robert, 1972. *Polyarchy*. London: Yale University Press.
- _____, 1998. *On Democracy*. London: Yale University Press.

- DEMO**, Pedro, 1996. *Participação é Conquista*. São Paulo; Cortez.
- DIAMOND**, Larry. “Toward Democratic Consolidation”. *Journal of Democracy*, Volume 5, n. 3, 1994.
- DUNLEAVY**, Patrick and O’LEARY, Brendan, 1987. *Theories of the State: the politics of liberal democracy*. London: Editora Macmillan Press LTD.
- ECKSTEIN**, Harry, 1958. *Pressure Group Politics: the case of the British Medical Association*. California, Stanford for University Press.
- FLEURY**, Sonia (org), 1997. *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Editora Lemos.
- GERSCHMAN**, Silvia, 1995. *A Democracia Inconclusa*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- HEYWOOD**, Andrew, 1997. *Politics*. London: Macmillan Foundations.
- JACOBI**, Pedro, 1980. Movimentos Sociais Urbanos no Brasil. *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, n.9.
- JACOBI**, Pedro & NUNES, Edson, 1981. *Movimentos por Melhores Condições de Saúde: Zona Leste de São Paulo. A Secretaria de Saúde e o Povo*. Friburgo. Anpocs (mimeo).
- KEANE**, John, 1988. *Democracy and Civil Society*. New York: Editora Verso.
- LABRA**, Maria Eliana, 1999. Análise de políticas, modo de *policy-making* e intermediação de interesses. Uma revisão. *Physis* (no prelo).
- _____, 1994. *Política de Interesses no Setor Saúde no Chile (1900-1990)*. Tese para a obtenção do título de Doutor em Ciência Política. Rio de Janeiro; IUPERJ – Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro
- _____, 1992. Política de interesses na perspectiva neocorporativa. *In: Planejamento Criativo: novos desafios teóricos em política de saúde* (E. Gallo et alii., orgs.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- MACHADO**, Heleny, 1999. *As Instâncias de Controle Social do SUS no Município e a Produção das Agendas Pública e Governamental no Setor Saúde: o caso do Município do Cabo de Santo Agostinho – PE*. Recife. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.
- MACPHERSON**, C.B., 1977. *A Democracia Liberal – Origens e Evolução*. Rio de Janeiro Zahar Editores.

