

TEMAS FUNDAMENTAIS DA
REFORMA SANITÁRIA

8

DEMOCRACIA PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Ana Maria Costa
Natalia Vieira

**Cidadania
para a saúde**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente: Ana Maria Costa
Primeiro Vice-Presidente: Alcides Silva de Miranda
Diretora Administrativa: Aparecida Isabel Bressan
Diretor de Política Editorial: Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos: Lizaldo Andrade Maia
Luiz Bernardo Delgado Bieber
Maria Frizzon Rizzotto
Paulo Navarro de Moraes
Pedro Silveira Carneiro

Diretor Ad-hoc: Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL / FISCAL COUNCIL

Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO / ADVISORY COUNCIL

Ana Ester Maria Melo Moreira
Ary Carvalho de Miranda
Cornelis Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Eli Iola Gurgel Andrade
Felipe Assan Remondi
Gustavo Machado Felinto
Jairnilson Silva Paim
Ligia Bahia
Luitz Antônio Silva Neves
Maria Fátima de Souza
Mario Cesar Scheffer
Nelson Rodrigues dos Santos
Rosana Tereza Onocko Campos
Sílvio Fernandes da Silva

EDITOR CIENTÍFICO / SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

EDITORA EXECUTIVA / EXECUTIVE EDITOR

Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETÁRIO EDITORIAL / EDITORIAL SECRETARY

Frederico Tomás Azevedo

SECRETARIA / SECRETARIES

Secretaria Geral: Gabriela Rangel de Moura

Pesquisador: José Maurício Octaviano
de Oliveira Junior

Assistente de Projeto: Ana Amélia Penido Oliveira

JORNALISTA / JOURNALIST

Priscilla Faria Lima Leonel

EXPEDIENTE

Organização: Ana Maria Costa
José Carvalho de Noronha
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Edição: Marília Correia
Diagramação e Capa: Paulo Vermelho

C837d

Democracia Participativa e Controle em Saúde. / Ana Maria Costa, Natália Vieira.
Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

71p.; 14 X 21cm.

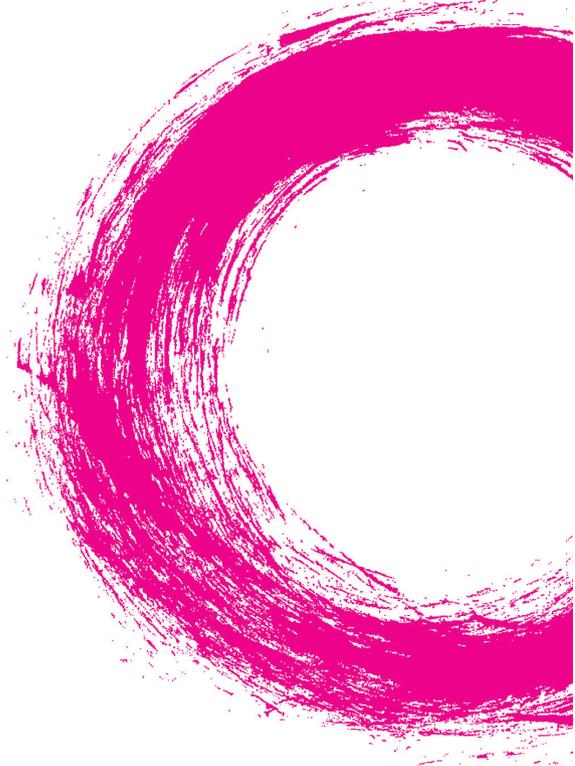
ISBN

1.Saúde Pública. 2. Política de Saúde - SUS. I. Vieira, Natália. II. Título

CDD - 362.10981



DEMOCRACIA PARTICIPATIVA E
CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE



Ana Maria Costa
Natalia Vieira

projeto
FORMAÇÃO EM CIDADANIA PARA SAÚDE:
TEMAS FUNDAMENTAIS DA REFORMA SANITÁRIA

DEMOCRACIA PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE



Rio de Janeiro

2012

Sumário

Introdução | 7

Direito à Saúde, uma Questão para a Democracia | 11

A presença popular na 8ª Conferência Nacional | 19

A participação da sociedade na gestão das
Políticas Sociais | 21

Participação social em saúde no Brasil | 34

Algumas considerações finais | 52

Referências | 59

DEMOCRACIA PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Ana Maria Costa*
Natalia Vieira**

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 instituiu a participação social na gestão das políticas sociais. A saúde institucionalizou e expandiu conselhos por todo território nacional e a expressiva participação que ocorre hoje tem raízes no fato de que a saúde é objeto de ação e demanda dos movimentos sociais desde os anos 60, permitindo afirmar sobre a existência de uma cultura de participação social.

* Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Presidente do CEBES (Gestão 2011-2013). dotorana@gmail.com

** Cientista Política pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Ciência Política pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). natavir3@gmail.com

Os Conselhos e Conferências de Saúde objetivam introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável à presença e ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade favorecendo a prevalência do interesse público.

Entretanto, para conferir sentido à esfera coletiva de decisão, é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores envolvidos e, ao mesmo tempo, o processo participativo deve ser baseado na construção de consensos que visam o melhor para o conjunto da coletividade e não apenas para determinados grupos da sociedade.

A participação social deve ter capacidade de provocar mudanças na configuração democrática do Estado, e sua atuação deriva da combinação entre os mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa. Nessa perspectiva, trata-se de espaços não somente de inclusão e de igualdade, mas especialmente de promoção de autonomia dos atores sociais.

O modelo participativo em saúde não é exatamente o da democracia direta nos moldes da *polis* da Grécia Antiga, na qual todos os cidadãos tinham direito a voz e voto. O modelo adotado de participação utiliza elementos da teoria democrática representativa na escolha de representantes, e para isso importa desse modelo a iniciativa do processo eleitoral, geralmente realizado na forma do voto.

Para assegurar que a pluralidade de atores da sociedade esteja presente no processo de participação, esta não deve se limitar à ação dos representantes, mas também criar oportunidades para que representados possam agir no espaço público. O processo participativo difere do modelo democrático representativo tradicional schumpeteriano (SCHUMPETER, 1984), caracterizado pela aposta na apatia política dos integrantes da sociedade. Nesse caso, cabe aos cidadãos somente a escolha entre alternativas para o governo. O novo modelo de democracia participativa que se configura com a participação social privilegia a capacidade de os indivíduos e grupos sociais se organizarem coletivamente e influírem constitutivamente no Estado.

Trata-se da concepção de cidadania ativa, na qual os representantes são politicamente iguais e capazes de trazer para o interior dos fóruns de participação as diversas “expressões de diversidade” da sociedade. Esse formato diferenciado de organização, que não se funda em partidos políticos, mas em modelos de organização social diferenciados, tais como associações de bairro, entidades ou movimentos sociais, devem ser “espaços vivos para a produção de novas definições e práticas para a resolução de problemas”. (ABERS; KECK, 2008, p.110)

Lígia Lüchmann (2007) reforça a análise acerca do significado dessa inovação que comporta elementos do modelo representativo e do participativo, tendo como resultante um novo desenho institucional capaz de dar um caráter mais democrático para o Estado:

a partir do incremento de experiências participativas no Brasil neste último par de décadas, [sugere-se que] as relações entre representação e participação são muito menos que oposição, (...) [mas sim] instrumentos [que] estabelecem combinações e articulações que desenham um processo de concomitante inovação e reprodução das práticas políticas e orientações político-institucionais. Será, portanto, o fenômeno da representação no interior da participação³ (LÜCHMANN, 2007, p. 140).

O fenômeno se estabelece a partir das lutas mais amplas dos atores sociais para conseguirem aumentar o poder frente ao Estado e transformar as suas práticas. Tomando como referência a experiência de participação e controle social que vem sendo construída no setor saúde nas últimas décadas, esse trabalho apresenta os elementos que criaram as condições sociais e políticas para os avanços, identifica e analisa alguns aspectos positivos e negativos da experiência, apontando desafios para o aprofundamento da democracia participativa, participação e controle social em saúde para os próximos anos. Para tanto, o estudo se apoia em conceitos da Ciência Política para analisar o contexto e a evolução histórica desse processo. A partir de entrevistas realizadas com atores, ativistas e estudiosos envolvidos na temática da participação social, foram delineadas duas vertentes para a análise prospectiva, apresentada no final deste texto.

DIREITO À SAÚDE, UMA QUESTÃO PARA A DEMOCRACIA

A análise da trajetória dos ‘instituintes e instituições’ na luta pelo direito à saúde no Brasil permite identificar as categorias conceituais e as consequentes projeções institucionais sobre as propostas de participação social que estiveram presentes no processo da reforma sanitária desde a sua origem até o presente. A participação comunitária na saúde está na origem da reforma sanitária brasileira perpassando duas ideias de participação: a vertente ideológica e a pragmática (CARVALHO, 1997). A ideia de participação esteve presente na estratégia de implantação dos centros comunitários de saúde norte-americanos no início do século XX e, mais tarde, o ‘desenvolvimento e participação da comunidade’ passam a integrar o conjunto das estratégias políticas de cooperação dos Estados Unidos para os países latino-americanos. No Brasil, os projetos Docente-Assistenciais dos anos 60 e 70 caracterizam bem esse processo.

