GLADYS BRODERSEN

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: CONCEPÇÕES
TEÓRICAS NA SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE

GLADYS BRODERSEN

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: CONCEPÇÕES
TEÓRICAS NA SAÚDE

FLORIANÓPOLIS

2006

GLADYS BRODERSEN

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: CONCEPÇÕES
TEÓRICAS NA SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Co-orientadora: Dr^a. Águeda Lenita Pereira Wendhausen

FLORIANÓPOLIS

2006

GLADYS BRODERSEN

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: CONCEPÇÕES TEÓRICAS
NA SAÚDE**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 21 de Dezembro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dr^a. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Presidente

Dr. Julian Borba
Membro

Dr^a. Maria Elisabeth Kleba
Membro

**Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
Lopes**

Dr^a. Stella Maris Brun
Membro

Membro

Dr^a. Denise Elvira Pires de Pires
Membro

Dr^a. Juliana Vieira de Araujo Sandri
Membro

Dr^a. Águeda Lenita Pereira Wendhausen
Co-orientadora

DEDICATÓRIA

Dedico mais esta caminha a...

Para minha mãe, Renata e para meu pai Olaf, vozes fundadoras do que penso, do que faço, do que acredito, do que sou.

Para Sonia, companheira e cúmplice na construção deste e de vários outros sonhos.

Para meus sobrinhos Rudy, Cacá e Camila que souberam entender minha presença ausente neste período de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

À Doutora Maria Itayra Coelho de Souza Padilha pela orientação e incentivo durante o desenvolvimento deste trabalho e pelo seu carinho sempre tão presente na minha história.

À Doutora Águeda Lenita Pereira Wendhausen, co-orientadora desta tese com a qual dialoguei e continuarei dialogando pela vida afora.

.Aos Doutores Dr. Julian Borba, Dr^a. Maria Elisabeth Kleba, Dr. Gelson Luiz de Albuquerque, Dr^a. Stella Maris Brun Lopes, Dr^a. Denise Elvira Pires de Pires e Dr^a. Juliana Vieira de Araujo Sandri pelo aceite de participação e contribuições na Banca de Defesa desta Tese.

A Universidade do Vale do Itajaí pelo apoio destinado a concretização deste estudo, mais especificamente ao Centro de Ciências da Saúde, em especial as professoras Arlete Terezinha Besen Soprano e Heloisa Machado por terem incentivado esta longa caminhada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Aos meus colegas do Doutorado, em especial a Evely Koller, uma grande parceira em muitas viagens...

Aos amigos com quem tenho trabalhado ao longo dos anos e que manifestaram sua compreensão nas dificuldades de compatibilizar as minhas atividades de trabalho e estudo, com carinho as professoras Eleide M. Pereira Farah e Telma M. Brochado de Figueiredo.

À Ivia Fátima Rodrigues pelo incentivo, dedicação, amizade e discussões proveitosas.

Ao meu querido bolsista Juliano de Amorim Busana, por sempre ter acreditado e compartilhado desta conquista.

Às amigas Rosélia Koerich e Shadya Koffke, obrigado pelo incentivo e paciência.

À Claudia Garcia, uma grande secretária, pela imensa disponibilidade a mim dedicada.

“Parece-me que o premio mais alto possível para qualquer trabalho humano não é o que se recebe por ele, mas o que se torna através dele.”

(Brock Bell)

RESUMO

BRODERSEN, Gladys. **Participação e controle social: concepções teóricas na saúde**. 2006. 144f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Orientadora: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Co-orientadora: Águeda Lenita Pereira Wendhausen
Defesa: 21/12/2006

A participação e controle social na saúde constitui um tema de interesse, pois por meio de seu estudo é possível o entendimento de como o mesmo é aplicado no cotidiano dos trabalhadores de saúde rumo à construção do Sistema Único de Saúde. Este estudo objetivou refletir sobre as concepções de participação e controle social evidenciadas na produção científica de estudiosos da área da saúde no período compreendido entre 1985 e 2005. A coleta de dados se deu a partir da busca bibliográfica de artigos cujos textos continham as seguintes palavras chave: participação social; movimentos sociais; controle social. Para a interpretação dos dados foi utilizado o método de Análise Temática de Conteúdo. Este método é operacionalmente desdobrado em três etapas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para discussão dos dados construímos três categorias: a primeira categoria Concepções e conceitos de participação e controle social a qual tem três subcategorias: Conselhos/espço institucional, formas de interlocução e solidariedade/voluntariado. A segunda categoria Funcionamento dos Tipos e formas de uso da participação e controle social esta subdividida em três sub-categorias: Serviços de saúde, Situações de agravo a saúde e Associativismo. E a terceira categoria Finalidade/Motivação para a ação da participação e controle social apresenta a participação e controle social sob dois enfoques reflexivos: O de mobilização popular, e a Vinculação aos serviços de saúde como reforço para atuação da equipe. Em relação a primeira categoria podemos afirmar que várias concepções relativas ao conceito participação e controle social permeiam as experiências vividas atualmente em nosso país. O que parece claro é que a criação deste novo espaço político ampliou as possibilidades de participação de atores sociais coletivos nas decisões e no controle das ações do Estado. Porém não se revelou capaz de romper com o modelo restritivo dos processos de representação no debate das questões públicas, ainda que estes novos espaços sejam, efetivamente, mais inclusivos. Em relação à segunda categoria evidenciada neste estudo, denominada Funcionamento dos Tipos e Formas de uso da Participação e controle social, encontramos a participação fortemente ligada a duas possibilidades, de um lado como legitimação da política do Estado, de outro faculta a interferência e modificação desta política em prol dos interesses da sociedade civil em busca da cidadania. A última categoria analisada Finalidade/Motivação para a ação da participação e controle social, mostra a maneira pelas quais os autores vêm descrevendo em suas publicações como percebem o cotidiano de suas ações a participação e controle social. Em determinadas situações conferem a participação e controle social o status de mobilização popular ou a vinculação aos serviços de saúde. Finalizando compreender como os conceitos de participação e controle social vêm sendo tratados na produção teórica na saúde, nos aproxima de respostas que inviabilizem pensar a formulação de políticas públicas e a tomada de decisões sobre a aplicação de recursos públicos sem envolver usuários dos serviços e demais interessados no tema. Estas respostas apontam caminhos para que as decisões sejam mais democráticas em saúde no nosso país. Além disso, é um espaço em que o sujeito político, só existe por uma contestação à lógica da ordem, à definição prévia de identidades e papéis sociais.

Palavras chave: Participação Social; Movimentos sociais; Controle social.

RESUMEN

BRODERSEN, Gladys. **Participación y control social: concepciones teoricas en la salud.** 2006. 144f. Tese (Doctorado en Enfermaje) – Programa de Pós Graduação en Enfermaje, de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Orientadora: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Co-orientadora: Águeda Lenita Pereira Wendhausen
Defensa: 21/12/2006

La participación y el control social en la salud construye un tema de interes, pues por medio de su estudio es posible el entendimiento de como el mismo es aplicado en el cotidiano de los trabajadores de la salud rumbo a la construcción del Sistema Único de Salud. Este estudio objetivo refleja sobre las concepciones de la participación y el control social evidenciadas en la producción científica de estudiosos de la área de la salud en el periodo comprendido entre 1985 y 2005. La colecta de datos se dio a partir de la busca bibliográfica de articulos cuyos temas contenian las siguientes palabras claves: participación social; movimientos sociales; control social. Para la interpretación de los datos fue usado el método de Análise Temática del Contenido. Este método es operacionalmente desdoblado en tres etapas: Pré-análise; Exploración del material y Tratamiento de los resultados obtenidos y la interpretación. Para debate de los datos construimos tres categorias: la primera categoria Concepciones y conceptos de participación y control social al cual tiene tres tipos de categorias: Consejos/espacio institucional, formas de interlocución y solidaridad/voluntariado. La segunda categoria Funcionamiento de los Tipos y formas de uso de la participación y control social esta dividida en tres tipos de categorias: Servicios de la salud, Situaciones de agravo a la salud y Asociativismo. Y la tercera categoria Finalidad/Motivación para la acción de la participación y control social presenta la participación y el control social sobre dos enfoques reflexivos: El de movilización popular, y la Vinculación a los servicios de salud como refuerzo para actuación del equipo. En relación a la primera categoria podemos afirmar que várias concepciones relativas al concepto participación y control social en este interin las experiencias vividas actualmente en nuestro país. Lo que parece claro es que la criación de este nuevo espacio político amplio las posibilidades de participación de actores sociales colectivos en las decisiones y en el control de las acciones del Estado. Además no se revelo capaz de romper con el modelo restrictivo de los procesos de representación en el debate de las cuestiones públicas, todavía que estos nuevos espacios sean, efectivamente, mas inclusivos. En relación a la segunda categoria evidenciada en este estudio, denominada Funcionamiento de los Tipos y Formas de uso de la Participación y control social, encontramos la participación fuertemente ligada a dos posibilidades, de un lado como autentico de la política del Estado, de otro permite la interferencia y modificación de esta política en prol de los intereses de la sociedad civil en busca de la ciudadanía. La última categoria analisada Finalidad/Motivación para la acción de la participación y control social, muestra la manera por las cuales los autores ven describiendo en sus publicaciones como captan el cotidiano de sus acciones en la participación y el control social. En determinadas situaciones confieren la participación y el control social el status de movilización popular y la vinculación a los servicios de salud. Finalizando comprender como los conceptos de participación y control social ven siendo tratados en la producción teórica en la salud, nos aproxima de respuestas que sean inviables para pensar en la formulación de políticas públicas y la tomada de decisiones sobre la aplicación de recursos públicos sin envolver usuarios de los servicios y demás interesados en el tema. Estas respuestas apuntan caminos para que las decisiones sean mas democráticas en la salud y en nuestro país. Además, es un espacio en que el sujeto político, solo existe por una contestación a la lógica de la orden, a la definición previa de identidades y papeles sociales.

Palabras clave: Participación Social; Movimientos sociales; Control social.

ABSTRACT

BRODERSEN, Gladys. **Participation and social control: theoretical conceptions on health.** 2006. 144p. Thesis (Doctorate in Nursing) – Post-graduation Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Supervisor: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Co-supervisor: Águeda Lenita Pereira Wendhausen

Presentation: 21/12/2006

The participation and social control on health hold an issue of special interest, for such study provides wider understanding of how these elements are applied to the everyday chores of health workers in an effort to consolidating the Sistema Único de Saúde (United Health System). This study aims to ponder the conceptions on participation and social control used in scientific work by health scholars between 1985 and 2005. Data collection has been undertaken upon a bibliographical search of articles whose texts contained the following key words: social participation; social movements; social control. The method of Content Thematic Analysis has been used for data interpretation. Operationally speaking, this method unfolds three phases: Pre-analysis, Material Exploration and Management of the results achieved and interpretation. For data discussion, three categories have been defined: the first category “Conceptions and concepts of participation and social control” is subdivided in three subcategories: Councils/institutional space, forms of interlocution, solidarity and volunteering. The second category “Operation of types and using forms of participation and social control” is subdivided in three subcategories: Health Services, Health-depreciating Conditions and Associationism. And the third category “Purpose/Motivation for participation and social control actions” presents participation and social control derived from two reflective approaches: one related to people mobilization and the other to the Attachment to health services as a supporting tool for team performance. As far as the first category is concerned, we can state that several conceptions relating to the concept “participation and social control” are founded upon the experiences undergone in our country. What seems quite evident is that the foundation of this new political space has increased the possibilities for collective social actors to participate in decision making processes and in state policies control. Nevertheless, it has not proved to be capable to rupture the restrictive standards of the representation processes in the public matters debate, even though these spaces are effectively more inclusive. As for the second category presented in this study, entitled “Operation of types and using forms of participation and social control”, we have considered the participation tightly connected to a pair of possibilities, be it as a legitimating strategy for state policies or as a mechanism for interfering and modifying such policies aiming for the interests of civil society and fostering citizenship. The last category analyzed “Purpose/Motivation for participation and social control actions” portrays different outlooks authors have been using in their articles to describe how they view their everyday chores, the participation and social control. Under certain circumstances, participation and social control are granted the status of people mobilization, as well as the attachment to health services. Lastly, as we understand how the concepts of participation and social control have been used in theoretical work on health, we get closer to answers that will jeopardize the possibility for elaborating state policies and for making decisions over state resources unless we engage service users and other people interested in the subject. These answers point at specific paths so that decisions on health should be more democratic in our country. Moreover, this is a space in which the political subject only exists because he defies the logic of order and the prior definition of identities and social roles.

Key words: Social Participation; Social Movements, Social Control.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	Distribuição dos artigos pesquisados de acordo com a publicação por década.....	70
QUADRO 02	Exemplificação da composição de uma das categorias do estudo.....	72
QUADRO 03	Composição das categorias e subcategorias do estudo.....	76

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Objetivo geral.....	22
2.2	Objetivos específicos.....	22
3	CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE O TEMA.....	24
3.1	Democracia: recortes conceituais.....	24
3.2	O Estado democrático e a participação.....	38
3.3	Democracia e participação e controle social: revendo aspectos teóricos	49
3.4	Conceitos de saúde: alguns olhares.....	57
4	POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS.....	67
5	DISCUSSÃO DOS DADOS.....	74
5.1	Conceito de participação e controle social.....	76
5.2	Tipos e formas de uso da participação e controle social.....	93
5.3	Finalidade/Motivação para a ação da participação e controle social.....	106
6	REFLEXÕES SOBRE AS CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO TEÓRICA NA SAÚDE ...	119
	REFERÊNCIAS.....	125
	APÊNDICES.....	134
	Apêndice 01: Artigos dos periódicos selecionados na coleta de dados.....	135

1 INTRODUÇÃO

Graduei-me enfermeira em 1984 com a inquietação de que o ensino que recebera não correspondia à realidade das necessidades de saúde da população á população junto à qual iria trabalhar. As técnicas e conceitos teóricos analisados durante a graduação traduziam o processo saúde e doença dissociados dos problemas concretos das comunidades e da discussão sobre a estrutura de poder das classes sociais.