- MELO**, Marcus, 1995. Ingovernabilidade: Desagregando o Argumento. *In*: VALLADARES, L. e COELHO, M. Prates (org). *Governabilidade e Pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- MÉNY**, Ives, 1996. *Politique Comparée – Les démocraties Allemagne, États-Unis, France, Grande-Bretagne, Italie*. Paris: Monchrestien. Chapitre III – Les groupes d'intérêt
- MINAYO**, M. (org), 1994. *Pesquisa social, teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- MOISÉS**, José Álvaro, 1992. Democracia e Cultura Política de Massas no Brasil. *Lua Nova. Revista de Cultura Política*, (26):5-51.
- NEWTON**, Kenneth, 1999. *Critical Citizens: Global Support for Democratic Government*. Oxford, University Press.
- NUNES**, Edson, 1997. *A gramática política do Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar E.
- OFFE**, Claus, 1989. Transformações contemporâneas do trabalho e da política *In*: OFF, C. *Capitalismo Desorganizado*. São Paulo: Brasiliense.
- OLIVEIRA**, J. & FLEURY, S.M.T, 1986. *(Im)Previdência da Previdência Social – 60 Anos da História da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro, Vozes.
- OLIVEIRA**, Francisco J. Arsego de, 1996. Participação Popular em Saúde: as dimensões da cultura. *Saúde em Debate*, nº 53. Rio de Janeiro, setembro: CEBES.
- OLIOSA**, Durvalina M. S.,1999. *Municipalização da Saúde em Vitória – ES: Uma experiência participativa?*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- PARADA**, Roberto, 1997. *Sistema Estadual de Saúde – Descentralização e Relações Intergovernamentais: Um Estudo do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- PUTNAM**, Robert, 1996. *Comunidade e Democracia*. Rio de Janeiro; Fundação Getúlio Vargas.
- PATEMAN**, Carole, 1980. The Civic Culture: A Philosophic Critique. *In*: ALMOND e VERBA (org), *The Civic Culture Revisited*. Boston e Toronto: Editora Little, Brown & Company.
- _____, 1992. Participação e Teoria Democrática; Tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- REIS**, P. Elisa, 1995. Governabilidade e Solidariedade. *In*: VALADARES, L. e COELHO, M. Prates (org). *Governabilidade e Pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- ROCHA**, Sônia, 1995. Governabilidade e Pobreza: o desafio dos números. *In: VALLADARES, L. e COELHO, M. Prates (org). Governabilidade e Pobreza no Brasil.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- ROSENSTONE**, Steven & **HANSEN**, John, 1995. *Mobilization, Participation, and Democracy in America.* University of Chicago.
- SANTOS**, Wanderley Guilherme, 1993. *Razões da Desordem.* Rio de Janeiro; Rocco.
- _____, 1998. *Décadas de Espanto.* Rio de Janeiro; Rocco.
- SANTOS**, Boaventura, 1994. *Pela Mão de Alice – O Social e o Político na Pós-Modernidade.* Lisboa: Editora Afrontamento.
- SCHMITTER**, Philippe. La consolidación de la democracia y la representación de los grupos sociales. *Revista Mexicana de Sociología*, julho – setembro de 1993.
- SCHUMPETER**, 1984. *Capitalismo, Socialismo e Democracia.* Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- SILVA**, Clovis Pires da, 1999. *Participação popular e cultura política: as emendas populares na Assembleia Constituinte de 1989 em Santa Catarina.* Florianópolis: Editora da UFSC.
- TOCQUEVILLE**, Alexis de, 1998. *A Democracia na América.* São Paulo: Martins Fontes.
- TROVIÑOS**, N. A. S., 1990. Alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa. *In: Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas.
- VIANA**, Solon e **PIOLA**, Sérgio, 1993. *Os Desafios do Sistema Único de Saúde.* Brasília; IPEA.
- VIEIRA**, Liszt, 1998. *Cidadania e Globalização.* Rio de Janeiro: Record.
- WIATR**, Jerrzy, 1980. “The Civic Culture from a Marxist-sociological Perspective”. *In: ALMOND e VERBA (org). The Civic Culture Revisited.* Boston e Toronto: Editora Little, Brown & Company.

DADOS SOBRE OS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

MUNICÍPIOS R. Metropolitana		População (Censo 1996)	População > 18 anos	População com esc. sup. a 12 anos	Taxa de esc. de 12 ou > anos	n.º de conselheiros usuários	n.º e % de respostas ao questionário
1	Belford Roxo	399.319	244.952	4.840	1,98%	6	4 (66,6%)
2	Duque de Caxias	715.089	447.459	17.186	3,84%	6	3 (50%)
3	Nilópolis	155.272	104.118	7.247	6,96%	6	4 (66,6%)
4	Queimados	108.522	65.270	1.103	1,68%	6	2 (50%)
5	Rio de Janeiro	5.551.538	3.877.427	731.746	18,87%	12	8 (66,6%)
6	São João de Meriti	434.323	278.763	8.907	3,20%	12	4 (33,3%)
7	Seropédica	54.937	33.924	-	-	7	2 (28,5%)
8	Japeri	73.130	42.494	388	0,91%	10	10 (100%)
9	Magé	183.113	113.103	2.792	2,46%	11	3 (27,2%)
10	Mangaratiba	19.896	12.565	649	5,17%	4	4 (100%)
11	Maricá	60.286	39.654	3.189	8,04%	8	5 (62,5%)
12	Niterói	450.364	319.588	90.449	28,30%	16	2 (12,5%)
13	Paracambi	39.441	26.277	766	2,91%	6	3 (50%)
14	São Gonçalo	833.379	552.970	30.891	5,58%	6	5 (83,3%)
15	Itaguaí	70.126	-	-	-	6	1 (16,6%)
Total média	16	9.150.731	6.158.582	129.124	6,61%	129	60