A partir da década de 50, o modelo de proteção social brasileiro apresentava duas linhas principais de atuação, conforme destaca Fleury (2009). Uma delas é de natureza assistencial, tendo por objetivo atender os mais pobres, numa perspectiva caritativa baseada no trabalho voluntariado, estruturado de maneira pulverizada e descontínua. Para a autora, trata-se de uma relação que não configura um direito social, mas tão somente medidas compensatórias que são definidas como uma ‘cidadania invertida’, já que os beneficiados só podem receber a proteção social se

fracassaram no mercado de trabalho. A outra linha é o modelo de **seguro social**, em que os beneficiários são aqueles que estão inseridos na estrutura produtiva, de acordo com as categorias profissionais, em um processo denominado por Santos (1979) de **'cidadania regulada'**. O acesso aos benefícios, mesmo para esses grupos, era diferenciado entre as diversas categorias profissionais, dependente das relações corporativas e de **pressão sobre o governo que determinavam aqueles que recebiam mais ou menos benefícios.**

Nesse período se instala no país um modelo médico assistencial baseado no **exercício liberal da medicina**, conferindo pouca importância à prevenção e promoção da saúde. Em meados da década de 60 e mais fortemente na **década de 70**, começa a reaparecer a preocupação com **a saúde coletiva da população, influenciada pelo conceito da determinação social da saúde.** Em 1963, na 3ª Conferência Nacional da Saúde, foram retomados os debates sobre a saúde pública. Como consequência, surgiram inovações nos currículos de cursos de medicina e são criados os **primeiros departamentos de medicina preventiva e social.** Carvalho (2007) ressalta que, tanto no campo teórico quanto no campo prático, as correntes da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária tentam “romper com a tradição higienista e curativa dominante”. O projeto para a saúde passa a ser a construção de um novo modelo que não se restrinja aos aspectos relacionados à enfermidade-cura, mas abarca a **prevenção, incorporando a “atenção simplificada à saúde e a participação comunitária”.** (CARVALHO, 2007, p. 100)

Em 1978, foi realizada a Conferência de Alma-Ata que representou um marco no campo da saúde, pois trouxe para o debate na Organização Mundial da Saúde questões até então restritas a experiências desenvolvidas em alguns territórios nacionais. As desigualdades na evolução dos índices relacionados à saúde entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento passam a níveis extremos no período. Na Conferência, os países-membros das Nações Unidas assumem uma série de compromissos tendo como meta garantir “Saúde para todos até o ano 2000”. Os compromissos assumidos vislumbraram aspectos mais profundos da própria concepção de saúde, que adquire uma conotação não somente de ausência de doenças, mas um direito humano fundamental, alicerçado em “um completo bem-estar físico, mental e social”. O enfoque passa a ser a atenção primária, incluindo uma ideia diferenciada de “participação social e comunitária no planejamento da saúde”.

Com o intuito de alcançar os objetivos e metas estabelecidos em Alma-Ata, foi determinado o redirecionamento das ações desenvolvidas pelas agências multilaterais de cooperação ao longo das décadas de 1970 e 1980. A orientação passa a ser promover a participação da comunidade vinculada à extensão de cobertura de serviços às populações. Essas orientações repercutiram no Brasil, de tal forma que, em 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde “(...) teve o efeito de legitimar, em uma base suficiente e necessária, as propostas que envolviam a atenção à saúde das populações marginais, com a participação dessas populações”. (SCOREL, 1998, p. 61)

14

No Brasil, o referencial para a construção da participação social na saúde teve influência do debate e da conjuntura internacional. Entretanto, as experiências e contexto interno conferiram particularidades às propostas que foram implementadas. A década de 80 é marcada não só pela queda do regime militar, mas pela efervescência dos movimentos sociais, tais como o movimento estudantil, o de mulheres, o de moradores, bem como as experiências das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e o posicionamento de entidades de representação de profissionais liberais, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) pelas liberdades democráticas, que exigiam a redemocratização do Estado. Em consonância com isso, o movimento em prol de sistemas nacionais e públicos de saúde se organizou no Brasil em torno do projeto político da reforma sanitária, constituindo pela Reforma Sanitária.

Desde sempre, podem ser identificados no setor da saúde dois modelos. Um relacionado ao “modo liberal-privado” de cunho hospitalocêntrico que, segundo Campos (2007, p. 1867), está no centro dos interesses dos prestadores privados de Saúde e setores mais conservadores da sociedade, vinculados ao mercado e ao capital. O outro modelo se baseia na Saúde Comunitária e Preventivista, ou seja, a “Tradição dos Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde” que tem seu apoio na luta dos trabalhadores em prol de políticas públicas universais, nos moldes socialistas (CAMPOS, 2007, p. 1868). Estes últimos assentam suas

demandas e propostas, conforme destaca Carvalho (2007, p. 98-100), em práticas de saúde que (1) tenham um caráter educativo e anterior à própria doença (Preventivista), (2) privilegiando-se o papel da atenção simplificada à saúde e da participação comunitária (Saúde Comunitária).

Dessa forma, a Saúde Coletiva insere o debate a respeito do campo da saúde no plano das políticas sociais, aproximando-o 'das ideias de cidadania e democracia ao consolidar seus compromissos com a universalidade e com a equidade'. Este campo, até então 'científico e neutro', buscará traduzir a ação social e a política no seu arsenal de práticas terapêuticas. O pensamento em saúde 'contamina-se pelo político, demarcando, no processo, um campo teórico e prático substancialmente diferente dos que o precederam. (CARVALHO, 2007, p. 103).

Entre 1974 e 1988, os atores que integravam o movimento sanitário começam a ocupar lugares estratégicos dentro e fora das instituições de governo, com o objetivo de influenciar e promover a reorganização do Estado e a reforma do sistema de saúde. Segundo Carvalho (2007), durante a década de 80, os "dirigentes do campo progressista passam a ocupar postos de direção em instituições governamentais, assumindo cargos de escalões superiores do Ministério da Saúde e da Previdência Social" (p. 104).

Desta forma, esses atores passam a influir significativamente na estrutura burocrática a fim de trazer modificações para a forma de condução das políticas de saúde. Além disso, a militância de médicos, sanitaristas e demais profissionais da saúde foi ao encontro de um movimento maior de mobilização social que estava sendo conduzido no interior da sociedade. O resultado foi a produção de um pensamento crítico sobre saúde para alicerçar as bases do novo projeto político da reforma sanitária.

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, teve importante significado no adensamento e sistematização do debate. O CEBES produz o documento *A questão democrática da Saúde*, apresentado no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, em 1979, no qual denuncia a piora dos níveis de saúde da população na última década e analisa a crise de qualidade da assistência médica brasileira em decorrência da má-gestão e corrupção presente no sistema. Por fim, o CEBES constata que as práticas adotadas pelos dirigentes tinham o objetivo de privilegiar o setor empresarial médico, interessado na mercantilização da saúde, enquanto a massa da população sofria com a má qualidade dos serviços.

Apresentando uma lista de contribuições para o debate, o CEBES defende o caráter mais democrático na saúde, e nas relações entre sociedade e Estado. Nessa perspectiva, propõe que todos deverão ter o direito inalienável à saúde e à criação do Sistema Único de Saúde, que deve ser descentralizado, com financiamento garantido e com a participação popular nas decisões sobre saúde (CEBES, 2008 [1980]).

O mal-estar entre os médicos foi decorrência das mudanças no nível da autonomia desses profissionais, agregado a mecanismos de subcontratação, privatização e mercantilização na prática médica. Como consequência, ocorreu a eleição das maiores e mais representativas entidades dos movimentos médicos de dirigentes políticos aliados com o campo político progressista. Estas entidades, à época, tiveram importante papel no processo de democratização do país e no movimento pela reforma sanitária.

Bahia *et al.* (2006) ressaltam que a procedência e motivações do movimento social e do movimento médico são bastante distintas, embora em ambos predominasse uma orientação de esquerda, fundada na concepção da saúde como direito dos cidadãos e um dever do Estado.

Em suas origens, o movimento social pela saúde [MOPS] localizava-se principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Compunha-se de médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos e das populações carentes agrupadas em torno das sociedades vicinais e de experiências comunitárias católicas em bairros das periferias urbanas e favelas (GERSCHAMN, 1995, p. 71 *apud* BAHIA *et al.* 2006).

(...) ocorreu uma perda de autonomia dos médicos. (...) A resistência dos médicos às transformações no pro-

cesso de trabalho, ao assalariamento maciço e proletarização da categoria não se fez esperar e na década de 70 a corporação médica nucleada em torno da chapa **Movimento de Renovação Médica (REME)**, que vinha conquistando as direções das entidades médicas, começou a ter singular importância no seio da categoria médica (GERSCHAMN, 1995, p. 105 *apud* BAHIA *et al.* 2006).

18 A abordagem baseada no **conceito da determinação social da saúde**, assim como o inovador projeto de modelo assistencial, parte da negação da naturalização da doença que fundamenta a lógica biomédica e é fruto dos debates e formulações realizados por diversos grupos nacionais e latino-americanos orientados por linhas teóricas, políticas e ideológicas, articulados em torno do marxismo.

As polêmicas acerca das concepções sobre a participação social desdobraram e incidiram nos debates sobre o tema que aconteceram na **7ª Conferência Nacional de Saúde em 1980**, na qual podem ser identificadas duas posições em disputa: a **funcionalista** que deposita na participação comunitária a expectativa de resolver o problema dos grupos que se mantêm marginais ao processo do crescimento do país, **mantendo-se intacta a questão do desenvolvimento social**; e a **participação como instrumento de democratização**, a qual busca novos canais de expressão e de oportunidades de confronto entre os grupos sociais,

com a intenção de influir no processo de contínua mudança a que está sujeita a vida e o desenvolvimento social no país.

O Movimento da Reforma Sanitária defendeu e incorporou a concepção de participação comunitária vinculada à democratização. É por isso que a participação social é tida como fundamental no processo de produção de saúde, e surge como um princípio para o novo modelo proposto aliada à universalidade e integralidade, referida, respectivamente, às noções de direito à saúde e de qualidade do processo de cuidado.