Em 1985 comecei a trabalhar comecei a trabalhar na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) como docente e enfermeira responsável em um Posto de Saúde de um bairro periférico do município. Esta unidade foi construída em parceria com o Rotary Club, Secretaria de Saúde Prefeitura Municipal de Itajaí e a Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. Tinha na época o objetivo de além de atender a população, promover ações de ensino docente/assistenciais ao curso de enfermagem. Foi uma experiência piloto como muitas outras que naquele momento pipocavam” no país. A parceria tinha funções assim definidas: O Rotary Club responsabilizou-se pelo material de consumo, a PMI pelo material permanente e instalações e a UNIVALI, mais especificamente o curso de enfermagem pela prestação da assistência.

Neste momento o Brasil vivenciava o auge do movimento da Reforma Sanitária, e os profissionais envolvidos neste trabalho puderam executar atuações alicerçadas nos princípios da Assistência Básica de Saúde. Foi um período de amadurecimento profissional e pessoal e possibilitou organizações do currículo da graduação edificadas nos princípios preconizados na definição da Assistência Básica de Saúde. Esta experiência foi fundamental em relação a construção do meu perfil e encaminhamento enquanto enfermeira de Saúde Coletiva.

Minha formação profissional coincide com o início da abertura política nos anos 80, a queda do Regime Militar e o surgimento da Nova República em 1985, houve a possibilidade

de intensificação de movimentos sociais, destacando dentre eles: sanitário, sindical e o popular. Este novo cenário resultou na convocação da Assembléia Geral Constituinte, fórum que valorou a discussão relativa à nova ordem jurídico - institucional do País e possibilitou a celebração de um novo pacto entre os vários grupos sociais. No bojo destas discussões, surge como meta de governo, a convocação para a 8º Conferência Nacional de Saúde (1986), que tinha como objetivo a discussão ampliada de um sistema de saúde para o Brasil, cujas propostas seriam encaminhadas aos constituintes para votação. O caráter participativo desta Conferência marcou um diferencial em relação às anteriores, de cunho tecnocrático e autoritário, contando com a participação de aproximadamente 4000 pessoas (lideranças comunitárias, sindicais, técnicos, acadêmicos, dirigentes institucionais, políticos e representantes de entidades de pessoas portadoras de necessidades especiais, patologias associações de classe, conselhos profissionais e prestadores de serviço).

Este caráter coletivo em prol da melhoria da saúde dos brasileiros, aliado aos meus envolvimento enquanto cidadã e profissional de saúde, levaram-me à militância ativa pela implementação de um sistema de saúde que contemplasse pelo menos a universalização da assistência em todos os níveis de atenção. Neste momento estava ligada a vários movimentos sociais como partido político, associação de moradores, CIMS, ABEN, e CDDH. Estas vivências trouxeram-me a clareza da necessidade de eleger como prioridade nacional o combate a pobreza e exclusão social do qual intermediada por uma política de saúde em conjunto com outras tentativas.

As Conferências Estaduais de Saúde congregaram a união de vários segmentos fortalecendo a tônica do conceito da necessidade de participação/controle social por parte dos atores envolvidos na intenção de mudança do Sistema de Saúde. Neste momento foi proposto a inclusão da possibilidade de estratégia de interlocução na realização da política pública de saúde no Brasil, através da representação de vários setores sociais alicerçados pelo controle/participação popular.

A 8º Conferência Nacional de Saúde discutiu e aprovou o relatório cujas deliberações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária. Como os movimentos sociais haviam se fortalecido, além do projeto da Reforma Sanitária, várias outras propostas foram encaminhadas à Assembléia Nacional Constituinte, no sentido de fortalecer a discussão rumo ao novo sistema de saúde nacional. Longe de qualquer dúvida, as propostas encaminhadas pelo movimento da Reforma Sanitária à Assembléia Nacional Constituinte eram realmente de vanguarda e por isto garantiriam a inscrição no texto constitucional de várias de suas pautas.

Podemos destacar a inclusão no texto constitucional de propostas como o

reconhecimento da saúde como direito de cidadania (Artigo 6º) e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS (Artigo 198), integrados por uma rede organizada, hierarquizada e planejado de acordo com as diretrizes de descentralização, atenção integral e participação da comunidade. Estas inclusões rumo a um novo modelo de saúde garantiram uma mudança radical de um modelo de saúde privatista e fragmentado, para outro democrático, de qualidade e que busca na atenção básica de saúde e promoção a saúde a consolidação de suas ações.

A Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica de Saúde - LOS 8080/90 (1998a) e a Lei 8142/90 (Brasil, 1998b) asseguraram a participação popular e o controle social na saúde por meio de Conferências e Conselhos de Saúde em todas as esferas do governo (Nacional, Estadual e Municipal). Este espaço institucional possibilita aos representantes de vários segmentos da população exercitarem o direito de incorporar nas políticas públicas, as reivindicações e os interesses daqueles que representam. Em 1991 é sancionada a Lei nº 8142/90, que prevê a instituição dos fóruns institucionalizados de participação através da formação de conselhos federal, estadual e municipal de saúde e a realização periódica de conferências de saúde, nos três níveis de governo.

Os Conselhos de Saúde passam a ser considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde. Em sua composição deve haver paridade entre o número de usuários, presentes no conselho e os demais segmentos, ou seja, 50% dos representantes do conselho são usuários e os demais segmentos do conselho seriam distribuídos entre os 50% restantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A Legislação de Saúde vigente em nosso País vem possibilitando avanços e transformações das práticas assistenciais, embora muitas vezes estes avanços legais não confirmem por si só modificações reais no cotidiano de usuários, trabalhadores e instituições envolvidas. Em relação ao controle social, há avanços, mas também muitos problemas que vêm sendo apontados por diversos autores: CORTES (1998); VALLA (1998); GERSCHMAN (1995); WENDHAUSEN (2002), RAMOS (1996); DALARI et al, (1996). Os problemas apontados são: a manipulação política dos atores envolvidos, a existência de “micropoderes” fora das organizações, a falta de representatividade e legitimidade, o autoritarismo dos gestores, individualismo, defesa dos interesses próprios, o pouco acesso da população a experiências de participação bem sucedidas e linguagem técnica de difícil compreensão. Sendo assim, consideram necessária uma constante avaliação por parte dos envolvidos, de modo que percebam a racionalidade constante nas experiências participativas.

De acordo com Correia (2000) dados apontam que no Brasil temos instalados legalmente 5201 conselhos (são 5506 municípios brasileiros) distribuídos nos 27 Estados. Embora em termos numéricos estejamos bastante avançados, sabe-se que a existência destes fóruns, e que geralmente na composição dos conselhos, a maioria dos participantes são representados pelos usuários, salientamos que de acordo com o que afirmam autores como Valla (1998); Briceño-León (1998) e Godbout (1983) as práticas de participação nem sempre estiveram próximas dos ideais que as criaram, pelo contrário, estes autores identificam as inúmeras distorções que as permeiam quando são apropriadas socialmente.

Carvalho (2004) alerta de que a proposta democrática na instituição dos conselhos de saúde colide com uma cultura institucional tradicional, em que o desprestígio do que é popular não permite um verdadeiro diálogo entre os diversos atores aí envolvidos. Neste sentido, quais seriam nossas opções em desvelar tais equívocos? De que maneira como trabalhadores de saúde poderíamos minimizar as divergências centenárias impostas pelo poder centralizador que impera em nossas práticas cotidianas?

Estes questionamentos nos remetem a pensar na responsabilidade e no papel dos trabalhadores da saúde em provocar uma atuação consciente e democratizadora. Entendemos que os segmentos organizados da sociedade civil têm um importante papel na definição das políticas de saúde municipais, e em contrapartida, os profissionais de saúde deveriam exercer sua responsabilidade de instrumentaliza-los em relação a questão saúde.

Não acreditamos ser esta uma tarefa fácil, nem por isso pensamos que deve ser abandonada. Por isso, acreditamos que seja necessário um olhar mais atento às práticas de participação dos vários setores sociais, que foram instituídas pelo movimento da Reforma Sanitária se quisermos avançar em direção à consolidação de um sistema democrático e resolutivo na área da saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2002) o Sistema de Saúde Brasileiro está sendo orientado em bases territoriais, exigindo a incorporação da participação mais abrangente da população no processo decisório (formas de relação direta cidadão - poder público).

Neste caso, pode-se dizer que o Programa de Saúde da Família, independentemente de seus méritos irrefutáveis, estaria reproduzindo as já esgotadas práticas das unidades básicas tradicionais, dirigindo-se para ser mais um “pacote de focalização” para populações de baixa renda, afastando-se da perspectiva da integralidade na atenção à saúde, e da “missão” que lhe é conferida pelos documentos oficiais, de ser uma proposta de “reforma estrutural do modelo assistencial”, uma estratégia para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à

saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida (SOUZA, 2000).

Entendemos que a visão dos profissionais de saúde sobre o processo saúde/doença é fundamental considerando que estes deverão participar da formulação das políticas públicas de saúde. Neste contexto ressaltamos que esta situação é percebida fortemente ainda em profissionais que atuam no programa saúde da família, que possui como um dos pressupostos fundamentais a reformulação dos modelos de atenção à saúde no Brasil.

É inegável, a participação social de profissionais de saúde, nos movimentos de saúde, principalmente na última década, no sentido de interferir nas condições de saúde da população. Este entendimento confere a certeza de que as práticas participativas não devam se restringir aos Conselhos institucionalizados, mas sim no desenvolvimento das práticas destes trabalhadores.

Contextualizar, pois, os trabalhadores de saúde seria perceber que o mesmo tem como prática não o isolamento, mais sim um conteúdo social. Estamos então, no que tange a nossa prática, subordinados as políticas públicas de saúde e as determinações das estruturas sociais. Gaio e Farias (2000) refletem sobre a questão da visibilidade de controle social, constatando que ele é ainda desconhecido pela sociedade brasileira. Esta constatação torna fundamental a proposta de que os profissionais de saúde estejam atentos ao modo como vem ocorrendo as práticas participativas em saúde.

A construção de um sistema de saúde democrático e resolutivo nos faz refletir como atualmente vem se consolidando as práticas assistenciais dos profissionais de saúde em nosso país. Devemos entender que neste momento de construção do SUS as várias experiências e saberes acabam por definir os rumos aos quais profissionais de saúde, usuários e gestores estarão desenvolvendo em seu cotidiano.

Neste olhar percebemos a diretriz do controle social proposta pelo SUS, como um princípio fundamental na construção deste novo modelo de saúde proposto em nosso País. Entender como vem se desvelando o conceito de participação social dos profissionais de saúde, poderá abrir caminhos para avaliarmos alguns nós teóricos que vem impedindo o avanço da consolidação do SUS.

Hoje encontramos várias possibilidades e realidades relativas à participação em nosso país. As desigualdades sociais expressas pela exclusão social, aliadas as diversas formas de gestão municipal definem uma forte afinidade do modelo de saúde seguir tendências opressoras em relação a sua construção. A falta de controle do estado e principalmente da população em relação ao planejamento, execução e avaliação das ações de saúde são um solo

fértil para que estas questões se proliferem. Devemos estar atentos que em um país imerso em corrupção, abusos e contravenção no qual até a saúde é negada à população, nós profissionais de saúde, temos a obrigação de encontrar instrumentos que possam contribuir para mudar esta situação.

Outro ponto a destacar é a variedade e diversidade de instituições formadoras dos profissionais de saúde. Aliado a este fato devemos perceber que o trabalho em saúde só é possível de ser realizado em sua totalidade se levarmos em conta as interfaces de cada profissão, que compõem a equipe de saúde.

Acreditamos que para compreender como os conceitos de participação e controle social vem sendo tratados, e conseqüentemente, influenciando a prática participativa uma das formas é da avaliação da produção teórica dos profissionais de saúde. A partir desta avaliação talvez possamos nos aproximar de respostas que apontem instrumentos de trabalho que quando corretamente utilizados declinem a superação da exclusão social.

As publicações são reflexos das práticas teorizadas e por este motivo devemos avaliar de que maneira os profissionais de saúde vem digerindo os conceitos de participação e controle social e que sentido estão conferindo a ele nos seus fazeres cotidianos. Entendemos que em todo texto publicado está embutido o sentido de socialização de fazeres e saberes e, por este motivo, a realização do presente estudo poderá ser uma excelente amostra para pensarmos a participação social. Outro ponto a ser discutido em relação a publicações é a variedade de propostas editoriais relativas ao tema.

Acreditamos que a avaliação atual das práticas participativas, nos darão, pistas de como se tem desenvolvido o controle social enquanto instrumento de trabalho dos profissionais de saúde e possamos futuramente desenvolver subsídios para rever a prática de assistência à saúde.

Os diferentes usos do conceito de Controle Social, leva os profissionais de saúde à práticas assistenciais distintas. Segundo Alvarez (2005) com freqüência conceitos originalmente elaborados no interior de uma tradição teórica são depois apropriados por outras tradições e reconfigurados de tal modo que o conceito original se perde e novas e inesperadas questões surgem sob a mesma denominação.

A formulação de práticas participativas mais recorrente está estruturada em torno do aprofundamento do processo democrático, e do seu impacto na ampliação da capacidade de influência sobre os diversos processos decisórios em todos os níveis da atividade social e das instituições sociais. A participação social se enquadra no processo de redefinição entre o público e o privado, dentro da perspectiva de redistribuir o poder em favor dos sujeitos sociais

que geralmente não têm acesso. A participação segundo Jacobi (2002) é identificada com os argumentos da democratização que têm como referência o fortalecimento dos espaços de socialização, de descentralização do poder e de crescente autonomização das decisões, portanto, enfatizando a importância de um papel mais autônomo dos sujeitos sociais.