Dados do IBGE (Censo de 1996)

Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Projeto: Participação dos usuários nos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Nº do Questionário: |_|_|_|_|

Envio: ___ / ___ / 2000

Município: _____

Código: |_|_|_|

Classif. Tamanho: |_|_|

1. Sexo:

4- Masculino

6- Feminino

2. Indique a faixa etária correspondente à sua idade:

9 - 18 a 24 anos

10- 25 a 34 anos

11- 35 a 44 anos

12- 45 a 54 anos

13- 55 anos ou mais

3. Indique o seu grau de instrução:

1 - Primário incompleto

2 - Primário completo

3 - Ginásial incompleto

4 - Ginásial completo

5 - 2º grau incompleto

6 - 2º grau completo

7 - Superior incompleto

8 - Superior completo

4. Atualmente, qual a sua situação trabalhista:

9 - Empregado com carteira assinada

10- Funcionário público

11- Aposentado/Pensionista

12- Empregado sem carteira assinada

13- Trabalhador por conta própria

14- Micro-empresário

15- Desempregado

16- Outra: _____

5. Indique o tipo de associação/entidade que você representa no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

1 - Federação das Associações de Moradores

2 - Federação ou Central Sindical

3 - Associação de Moradores

4 - Sindicato

5 - Religiosa

6 - Assoc. de Portadores de Patologia/Deficiência

7 - Outras: _____

6. Escreva o nome completo da associação/entidade que você representa no Conselho:

7. Você ocupa cargo de Direção na sua associação/entidade?

8 - Sim

9 - Não

8. Há quanto tempo você pertence à sua associação/entidade? (Caso represente alguma Federação ou Central, considere também o tempo de filiação na entidade de base)

10- menos de 2 anos

11- de 2 a 5 anos

12- de 6 a 10 anos

13- de 11 a 15 anos

14- mais de 15 anos

9. Em que período, aproximadamente, foi fundada a associação/entidade que você representa?

1 - antes de 1976

2 - entre 1976 e 1980

3 - entre 1981 e 1985

4 - entre 1986 e 1990

5 - entre 1991 e 1995

6 - entre 1996 e 2000

7 - não sei

10. Se a sua associação/entidade é filiada a outra(s) organização(ões) maior(es), informe qual(is):

a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

11. Aproximadamente quantos membros tem a sua Associação:

12. No seu município existe(em) outra(s) associação(ões) que representam interesses semelhantes aos da sua entidade?

- 0 - Sim
8 - Não
9 - Não sei

Caso SIM, cite QUAIS (por favor, escreva o nome completo)

- a) _____
b) _____
c) _____

13. A sua associação/entidade indica representantes para outros Conselhos Municipais, que não o de Saúde?

- 2 - Sim
4 - Não
6 - Não sei

Caso SIM, indique QUAL (IS):

14. Perguntas sobre a relação com a sua entidade:

	Sempre	Muitas Vezez	Poucas Vezez	Nunca
a) Você mantém a sua entidade informada sobre os trabalhos no CMS	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
b) Você discute com a sua entidade os assuntos que estão em discussão no CMS	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
c) Você recebe orientações da sua entidade para sua atuação no CMS	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
d) Você participa das reuniões e atividades promovidas pela sua entidade	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
e) Você consulta a sua entidade antes de tomar posição nas questões discutidas no CMS	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
f) A sua entidade se interessa pelos assuntos discutidos no CMS	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
g) A sua entidade se interessa pela sua atuação no CMS	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
h) A sua entidade informa os associados sobre questões importantes que estejam em discussão no CMS	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
i) A sua entidade dá apoio à sua atuação no CMS	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>