A PRESENÇA POPULAR NA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL

Considerada como marco das mudanças da saúde no Brasil, essa foi a primeira conferência de saúde com participação e representação popular, antecedida por ampla mobilização em todo o território nacional. Contou com mais de 4.000 participantes em Brasília, e propôs não só uma reforma administrativa e financeira setorial, mas que a saúde fosse considerada como um direito universal e resultante das condições de vida e do acesso às políticas sociais.

O trecho abaixo de Jairnilson Paim, um dos representantes do movimento sanitário, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, explicita a nova concepção de democracia e cidadania que estava sendo debatida e construída naquele contexto:

(...) com referência aos cidadãos, a noção de direito à saúde pode elevar a sua consciência sanitária traduzindo-se em lutas pela sua inscrição no texto constitucional e em legislação específica e pela redefinição das políticas de saúde com vistas à equidade e à democratização. Dispõe ainda de um potencial de mobilização de vontades no interior dos movimentos sociais, do Parlamento, das instituições e de partidos políticos que propugnam pela modernização da sociedade ou pela sua transformação. (...) Para que o direito à saúde e à democracia não sejam palavras gastas e vazias, o momento histórico requer a ação de um protagonismo fundamental e insubstituível: o povo. (BRASIL, 1987, p.47).

Interessante registrar a variação da acepção sobre a participação popular que se explicita nos debates da Conferência. Conforme destaca Costa, Bahia e Modesto (2007), de um lado, a participação destinada à construção e luta pela democratização, pela consciência sanitária e fortalecimento político. Do outro, como recurso dos excluídos, para a defesa do acesso aos serviços e corresponsabilidade nos cuidados de saúde: “A participação é o principal instrumento de avanços para conquistas verdadeiras das populações carentes” (YUNES, 1987). Observa-se, entretanto, que o debate sobre a participação popular firmaram-na como

sendo ‘a participação de todos’, “participação de todos os segmentos” em “todos” os âmbitos do sistema: formulação e definição de políticas e das prioridades, no planejamento, na gestão e na avaliação. Isso significa que prevaleceu a concepção sobre a participação como princípio e como direito por meio do qual a sociedade decide sobre seu futuro e não como mero requisito para aumentar os recursos assistenciais de grupos populacionais excluídos.

O texto constitucional, que foi aprovado dois anos depois, confere estatuto à participação no social e reafirma o papel do movimento sanitário na condução das propostas de mudança do sistema de saúde. A participação da sociedade foi instituída nas conferências e nos conselhos de saúde, cujo papel tem o sentido imprescindível de transformação nas relações entre os atores no estado, tornando mais democrática a gestão pública.

A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA GESTÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

A participação social passa a representar um elemento estruturante nas políticas sociais no período pós-constituente e sua análise oferece elementos relevantes acerca do debate atual sobre políticas públicas, tanto no que se refere à sua institucionalização, execução, ou como estratégia para o enfrentamento das desigualdades sociais. Além da criação dos conselhos de políticas sociais, proliferam hoje no país

outras formas de participação social na prestação de serviços e na gestão do social como resultado do fortalecimento de um movimento iniciado nos anos oitenta (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Nas intenções e sentidos originais, a participação social é concebida para a defesa dos direitos sociais, da proteção social e da democracia e está baseada na democratização e transparência do sistema decisório, maior aproximação das demandas populares com repercussão sobre a equidade nas políticas públicas assim como no alargamento da presença da sociedade nas ações estatais, ampliando os direitos e a execução de ações para atender ao interesse público (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

O processo de participação é diverso e nem sempre retilíneo em relação aos avanços esperados, e dependente das decisões e atitudes das instituições e de uma sociedade ativa e propositiva. Identifica-se a confluência de dois projetos políticos distintos acerca da participação social no país que têm em comum a expectativa sobre a presença ativa da sociedade. Um é o projeto neoliberal que busca garantir o Estado Mínimo, diminuindo a sua presença e transferindo responsabilidades, principalmente da área social, para a Sociedade Civil. O outro é o projeto político que nasce da luta contra a ditadura militar, que nos anos 80 se mobiliza pela redemocratização do Estado, propondo a participação da sociedade nas tomadas de decisão. Nessa perspectiva, a participação social se aproxima do conceito de “cidadania ativa,” ou seja, aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, especialmente como

criador de direitos para abrir novos espaços de participação política (BENEVIDES, 1994).

A confluência desses dois projetos, que têm como objetivo comum a participação da sociedade, mas que apresentam origens ideológicas e interesses distintos, que Evelina Dagnino (2004) nomeia de *confluência perversa*.

... a coincidência na exigência de uma sociedade civil ativa e propositiva, que estes dois projetos antagônicos apresentam, é, de fato, emblemática de uma série de outras “coincidências” no nível do discurso, referências comuns que, examinadas com cuidado, escondem distinções e divergências fundamentais. Assim, o que essa ‘confluência perversa’ determina é um obscurecimento dessas distinções e divergências, por meio de um vocabulário comum e de procedimentos e mecanismos institucionais que guardam uma similaridade significativa. (DAGNINO, 2004, p. 99)

As diferenças entre os dois projetos de participação social merecem ser bem marcadas. Se de um lado a participação deveria ter o papel muito mais incisivo tanto de formulação de políticas públicas e no fomento à participação política de atores historicamente excluídos, o modelo neoliberal dá outro significado ao restringir a participação da sociedade à implementação e execução de ações e pro-

gramas vinculados às políticas públicas. No contexto das diferenças, no primeiro caso um dos objetivos é trazer a sociedade às arenas de participação e à prática da política, enquanto o modelo neoliberal ressignifica extraindo o caráter político da participação, transformando-a em “participação voluntária”, perdendo, dessa forma, a oportunidade do debate político (DAGNINO, 2004).

A redução da dimensão e capacidade de intervenção estatal na economia e na formulação e implantação de políticas públicas, aliada à redução da legitimidade institucional e da representação política, caracterizando a “crise do Estado”, resultou no encaminhamento da reforma do Estado assentada na transferência para a sociedade de um conjunto de ações sociais. Essa estratégia fortaleceu o projeto de participação ancorado menos na politização das demandas sociais e na ampliação da presença da sociedade no espaço público de deliberação e mais no ativismo civil voltado para a solidariedade social (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Os autores reforçam ainda mais a ressignificação da comunhão de interesses entre sociedade civil e governo na adoção da modalidade de parceria, incentivada como mecanismo de participação social, inspirada na reorganização neoliberal da intervenção do Estado no campo social como estratégia para a busca de maior igualdade, equidade e eficiência. Dessa maneira é necessário distinguir as parcerias dos conselhos, pois eles surgem de princípios distintos, sendo que a criação dos conselhos está baseada na necessária democratização da gestão pública.

No contexto neoliberal dos anos 90, apesar do consenso em torno da prioridade do tema saúde e da sua inserção e operacionalização integrada no sistema de seguridade social de corte universalista, houve retrocesso na implantação do Sistema de Seguridade Social assim como do SUS. A denominada ‘reforma da reforma da Previdência Social’ recupera as propostas de capitalização da previdência e a focalização das políticas sociais. As novas concepções oficiais sobre o sistema de proteção social afetaram fortemente a velocidade, profundidade e extensão das mudanças no sistema de saúde.

As bases legais sobre a participação social no SUS foram promulgadas em 1990 na Lei Orgânica da Saúde (LOS). É importante registrar que a LOS foi editada após importantes vetos do governo em uma atmosfera política adversa quanto à efetivação das conquistas constitucionais. A Lei n.º 8.080/90 reafirma no seu artigo 7º a participação social como um princípio para o SUS e a Lei n.º 8.142/90 no seu artigo 1º define que, sem prejuízo das funções do poder legislativo, sejam criados os conselhos e as conferências como forma de instituição de participação da comunidade na gestão do SUS. O artigo 1º da Lei n.º 8.142/90, em seu parágrafo 1º, afirma que

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis cor-

respondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º. – O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuário, atua 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. (BRASIL, 1990)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído pela Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, quando houve a reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Constituído por membros de notório saber, indicados pelo ministro de Estado, sua atribuição se restringia ao debate das questões internas do ministério. Na separação ocorrida entre os ministérios da Saúde e da Educação, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347/54, com a função de assistir o ministro de Estado na definição das bases gerais dos programas de proteção à saúde¹. No processo pós-Constituição, o CNS teve suas atribuições e o funcionamento modificados, até atingir sua configuração atual.

A descentralização da gestão do SUS, definida como um dos princípios organizativos para o SUS, foi motivo

¹ <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>

para as primeiras disputas ocorridas na década de 90. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) determinara que as verbas e a gestão da Saúde fossem partilhadas entre União, estados, DF e municípios. No entanto, o Brasil emergia de uma tradição centralizadora da gestão das políticas sociais, que foi reforçada durante os anos de governo militar. Esta mudança ‘brusca’ de paradigmas, que ocorre a partir da nova constituição, exigiu um processo lento de adaptação e negociação entre as instituições de saúde. Muitos conflitos entre autoridades municipais e estaduais aconteceram nessa época por compartilhamento de poder (DAVID, 2005).

As tensões entre governos federal, estaduais e municipais foram resolvidas por meio da edição, pelo Ministério da Saúde, das três Normas Operacionais Básicas para o SUS (NOBs) entre 1991 e 1996. As NOBs visavam regular o nível de responsabilidade que cabia a municípios, estados e União para minimizar os possíveis conflitos de atribuições que ocorriam, além de definir os mecanismos de repasse de recursos para os municípios. Um dos requisitos para que houvesse o repasse das verbas federais tanto para o nível municipal quanto para o nível estadual era a exigência da criação e funcionamento de Conselhos Saúde organizados de acordo com as determinações legais. Esta exigência fez com que os municípios e os estados fomentassem a criação dos respectivos conselhos (CORTES, 2000).