No Brasil, os rumos técnicos e políticos do SUS encaminham para a ênfase na participação popular. Essa discussão sobre o conceito de participação popular é marcada, entretanto, por ambigüidades que expressam as diferentes perspectivas com que se utiliza o termo (VALLA, 1998). Afirma ainda que os textos oficiais conferem ao termo participação popular um tom vago e difuso; apontando para a possibilidade de tornar-se um conceito fortemente ligado aos técnicos da saúde e a burocracia governamental.

Se avaliarmos o que diz Cecílio (1999) sobre o conceito de controle social, podemos inferir que após sua institucionalização através do SUS, os profissionais de saúde poderão estar se apropriando do mesmo através de inúmeras práticas distintas. Vejamos o SUS como sistema de saúde, ainda em construção no país. Esta construção se expressa através de várias experiências, como em processo de múltiplas práticas assistenciais, que o levarão a consolidar-se enquanto modelo nacional.

O SUS em seu caráter universal público confere à participação da comunidade nas decisões relativas à saúde e esta denominação é clamada de controle social (conceito fraco, sem embasamento e muito parcial). Neste sentido o significado do controle social nos vários fazeres da prática assistencial dos profissionais de saúde nos aponta caminhos para uma real participação popular nas decisões de saúde em nosso país.

Afinal ao recuperar os usos permanentes dos conceitos, torna-se possível perceber quais as questões que estão em jogo em determinados campos da pesquisa e quais as opções teóricas que se escondem por trás de denominações aparentemente homogêneas.

Controle social é um termo da teoria sociológica e nela designa o controle do Estado sobre o comportamento dos indivíduos no âmbito social. Ou seja, o Estado, representando o coletivo, controla o comportamento dos indivíduos em nome do interesse da maioria. Com o advento do SUS, no campo da saúde, este conceito sofreu modificações, ao passar a designar o inverso proposto pela sociologia, passando então a significar o controle da sociedade sobre o Estado.

Esta inversão se deu no momento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, pelo entendimento dos participantes dos movimentos sociais, quanto ao fato de que o Estado não representava naquele momento os interesses majoritários e sim os particulares.

Estas considerações iniciais conduzem ao seguinte problema de pesquisa: Como as concepções de participação e controle social se manifestam na construção teórica na saúde nos últimos vinte anos?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Reconhecer as concepções de participação e controle social evidenciadas na produção científica de estudiosos da área da saúde no período compreendido entre 1985 e 2005.

2.2 Objetivos Específicos:

- Refletir sobre os modos como o conceito de participação e controle social está aplicado como opção teórica e metodológica na produção teórica de estudiosos da área da saúde;
- Identificar as ações de participação e controle social evidenciadas na produção teórica de estudiosos da área da saúde

A escolha do recorte histórico de 1985 a 2005 se deve ao fato de que a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que foi palco de discussões de um novo modelo de saúde para o país, quando o controle social passou a ser uma das diretrizes desse novo modelo proposto em 1988. Outorgada a constituição federal em seu artigo 198, consolidou-se a criação do SUS que determina um Sistema Nacional de Saúde integrado por uma rede organizada e hierarquizada, cuja organização entre outros princípios, deverá ser realizado em consonância ao controle social. De acordo com Padilha e Borenstein (2005) para a elaboração

de uma tese histórica, ou sócio-histórica, é sempre necessário definir uma situação histórica que se configure na possibilidade de realização de uma pesquisa.

3 CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE O TEMA

3.1 Democracia: recortes conceituais

Nenhum povo do mundo antigo contribuiu tanto para a riqueza e a compreensão da política, no seu sentido amplo, como fizeram os gregos de outrora. Os nomes de Sócrates, Platão e Aristóteles, no campo da teoria, de Péricles e Demóstenes na arte da oratória, estão presentes em qualquer estudo erudito que se faça acerca do tema e até mesmo nos mais singelos manuais de divulgação. Mas tanto Platão como Aristóteles, de origens aristocráticas, não aprovavam o governo democrático.

Enquanto Platão defendia o governo dos reis-filósofos (seja na forma de monarquia ou aristocracia), Aristóteles, de modo geral, também era favorável a uma democracia moderada (a democracia das classes médias). Portanto, desde o seu início, o debate em torno do valor, do conteúdo e da extensão da democracia já se acha polarizado entre seus defensores e os seus críticos (SELL, 2003).

Assim, entre os defensores da democracia representativa estão autores clássicos como John Locke e Montesquieu, os federalistas e John Stuart Mill, entre outros. Já entre os críticos da democracia representativa e defensores de formas de democracia direta, duas tradições de pensamentos se destacam: a teoria rousseuniana e a teoria marxista (SELL, 2003).

Samuel Huntington (1994) por exemplo, afirma que, apesar dos intervalos autoritários, o mundo passa hoje por uma verdadeira “onda democrática”. Todavia, se a democracia vai se tornando cada vez mais uma prática social predominante e aceita pela maioria das forças político-sociais, o mesmo não acontece com a teoria democrática.

Segundo Sell (2003) a primeira dicotomia ao analisar a democracia diz respeito ao seu valor. Para o pensador italiano Sartori (1994) é preciso distinguir dois tipos de análise da democracia: as análises descritivas (que tratam das democracias realmente existentes ou

empíricas) e as análises prescritivas (que tratam de um ideal de democracia). Para ele a perspectiva normativa defende a democracia participativa e a perspectiva descritiva advoga a democracia competitiva. O autor enfatiza ainda que os debates em torno do conteúdo da democracia se polarizam em duas vertentes: a minimalista e a ampla.

Assim, enquanto na versão minimalista a democracia se restringe ao mecanismo através do qual os eleitores escolhem seus dirigentes, a versão ampla de democracia estende este fenômeno como fazendo parte de toda vida social, enquanto modelo de convivência política entre os cidadãos, no qual estes participam igualmente na distribuição do poder, dos bens econômicos e culturais.

A partir da descrição de que a democracia contempla várias possibilidades, pouco se diz sobre qual modelo e concepção de democracia tem orientado a constituição e operação das organizações da sociedade civil e sua atuação nos arranjos participativos, que articulações têm sido possíveis entre os modelos com os quais estas organizações trabalham e os que operam nestes arranjos e quais as influências recíprocas. É necessário lançar luzes sobre o modo como as disputas políticas em torno de modelos de democracia, projetos políticos, negociação de interesses e estabelecimento de consensos nestes espaços, têm afetado a disputa no interior das organizações da sociedade civil.

Uma terceira dimensão sobre o debate democrático referida por Sell (2003) trata da tensão entre democracia política (participativa) e democracia social (social).

Neste sentido, o debate sobre este conceito de acordo com Sell (2003) será orientado em duas partes: primeiro serão descritas as visões da democracia ligadas ao elitismo competitivo e no segundo momento trataremos das teorias alternativas. Assim, de um lado, temos a “teoria minimalista”, que afirma que a única forma de democracia possível no mundo moderno é a democracia representativa. Por outro lado, estão as “teorias amplas de democracia”, que defendem a idéia de que a democracia deve ser entendida como fazendo parte de toda vida social, enquanto modelo de convivência política entre os cidadãos, segundo o qual todos participam igualmente da distribuição do poder, dos bens econômicos e culturais.

O elitismo democrático ou competitivo se caracteriza por teóricos que partem do pressuposto de que a democracia é apenas um método para a escolha dos governantes quando ocorre a eleição de líderes.

A teoria minimalista da democracia, que tem suas raízes na teoria das elites de Vilfredo Pareto, Gaetano Mosca e Robert Michels, é composta por nomes célebres na teoria social e política, como Max Weber, Joseph Schumpeter, Robert Dahl, Antony Downs e Giovanni Sartori, entre outros (SELL, 2003). Por isso, essa teoria também é chamada de elitismo

democrático. Tal enfoque aponta para a impossibilidade de realização dos ideais de participação política direta diante da complexidade do mundo moderno.

Os fundamentos da teoria minimalista da democracia já estão presentes na obra de Max Weber, mas é Joseph Schumpeter quem apresenta essa teoria em sua versão mais acabada. Assim, opondo-se à doutrina clássica, o autor apresenta sua nova teoria nos seguintes termos: “O método democrático é aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelos votos da população” (AVRITEZR, 1996).

Em sua obra, Schumpeter (1986) ataca o que ele considera serem dois pressupostos falsos da doutrina clássica da democracia: a possibilidade de se chegar ao bem comum (teoria de Rousseau) e a racionalidade dos atores sociais. São estas duas idéias fundamentais que serão retomadas pelos defensores da tradição do elitismo democrático na atualidade.

Robert Dahl, (1993) já acena para a necessidade de definir a democracia a partir dos regimes democráticos realmente existentes (teoria empirista). Neste texto, Dahl distingue três tipos de regimes democráticos: a democracia madisoniana, a democracia populista e a democracia poliárquica. Dando continuidade a essa perspectiva, em texto de 1971, Dahl define a democracia como “poliarquia”, ou seja: um sistema político é democrático na medida em que nele seus principais formuladores de decisões sejam selecionados através de eleições periódicas, honestas e imparciais.

Elas rejeitam qualquer ideal de democracia e limitam-se a descrever os regimes democráticos atualmente existentes.

No modelo representativo Shumpeteriano o conceito de liderança define melhor o caráter da representação, no qual a escolha popular constitui um processo de autorização de lideranças para exercício do poder decisório. Não há neste processo uma identidade de tipo corporativo, mas uma escolha que envolve a identificação dos mais capazes para representar os interesses dos indivíduos nos aparatos destinados à discussão e decisão políticas (SELL, 2003).

A escolha constitui um processo de autorização para exercício do governo. O que, implicitamente, traduz uma compreensão da população como incapaz para o debate e decisão das questões públicas, embora seja capaz de escolher os mais aptos a fazê-la. Neste sistema, não há necessidade de que os governantes sejam semelhantes aos seus governados, mas apenas que tenham a legitimidade adquirida no processo eleitoral. Os eleitos representam o conjunto da população e não um grupo ou classe específica, o que lhes assegura maior

autonomia no processo decisório, embora seja possível instituir mecanismos de prestação de contas e de controle sobre suas atividades.

Neste modelo, a representação é um processo indireto de participação, uma delegação da responsabilidade decisória e governativa atribuída por aqueles que não podem exercer o poder pessoalmente aos considerados em condições de exercê-lo, em consonância com as opiniões e interesses de quem os escolheu. A relação estabelecida é de identidade e confiança. Identidade dada pela comunhão de opiniões, preferências e interesses e confiança de que as decisões tomadas se farão com base na identidade estabelecida.

Esta outra compreensão de sujeito político não só revela as ilusões do individualismo, base de sustentação do modelo democrático-representativo, quanto o caráter de movimento desta construção. Sua existência se constitui como expressão das relações de confronto e identidade entre diferentes valores, crenças, princípios e projetos políticos.

Portanto em Schumpeter (1986), a democracia é reduzida a um método pela qual as lideranças adquirem dos cidadãos o direito de tomar decisões. Além de pretender estar desligada de qualquer pressuposto ético-normativo, esta seria a única possibilidade realista de efetivação da democracia nas condições complexas do mundo moderno.

Na noção de teoria alternativa estão inclusas teorias e idéias de autores que de diferentes maneiras tem se colocado, na perspectiva de complementar ou avançar os mecanismos pelos quais se exercem a democracia representativa por formas de participação direta do cidadão nas decisões políticas.

O que significa dizer que o confronto entre democracia representativa e democracia participativa ou outras modalidades de democracia (tal como formulado por Boaventura de Sousa Santos (2002) e incorporado a este trabalho) é muito mais profundo e intenso, revelando uma disputa entre modelos político-culturais orientadores de projetos políticos, modelos de democracia e participação, comportamentos de indivíduos e grupos, envolvendo toda a sociedade, balizando e conformando o funcionamento destes arranjos e o funcionamento das próprias organizações da sociedade civil.

Traçar os princípios gerais e características dos modelos participativo e deliberativo de democracia constitui um esforço de compreensão de como os mesmos têm se constituído no espaço público e de que forma têm balizado as disputas políticas e teóricas em torno da construção democrática no Brasil entre seus principais atores (organizações da sociedade

civil, partidos políticos e setores do próprio Estado, representados por funcionários de carreira e ocupantes de cargos públicos).

A teoria ampla de democracia pode ser dividida em dois grupos segundo Sell (2003). Enquanto o primeiro privilegia o conceito de participação, o segundo grupo dá mais ênfase ao conceito de diálogo ou deliberação. Outra diferença é que na teoria da participação o elemento privilegiado é o processo decisório, enquanto na teoria deliberativa o elemento fundamental é o processo de discussão.

A democracia participativa constitui um modelo de processamento de decisões políticas caracterizado pela superação da idéia de conjunto de métodos e procedimentos para autorização de governos presentes no modelo democrático representativo, no qual a competição partidária, a agregação de preferências e a escolha periódica dos representantes políticos responsáveis por traçar metas, planejar e implantar programas públicos, são elementos nucleares (SHUMPETER, 1986).

O elemento central das teorias participacionistas é a idéia de que a ampliação da democracia depende da criação de mecanismos de participação dos cidadãos nas decisões. O importante é que os cidadãos decidam, diretamente, as questões públicas. Os principais teóricos da teoria participativa de democracia são: Carole Pateman, Macpherson e Nicos Poulantzas.

Para os teóricos da democracia participativa o eixo das preocupações encontra-se na autodeterminação coletiva da pluralidade de membros que compõe a sociedade, cujo processo se realiza por meio de sua participação igualitária nos assuntos e decisões de interesse da coletividade. O reconhecimento da pluralidade e a construção de canais em que esta possa ser expressa por vias diferentes dos mecanismos políticos tradicionais (partidos e parlamentos) são centrais no modelo participativo. O movimento neste modelo é de ampliação dos participantes no debate e nas decisões que dizem respeito à vida coletiva em franco contraste com o movimento de agregação e restrição de preferências do modelo representativo.