15. Quantos mandatos, incluindo o atual, você já exerceu no CMS? Indique também o período de exercício do(s) mandato(s).

De que ano até que ano

- 0 - 1 mandato 1º) De _____ até _____
2 - 2 mandatos 2º) De _____ até _____
4 - 3 mandatos 3º) De _____ até _____
6 - 4 mandatos 4º) De _____ até _____
8 - 5 mandatos 5º) De _____ até _____

16. Já representou os usuários no CMS por indicação de outra(s) entidade(s)

- 1 - Sim 3 - Não

Caso SIM, por qual entidade(s): _____

17. Já representou no CMS outro segmento que não o dos usuários?

- 5 - Sim 7 - Não

Caso SIM, indique qual: 1 () Gestor
 2 () Profissional
 3 () Prestador Público
 4 () Prestador Privado

18. É, ou já foi, membro de outro Conselho Municipal que não seja o de Saúde

- 2 - Sim 4 - Não

Caso SIM, qual e quando: _____

19. Considera que a **sua** participação no CMS é...
(Responda todos os itens)

	Sempre	Muitas Vezez	Poucas Vezez	Nunca
a) Importante	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
b) Produtiva	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
c) Motivante	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
d) Gratificante	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
e) Chata	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>

20. Como se tornou membro do Conselho de saúde:

- 0 - Indicado por Dirigentes da sua associação/entidade
 2 - Eleito pelos membros da sua associação/entidade
 4 - Indicado pela Secretaria Municipal de Saúde
 6 - Indicado por político(s) local(ais)
 8 - Outro: _____

21. Gostaríamos de saber a sua opinião sobre o funcionamento do seu CMS:

	Sempre	Muitas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
a) o funcionamento do CMS contribui para a melhoria da assistência à saúde da população	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
b) os representantes dos usuários influenciam as decisões do Gestor	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
c) os gestores adotam as decisões (resoluções) do Conselho	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
d) os representantes dos usuários atuam de forma coletiva	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
e) há conflito entre os representantes dos usuários	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
f) há conflito entre os representantes dos usuários e os representantes dos outros segmentos	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
g) os representantes dos usuários sentem-se preparados para discutir questões técnicas	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
h) os representantes dos usuários recebem assessoria técnica	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
i) existe cooperação entre os representantes dos usuários	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
j) existe cooperação entre os representantes dos usuários e os representantes dos outros segmentos	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>

22. Você participa de alguma Comissão Temática no seu CMS?

0- Sim 9- Não 10- Não existem

Comissões Temáticas no meu CMS

Caso SIM, qual: _____

23. Com que frequência você se mantém informado sobre a vida da sua cidade e do País através de...

	Sempre	Muitas Vezes	Poucas Vezes	Nunca
a) TV	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
b) Rádio	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
c) Jornais	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
d) Revistas	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
e) Livros	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
f) Família	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
g) Amigos	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>

24. Indique se você participa de organizações/entidades do tipo das citadas abaixo: (Marque SIM ou NÃO)

- a) Partidária 2- Sim 4- Não
 b) Religiosa 1- Sim 3- Não
 c) Cultural 2- Sim 4- Não
 d) Desportiva 1- Sim 3- Não
 e) Filantrópica 2- Sim 4- Não
 f) Outra _____ 1- Sim 3- Não

25. Quando ocorrem Encontros e Conferências de Saúde, com que frequência você costuma participar?

- 0- Sempre
 2- Muitas Vezes
 4- Poucas Vezes
 6- Nunca

26. Diga se a participação no CMS alterou de forma positiva ou negativa as seguintes dimensões da sua vida

	Alterou Positivamente	Alterou Negativamente	Não alterou em nada
a) escolar	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>
b) profissional	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>
c) familiar	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>
d) cultural	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>
e) social/comunitária	1- <input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>
f) política	2- <input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>