Poucas cidades, principalmente as mais populosas e situadas nas regiões Sudeste e Sul, como é o caso de Campinas, São Paulo, Vitória e Belo Horizonte, já dispunham de movimentos sociais organizados desde o fim dos anos 70.

Esses movimentos estavam interessados em ocupar o interior da estrutura estatal para influenciar nas políticas públicas. Todavia, a grande maioria dos municípios não contava com organizações sociais que pudessem impulsionar esse projeto. Desta forma, em várias cidades, ficou a cargo das prefeituras não apenas criar os conselhos, mas também estimular a participação dos grupos sociais. Em consequência, em muitos municípios os prefeitos acabavam indicando, como ainda hoje indicam, parentes, amigos ou funcionários da prefeitura para compor os respectivos conselhos e as conferências de saúde (BONFIM, 2000; CORTES, 2004).

A década de 90 ainda é marcada por uma paulatina dispersão dos sindicatos sobre as demandas que se referiam ao Sistema de Saúde. As centrais sindicais passam a pressionar o governo e negociar com os patrões pela inclusão de seus filiados em planos de saúde privados, o que os afasta e faz perder o interesse pelo sistema de saúde pública (CAMPOS, 1992; CARVALHO, 2007).

A baixa qualidade dos serviços oferecidos pelos SUS foi a justificativa para que grupos de trabalhadores organizados em torno de sindicatos optem pela vinculação aos planos privados, incluindo essa demanda nas pautas de negociação de suas categorias. O resultado disso para o sistema é a 'universalização excludente', ou seja, apenas aqueles que não têm como pagar por serviços privados ou planos de saúde utilizam o sistema público. Assim, apesar de 'universal', quem usa o sistema são as classes pobres, tal como aponta Menicucci (2006). Com isso a luta pelo direito à saúde perde a classe média, representada pelos trabalhado-

res formais sindicalizados, com maior poder de pressão e vocalização por melhoria no setor.

A década de 90 está associada ao processo de descentralização e municipalização da saúde, em acordo aos preceitos do SUS. A descentralização da responsabilidade por gerir o Sistema de Saúde é realizada sem o correspondente repasse de recursos financeiros e na ausência de uma política que acarretasse compromisso do Estado em construir a infraestrutura necessária para a ampliação da cobertura do atendimento, considerando as fragilidades conhecidas acerca da capacidade da rede de serviços e agravadas pelo acelerado crescimento populacional (MARQUES; ARRETCHE, 2003).

Outra questão apontada por Marques e Arretche (2003) diz respeito ao crescimento dos atendimentos realizados por meio de convênios com o setor privado, cujo papel é de caráter complementar à rede pública. O baixo investimento na ampliação da rede das secretarias estaduais e municipais faz com que os hospitais privados se transformem em importantes prestadores de serviços de saúde.

A questão do financiamento tornou-se o ‘calcanhar de Aquiles’ para a efetivação da reforma, pois não foi garantido maior aporte de recursos necessários para efetivar a universalização de cobertura e a realização dos investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços.

A ausência de fontes estáveis de financiamento e os constantes atrasos nos repasses da União para estados e municípios levaram a uma degradação da qualidade dos serviços bastante acentuada nos primeiros anos do SUS. (MENICUCCI, 2006, p.77).

Refletindo sobre os desafios na garantia do direito à saúde, Campos (2007) indicou uma série de estratégias necessárias para a efetiva consolidação do SUS. Segundo ele, os sete passos deveriam ser: (1) procurar formas de instigar a criação de um grande movimento social plural que objetive melhorias sociais em todos os níveis e necessidades; (2) melhorar a utilização e a gestão de recursos financeiros do SUS; (3) priorizar na rede a cooperação e a corresponsabilidade dos atores, bem como as práticas preventivas em saúde, baseadas no modelo dos sistemas públicos de saúde; (4) pensar em novas formas organizacionais que definam o papel de cada agente na cadeia; (5) reforçar as políticas de Saúde da Família, estimulando a atenção primária; (6) reorganizar o modelo de gestão empregado pelo SUS, tanto em seus serviços próprios quanto no das redes privadas, valorizando a gestão compartilhada; (7) fomento ao desenvolvimento científico e de tecnologias em saúde.

Além desses aspectos apontados, é importante acrescentar que a melhoria dos serviços de saúde exige comprometimento e vontade política dos dirigentes e gestores. Todavia, a presença da sociedade civil exercendo papel ati-

vo e propositivo deve ser valorizado na pressão necessária que esta deve fazer sobre o Estado. Sobre as relações entre sociedade e governo, Arendt comenta que desde o advento do Estado Nacional o que prevalece é que a obrigação do governo é proteger a liberdade da sociedade, mesmo que para isso haja necessidade do uso da força. A participação dos cidadãos na esfera pública, qualquer que seja a forma de governo, é necessária para manter a liberdade porque o Estado, que necessariamente precisa dispor de meios de força, precisa ser controlado pelos governados no exercício dessa força (ARENDR, 2006).

CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE POLÍTICAS SOCIAIS

A realização de conferências nacionais não é um fenômeno novo na história política do país. A primeira conferência nacional se destinou ao debate de saúde e aconteceu em 1941. Paulatinamente, as conferências nacionais passaram a ser realizadas por outros setores de políticas sociais e estabeleceram uma nova forma de elaboração de políticas públicas no âmbito federal, na construção de diretrizes para o setor correspondente. Convocadas pelo poder executivo, são estruturadas em etapas municipal, estadual e nacional com participação paritária de delegados de representação popular e de gestores públicos setoriais.

Nos últimos 30 anos, as conferências tornaram-se mais participativas e ampliaram o caráter deliberativo. Particular-

mente, depois de 2003, as conferências são mais frequentes e têm um formato mais inclusivo. Entre 1988 a 2010, foram realizadas no país 87 conferências nacionais, sendo que o setor da Saúde concentra o maior número, seja para debate amplo sobre saúde, seja para abordar temas específicos como Assistência Farmacêutica, Gestão do Trabalho, Ciência e Tecnologia em Saúde, entre outros.

A frequência de ocorrência das conferências nacionais, como modelo de convocatória da sociedade civil para discutir de forma conjunta com o governo as diretrizes para as políticas sociais, aumentou na gestão de Fernando Henrique Cardoso, mas adquire dimensão maior nos dois governos Lula, que convocou e realizou 62 conferências. É mérito desse último a ampliação da abrangência e da heterogeneidade das representações da sociedade, incluindo movimentos sociais, sindicatos, ONGs, empresários e entidades diversas. Da mesma forma, são notoriamente ampliados os setores de políticas sociais que se serviram do método das conferências para definição de suas diretrizes.

O impacto das conferências não é homogêneo e alguns setores, como no caso das secretarias de igualdade racial, direitos humanos e políticas para as mulheres, destacam-se na atenção aos resultados das conferências para o direcionamento de suas políticas. Entretanto, a influência das conferências nacionais não se limita ao poder executivo como ficou demonstrado por meio do estudo que analisou o impacto das conferências na produção legislativa brasileira ao longo do período pós-1988, mostrando evidências de que a produção legislativa foi acionada pelos resultados

do processo participativo das conferências nacionais (POGREBINSCHI; SANTOS, 2010). Para os autores, com a ampliação da prática participativa e deliberativa das conferências, ocorre um fortalecimento da democracia representativa.

Para além de mensurar o impacto das conferências no volume e temas relacionados à produção legislativa, é necessário aprofundar sobre o significado que esse fato expõe à rediscussão de questões de natureza político-normativa. É mais uma contribuição para a desconstrução do discurso de que a democracia representativa e suas instituições encontram-se em crise e que a representação política seja uma alternativa secundária diante da impossibilidade fática de se estabelecerem nas sociedades contemporâneas formas diretas de democracia que facultam a participação dos cidadãos sem a mediação dos representantes eleitos (POGREBINSCHI; SANTOS, 2010).

O aspecto complementar que os autores mostram nesse estudo é também mais uma evidência de que as formas de democracia participativa, deliberativa, não substituem as formas clássicas de representação no Legislativo e que o mesmo é permeável às práticas participativas.

O modelo adotado nas conferências nacionais que parte de uma consulta local e agrega o conjunto de propostas municipais no âmbito do estado que desembocam depois na etapa nacional, envolvendo a sociedade civil e os governos, é um processo característico do Brasil, e não tem iniciativa similar em outros países. Esse modelo de conferência foi criado pelo setor da Saúde.

Ao alterar a forma de elaboração das políticas públicas e estabelecer uma agenda de governo, as conferências realizam uma forma inédita de cooperação entre o Estado e a sociedade civil. A força política desse fenômeno pode representar que esteja em jogo uma alteração no modelo de democracia liberal a partir da complementariedade entre os mecanismos de participação popular e as instituições representativas (POGREBINSCHI; SANTOS, 2010).

Entretanto, esta aproximação entre os grupos sociais e os governos requer avaliar os riscos da eventual cooptação pelo Estado. Ao identificar a natureza das questões defendidas pelos representantes da sociedade civil nas conferências e verificar a coerência com suas necessidades, os autores propõem que o fato de as demandas apresentadas pela sociedade traduzirem suas reais necessidades pode constituir um indicador de que a ação por dentro do Estado necessariamente não faz com que essa cooperação implique cooptação (POGREBINSCHI; SANTOS, 2010).