Criar formas para inclusão desta pluralidade de atores no debate democrático é o grande desafio dos defensores da democracia participativa. As experiências analisadas nos últimos anos no Brasil e no mundo apontam para relações de articulação e complementaridade entre democracia representativa e democracia participativa, nas quais são mantidas as instâncias representativas tradicionais e criados arranjos participativos envolvendo Estado e sociedade civil, em que atores sociais coletivos se fazem representar.

O caráter coletivo da constituição de sujeitos políticos a partir do qual se colocam as demandas por ampliação da participação democrática, se apresenta como elemento nuclear no debate em torno dos conceitos de representação e participação no confronto entre democracia representativa e democracia participativa.

Em sua obra Pateman (1992) define que a democracia participativa é construída em torno da afirmação central de que os indivíduos e suas instituições não podem ser considerados isoladamente. A existência de instituições representativas não basta para a democracia, pois o máximo de participação de todas as pessoas, a socialização ou treinamento social precisa ocorrer em outras esferas, de modo que as atitudes e qualidades psicológicas necessárias possam se desenvolver.

Para Macpherson (1977) a democracia representativa indireta deve ser complementada com novas formas institucionais como os conselhos estruturados em pirâmides. Segundo ele: a combinação de um aparelho democrático piramidal direto e indireto com a continuação de um sistema partidário parece essencial. Nada, a não ser um sistema piramidal, incorporará qualquer democracia direta numa estrutura de âmbito nacional de governo, e se exige certa significativa quantidade de democracia direta para o que quer que se possa chamar a democracia de participação.

Finalmente, no âmbito da teoria marxista, vale lembrar também a importância da obra de Nicos Poulantzas (1985). Rejeitando a idéia leninista-staliniana de conquista do Estado através dos soviets (duplo poder), este autor propõe que a via democrática para o socialismo combine a democracia representativa com a democracia direta.

Posto isso, a consolidação do processo democrático passa por uma nova concepção a respeito do sistema de governo que permita maior participação da sociedade civil nas decisões políticas. Neste sentido Macpherson (1977) considera que isso ocorre 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.

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 (1977) chama de democracia participativa.

Entretanto, para que a democracia participativa possa ser efetiva são precisos dois pré-requisitos fundamentais (Macpherson, 1977; Pateman, 1992);

- 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;
- 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.

A importância da atuação do poder público no processo de democracia participativa também é apresentada por Cohen (2002) e Luchmann (2002), para os quais o poder público exerce um papel de estímulo no desenvolvimento de mecanismos que potencializem a ampliação de um associativismo civil atuante e vigoroso. O papel do Estado também é importante para garantir que os processos participativos conduzam não apenas para deliberações conjuntas, mas também para decisões que promovam o bem estar e a justiça.

Nesse ponto, Luchmann (2002) reforça a necessidade de o estado institucionalizar as práticas que garantam a democracia participativa, para que ela se efetive e tenha legitimidade nas ações de deliberação pública. A autora, no entanto, buscando evitar que a democracia participativa se torne também apenas um procedimento decisório – como na visão minimalista de democracia – reforça a necessidade de que as práticas de participação se dêem em ambientes de homens livres e iguais e, mais do que isso, que elas almejem sempre a justiça e o bem estar de toda a sociedade.

Vale ressaltar também que o diálogo entre a população e o estado no desenvolvimento de políticas públicas possibilita que estas sejam feitas mais de acordo com as vontades e necessidades da sociedade, que tenham melhor qualidade e sejam mais efetivas na busca de seus resultados.

As chamadas teorias da democracia deliberativa estão de acordo com os teóricos da democracia participativa sobre a necessidade de superar-se ao limites da democracia representativa. Para estes teóricos o fundamental é criar na sociedade espaços de discussão e

deliberação no qual a sociedade possa manifestar suas opiniões e suas idéias, influenciando os tomadores de decisão.

No que tem sido denominado democracia deliberativa a legitimidade do processo decisório é obtida por meio do debate racional entre cidadãos livres e iguais, no qual a argumentação é peça chave de todo o processo. Embora a regra da maioria continue a ser um diferencial importante, a obtenção de consensos na tomada de decisões, fruto do processo argumentativo, constitui um valor mais relevante. O uso da regra da maioria seria o último recurso a ser acionado na impossibilidade de uma resolução consensual.

A principal diferença entre democracia participativa e democracia deliberativa está em que na democracia deliberativa o processo de decisão, necessariamente, se faz a partir do debate, da argumentação entre o mais amplo leque de atores sociais coletivos e segmentos da população, em condições igualitárias e no qual tanto é importante a inclusão destes atores no debate (característica do processo participativo) quanto assegurar que seus interesses possam ser expressos, que possam ter voz ativa no processamento das decisões. O orçamento participativo conjugaria, neste sentido, elementos dos três modelos de democracia em disputa, mas se destacaria por seu caráter deliberativo em função da incorporação da população de baixa renda ao processo decisório, debatendo em condições mais igualitárias com atores governamentais e demais atores sociais coletivos, seus problemas e interesses (SELL, 2003).

Segundo Sell (2003) um dos principais teóricos da democracia deliberativa é o sociólogo Jürgen Habermans que apresenta o que ele chama de uma concepção procedimental de democracia, que se distancia tanto da concepção liberal (democracia representativa, quanto da concepção republicana (democracia participativa). O autor busca mostrar que o conceito normativo de democracia proposto por sua teoria pode ser amparado concretamente nos conceitos de esfera pública e sociedade civil que, funcionariam como estruturas comunicacionais do mundo da vida.

Assim para Sell (2003) ao discutir Habermas (1990) considera que a esfera pública se constitui como espaço de intermediação entre os impulsos oriundos do mundo da vida, campo da vida cotidiana e seus problemas e no qual a lógica das relações é pautada por princípios de solidariedade e consensos reflexivos, absorvendo e canalizando os problemas emergentes neste campo por meio das associações voluntárias e outras organizações, e a esfera pública política. Cabe aos processos administrativos do sistema político processar estes impulsos, estabelecer diretrizes, tomar decisões e agir.

Para que a esfera pública funcione como instância de geração do poder legítimo Sell (2003), relata que é necessário, então, garantir o pleno exercício das chamadas liberdades democráticas, em particular as liberdades de expressão e de associação, sem as quais não é possível garantir o processo comunicativo de formação democrática da opinião e da vontade. Nesta perspectiva, o processo deliberativo resultará da interação comunicativa entre o mundo da vida, e suas expressões na esfera pública, e o sistema político, por meio do debate e da argumentação.

O principal problema desta formulação é tomar como fato dado a igualdade. Há uma pressuposição de uma igualdade substancial, pois os processos de comunicação na esfera pública são tomados como discussão racional entre indivíduos iguais. Ou seja, não rompe com o individualismo pressuposto na democracia representativa e contorna as desigualdades inerentes às sociedades capitalistas democráticas.

O processo deliberativo para Bohman (2000) é dialógico e se caracteriza como atividade social cooperativa em que a continuidade da cooperação dependerá da segurança de seus participantes na capacidade de influírem nas deliberações, ou seja, a legitimidade das deliberações está ancorada na participação justa e igualitária dos cidadãos no processo e desta legitimidade depende a continuidade da cooperação característica do processo deliberativo.

A idéia de democracia participativa é apresentada por Bohman (2000), que defende a idéia de um processo pautado na cooperação, diálogo e comprometimento dos cidadãos para com os resultados de uma interlocução pública. Para ele, ainda, os acordos devem se basear na construção de interesse comum que, portanto, pressupõe integrar os partidos e o poder público para conduzir o processo de deliberação em espaços públicos como elo condutor na implementação das ações. De acordo com o mesmo autor, normas políticas igualitárias jogam um importante papel no processo deliberativo na medida em que asseguram que as desvantagens e desigualdades preexistentes não interfiram negativamente no debate democrático entre os cidadãos. A igualdade presumida deverá ser assegurada por meio de arranjos políticos e institucionais, normatizações e leis que garantam o acesso à informações, limitem o abuso do poder financeiro nos processos públicos (campanhas eleitorais e de informações de diversas ordens, compra de votos) e os constrangimentos (discriminações raciais, de gênero, orientação sexual, etc.) que excluam sujeitos da deliberação pública. Para este autor, é preciso pensar em como realizar um debate público, plural e que possibilite o uso da razão em sociedades cada vez mais plurais, complexas “com um alto grau de

conflitualidade e desigualdade, enormes e poderosas instituições e uma esfera pública polarizada ao extremo” (BOHMAN, 2000).

Diferentemente de Habermas, Bohman propõe que as instituições públicas criem esferas públicas nas quais sejam operacionalizadas as deliberações, viabilizando a participação dos cidadãos no processo decisório e o exercício do controle democrático sobre estas instituições. A criação destas esferas se faria por intermédio de reformas institucionais e invenção de espaços participativos.

O traço forte do modelo deliberativo é a noção de que as decisões acerca do poder estatal e de tudo o que diz respeito à coletividade devem ser necessariamente coletivas, ou seja, devem ser compreendidas e compartilhadas por seus membros, aceitas em sentido profundo, pois os seus proponentes foram capazes de uma argumentação razoável de modo a convencer seus interlocutores da validade e justiça de suas proposições. Portanto, segundo Cohen (2002), os arranjos sociais e políticos devem cumprir algumas condições necessárias à institucionalização do processo de justificação deliberativa. Tais condições são formuladas como conjunto de princípios a partir dos quais as instituições sociais e políticas podem funcionar dentro da perspectiva deliberativa.

Seus princípios são uma reiteração dos princípios do modelo democrático representativo, cujo funcionamento eficaz é condição imprescindível para sustentação do modelo deliberativo, delineando o processo de complementaridade entre modelos político-culturais distintos. O diferencial reside em que a efetividade destes princípios oferece as condições necessárias à deliberação, ao debate público, não se restringindo à condição de mero suporte para procedimentos de agregação de opiniões e interesses.

Diferentemente de Cohen (2002), Bohman (2000) ressalta a importância destes princípios e condições, mas defendem a construção de arranjos políticos para inclusão de atores sociais coletivos no debate democrático como importante estratégia para criação de contextos e condições em que o processo deliberativo possa se efetivar. Sob este aspecto, o modelo deliberativo desenvolvido por estes autores apresenta diferenciais importantes em relação ao modelo habermasiano a partir do qual formulam suas considerações.

Sell (2003) aponta diferenças entre Cohen e Habermas porque este se limita a mostrar que os autores da sociedade civil podem interferir em momentos de crise do sistema político. Ao contrário Cohen (2002) afirma que é preciso pensar em formas de participação direta da sociedade civil nas decisões políticas. Outra diferença é que para Habermans a democracia participativa se restringe ao conceito de discussão ou diálogo.

Existem diferenças significativas entre eles, porém a marca fundamental das duas teorias é a centralidade do conceito de deliberação, seja para influenciar o poder político defendido por Habermas (1990), seja para fundamentar as decisões coletivas postuladas por Cohen.

Dentro do modelo participativo e do modelo deliberativo, a constituição de arranjos participativos e a inclusão de atores sociais coletivos no processo decisório são relevantes para criação de um ambiente propício à deliberação, na medida em que amplia os participantes do debate e o conjunto de temas sujeitos à apreciação coletiva. Entretanto, o modo como esta inclusão se efetiva e de que maneira afeta o debate e a participação democrática destes atores poderá tanto fortalecer a deliberação no sentido de debate público, da argumentação entre iguais, quanto criar contextos de restrição à participação e ao debate. Esta última alternativa tem sido mais freqüente nas experiências de participação estudadas no Brasil e no mundo (SELL, 2003).

Uma tendência neo republicana da democracia é conhecida atualmente como democracia social e leva no seu bojo a idéia de que a participação dos cidadãos nos destinos coletivos deva ser estendida em seu caráter normativo a todas as esferas da vida social, não se restringindo apenas a esfera das relações entre indivíduo e estado. Este pensamento, no âmbito da sociologia contemporânea vem se tornando hegemônico.

Segundo Sell (2003) entre os teóricos contemporâneos que têm se dedicado a pensar em diferentes maneiras de ampliação da democracia, encontram-se duas posições: a democracia social sem democracia participativa e a democracia participativa e social. Para o autor os estudiosos da democracia social sem democracia participativa, dão destaque ao papel da democracia social como a única forma possível de radicalização dos ideais democráticos.

Os principais autores desta vertente são Norberto Bobbio (1986) Anthony Giddens (1996) e Alain Touraine (1994), para eles mais relevante do que implementar a participação direta dos cidadãos nas decisões frente ao Estado é que o princípio da Democracia se estenda para outras esferas da vida social (SANTOS 2002).

Para Bobbio (1986) a exigência por maior democracia, conclama que a democracia representativa seja acompanhada ou substituída pela democracia direta. Apesar de Sell (2003) não compartilhar com esta idéia o mesmo não a julga de todo insensata, pois afirma que todos decidam sobre tudo em sociedades sempre mais complexas como são as modernas sociedades industriais é algo materialmente impossível. Bobbio (1986) reforça que não são todas as críticas a democracia representativa que remetem a democracia direta.

De acordo com Sell (2003) o que a maioria das críticas propõe é a troca da concepção de mandato fiduciário pela de mandato imperativo. Estas concepções segundo o autor, nas atuais democracias contemporâneas são fundamentais para entendermos a relação entre representantes e representados.

O mandato fiduciário compõe a representação como relação de confiança, onde o representante possui maior autonomia e, após eleito, defende os interesses dos cidadãos (SELL, 2003).

O elemento predominante das democracias representativas modernas é a concepção de mandato fiduciário. Portanto Bobbio (1986) afirma que as críticas a democracia representativa apenas propõe que o mandato fiduciário seja substituído pelo imperativo. Continua dizendo que a construção da democracia é impossível tanto no âmbito teórico quanto prático, a democratização não consiste somente na passagem da democracia política para a democracia social. Neste sentido sua análise está ancorada na impossibilidade de afirmar que um novo tipo de democracia possa interpretar seu desenvolvimento.

O mandato imperativo determina a representação como relação de delegação, nele o representante possui o papel de somente executar a vontade popular. O representante deste modelo é concebido como um executor destituído de iniciativa e autonomia e defende apenas os interesses particulares do grupo social a qual pertence.

Outro pensador ligado a corrente da democracia social sem democracia participativa é Anthony Giddens (1996) que em sua obra discute o futuro da esquerda e da direita na atual sociedade. Este autor além de sua influência no meio acadêmico, também colabora com o debate político europeu, com o que ficou conhecido como terceira via em sua abordagem de democracia ideológica. Ele toma distância das teorias da democracia participativa e afirma que sua teoria da democracia não está centrada no Estado.

Giddens (1996) proclama que as perspectivas da democracia liberal e democracia deliberativa são limitadas ao espaço político formal. Para ele a democracia representativa reflete o governo de grupos distantes do eleitor comum, neste sentido concorda com Bobbio (1986) de que a democracia liberal é somente um sistema de representação. Este autor postula que a democracia dialógica encontra-se fora da esfera política formal e hoje pode ser vista avançando em quatro áreas que se interligam, são elas: a vida pessoal, os movimentos sociais/grupos de mutua ajuda, as organizações e a ordem global. Acredita que a democracia dialógica forneceria as bases para a reconstrução da solidariedade em um mundo no qual o individualismo seria a marca fundamental. O autor conclui que a solidariedade social pode

efetivamente ser renovada apenas se reconhecer a autonomia da democratização. Bem como a influencia intrínseca da reflexividade na vida social.

A teoria dos novos movimentos sociais está intimamente ligada ao sociólogo francês Alain Touraine (1996), que tem seu nome fortemente ligado como um dos proponentes da democracia participativa, entretanto Sell (2003) discorda desta posição e sugere uma leitura mais atenta da obra de Touraine, que define a democracia no âmbito da esfera do político como ligada ao domínio da democracia representativa.

Portanto, o debate teórico de Touraine não está centrado em torno da oposição representação versus participação, pois apresenta três princípios como fundamentais para reconstrução da noção de democracia, são eles: o respeito pelos direitos do homem, a representatividade e a cidadania. Sustenta uma concepção de democracia social na medida em que possibilita a participação do indivíduo nos bens técnico-econômicos e uma democracia cultural quando permite a pluralidade e especialmente o diálogo entre as diversas culturas. A maior contribuição de Touraine é aprofundar a reflexão sobre as implicações de uma democracia na esfera social, seja na esfera econômica, seja na esfera cultural (SELL, 2003).

Sell (2003) aponta diferenças e aproximações entre Giddens, Touraine e Bobbio em relação as posturas adotadas na esfera política e social. Para o autor Giddens e Touraine apresentam diferenças qualitativas em relação ao tipo de democracia encontrada na esfera política (Estado) e a esfera social (sociedade). Enquanto Giddens defende a democracia dialógica, Touraine o faz pela democracia social e cultural. Portanto para Giddens o diálogo em um espaço público fornece um modo de viver com o outro em uma relação de tolerância mútua. Neste sentido Touraine supõe que o papel da política é viabilizar o diálogo entre culturas.

Na esfera política os três autores concordam como única forma possível de democracia a democracia participativa.

No âmbito da esfera social, de acordo com Sell (2003) aparecem as maiores diferenças entre os autores. Para o autor, Bobbio defende a idéia de que a democracia deve ser estendida da esfera do político para a esfera do social, este pretende que o princípio da democracia representativa seja levado do Estado para o resto da sociedade.

Sell (2003) reflete que o que existe em comum entre os dois autores é a recusa de que a democracia social implique em alguma forma de consenso

Bobbio e Touraine não refletem em seus estudos as relações entre a esfera política e a esfera social, para eles elas são pensadas de forma paralela. Somente Giddens reflete a

respeito desta questão afirmando textualmente que a democracia dialógica “retroage reflexivamente” sobre a esfera política. (SELL, 2003).

Os autores que se dedicam a segunda posição, chamada de democracia participativa e social, situam as abordagens que tem buscado dar relevo ao papel complementar da democracia social no processo de ampliação da cidadania e principalmente de novas formas de convivência social. Os principais pensadores desta forma de democracia são Boaventura de Sousa Santos (2002) e Jurgen Habermas (1987) e para eles em linhas gerais a democratização da sociedade necessita da extensão dos princípios de participação tanto para a esfera política como para a social (SELL, 2003).

Boaventura de Sousa Santos é um teórico pós-moderno que defende a democracia participativa e democracia social, enfatizando que a modernidade deve ser pensada a partir de duas dimensões: como um modo de produção capitalista e como um projeto sócio-cultural. Para este autor o fim da modernidade é a pós-modernidade e esta aponta para novas formas de convívio social (SELL, 2003).

Santos tem a preocupação de articular a dimensão política com a dimensão social da democracia, e por isso enfatiza a distinção entre Estado e sociedade civil. Procura formular uma concepção alternativa integrando a concepção liberal e a foucaultiana dos espaços de poder, procurando situar neles a sua nova teoria da democracia. Postula que a participação política não deva estar atrelada apenas ao ato de votar, articulando democracia representativa e democracia participativa.

Santos propõe quatro esferas de democratização que segundo ele contemplam a perspectiva de ampliação do espaço político, a saber: espaço doméstico, espaço de produção, espaço mundial e espaço de cidadania. De acordo com Sell, (2003), o autor sugere que a democratização na esfera do Estado onde ocorre o espaço da cidadania, se dá por intermédio da democracia participativa e da inserção do Estado em um espaço público do qual ele mesmo é um elemento.

Sintetizando, a proposta de expansão da democracia em Santos é pautada na intenção de repolitizar todos os espaços da vida social, não apenas o espaço do Estado, onde o espaço político se funde ao espaço social (SANTOS, 2002).

Jürgen Habermas, a partir dos pressupostos da filosofia analítica da linguagem elabora a teoria da ação comunicativa. O autor apresenta um processo de evolução da sociedade que desemboca na sua divisão em dois níveis fundamentais, que são o mundo da vida e as esferas sistêmicas do mercado e do Estado (SELL, 2003).

Analisando Habermas em relação a sua articulação entre a teoria da democracia política e a teoria da democracia social, Sell (2003) afirma que a democracia social está presente no mundo da vida, a democracia participativa esta presente na esfera pública e, ao sistema político institucionalizado cabe relacionar a democracia representativa. Para este autor, mesmo que Habermas atrele a democracia participativa ao contexto da esfera pública, o sistema político permanece na esfera sistêmica, e é ocupado pelos mecanismos utilizados na democracia representativa. É importante ressaltar que Habermas não vincula a participação direta do cidadão na vida política na relação entre este e o Estado, para ele é na sociedade civil que se dá a participação política e é no espaço público que ocorre um canal de comunicação entre o Estado e a sociedade.

Em análise procedida por Sell (2003) no que tange a relação na esfera política Santos e Habermas admitem a possibilidade de formas de participação direta dos cidadãos na vida política, porém assinala que o princípio da participação em Santos está centrado no Estado e para Habermas (1987) este princípio está ligado a sociedade civil e a esfera pública.

Outro elemento importante a considerar nas teorias desses autores é o papel da esfera pública que para Habermas constitui um canal de interlocução entre Estado e o mundo da vida e por sua vez para Santos o Estado encontra-se envolvido na própria esfera pública.

Em relação a esfera social Santos nega a separação entre dimensão política e dimensão social e enfatiza que a democracia participativa pode ocupar todos os espaços da vida social. A teoria de Habermas a esse respeito contemporiza que o Estado é coordenado por via da racionalidade instrumental, enquanto a racionalidade comunicativa comanda o mundo da vida e a esfera pública. Para ele no espaço da sociedade vigora o princípio da democracia social e o espaço político é perpassado pela lógica da democracia participativa na esfera pública e da democracia representativa no Estado (SELL, 2003).

3.2 O estado democrático e a participação

Os movimentos políticos do final do século XIX, início do século XX, transformaram o velho e formal Estado de Direito num Estado Democrático, onde além de submissão à lei, deveria haver submissão à vontade popular e aos fins propostos pelos cidadãos.

O conceito de Estado Democrático não é um conceito formal, técnico, onde se dispõe um conjunto de regras relativas à escolha dos dirigentes políticos. A democracia é um conceito dinâmico, em constante aperfeiçoamento, sendo válido dizer que nunca foi plenamente alcançada. Portanto, no entendimento de Estado Democrático devem ser levados em conta o perseguir certos fins, guiando-se por certos valores o que não ocorre de forma tão explícita no Estado de Direito, que se resume em submeter-se às leis, sejam elas quais forem (OLIVEIRA, 2005).

Essa nova concepção busca, primeiramente, um resgate da dimensão normativa da democracia, retomando o conceito de cidadania e de soberania popular – pautadas na idéia de participação dos cidadãos nos assuntos de interesse da coletividade. Essa concepção não hegemônica reconhece a pluralidade humana e tenta trazê-la como resposta às forças homogeneizadoras de organização da sociedade. A partir disso, suspende-se a idéia do bem comum e busca-se uma nova institucionalidade da democracia que seja capaz de abarcar a pluralidade, principalmente baseada na garantia de direitos e liberdades políticas. (FURRER, 2006).

Nesse contexto, o procedimentalismo passa a ser pensado como prática societária e não como método de constituição de governos, levando à abordagem dos elementos histórico-culturais dessa sociedade.

Para Habermas (1990), a esfera pública se constitui em local onde indivíduos podem problematizar em público suas condições de desigualdade na esfera privada, de forma a questionarem sua exclusão de arranjos políticos. O procedimentalismo, portanto, se funda na origem da pluralidade das formas de vida existentes nas sociedades contemporâneas.

Segundo Macpherson (1977) e Pateman (1992) 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.

A democracia segundo Oliveira (2005) está associada à idéia dos cidadãos na atividade estatal, decidindo, executando o decidido e, em última análise, transformando a realidade sócio-política por intermédio de um genuíno processo democrático. Também a democracia se encontra associada, fundamentalmente, à questão da legitimidade do exercício do poder, permitindo ao povo uma sinérgica participação (ainda que indireta) no governo, em sua acepção ampla.

Segundo Teixeira (2001), podemos, afinal, chegar a um entendimento de participação cidadã: processo complexo e contraditório entre sociedade civil, estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações. Esse fortalecimento dá-se, por um lado, com a assunção de deveres e responsabilidades políticas específicas e, por outro, com a criação e exercício de direitos. Conforme o autor ao referir-se a participação cidadã tenta-se, portanto, contemplar dois elementos contraditórios presentes na atual dinâmica política. Primeiro, o fazer ou tomar parte, no processo político social, por indivíduos, grupos, organizações que expressam interesses, identidades, valores que poderiam se situar no campo do particular, mas atuando num espaço de heterogeneidade, diversidade, pluralidade. O segundo, o elemento cidadania, no sentido cívico, enfatizando as dimensões de universalidade, generalidade, igualdade de direitos, responsabilidade e deveres. A dimensão cívica articula-se à idéia de deveres e responsabilidades, à propensão ao comportamento solidário, inclusive relativamente àqueles que, pelas condições econômico-sociais, encontram-se excluídos do exercício dos direitos, do direito a ter direitos.

A participação cidadã utiliza-se não apenas de mecanismos institucionais já disponíveis ou a serem criados, mas articula-os a outros mecanismos e canais que se legitimam pelo processo social. Não nega o sistema de representação, mas busca aperfeiçoá-lo, exigindo a responsabilização política e jurídica dos mandatários, o controle social e a transparência das decisões tornando mais freqüente e eficazes certos instrumentos de participação semidireta, tais como plebiscito, referendo, iniciativa popular de projeto de lei, democratização dos partidos (Bobbio, 1986).

De acordo com Teixeira (2001) nesta perspectiva a participação cidadã diferencia-se da chamada participação social e comunitária, desde que não objetiva a mera prestação de serviços à comunidade ou à sua organização isolada. Tampouco se trata de simples participação em grupos ou associações para defesa de interesses específicos ou expressão de identidades. Tais elementos podem estar presentes no processo, porém seus objetivos são mais amplos. Embora essencialmente política, constituindo-se numa atividade pública e de interação com o estado, distingue-se da atividade política *stricto sensu*, uma vez que se sustenta na sociedade civil e não se reduz aos mecanismos institucionais nem busca o exercício do poder.

Para Cardoso (1985) não se confunde também com a expressão “participação popular”, muito utilizada para designar a ação desenvolvida pelos movimentos – em grande

parte de caráter reivindicativo – visando ao atendimento de carências ou à realização de protestos, às vezes violentos, relativos à marginalização, compreendendo um posicionamento anti-Estado.

Como afirma Daniel (1994) a expressão participação popular foi cunhada com evidente sentido ideológico, reduzindo os atores aos segmentos sociais mais explorados, principalmente urbanos (trabalhadores, favelados, desempregados), excluindo os setores sociais médios, intelectuais, profissionais, pequenos e médios empresários, também dominados, considerados fora do campo popular. Esses setores tiveram importante papel nos processos de transição em vários países, assim como na ampliação de vários direitos e conquistas sociais.

A participação popular/controle social também tem sido usada por governos e organismos internacionais ao envolver segmentos dominados da população em seus projetos e políticas, inclusive como estratégia de redução de custos (mutirões, parcerias) e com objetivos de manipulação ideológica, pretendendo-se conferir legitimidade a governos e a programas de compensação aos efeitos das políticas de ajuste estrutural. (TEIXEIRA, 2001).