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL

É consenso hoje entre gestores e lideranças populares de que as conferências de saúde devem ser modificadas por diversas razões. A mais importante é que a convocatória das conferências nacionais impõe aos municípios realizarem conferências municipais no terceiro ano de suas administrações locais. Idealmente essas conferências deveriam seguir o tempo político das eleições municipais, antecedendo

a realização do Plano Municipal de Saúde e os respectivos desdobramentos do planejamento setorial. Para corrigir essa distorção, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde publicou um documento orientando sobre as mudanças para melhorar a eficácia das conferências intitulado “Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal”.

Em relação ao período de realização das conferências, na situação atual, quando convocadas pelo Ministério da Saúde, as conferências nacionais acontecem nos municípios praticamente no fim dos mandatos dos prefeitos e seus resultados já não repercutem no plano municipal. Por outro lado, no âmbito nacional sua realização apenas ao final do primeiro ano de governo tem como consequência a não inclusão das recomendações propostas nas conferências no Plano Plurianual que deve ser apresentado ao Congresso Nacional até o final do mês de agosto.

A desconexão entre o conteúdo das propostas das conferências e os planos produzidos no município é outro problema identificado por estudiosos e atesta o baixo impacto e poder deliberativo real da ação participativa. A pouca importância dada aos relatórios das conferências é comum tanto para os gestores como para os conselhos de saúde que não direcionam o seu trabalho para o monitoramento da operacionalização das propostas oriundas das conferências.

A análise corrente é a de que o modelo atual que atrela conferências locais às nacionais exacerba a disputa entre os delegados para serem eleitos para as etapas estaduais e,

depois, na etapa estadual a preocupação passa a ser a escolha da delegação para a etapa nacional. A acirrada disputa entre grupos não é em torno das ideias e propostas, o que esvazia de política o processo. Por outro lado, o debate das questões locais, estratégico para provocar mudanças para os municípios, vai perdendo sua importância. A desarticulação e a ausência de debate para a sistematização política sobre o sistema de saúde e das políticas sociais fazem com que os relatórios de conferências sejam compostos por uma sequência repetitiva de demandas de caráter reivindicatório pontuais, cujo impacto sobre a gestão do SUS é questionável.

Um estudo conduzido em 16 municípios do estado de Mato Grosso por Müller Neto *et al.* (2006) mostra a pouca ou nenhuma articulação entre os delegados para o debate ou mesmo na escolha destas delegações. Não é registrada a realização das pré-conferências ou fóruns dos segmentos de usuários e trabalhadores. Ao mesmo tempo, nos municípios estudados, as conferências não tiveram nenhuma influência nos rumos dos planos e da política municipal. O que transparece é que as conferências sobrevivem somente pela obrigatoriedade legal.

Definidos como órgãos colegiados integrantes do Poder Executivo de natureza deliberativa e fiscalizadora, os conselhos de saúde constituem mecanismos institucionalizados de participação social no interior de entes da Administração Pública Direta. Trata-se, pois, de uma relação governo, profissionais de saúde e sociedade civil, regida pela responsabilidade de todos para com a saúde. É imprescindível compreender a importância dos Conselhos na formação de

uma esfera pública dialógica entre Estado e Sociedade Civil. Moreira (*apud* TATAGIBA, 2002) afirma que,

[os conselhos] são órgãos concebidos para influir constitutivamente na vontade normativa do Estado, mediante o exercício de competências conferidas pelas respectivas leis criadoras, que devem trazer as linhas definidoras de seu campo de atuação. Não podem os conselhos deliberar sobre matérias que extrapolem os setores das políticas sociais sob sua responsabilidade, nem sobre questões que extravasem o âmbito da esfera de governo onde foram criados e das atribuições que lhes foram conferidas (...). Os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, porém não executivo; são órgãos com função de controle, contudo não correcional das políticas sociais, à base de anulação do poder político. O conselho não quebra o monopólio estatal da produção do Direito, mas pode obrigar o Estado a elaborar normas de Direito de forma compartilhada (...) em cogestão com a Sociedade Civil. (MOREIRA *apud* TATAGIBA, 2002, p. 50).

A promulgação das normas legais sobre a participação social e seu conteúdo gerou polêmicas no seio do movimento popular, especialmente quanto à natureza jurídica dos conselhos de saúde, como integrantes da administração federal, estadual e municipal. O papel deliberativo atribuído aos conselhos tem distintas leituras que transitam entre a interpretação literal da legislação que registra textualmente que os conselhos deverão atuar na ‘formulação de estratégias e no controle da execução das políticas’, aos que entendem que os conselhos deverão interferir nas decisões e nos mecanismos básicos da gestão e gerência do sistema. Entretanto, o que na prática ocorreu em muitos conselhos foi um transplante da interpretação centrada no poder deliberativo, para a função fiscalizadora com predominância do papel de veto.

Para Gerschman (1995), a democratização emprestou um significado distinto àquele de “mobilização popular”, típico da organização reivindicativa anterior à institucionalização dos conselhos e conferências. A dinâmica das relações entre os movimentos sociais com as instâncias governamentais é alterada, na medida em que deixa de ser arbitrada de fora para ser desenvolvida pelos atores envolvidos entre si e na relação com os outros. De fato, houve discordâncias entre setores dos movimentos sociais que criticaram a institucionalização e burocratização da participação social, resultando em divisões do movimento popular pela saúde. No Rio de Janeiro, uma corrente do MOPS defendeu a criação de um Conselho Popular de Saúde, como instância autônoma, em substi-

tuição ao Conselho Estadual de Saúde. Movimentos sindicais e populares que emergiram do período da ditadura e que sempre defenderam uma posição política de permanência de ‘costas para o Estado’ reagiram criticamente à constituição dos conselhos de participação social. Em meio a essa tensão, em 1992 durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, os movimentos sociais decidiram criar e manter fóruns independentes e autônomos para evitar a instrumentalização das entidades.

Os conselhos estaduais e municipais de saúde foram criados por meio de diferentes mecanismos, sobressaindo os decretos do executivo e as leis específicas aprovadas no Legislativo. Sob o argumento da independência e legitimidade, o mecanismo de criação por lei consta como recomendação nas duas Resoluções, a de nº 33 e a nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, ambas orientadoras da estruturação e funcionamento destas instâncias.

A insistência dos conselhos em manter autonomia e independência em relação às instituições gestoras alimenta uma linha de reivindicação pela separação institucional e constituição de entidades de pessoa jurídica específicas para os conselhos. Para os que defendem a separação entre secretarias e conselhos, esta estratégia busca preservar a sua existência e funcionamento, reduzindo a possibilidade de interferência do Poder Executivo nas suas deliberações, cujas atribuições ora são compartilhadas, ora fiscalizadas pelo conselho de saúde. Entretanto, a separação representa a saída da sociedade do interior da instituição pública, eliminando seu papel de interferência direta nos processos decisórios.

Afinal, o que deve ser deliberado nos conselhos? Essa pergunta ganha sentido e, provavelmente, um dos grandes desafios seja vincular o processo deliberativo para que se transformem em prática as propostas oriundas das respectivas conferências de saúde. Para além desse debate, é preciso ressaltar que a execução das políticas é prerrogativa e responsabilidade do poder executivo, cabendo ao conselho fiscalizar garantindo que o decidido pelo pleno de conselheiros seja o executado.

A Legislação Ordinária determina que o poder legislativo deva dispor de uma Comissão de Saúde e atuar em articulação permanente com os conselhos de saúde, propondo mesmo que suas atribuições considerem as análises e recomendações dos respectivos conselhos. Nessa perspectiva, a aprovação do orçamento da saúde pelo Legislativo local deve considerar o Plano de Saúde aprovado pelo Conselho. Esta dinâmica pressupõe que o conselho seja capaz de trazer novas proposições e alternativas para a saúde, traduzindo as aspirações populares e aproximando o planejado das reais necessidades de saúde do território.

O contingente estimado de conselheiros de saúde, titulares e suplentes, é hoje de cerca de 100.000 pessoas, dispostos nos segmentos de gestores e prestadores, trabalhadores e usuários. Todas as secretarias estaduais e todas as secretarias municipais possuem seus respectivos conselhos. A composição dos conselhos é paritária, ou seja, 50% de usuários, sendo os outros 50% divididos entre profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço, em diferentes proporcionalidades, mas, normalmente, cabendo aos pro-

fissionais de saúde pelo menos 25% das representações. Entre os conselheiros usuários incluem-se as representações de diversos setores da sociedade civil: das igrejas, moradores, centrais sindicais, movimento de mulheres, indígena, negro, estudantil, de portadores de patologias especiais, de deficientes físicos etc.

O Conselho Nacional de Saúde conta com 48 conselheiros titulares, cada um com dois suplentes, que foram eleitos a partir de uma convocatória ampliada de entidades representativas nacionais. Realiza reuniões plenárias mensais e organiza comissões e grupos de trabalho temáticos e dispõe de uma secretaria executiva.

Na prática, a literatura (MARTINS, 2008; GAZETA, 2005; TATAGIBA, 2007; LIPORONI, 2006) indica que é frequente que as cadeiras da sociedade civil sejam ocupadas por parentes de pessoas do Legislativo ou do Executivo, com a intenção de evitar possíveis conflitos entre os interesses da prefeitura. Nessa situação, a representatividade da população de usuários do sistema fica prejudicada. O processo de representação também é tolhido quando o conselheiro não mantém os seus vínculos com a base, seja no processo de repassar as informações discutidas no pleno do conselho, seja na articulação de posições com suas bases previamente sobre aquilo que será debatido e decidido nas reuniões plenárias (VIEIRA, 2010).