A dimensão mais discutida em participação diz respeito ao seu papel na tomada de decisão, seja para negá-lo, caso dos elitistas como Sartori (1994) e Shumpeter (1986), seja para afirmá-lo enfaticamente, caso dos teóricos da chamada democracia participativa, como Pateman (1992), e Macpherson (1977). Mesmo os que lhe negam tal papel, como inviável nas sociedades modernas complexas, como Sartori (1994), consideram ser o processo decisório o elemento central de uma teoria da democracia. Baseada na análise dos custos e riscos, a decisão por pequenos grupos de representantes permite uma redução dos últimos, sem agravar os primeiros. Segundo esse autor, o que interessa ao povo não é quem tem poder, mas os efeitos das decisões: quem fica com o que, ou seja, que compensações terá e que necessidades poderão ser satisfeitas.

Dessa forma, para maior precisão do conceito, Telles (1994) sugere requalificar a participação popular nos termos de uma participação cidadã que interfere, interage e influencia na construção de um senso de ordem pública regida pelos critérios da equidade e justiça.

A dimensão decisória da participação está presente quando se trata do tema da democracia. Rousseau já salientava a importância da tomada de decisão, com o envolvimento direto e permanente do cidadão, sendo o governo um corpo intermediário, encarregado da

execução das leis e da manutenção da liberdade, em nome do povo que pode limitar modificar e retomar o poder quando lhe aprouver. É nula toda a lei que o povo diretamente não ratificar. (TEIXEIRA, 2001).

O realismo elitista, ao negar a competência do cidadão comum, nega aspectos considerados centrais no conceito de democracia: autodeterminação, participação, igualdade política, influência da opinião pública sobre a tomada da decisão.

De fato, o desenvolvimento tecnológico tornou mais complexas as questões submetidas às decisões, exigindo maior competência técnica e ampliando o poder dos que detêm o conhecimento científico Dahl (1993). Compartimenta-se assim o processo de decisão, acentuando-se o domínio da tecnocracia. Em trabalho anterior (1985), esse autor identifica cinco pontos que considera essenciais para que se operacionalizem decisões que interessem a todos:

1) inclusão de todos os afetados; 2) igual distribuição de oportunidades de participar do processo político; 3) igual direito de votar em decisões; 4) igual direito de escolher tópicos e controlar a agenda; 5) situação que permita a todos os participantes desenvolver, à luz de suficiente informação, uma articulada compreensão do assunto necessário à regulação de interesses contestados.

Segundo Teixeira (2001) esses parâmetros constituem-se em importantes contribuições para identificar-se o papel da participação no processo democrático, que não se reduza escolha periódica dos dirigentes, mas, também, não é tão abrangente a ponto de substituir os agentes políticos capacitados e legitimados para a tomada de decisão.

O papel ativo do cidadão é destacado também na teoria da democracia participativa (Cole apud Paterman, 1992), que, por sua vez, acentua o papel da educação intermediada pela experiência política. O cidadão deve aprender a tolerar a diversidade, a desenvolver a virtude cívica, a temperar o fundamentalismo e o egoísmo. Os teóricos participacionistas são muito ciosos quanto ao conteúdo decisório estrito da participação, baseado na igualdade de poder determinar resultados, e consideram como parciais outras formas de participação (influência, pertencimento, pressão).

Teixeira (2001) refere que assim persiste a questão de como se dá o processo numa sociedade complexa e diferenciada. Como suprir as deficiências e superar os obstáculos à participação nas decisões mais complexas, que envolvem multiplicidade de interesses

incertezas e custos, garantindo conquistas institucionais e políticas já alcançadas? São questões não respondidas por esses autores.

Tudo isso leva a questionar a dimensão decisória da participação, mas, ao mesmo tempo, constitui um desafio para a busca de mecanismos que a administrem, combinando a participação, que explicita as diferenças, as identidades e aspirações dos diferentes grupos sociais, com a representação, que busca traduzir a generalidade, a universalidade da cidadania. Se a participação dos vários segmentos sociais no processo de tomada de decisão sob várias formas (debate público, proposição, consulta, pressão etc.) é fundamental, tampouco se pode minimizar a responsabilização dos que recebem mandatos para decidir.

Através da impossibilidade do cidadão em participar de todas as etapas da participação, o aspecto decisório perde sua ênfase para dar lugar ao debate público das questões, a proposição de alternativas, exigência de prestação de contas dos atos dos agentes públicos e conseqüente responsabilização. É o que Gutmann (1995) e Habermas (1990) têm chamado de política deliberativa, e acentuando o primeiro autor os aspectos do que atualmente se denomina **accountability** – ou obrigação dos agentes políticos prestarem contas dos seus atos e decisões e direito do cidadão de exigí-los e avaliá-los – e da responsabilização dos que tomam as decisões como elementos-chave da política deliberativa.

A dimensão da decisão para Pateman (1992), não é a única a ser considerada no processo de participação, sendo vital sua função pedagógica. Alguns autores enfatizam as experiências dos indivíduos que poderiam capacitá-los para a participação política, principalmente as que se dão no local de trabalho, em termos de decisões não apenas rotineiras e operacionais, mas também das que supõem aquisição de habilidades e procedimentos democráticos.

Vale aqui, porém, a observação de Sartori (1994) de que, se a informação é importante para o conhecimento, este não se reduz ao volume, mas exige compreensão, reflexão, inter-relações. Esse autor conclui ser isso impossível com um simples aumento de participação, e que, pelo contrário, esta não só se revelaria um processo de aprendizagem incapaz de levar a uma opinião bem informada e inteligente como sua intensidade poderia levar a extremismos e, portanto, à ruína da democracia.

Entretanto, um dos procedimentos mais comuns dos diversos movimentos e grupos de cidadãos, em vários países, tem sido o de reflexão sobre as ações realizadas, buscando-se aprender com os próprios erros e avaliando-se suas potencialidades de eficácia. A análise de

tais iniciativas contradita o ceticismo de Sartori, ao evidenciar-se a competência política de vários movimentos sociais na luta pela democratização e ampliação de espaços de ação coletiva. (TEIXEIRA, 2001).

Outro papel da participação, discutida desde os clássicos de Rousseau (1983), é o de integração do indivíduo na sociedade, no sentido de pertencimento. Segundo Teixeira (2001), a participação passa a ser concebida como aquisição e extensão da cidadania ativa com a inserção maciça dos indivíduos no processo político, mediante a ampliação do sufrágio e, mais recentemente, a construção de novos direitos e a luta da superação de vários tipos de discriminação e desigualdades. Trata-se do tipo de participação dos movimentos sociais, ONGs e grupos de cidadãos, capaz de sedimentar um sentimento maior de identidade e de integração.

O exercício desse papel não se dá sem dificuldades objetivas, fruto de desigualdades econômicas, sociais, culturais e étnicas que podem levar à constituição de comunidades fechadas e agressivas. A busca da inclusão torna-se uma luta por direitos de cidadania, verificando-se um processo de empowerment, de criação de forças, de valorização das diferenças, de reconhecimento da própria organização, que leva à integração no conjunto da sociedade.

Segundo Gutmann (1995), nesse sentido o entendimento de controle social tem duas dimensões básicas. A primeira corresponde à accountability, a prestação de contas conforme parâmetros estabelecidos socialmente em espaços públicos próprios. A segunda decorrente da primeira consiste na responsabilização dos agentes públicos pelos atos praticados em nome da sociedade, conforme procedimentos estabelecidos nas leis e padrões éticos vigentes.

Oliveira (2005) ressalta que não se pode negar o papel da participação no conjunto do processo decisório, mas não se pode substituir aqueles que recebem um mandato popular com responsabilidades de decidir e implementar ações que respondam às necessidades do povo. Cabe assim à participação cidadã contribuir para melhorar a qualidade das decisões mediante o debate público e a construção de alternativas, e exigir a accountability e a responsabilização dos gestores. Dessa forma, poder-se-á compatibilizar a participação com a representação. O autor afirma que o controle social do Estado é um mecanismo de participação dos cidadãos que, para ser efetivo, deve ter como alvos não apenas seus centros periféricos, mas, sobretudo aqueles que se destinam às decisões estratégicas e ao próprio sistema econômico. Hoje principalmente, com a globalização da economia e o impacto do desenvolvimento tecnológico sobre os recursos naturais e as relações sociais, o controle social deve estender-se para o

sistema econômico, submetido cada vez mais às leis do mercado, apesar de algumas limitações legais existentes, facilmente burladas pelo poder dos lobbies e pela influência política dos seus agentes.

Na mesma direção, Przeworski (2002) mostra que só os cidadãos podem definir o papel que desejam para o Estado e criar mecanismos de controles tais como conselhos e leis que possam ir além das eleições e incluam a totalidade dos atores envolvidos: não só os setores do Executivo, mas também os do Legislativo e do Judiciário.

Entendemos que o conceito compreende sobretudo a correção dos desvios e a responsabilização dos agentes políticos e que seu exercício requer a organização da sociedade civil, sua estruturação e capacitação para esse fim, de forma permanente, em múltiplos espaços públicos, antes e durante a implementação das políticas, tendo como parâmetros não apenas variáveis técnicas, mas também exigências de equidade social e aspectos normativos.

Nas ações coletivas dos últimos anos, verifica-se um forte componente expressivo, cuja lógica, de solidariedade e integração, distingue-se da lógica eleitoral, competitiva, de acumulação e apropriação privada no campo econômico.

Segundo Arendt (1981), as formas de participação marcadas por esse traço expressivo simbólico não se voltam para o institucional, embora suas ações possam ter desdobramentos e impactos nesse âmbito, uma vez que as demandas dirigem-se geralmente ao Estado e ao poder dominante, mas o espaço público, no qual os diversos atores “aparecem”, fazem-se presentes, para “serem vistos e ouvidos por todos”, enfim, manifestam-se.

Esse elemento simbólico, estudado por Costa (2002), exprime sentimentos, identidades e demandas específicas dos diversos atores, e seria superficial lê-lo como mera encenação e teatralidade, com objetivo instrumental e estratégico.

Teixeira (2001) relata que dessa forma, a dimensão simbólico-expressiva da participação, nem sempre considerada por aqueles atores sociais envolvidos em ações micro, passa a exercer um papel importante para produzir impactos. Constitui-se ainda um elemento significativo de identidade, pelo qual as especificidades e diferenças dos grupos sociais se tornam visíveis e reconhecidas para o conjunto da sociedade..

A base social para o exercício da participação cidadã é a sociedade civil, tendo como alvos principais o Estado, o mercado e a própria sociedade como um todo. Quais atores a constituem, o papel dos direitos fundamentais, a construção de espaços públicos e as relações com o Estado, inclusive na instância local, são alguns temas que merecem nossa reflexão.

No debate atual em torno do conceito, Costa (2002) identifica duas grandes vertentes interpretativas, a enfática e a moderada. Na enfática concebe-se a sociedade civil como uma rede de associações autônomas, com interesses comuns, que devem exercer um controle sobre o Estado, utilizando-se para isso de meios não só institucionais como não convencionais. Para a vertente moderada, a sociedade civil seria constituída de cidadãos e instituições dotadas de virtudes cívicas, cujo desenvolvimento exigiria o mercado como princípio ordenador e a ordem liberal-democrática como seu substrato.

Assim, para Cohen e Arato (1993), a noção de sociedade civil compreenderia: pluralidade – famílias, grupos informais, associações voluntárias; publicidade – instituições de cultura e comunicação; privacidade – domínio do autodesenvolvimento e da escolha moral; legalidade – estruturas de leis gerais e direitos básicos.

Habermas (1987) indaga em que medida a esfera pública, dominada pela mídia e pelo poder econômico, oferece possibilidades de membros de a sociedade civil mudar valores e tópicos e terem uma visão crítica dos temas e razões canalizados do exterior.

Uma questão que já há algum tempo preocupa certos atores sociais é analisada por Nogueira (1994), observando o autor que, no Brasil, nos anos recentes, haveria uma supervalorização do papel da sociedade civil, apostando-se tudo em seu fortalecimento, inclusive com uma visão equivocada de tentar substituir-se o Estado pela mesma até em termos de política social e deixando-se de lado a preocupação em torno da democratização das instituições públicas.

Apesar das limitações e ambigüidades Teixeira (2001) considera que o conceito em apreço como importante instrumento analítico para entender o processo de emergência de novos atores na cena pública. Utilizá-lo não significa minimizar ou desconsiderar o papel das instituições políticas nem, muito menos, a ação da própria sociedade civil em relação a reestruturação institucional e à sua própria função política, até porque o conceito de sociedade civil funda-se em todo um suporte institucional, garantido pelos direitos fundamentais.

O uso do conceito permite equacionar um problema clássico da teoria política, que é o de tratar o conflito entre representação e participação, no sentido de fortalecer e legitimar a primeira, através de mecanismos de responsabilização e controle dos agentes políticos.

Quanto à participação, permite entender o funcionamento de espaços públicos, abertos e autônomos, em que as diversas organizações, grupos e indivíduos podem exercer a ação coletiva que questiona e controla as decisões do Estado e do mercado, oferecendo-lhes

parâmetros e referências éticas. Assim, as várias dimensões da participação podem se realizadas em espaços públicos. Trata-se, pois, de tornar a representação um espelho dos interesses e aspirações da sociedade, via mecanismos da sociedade civil (espaços públicos, ações coletivas) e de fazer a participação exercer um papel próprio, de expressão, controle e influência sobre aqueles que exercem mandatos. O uso do conceito na formulação ora discutida, com os necessários aperfeiçoamentos, permite apreender o papel desenvolvido pelas organizações e cidadãos tendo em vista a democratização e a criação de alternativas institucionais e econômicas.

A sociedade civil institucionaliza-se mediante três complexos de direitos fundamentais que concernem: à reprodução cultural – liberdade de pensamento, imprensa, expressão e comunicação; à integração social – liberdade de associação e de reunião; socialização – privacidade, intimidade, inviolabilidade; aos direitos relacionados com a economia – propriedade, trabalho, contrato, e ao Estado – direitos políticos e sociais (COHEN e ARATO, 1993).

Segundo Oliveira (2005), em oposição ao regime militar o Congresso Nacional com poderes constituintes elaborou a nossa constituição de 1988 – “Constituição Cidadã”- onde está previsto o princípio da participação popular. No preâmbulo da Constituição Federal está consignada a legitimidade do poder constituinte, onde os representantes do povo brasileiro, eleitos pelo voto direto, instituem o Estado Democrático, ensejando, assim, a participação popular na gestão da coisa pública, assegurando os direitos, garantias e liberdades individuais do povo brasileiro.

A Constituição em seu art. 198, inciso III, prevê o termo participação da comunidade quando se trata de serviços públicos na área de saúde e fala ainda em democracia representativa e democracia direta. Portanto, a participação popular é própria do Estado Democrático de Direito.

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) (BRASIL, 1988).

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 participação popular, enquanto princípio constitucional é o direito de participação política, de compartilhar a administração da coisa pública (república), opinar sobre as prioridades e fiscalizar a aplicação de recursos públicos.

Para Furrer (2006) a Constituição da República Federativa do Brasil, como já visto anteriormente, possui instrumentos para a efetivação da participação popular nas decisões políticas, seja através do sufrágio universal (democracia representativa) ou através do referendo, do plebiscito e da iniciativa popular (democracia participativa). Esses instrumentos servem para submeter o administrador ao controle e à aprovação dos administrados.

A Constituição de 1988 estabeleceu também a necessidade de os municípios regulamentarem possibilidades de exercício da democracia direta, indireta e de ações conjuntas.

Para a democracia indireta, os municípios devem incluir eleições livres em bairros, se houver sub-prefeituras, e no próprio município. Em relação à democracia direta, a Constituição estabeleceu para os municípios a regulamentação e implementação de: assembleias de bairro, movimentos populares, conferências da cidade, assembleia sobre o orçamento, encontros públicos de fóruns e redes.

Já para a ação conjunta, foram previstos mecanismos de: co-gerenciamento dos conselhos setoriais em diversas áreas, comitês de bairro, orçamento participativo e planejamento participativo.

As questões sociais estão em evidência, e diversos organismos nacionais e internacionais cobram do governo uma política de investimentos com ênfase nas seguintes ações de implementação de projetos de reforma agrária, através, dentre outras medidas, da desapropriação de terras improdutivas para assentamento de famílias de “sem terras”, combate a fome e a miséria, criação e implantação de projetos habitacionais para a população de baixa renda, distribuição de renda, que estão sendo executadas através dos programas de bolsa escola, bolsa família, micro-créditos, etc, de maneira a diminuir as diferenças sociais, bem como, programas de desenvolvimento sustentável para garantir às gerações futuras uma vida digna e com qualidade.

A efetiva implantação da Democracia Participativa brasileira deve ocorrer através dos meios previstos na Constituição Federal, com a cada vez mais necessária participação popular como forma de combater a inércia política que favorece a uns em detrimento da coletividade. Apesar das possibilidades de práticas participativas que a Constituição Federal estabeleceu, são poucas as experiências municipais que conseguiram fundamentar e implementar essas práticas. A maioria dos municípios, por enquanto, utiliza apenas as instituições obrigatórias que são vinculadas a alguma forma de transferência, como os conselhos de saúde e educação, pressupostos para que os municípios recebam recursos.

Mesmo os conselhos gestores de políticas públicas têm passado por um questionamento de seu funcionamento, na medida em que a própria formulação de suas funções é ambígua: os conselhos devem, ao mesmo tempo, propor ações e políticas públicas e controlar o Estado no desempenho dessas ações. Além da discussão em torno de suas funções, diversos pesquisadores têm questionado o quanto os conselhos realmente promovem maior diálogo entre estado e sociedade ou o quanto acabam por ser tomados por elites locais ou têm seu conteúdo esvaziado pela falta de incentivo à participação.

A Democracia Participativa pressupõe a existência de uma sociedade civil, politicamente preparada, ativa, disposta a lutar pelas causas da coletividade, cobrando dos dirigentes uma postura ética, e que o aparelho estatal não seja utilizado em proveito próprio.

Acredita-se que uma verdadeira Democracia Participativa é possível, basta que para isso cada cidadão reserve um pequeno espaço de tempo para se dedicar às questões de cidadania, interagindo com as pessoas que dividem o mesmo planeta, o mesmo país, a mesma cidade, o mesmo bairro até. É através de ações em um micro-sistema que teremos um conjunto de ações capaz de mudar o macro-sistema. É através dessas ações que o regime democrático é fortalecido, que ele se torna, com efeito, participativo.

3.3 Democracia e participação e controle social: revendo aspectos teóricos

Nos últimos anos cresceu o debate em torno dos limites da democracia e da necessidade de criação de novos mecanismos que possibilitem a participação dos cidadãos na gestão pública.

O Brasil vive um momento de transição política, econômica e social de grandes proporções, e que pode ser observado tomando como parâmetro o curto período em que deixou de ser uma ditadura militar e passou a Estado Democrático de Direito, com uma Constituição, nossa norma fundamental, elaborada por uma Assembléia Nacional Constituinte formada por representantes do povo brasileiro, eleitos através do voto direto e secreto, expoente do modelo da Democracia Representativa.

A palavra Democracia tanto pode servir para indicar a realização de valores essenciais da convivência humana, valores de igualdade e de liberdade, como para indicar a participação direta dos cidadãos nas decisões políticas do Estado. A palavra Democracia possui uma carga valorativa muito grande, sendo utilizada como sinônimo de bem estar coletivo, um mundo ideal construído com a participação de todos, é o respeito e a aplicação de valores para uma harmoniosa justiça social.

Cada palavra tem o seu sentido etimológico e filosófico usado como instrumento da linguagem e da comunicação de um povo, o que para Viana (2005) muitas vezes não tem a praticidade alcançada que o termo exige inclusive podendo ser alterado o seu significado no percurso da história pelos fatores de transformação social. A comunicação pela palavra (escrita ou falada) é uma das experiências mais admiráveis de nossa condição de seres espirituais e biológicos. O uso da palavra, no discurso e na prática, produz teses e traz inspiração filosófica intrigante, como é caso da palavra **democracia**, que de origem grega ela se biparte em **demos**, como significado de povo e **kratos** com o sentido de poder, daí, então, o termo designar um governo do povo.

Recuperando os antecedentes históricos pretendemos contextualizar a participação e controle social nas lutas da sociedade civil pela redemocratização da saúde no Brasil e destacar o seu papel na construção e aprofundamento da Democracia Brasileira, esboçando brevemente o seu papel na construção democrática e as diversas formas de mobilização e associativismo no campo da saúde pública.

Segundo Oliveira (2005) até pouco tempo atrás, vivíamos sob autoritarismo, onde expressar nossa opinião era temerário. Aqueles que assim o fizeram, sofreram repressão, pagando alto preço. Entretanto, após o advento da “Constituição Cidadã” de 1988, tem-se como um de seus pilares o princípio da participação democrática. A participação das pessoas e ou associações através de audiências e consultas públicas têm se multiplicado, fruto de uma

demanda da sociedade em se organizar e participar nas questões de saúde, educação, moradia e segurança. Várias leis seguiram o mesmo caminho, prevendo que para a legitimidade, moralidade e transparência deveriam se somar o princípio da Participação Popular Democrática.

Segundo Valla (1998) a discussão sobre participação do Brasil remonta pelo menos, desde a última década do século XIX. É consensual que o termo participação popular se refere a uma idéia mais ampla do que apenas o movimento sindical ou política partidária. Embora o termo participação popular seja universal, especialmente para América Latina a idéia, de uma participação popular surge justamente para diferenciar de uma outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recurso aponta o caminho “correto” para as classes populares. A ambigüidade do termo não vem somente das várias interpretações que poderiam resultar do seu uso, mas também do fato de que a tradição autoritária da América Latina e do Brasil contamina tanto os grupos conservadores como os grupos progressistas.

De forma geral, participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as formulações, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e serviços básicos na área social. Outros sentidos mais correntes de participação são a modernização a integração dos grupos marginalizados e o mutirão (VALLA, 1998).

É possível situar o início da discussão mais sistemática sobre participação popular nos diversos governos nos anos 30 e 40 do século vinte (VALLA, 1998; CORTES, 1998). Nesse momento segundo Valla (1998) surgiram contradições urbanas devido à montagem da infraestrutura necessária a super concentração de atividades produtivas nas grandes metrópoles brasileiras. Surge aí a noção do Estado como “provedor” e junto à participação popular como parte integrante deste processo.

Mas é nos anos 50 e 60 que a participação toma uma forma mais concreta. Neste período na América Latina as experiências de participação estiveram marcadas pela política da redução do plano centralizado na União Soviética, em um primeiro momento, e por um impacto da Revolução Cubana, depois. Participar era uma maneira de adquirir reconhecimento individual na iniciativa privada. Por outro lado, a participação implicava na organização da população de alguma maneira, era então uma idéia revolucionária que se devia combater por ser considerada no fundo uma proposta “comunista” (BRICEÑO-LÉON, 1998).

O autor identificou na América Latina neste momento quatro perspectivas diferentes de participação:

- A **participação como manipulação ideológica**: participação como fundamento prioritariamente ideológico, no sentido de políticas de relações públicas das empresas ou de mecanismos para legitimar a empresa privada contra seus inimigos.
- A **participação como mão de obra barata**: o propósito central era fazer as pessoas participarem para baratear os custos dos processos de trabalho, em alguns casos por carência de recursos, e outros, por intenção pedagógica de responsabilizar os pobres sobre sua saúde.
- A **participação como facilitadora da ação médica**: participação vista como aceitação as recomendações das ações médicas.
- A **participação como subversão**: considerava-se quando as ações de participação não eram iniciadas por um agente de estado ou por uma empresa, tendo como conotação subversiva e suspeita.

Nos anos 70, acadêmicos e políticos do Brasil discutiam a idéia de construir formas de participação direta nas instituições públicas ou em projetos de desenvolvimento governamentais e não-governamentais. Segundo Cortes (1996), o que originou as novas formas de participação no processo político foi primeiramente a desilusão com as instituições políticas, encontrada em várias democracias liberais ocidentais. Em segundo lugar foi o crescimento dos novos movimentos sociais, desiludidos com os mecanismos participatórios tradicionais. Os novos movimentos sociais diferenciavam-se pela sua orientação anti-institucional e pela sua busca de independência frente às instituições organizadas. E, em terceiro lugar foi a crise econômica mundial. Nos anos 70 houve um declínio da atividade econômica e endividamento político, impondo limites sobre arrecadação de governos.

Diante destas dificuldades os governos começaram a promover reformas com o objetivo de tornar flexíveis as estruturas burocráticas estatais. Estas reformas, que em muitos casos implicavam na criação de mecanismos participatórios os quais poderiam, ao mesmo tempo, exercer pressão e servir como fiscalizadores sobre uma burocracia resistente à mudança (Cortes, 1996).

Teixeira (2002) destaca que neste momento através de orientações políticas os governos promoveram a criação de diferentes propostas de participação. Os governos conservadores implementavam políticas em torno da idéia de aumento da capacidade de resposta dos serviços privados e públicos às demandas dos participantes, vistos como consumidores. As políticas conservadoras permitiam e proviam a participação dos consumidores individualmente em relação à legitimidade das lideranças das entidades que

representavam os interesses de diversos setores sociais. Esta orientação tinha como objetivo promover a privatização.

Os governos sociais democratas acentuavam a importância de reformar as organizações públicas através de estratégias não centradas no mercado, que ofereciam maiores oportunidades para os cidadãos e usuários expressarem suas idéias e opiniões, podendo se opor ou propor-las. Este segundo direcionamento político propunha a reforma do setor público (CORTES, 1996).

A partir daí foi que os mecanismos participatórios começaram a obter importância e reconhecimento institucional. Entretanto, em função da instabilidade econômica e política, o impacto gerado sobre as formas tradicionais de produção das riquezas e de organização institucional ocorridas a partir dos anos 80, a desigualdade de vendas e desestruturação da organização produtiva e de propriedade no setor primário, levou ao surgimento de enormes aglomerações humanas na área urbana, que ocasionaram problemas ambientais e sociais sem precedentes (CORTES, 1996).

No Brasil, neste momento (meados dos anos 80), há uma grande pressão de movimentos populares, na luta pela democratização do país. Na área da saúde estes movimentos desembocam no Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, representando a força de organização da sociedade civil na área da saúde. Este Movimento teve papel fundamental na construção do projeto de saúde pública que resultou na implantação de um sistema de saúde o SUS, cujo objetivo era garantir a toda população uma saúde de qualidade em todos os seus níveis de complexidade (DONIAK, 2002).

Uma das reivindicações dos movimentos sociais era a participação da população nas decisões de saúde, o que ficou garantido constitucionalmente através da participação institucionalizada nas Conferências e Conselhos de Saúde. Ali a população teria direito de fiscalizar e opinar nas ações do Estado em relação à elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde (SÚMULA, 2001).

Demo (1996) entende que a participação tem os seguintes objetivos:

- **Auto-promoção** como característica de uma política social, centrada nos próprios interessados, a auto-gerir ou pelo menos a co-gerir a satisfação de suas necessidades.
- **Realização da cidadania** como qualidade social de uma sociedade organizada sob forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos.
- **Implementação de regras democráticas de jogo**, a participação é exercício democrático, através dela aprendemos a eleger, des-eleger, a estabelecer rodízio de poder, exigir prestação de contas, a desburocratizar, a forçar os mandantes a servirem

à comunidade e assim por diante, formar autênticos representantes da comunidade e mantê-los como tais (BOBBIO, COUTINHO, WEFFORT apud DEMO, 1996).