Hoje há praticamente um consenso de que prevalece na maioria das cidades um baixo grau de mobilização e de politização dos movimentos sociais para a defesa dos direitos sociais e da saúde em particular, que pode ser res-

ponsável, em parte, pela baixa efetividade dos conselhos e conferências e pela manipulação dos governos exercida por meio dos gestores da saúde. Por outro lado, mesmo naquelas situações mais diferenciadas, a sobrecarga das funções de fiscalização e controle, aliada à pouca transparência e ao despreparo dos conselheiros para o desempenho dessas tarefas, contribui para o baixo desempenho dos conselhos. Todo esse conjunto de situações contribuiu e ainda contribui para o fortalecimento do caráter centrado na fiscalização e no poder de veto prevalente nos conselhos e demais mecanismos de participação social.

42 A questão da democracia interna nas práticas dos conselhos tem sido um tema que começa a ser observado por alguns estudiosos. Nesse sentido vem sendo percebida a perda do caráter da diversidade e do poder da representação nesses espaços. Isso se dá pela formação de uma ‘elite de referência’, ou seja, pelo exercício de um poder maior de um grupo sobre o conjunto de atores que, geralmente, apresentam maior capacitação técnica ou política, maior perfil socioeconômico e que conseguem ter maior poder de influência em relação a outras representações (ABRANCHES; AZEVEDO, 2004).

Em resposta a essa situação, pode estar ocorrendo uma estratégia das próprias associações e entidades, que diante da perda de espaço na arena política do conselho direcionam suas escolhas de representantes entre aqueles que são considerados ‘mais preparados’ para os debates e a complexidade dos temas discutidos, o que desfavorece a

rotatividade, e nem sempre significa ganho na representatividade.

Um dos maiores trunfos da sociedade é a sua diversidade que deve se expor à pluralidade a ser representada no espaço público. Paradoxalmente, entretanto, a ausência da prática política das representações dos usuários transforma a diversidade em motivo para a fragilidade. O desejável é que os segmentos representados nos conselhos, quando identificam um projeto político comum, devessem se tornar aliados nas votações. Porém isso não acontece na sociedade civil, que padece do ‘mal’ da heterogeneidade. Isto é, apesar da paridade numérica com os outros segmentos, não há na sociedade civil uma paridade política. Isso tem como resultado uma representação de usuários que não consegue se articular e construir consensos em torno de suas demandas. O produto disso é que no processo de escolha a sociedade acaba sendo influenciada, quando não atropelada, pelos posicionamentos de outros segmentos, seja dos trabalhadores ou do governo. Lüchmann dá a dimensão disso dentro dos espaços participativos:

Seguindo análise de Moraes (1999), isso significa que, enquanto os representantes da Sociedade Civil partem, de saída, de uma condição de heterogeneidade, sendo que em muitos casos a sua unificação depende de um árduo trabalho de ‘aparar as arestas’, os representantes governamentais partem da unidade, na medida

em que são indicados pelo executivo. Neste sentido, mesmo em se configurando diferenças e/ou divergências de posturas, valores e propostas entre estes, sua unificação é mais facilmente obtida a partir de cima. (ALMEIDA; LÜCHMANN, 2008, p.23).

Vieira (2010) observou que os representantes dos usuários se originam, em sua maioria, de locais ideologicamente parecidos, normalmente alinhados à esquerda, identificados na esfera da luta por justiça social. A configuração e a concepção desses espaços não têm atraído a participação de atores sociais posicionados em campos ideológicos muito distintos. Mesmo assim, todavia, essa aproximação ideológica não tem conseguido expressão na representação de usuários que viabilize a construção de um projeto político comum. O que se observa é que, pelo contrário, esses grupos têm se utilizado desses espaços para tentar delimitar cada vez mais as suas diferenças de ideias, o que dificulta a articulação e a construção de consensos de posicionamentos para o interesse coletivo.

A presença de tensão política no interior dos conselhos de saúde tem mostrado que este é mais um espaço das disputas partidárias da política tradicional. Essa deformidade não ocorre somente nos conselhos de saúde. Estudos de Tatagiba e Teixeira expõe dinâmicas parecidas sobre o funcionamento dos conselhos da área social na cidade de São Paulo. Analisando o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, as autoras identificaram ao longo da

história do Conselho a dinâmica do jogo político eleitoral na cidade de São Paulo repercutindo de modo perverso na dinâmica política no interior do Conselho, subordinando o estabelecimento dos acordos e as articulações necessárias à construção pactuada das políticas às estratégias eleitorais dos diferentes grupos em cada conjuntura específica. Os conflitos e disputas no conselho observado não estavam relacionados às disputas de diferentes concepções, mas à disputa de poder político no sentido mais estreito pela conquista ou manutenção das maiorias eleitorais (TATAGIBA; SANTOS, 2007, p. 57).

No caso do Conselho de Habitação de São Paulo, as autoras demonstram em outro estudo que o problema se repete e registram que a curta história desse conselho se confunde com a polarização das disputas nacional e municipal entre partidos, de forma explícita. Este conselho é ocupado por conselheiros em íntima aliança com os governantes e, de um ou de outro lado, são defensores das posições de governo (TATAGIBA; TEIXEIRA, 2007b).

Nesse cenário de tendências ideológicas repercutindo sobre os espaços de representação e participação da sociedade, é necessário refletir sobre a convivência entre as formas de democracia participativa e representativa. Assumindo que as instituições participativas e representativas não estão lado a lado, mas se interconectam e exercem impacto e influência recíproca, as autoras concluem que existe uma combinação tensa e precária, cuja lógica, direção e sentido estão predominantemente orientados pelas exigências e desafios próprios à competição eleitoral. Dessa forma, não há

uma situação de complementaridade, mas uma combinação entre participação e representação, sob a direção hegemônica dessa última (TATAGIBA; TEIXEIRA, 2007a).

Se as disputas partidárias são constantes entre as organizações de movimentos sociais e representantes da sociedade civil, isso ocorre também no segmento dos profissionais de saúde. Os problemas relacionados às representações de trabalhadores dependem do poder de interferência do governo em cada conselho e das relações que as organizações de trabalhadores têm com os governos. Especialmente nos municípios menores frequentemente observa-se que o trabalhador de saúde é levado a votar com o governo para manutenção de seu emprego. Situação mais complexa ocorre quando as organizações de trabalhadores são parte de partidos políticos e as decisões passam a ser tomadas de acordo com as disputas que ocorrem entre partidos ou centrais sindicais, havendo, pois, o deslocamento de contendas típicas da ação sindical ou de outros espaços para os conselhos de saúde.

No Conselho Nacional de Saúde, a dinâmica assumida pelas representações dos trabalhadores de saúde foi marcada pela conquista de poder interno e também por intenções corporativas. Ao estudar esse conselho, Cortes *et al.* (2009) identificaram que o segmento dos profissionais de saúde, exceto a classe médica, reuniu-se em torno do Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área de Saúde (Fentas), criado especialmente para a atuação no CNS.

Em torno dos conselheiros vinculados ao Fentas, organizou-se uma nova co-

munidade de política na área da saúde. Os princípios fundadores dos SUS continuavam integrando o conjunto de suas propostas, mas a eles acrescia-se a defesa da provisão exclusivamente pública dos serviços e dos interesses de categorias profissionais e de trabalhadores de saúde, não médicos, em oposição a entidades que defendiam o interesse da categoria médica. (CORTES et al., 2009: 58-59)

Como consequência, a formação desse fórum, que tinha a princípio o objetivo de fortalecer os profissionais de saúde enquanto segmento no conselho, tem como produto o fortalecimento de relações corporativas entre seus membros, além de criar dificuldades para o diálogo e a entrada de novos atores ou vozes destoantes em seus quadros.

O movimento médico, que nos anos oitenta esteve integrado ao movimento da reforma sanitária, deu uma guinada às posições mais conservadoras nos anos seguintes. Desta forma, ocorreu que a participação do movimento médico não se comprometeu no processo de institucionalização dos conselhos e conferências de saúde. O fato é que, após um curto período de aproximação às teses da reforma sanitária, que atribuíam a estes profissionais o cumprimento de um trabalho assalariado com remuneração digna no setor público, as principais entidades médicas do país passaram a privilegiar a autonomia do trabalho médico.

De certa forma, esse fato explica a pequena e nada vigorosa participação das entidades médicas nesses fóruns participativos, muitas vezes protagonizados pelas outras categorias de profissionais de saúde. Essas categorias frequentemente assumem posicionamentos conflitantes com aqueles adotados pelos médicos em questões que dizem respeito tanto às disputas corporativas quanto no que se refere à concepção e gestão do sistema.

O caráter de ‘controle’ como papel principal dos conselhos foi se instalando no início dos anos 90, quando o debate sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde passou a ter como referência uma agenda de controle sobre o gasto público. A preponderância das acepções e práticas relacionadas com a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública refletiu nas deliberações da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Desde então, o termo controle social tem sido preferido pelos conselheiros para denominar os próprios conselhos, certamente por suas atribuições mais diretamente relacionadas ao “poder” do movimento social de reprovar e sancionar atos governamentais. De certa forma, essa tem sido a tônica vocacional dos conselhos, sustentada especialmente por aqueles que os integram, o que não significa que esta função de controle seja desempenhada com eficiência.

Os conselhos como espaço de negociação de interesses diversos idealmente não deveriam eleger como tática o confronto. A experiência acumulada mostra que há conselhos que se transformaram em espaço de disputa entre os segmentos, seja por recursos, seja por interesses particula-

res. Nestes casos, o que prevalece é o deslocamento do interesse público. Se a função nobre dos conselhos é exercer influência nas decisões acerca das políticas de saúde, a maior habilidade que deve ter um conselheiro é a capacidade de negociação.

Há um deslocamento que transforma a participação social em saúde em um fim em si mesma, não vinculando a participação a outras instâncias democráticas, como por exemplo, a participação ativa antes e depois das eleições, ou na escolha de candidatos alinhados aos interesses coletivos. Também não atuam na fiscalização e no acompanhamento do trabalho nas instâncias de democracia representativa.

Na verdade, a persistência de uma relação conflituosa entre gestores, trabalhadores e usuários tem contribuído para que os conselheiros mantenham e fortaleçam a postura de veto imediato às propostas e iniciativas dos gestores do sistema, gerando uma tensão negativa para o processo participativo. Observa-se que vetar uma proposta é muito mais fácil que unir e negociar interesses de segmentos diversos, porque o veto a uma política não é percebido enquanto prejuízo à sociedade e não há como medir e nem responsabilizar as suas consequências. Entretanto, há nos conselhos a tendência ao favorecimento da postura do veto, comprometendo o debate e a negociação sob a ótica dos interesses da coletividade. As dificuldades aumentam ainda mais quando o poder executivo, ao verificar a permanência dessa postura, passa a desconsiderar as ‘deliberações’ do conselho e a deslocar suas decisões para outras instituições, em especial as Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

As profundas mudanças nas perspectivas e formas de participação social, que ao longo dos anos 1980 esteve voltada para a mobilização pela disputa de poder público, segue atualmente uma orientação na participação direta de representantes da sociedade na gestão. Com o objetivo de provocar o aumento da eficiência e efetividade das políticas públicas, procura-se transformar a participação social em uma ferramenta de gestão pública. Esta modalidade passou a ser entendida e designada como gestão participativa. A gestão participativa hoje é termo bastante disseminado e abrange inúmeras formas de participação e articulações intra e intersetoriais.

Na saúde, a gestão participativa vem sendo encarada como um desafio conceitual e prático. O compartilhamento do processo decisório está na base do conceito da gestão participativa. A renovação e a criação de instâncias mais flexíveis, porosas e efetivas às complexas demandas sociais coadunam-se com as evidências sobre as limitações dos canais tradicionais de articulação no interior do Estado, entre governo e sociedade.

É importante destacar nesse processo que a gestão participativa, nas bases conceituais que vêm sendo adotadas atualmente, extrapola a participação institucionalizada em conselhos e em conferências, ampliando arenas de interlocução, incluindo outras modalidades de participação. Isso se configura em um grande desafio para as instituições do SUS e mesmo para a sociedade, já que as ciências sociais têm produzido evidências que demonstram o enfraqueci-

mento de espaços tradicionais de participação, como, por exemplo, o declínio da participação em sindicatos ou mesmo nos partidos políticos (CARDOSO, 2003; LAMOUNIER; MENEGUELLO, 1986).

Por outro lado, a clara relação entre as promessas de participação na gestão com os projetos de reforma do Estado, amplamente difundidos pelos organismos internacionais, que pautam a descentralização como estratégia de enfrentamento dos processos de exclusão social, expõe suas reais intenções instrumentais. Adicionalmente, as críticas à noção de governabilidade, que confere sentido à gestão participativa, em função de seu suposto caráter de categoria estratégica e conteúdo normativo de princípios e critérios afeitos a uma lógica de mercado, sinalizam a existência de contradições (SANTOS, 2004).

No que se refere aos espaços de participação, a ideia de governança nos termos em que envolve cenários de tensões e conflitos é certamente mais visível no que tange ao poder local, no qual atores sociais se relacionam mais diretamente, e a reconfiguração de estratégias de recomposição de grupos e lutas por hegemonia possui maiores possibilidades de ser observada. A experiência da construção de um espaço de explicitação de interesses, baseado no preceito democrático do reconhecimento do direito de todos à participação na vida pública, ampliou a necessidade do exercício da fiscalização e vigilância sobre os poderes públicos, destacando-se aqui o papel do Ministério Público e das Ouvidorias.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, as tensões entre o reposicionamento do papel do Estado como propulsor do desenvolvimento econômico e social emolduram um novo cenário para o debate, formulação e implementação de políticas de saúde, ampliando as expectativas sobre possibilidades e limites da conquista de uma cidadania para além da eleitoral, baseada no exercício pleno de direitos sociais, entre os quais o de saúde.

Hoje, a área da saúde serve como fonte de inspiração para a instituição dos fóruns de participação social de outras políticas setoriais no Brasil. Todavia, os desafios para os próximos 10-20 anos são incontornáveis se as mudanças desejáveis têm na mira não reproduzir a ‘paralisia hiperativa’, ou seja, uma plethora de demandas geradas pela priorização de interesses de cunho ‘paroquial e particularista’, que caracteriza as práticas institucionalizadas de participação social, em detrimento dos temas nacionais, da macropolítica e do desenvolvimento social com a inserção da saúde.

A expectativa inicial depositada sobre as práticas de participação social envolveu tanto a pressão política contínua e crescente sobre o Estado pela universalização do direito a saúde como também os aspectos da micropolítica dos territórios das comunidades, por meio da acumulação de capital social.

Nesse sentido, Putnam faz uma associação entre capital social, comunidade cívica e desempenho institucional. Para ele, a existência de uma comunidade cívica é fator determinante para melhor desempenho institucional

que, por sua vez, aumenta os laços entre a sociedade, fomentando capital social. Há claramente um círculo virtuoso que se autoalimenta melhorando a democracia de uma forma geral:

(...)as características de organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade facilitando as ações coordenadas [...] A confiança social pode emanar de duas fontes conexas: as regras de reciprocidade e os sistemas de participação cívica (PUTNAM, 1999, p. 177; 181).

Contudo, é imprescindível compreender que a participação cidadã está sujeita à responsabilidade e à definição de suas atribuições, de modo que não comprometa a atuação dos governantes. Isso não significa que a participação da sociedade civil deva sofrer qualquer forma de cerceamento no campo das ideias e das inovações e desafios que esses atores encetam no debate público. Na realidade, os limites legais são atinentes a todos aqueles que atuam na esfera pública. Entretanto, o que se observa é uma exacerbada expectativa sobre o diferencial e sobre a capacidade de inovação baseados na certeza de que a sociedade civil consiga impor aos agentes públicos diretrizes políticas, estratégias e soluções para a saúde, mesmo extrapolando suas competências legais.

A tendência de esperar como resultado da ação dos representantes da sociedade todas as respostas que o Estado não consegue prover acaba reduzindo o grau de confiabilidade das pessoas nas suas próprias organizações civis. A consciência acerca das limitações da sociedade civil e de sua capacidade de atuação reduz o risco e as expectativas de respostas aos problemas que afligem o Estado e suas instituições.

O certo é que os limites institucionais não podem alimentar os mitos sobre a ideia de participação da sociedade. Moroni (2005) destaca alguns desses mitos. O primeiro deles é que “a participação por si só muda a realidade”, ou seja, não adianta que os sujeitos tenham direito a uma cadeira, se eles não conseguem com que suas demandas e proposições sejam ouvidas no espaço público. Isso, para o autor, é a despolitização da participação, é o participar somente por participar. O segundo mito é que “a sociedade não está preparada para participar, como protagonista, das políticas públicas”. De acordo com essa concepção, a diferença de conhecimento, o acesso à informação e o poder entre representantes da sociedade e os especialistas ou gestores levam à crença de que a sociedade só poderia exercer um papel secundário nesse processo. Isso explica o fato da predominância das opiniões e posições do gestor ou trabalhadores de saúde nos conselhos.

O terceiro mito é que “a sociedade não pode compartilhar da governabilidade”, baseado em uma concepção de representação tradicional no processo eleitoral que deve resultar na dominação da sociedade pelo partido vitorioso.

Nessa acepção, a participação da sociedade deve se restringir ao voto. Aqui, não se considera a participação “ativa” dos cidadãos nas escolhas políticas e públicas. O último mito que Moroni (2005) enumera é que “a sociedade é vista como elemento que dificulta a tomada de decisão”. Nesse caso, parte-se de uma noção de que o processo de debate e a construção de caminhos alternativos causam prejuízo e demora no processo de decisão, o que não ocorre quando fica sob a responsabilidade exclusiva do gestor.

Esses mitos, somados aos problemas existentes concernentes à participação apresentados ao longo desse texto, dão uma dimensão dos desafios presentes para serem superados nos próximos anos. Os autores que tratam sobre participação social em saúde já indicam alguns caminhos que são necessários para que os espaços de controle social e participação popular sejam, de fato, espaços de democracia participativa.

Na vigência do governo do Presidente Lula, houve um incentivo à participação popular com predomínio da inserção da sociedade no aparelho do Estado para garantir as demandas sociais. A ambiguidade instalada nesse contexto é resultante da identidade e proximidade política entre o governo e a maioria dos movimentos sociais, o que aumentou a ‘disciplina’ e regulação destes, prevalecendo os interesses partidários em detrimento das demandas sociais.

Ao analisar a última década, Chico de Oliveira afirma que ocorreu o aumento da autonomia do capital, “retirando às classes trabalhadoras e à política qualquer possibilidade de diminuir a desigualdade social e aumentar a

participação democrática”. A metáfora que o autor usou para definir e comparar os últimos governos sintetiza sua opinião: “Se FHC destruiu os músculos do Estado para implementar o projeto privatista, Lula destrói os músculos da sociedade, que já não se opõe às medidas de desregulamentação”.

O intenso debate sobre a saúde na sociedade e sua expressão significativa nos órgãos executivos, nos parlamentos e até nos tribunais ainda não foi suficiente para absorver a real importância da saúde na vida das pessoas, e vem comprometer a força do mercado no setor. Ainda não foi solucionada, de maneira definitiva, a construção de um sistema de atenção à saúde abrangente, confiável, baseado na determinação social da saúde, com custos compatíveis com a capacidade de financiamento da sociedade brasileira. Ainda não foram instituídas as bases de uma regulação efetiva no setor público sobre o privado.

As análises sobre os processos passados e vindouros deverão ser agrupadas às perguntas sobre as possibilidades de resguardar os avanços obtidos e a inflexão do processo social e político que obstaculizou a plena implementação do SUS. A resposta a uma pergunta básica nesse contexto pode delinear com maior precisão as perspectivas futuras: quais são as mudanças que a sociedade brasileira necessita para afirmar a solidariedade e a emancipação como valores estruturantes?

Nessa perspectiva, é prudente relembrar que a articulação do processo saúde-doença a modelo de atenção à saú-

de deve se dar a partir do núcleo do problema, cuja solução exige estratégias que promovam a melhoria das condições de vida e saúde das populações em desvantagem ou em situação de iniquidade. Para isso, é essencial a diminuição das disparidades e desigualdades de saúde entre aqueles expostos à pobreza e demais circunstâncias de vulnerabilidades que são relacionadas às iniquidades.

Para traduzir em medidas concretas políticas de redução das desigualdades e garantia do direito à saúde, os mecanismos de participação, controle e transparência na gestão pública devem ser fortalecidos. As instâncias de democracia direta e participativa, como a iniciativa popular legislativa, os orçamentos participativos, os conselhos de saúde, os conselhos gestores e os fóruns deliberativos, entre outros, deverão ser convocados à luta pelos direitos sociais que defendem a revisão de políticas macroeconômicas e que restringem a implementação plena das políticas sociais e o desenvolvimento social.

As ameaças à democracia são concretas e, muitas vezes, imperceptíveis porque nem sempre são provenientes de campos ideológicos conservadores e podem se manifestar até mesmo em ambientes considerados democráticos. É preciso reconhecer estas ameaças, estabelecendo permanentes atitudes e práticas para salvaguardar e fortalecer a democracia. O modelo ideal de democracia prima pela participação da sociedade nas decisões públicas, influenciando diretamente as instituições.

O modelo de democratização no Brasil já conta com instituições consolidadas, tais como o voto e o parlamento,

reconhecidos como legítimos e necessários, mas também insuficientes. Conta também com as novas instituições e modalidades de participação que estão surgindo e que não se limitam às formas tradicionais da democracia representativa. Essas instituições inovadoras, que são a base de um projeto maior de consolidação de mecanismos de democracia participativa com atuação sobre a gestão de políticas públicas, aliadas às iniciativas autônomas de organização da sociedade, poderão servir de base para impulsionar um processo de maior mobilização e politização da sociedade na ampliação de seus direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ABERS, R. N.; KECK, M. Representando a diversidade: estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. *Caderno CRH*, Salvador, v. 21, n. 52, abr. 2008.

ABRANCHES, M.; AZEVEDO, S. de. A capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas: realidade ou mito? In: SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. de (Org.). *Governança democrática e poder local*. Rio de Janeiro: Revan: Fase, 2004

ALMEIDA C.; LÜCHMANN, L. H. H. *Participação e Controle Social: marcos teóricos e desafios democráticos*. São Paulo: Ação Educativa, 2008. (Em questão,5)

ARENDT, H. *O que é Política?* 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BAHIA, L.; SALM, C.; MALTA, M. M. A participação social e a construção do SUS: Anotações sobre as trajetórias dos Movimentos Sociais, e Proposições acerca dos Conselhos e Conferências de Saúde. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 30, Rio de Janeiro, 2006. *Gestão Participativa em Saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

BRASIL. *Lei nº 8142*, 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 dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. (em itálico) Brasília, DF. 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

_____. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

BENEVIDES, M. V. M. Cidadania e Democracia. *Lua Nova*, São Paulo, n. 33. p. 5-16, 1994.

BONFIM, R. Sistematização: A atuação dos movimentos sociais na implantação e consolidação de políticas públicas. In: CARVALHO, M. C., TEIXEIRA, A. C. (orgs.). *Conselhos gestores de Políticas Públicas*. São Paulo: Pólis, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a Peleja dos Sujeitos da Reforma, ou a Reforma dos Sujeitos da Peleja. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 79-85, 1992.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CARDOSO, A. M. *A década neoliberal e a crise dos sindicatos no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

CARVALHO, A. L. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. Rio de Janeiro: Lemos Editorial, 1997, p. 93-111.

CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção de Saúde: Sujeito e Mudança*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). A Questão Democrática da Saúde. In: FLEURY, S., BAHIA, L.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Saúde em Debate: Fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2008, 232 p

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Participação Social no SUS: O Olhar da Gestão Municipal*. Disponível em <http://www.conasems.org.br/files/cartilha_participacao_social_setembro.pdf>. Acesso em 25 jun 2011.

CORTES, S. M. V. Balanço de Experiências de Controle Social, Para Além dos Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: Construindo a Possibilidade de Participação dos Usuários. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. *Cadernos de textos*. Brasília.

_____. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. Q.; AZEVEDO, S. (Orgs.). *Governança democrática e poder local*. Rio de Janeiro: Revan/Fase, 2004

CORTES, S. M. V. *et al.* Conselho Nacional de Saúde: Histórico, Papel Institucional e Atores Estatais e Societais. In: CORTES, S. M. V. (org.). *A participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

COSTA, A., BAHIA L., MODESTO, A. A. D. *Health and Social Determinants in Brazil: A study on the influence of Public Participation on the Formulation of the Expanded Concept of Health and Liberating Practices*. 2007. Disponível em: <[Http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_public_participation_bra.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_public_participation_bra.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2012.

DAGNINO, E. Sociedade Civil, participação e Cidadania: do que estamos falando? In: MATO, D. *Políticas de ciudadanía y sociedad civil em tiempos de globalización*. Caracas: Universidad Central da Venezuela. 2004.

DAVID, C. T. N. *Representantes e representados: relação entre conselheiros, usuários, suas entidades e espaços descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto*

Alegre. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: Dilemas entre o Instituinte e o Instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

GAZETA, A. P. *Democracia e participação Social: a experiência dos Conselhos Municipais de Saúde no interior de São Paulo*. 2005. Disponível em <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000375873>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

62
GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

GOHN, M. *Conselhos Gestores e participação sociopolítica*. São Paulo. Cortez, 2003.

LAMOUNIER, B.; MENEGUELLO, R. *Partidos Políticos e Consolidação democrática: o Caso Brasileiro*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

LIPORONI, A. A. R. C. *O conselho municipal de saúde de Franca: estudo sobre a participação e o controle social*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

LÜCHMANN, L. H. H. Participação e representação nos conselhos gestores e no Orçamento Participativo. *Cadernos do CRH*, Salvador, v. 21, p. 87-97. 2008.

MARQUES, E. C.; ARRETCHE, M. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. *Cadernos CRH*, Salvador, n. 39, p. 55-82, jul/dez. 2003.

- MARTINS, P. C. *et al.* Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil; Matizes da Utopia. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.
- MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma Política. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p.72-87, maio-ago 2006.
- MORONI, J. A. O Direito à Participação no Governo Lula. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, set/dez. 2005.
- MÜLLER NETO, J. S. *et al.* Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 248-274, maio/dez. 2006.
- OLIVEIRA, F. *Francisco de Oliveira diz que Lula é pior que FHC*. 2011. Disponível em: <<http://senilidadeseletivas.blogspot.com/2009/10/francisco-de-oliveira-diz-que-lula-e.html>>. Acesso em: 25 jun. 2011.
- POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. M.. *Entre representação e participação: as conferências nacionais e o experimentalismo democrático brasileiro*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2010.
- PUTNAM, R. *Comunidade e Democracia: A experiência da Itália Moderna*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- SANTOS, M. R. M. A representação social no contexto da participação institucionalizada. O caso dos conselhos municipais do Rio de Janeiro. In: SANTOS JR., O.; RIBEIRO, L. C.; AZEVEDO, S. (orgs.). *Governança democrática e poder local, a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan/Fase. 2004
- SANTOS W. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHUMPETER, J. *Capitalismo, Socialismo e Democracia*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1984.

SILVA, F. B.; JACCOUD, L.; BEGHIN, N. *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. In: JACCOUD, L. (org.). Brasília: IPEA, 2005. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Cap_8-10.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

SILVEIRA, M. M. *Política de saúde no Brasil nos últimos 50 anos*. Conferência Pronunciada no Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara Federal, 1979.

TATAGIBA, L. F. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (ed.) *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-104.

_____. *O papel do Comas na política de assistência social em São Paulo*. Assistência social: controle social e política pública. São Paulo: Polis, 2007.

TATAGIBA, L. F.; SANTOS. *O papel do CMDCA na política de atendimento à criança e adolescente em São Paulo*. *Criança e Adolescente: controle social e política pública*. São Paulo: Polis, 2007.

TATAGIBA, L. F.; TEIXEIRA, A. C. C. Democracia representativa y participativa: complementariedad o combinación subordinada? Reflexiones acerca de las instituciones participativas y la gestión pública en la ciudad de São Paulo (2000-2004). In: TATAGIBA, L. et al. (org.). *Contraloría y participación social en la gestión pública*. Caracas: Clad. v. 1, p. 15-60, 2007a.

TATAGIBA, L. F.; TEIXEIRA, A. C. C. O papel do CMH na política de habitação em São Paulo. In: CYMBALISTA, R. et al. *Habitação: controle social e política pública*. São Paulo: Polis, 2007b.

VIEIRA, N. A. *A representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Campinas*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

YUNES, João. Relato. In: Conferência Nacional de Saúde, 8. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.133.