- **Controle do poder**, talvez se possa afirmar que o fenômeno básico da democracia é o controle do poder, não um controle feito somente pelo próprio poder, através de leis e decretos, mas substancialmente um controle feito pela base.
- **Negociação** no sentido de convencer mais do que impor, significando perder em momento para ganhar em outro, consolidar regras democráticas, aceitar o outro como parceiro de jogo não objeto de negócio ou exploração, saber valer direitos, praticar habilidade política.

Segundo Oliveira (2005), a participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo. Além disso, sua prática envolve satisfação de outras necessidades não menos básicas, tais como a interação com os demais homens, auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas e ainda, a valorização de si mesmo pelos outros.

Preliminarmente, há que se clarear e se entender do que se fala e do que se pretende, ou seja, trata-se, aqui, de discutir um sistema de saúde, que tem como objeto de trabalho o processo saúde-doença, em sua complexidade e abrangência, e seus determinantes.

Deste modo, Arouca (1975) considera que a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida e, assim, não é um "bem de troca", mas um "bem comum", um bem e um direito social, no sentido de que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática deste direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia que a sociedade desenvolveu e vem desenvolvendo neste campo, adequada às suas necessidades, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Ou seja, considerar este bem e este direito como componente e exercício da cidadania, compreensão esta que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público, para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações. (CAMPOS e SOARES, 2003).

A partir daí, deve então ser perguntado: afinal, o que significa esse processo "saúde-doença" e quais suas relações com a saúde e com o sistema de serviços de saúde? Em síntese, pode-se dizer, em termos de sua determinação causal, que ele representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que varia nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.

Para Wendhausen (2002) a iniquidade com que nos deparamos no cotidiano da assistência não pode ser esquecida, pois afeta diretamente o processo saúde-doença com o qual teremos que lidar enquanto profissionais. Assim, é preciso retomar nosso papel profissional de cuidadores, compreendendo o quanto foi corrompido. Nesta perspectiva compreender também as mazelas da assistência à saúde e tentar recuperar nosso compromisso no cuidado à saúde das pessoas, fazendo-o do modo mais integral possível, o que inclui a busca da cidadania, através da participação social.

De qualquer modo, e em última instância, o importante é saber e reconhecer esta abrangência e complexidade causal, que saúde e doença não são estados estanques, isolados, de causação aleatória. A saúde ou a doença não são obras do acaso. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma produção social da saúde e ou da doença. Em última instância, como diz Breilh (1995) "o processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social". Outro nível de compreensão que se há de ter em relação ao processo saúde-doença é o conceito do que é ser ou estar doente ou o que é ser ou estar saudável.

Sem aprofundar nas grandes discussões sobre tal, que envolvem como base de discussão preliminar e compreensão, entre outras, as categorias da "representação dos indivíduos" e a da "representação dos profissionais", ou mesmo das instituições de saúde, em um sentido mais pragmático pode-se destacar que: no conjunto da população, há indivíduos sujeitos a fatores de risco de adoecer com maior ou menor frequência e com maior ou menor gravidade; além do que há diferenças de possibilidades entre estes de "produzir condições para sua saúde" e ter acesso aos cuidados no estado da doença. Há, portanto, grupos que exigem ações e serviços de natureza e complexidade variada (ALMEIDA FILHO, 2000).

O objeto do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes, ou seja, o seu processo de saúde/doença, tendo em vista produzir progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades, atuando articulada e integralmente nas prevenções primária, secundária e terciária, com redução dos riscos de doença, seqüelas e óbito (CAMPOS e SOARES, 2003). Conforme as autoras há que se compreender outra dimensão, que é aquela que, necessariamente, coloca o processo de intervenção, por meio de um sistema de cuidados para a saúde, no sentido de atender às necessidades, demandas, aspirações individuais e coletivas, como um processo técnico, científico e político.

É político, no sentido que refere os valores, interesses, aspirações e relações sociais e envolve a capacidade de identificar e priorizar as necessidades de saúde individuais e

coletivas resultantes daquele complexo processo de determinação e acumular força e poder para nele intervir, incluindo a alocação e garantia de utilização dos recursos necessários para esta intervenção.

É técnico e científico, no sentido de que este saber e este fazer em relação a saúde/doença da população não deve ser empírico e pode e deve ser instrumentalizado pelo conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico hoje disponibilizado pelo avanço e progresso da ciência. Portanto, o saber e o fazer em relação à saúde da população por meio de um sistema de saúde é uma tarefa que implica na concorrência de várias disciplinas do conhecimento humano e na ação das diversas profissões da área de saúde, bem como ação articulada intersetorialmente, que é requerimento para a produção de saúde. E aquela dimensão política, que é inerente a este processo social, remete para a necessidade de satisfazer uma outra necessidade própria dos processos políticos democráticos, que é a participação social, ou seja, a participação ativa da população na formulação, desenvolvimento e acompanhamento das políticas e dos sistemas de saúde. Que hoje, dentro do SUS, está minimamente estabelecida nos Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal) e Conferências de Saúde.

Cabem neste momento duas questões fundamentais: Para que serve construir o conceito de saúde/doença? Porque simplesmente não adotar a perspectiva da saúde-como-ausência-de doença, como quase todos têm feito?

Estas questões revelam importantes conseqüências práticas e teóricas. Vejamos primeiro o lado prático do problema. Não é intuitivamente fácil propor intervenções em um vazio, visando transformar situações que determinam ausências, potências ou virtualidades. Isso implica construir um conceito saúde/doença e de intervenção e não um objeto, mero resíduo conceitual de modos de explicação da vida biológica e social que se baseiam em seu inverso lógico.

A perspectiva da saúde-como-ausência-de-doença Boorse (1997) apesar de conceitualmente confortável e metodologicamente viável, de fato não dá conta dos processos e fenômenos referidos à vida, saúde, doença, sofrimento e morte, em nenhum dos níveis de realidade apontados por Levine (1995).

Do mesmo modo que o todo é sempre mais que a soma das partes, a saúde é muito mais do que a ausência ou o inverso da doença. Trata-se de um interessante e crucial problema de lógica, a ser resolvido pela superação da antinomia entre saúde e doença herdada do modelo biomédico tradicional.

Da crítica epistemológica acima exposta, válida para marcar a centralidade do problema dos níveis de complexidade e dos planos de emergência, resulta que os fenômenos da saúde doença não podem ser definidos como essencialmente uma questão clínica-individual ou biológica-subindividual.

Uma interessante possibilidade, desde já aberta à exploração epistemológica, será a incorporação da diversidade de formas concretas de expressão da saúde/doença, como por exemplo, a noção de ‘bem-estar’ no plano individual, ‘qualidade de vida’ no plano microssocial e ‘situação de saúde’ no plano coletivo mais amplo. Os objetos da saúde/doença, portanto são polissêmicos, plurais, multifacetados. Constituem modelos capazes de transitar por instâncias e domínios que compõem o território intelectual e tecnológico que tem sido chamado de campo da saúde, tema do próximo capítulo.

3.4 Conceitos de saúde: alguns olhares

Por este motivo, tomaremos como referência teórica os seguintes conceitos: OMS (1946); 8º Conferência nacional de Saúde (1988), Canguilhem (1992) que poderão servir de sustentação à análise posterior.

Antes, porém, faz-se necessário afirmar que uma conceituação para a saúde deve estar vinculada à maneira pela qual a sociedade se organiza em torno do modo de produção. Sabe-se também, que é impossível pensar em saúde como um bem universal, sem atender às particularidades individuais. Entendo ainda que as definições da OMS e da 8º CNS possuem o mérito de ter derrotado as definições que reduzem a saúde à mera ausência de doenças, porém, a excessiva ampliação destes conceitos e sua incorporação pela política estatal, fez com que os mesmos, adquirissem prestígio para impor o que é ou não é desejável em nossa sociedade.

O conceito de saúde da OMS foi aprovado em Nova York, no dia 22 de julho de 1948 e diz que a *“saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções ou enfermidades”* (Moraes, 1996). Segundo Laurell (1995), este conceito adequou-se ao momento de industrialização (1930 - 1950) vivido em nosso país no qual as instituições que prestavam assistência de saúde eram organizadas por atividades

econômicas. A organização se dava na forma de seguro social e previa um limite de gastos relacionados à assistência médica, e que podem ultrapassar à 12% da receita institucional.

A racionalização dos gastos em saúde imposta pelo seguro social encontra como aliada a compra de serviços privados que possibilita o maior acesso à assistência médica para seus associados. A partir do conceito da OMS se fortalece como oficial, a partir da década de 60 com a reunificação dos seguros sociais através da criação do Instituto Nacional da Previdência Social. Segundo Fleury (1994) este momento caracteriza a separação da função de capitalização da seguridade social, pois a criação de mecanismos de poupança compulsória (FGTA e PIS/PASEP) confere as políticas sociais um financiamento excludente ao orçamento fiscal. Nesta ótica o financiamento do setor saúde centra-se na compra pelo Estado da assistência oferecida pelo setor privado custeado pela contribuição dos empregados e empregadores.

Para Laurel (1995) esta política torna o Estado o maior comprador de serviços privados credenciados destinados aos trabalhadores. Garante-lhes com isso assistência à saúde, porém não exige destes serviços competência e eficiência comuns a competitividade do mercado. Desta forma o Estado onera os recursos fiscais e regula a extensão de cobertura assistencial, destinada à saúde dos trabalhadores.

Sob esta ótica devemos analisar o papel do Estado no modo de produção capitalista, que passa a ter um papel centralizador. Nele as idéias devem ser definidas com base na economia, onde o individualismo (livre iniciativa) passa a ser protegido pelo Estado. Segundo Nakamae (1987) pretende-se apontar para a necessidade de se encarar a questão da saúde em contextos históricos definidos, (...) mais do que isso, inserida no contexto das peculiaridades de que revestiu a concretização desse modo de produção no país, um capitalismo tardio, periférico e dependente.

Germano (1984) refere-se à forma de ação do Estado, após a conferência de ALMA ATA (URSS - 1978) na qual o conceito de saúde foi referendado e a partir da qual o Estado Brasileiro passou a dispensar, “às denominadas populações marginais e carentes”, maior assistência. A autora afirma que “a expansão da cobertura pode ser efetuada através de uma simplificação do atendimento, não somente à classe trabalhadora, mas também às populações carentes e marginais como forma de manter a imagem do Estado como defensor do interesse de todos”. A autora desta análise atribui ao Estado o caráter de “centralizador político e econômico” em função do capital. Como a política de saúde é de iniciativa do Estado, vai expressar também os interesses do capital em privilegiar a assistência que utiliza mais

recursos da indústria farmacêutica e de equipamentos médico hospitalares (assistência curativa).

O conceito de saúde proposto pela OMS, preconiza a elaboração de um projeto individual na medida em que isenta-se da análise sobre o acesso a bens universalmente produzidos, destituindo de concretude o caráter coletivo do processo saúde/doença. Este fato que pode ser observado relembrando o seu enunciado “a saúde é completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”.

Singer et al (1988), entendem que a saúde acontece:

- descrevendo-se o reconhecimento e a determinação da saúde pela sociedade sociologicamente;
- através do conceito ideal ou meta a ser alcançada.

Sob esta ótica concordam com alguns pontos em relação a conceituação da OMS no sentido de que define uma norma do conceito ideal e reconhece que saúde não possui apenas um caráter definido pelo sistema econômico (atribuindo-lhes necessidades individuais).

Quando se fala em reordenação do setor saúde, entende-se que ela só se concretizará com a transformação social no momento em que as condições materiais e principalmente a participação popular estiverem presentes e favoráveis.

Landmann (1983) analisa dialeticamente o conceito dizendo que o mesmo elimina (...), *“a conotação médica, dando à saúde uma imagem social e política visto ser óbvio que, pela intervenção médica, esse ideal não poderá ser atingido”*. Desta maneira passa a saúde a depender do estilo de vida, do meio ambiente e da liberdade individual. Resumindo, depende da política social.

Cabe neste momento algumas considerações sobre o conceito de saúde da OMS a partir do referencial estudado, no qual pode-se constatar três (3) elementos:

A falta de precisão do conceito de saúde da OMS favorece, em face de sua amplitude, a manutenção de determinadas práticas das classes carentes e marginais;

O seguro social que institui o acesso aos serviços de saúde através da “extensão de cobertura”, no conceito da OMS, não leva em conta as profundas diferenças sociais do nosso país;

À saúde é atribuído um valor de cunho econômico em detrimento ao valor humano. A saúde contribui para o “desenvolvimento da nação” e por isso merece ser protegida.

No Brasil, o conceito de saúde preconizado pela OMS está presente nas políticas sociais até meados da década de 60. Naquele momento, segundo Fleury (1994), ocorre no país um processo de transição democrática. As políticas sociais acentuam seu caráter no âmbito

federal, que expande os benefícios sociais e setores informais. Essa ampliação de benefícios não é acompanhada pela base financeira do sistema, que continua sendo contributiva. Este fato consolida no país a privatização da assistência médica e transforma o setor saúde em acumulador de capital.

Em face destas demonstrações de interferências da economia e da intervenção do Estado Brasileiro no setor saúde, percebemos que a saúde é vista como mercadoria e não como produto da qualidade de vida. Manter a população dentro do limite da produtividade, sem “onerar” o estado é a tônica do capital. Segundo Leopardi et al (2001) *“é o que acontece no setor saúde, com o emprego de mão-de-obra somente no limite da qualidade e quantidade necessárias para não causar danos visíveis aos que precisam desta espécie de serviço”*.

Colocar a saúde sob esta ótica, leva a alienação da população, pois a saúde passa a se opor a ela como uma realidade exterior. Para as mesmas autoras o consumidor não consegue avaliar a extensão dos riscos a que está concretamente exposto, porque as informações, sobre este fato não chegam ao domínio do saber popular.

Este enfoque reforça a imposição do Estado em relação ao modelo de saúde, no qual o conceito de saúde torna-se estranho à população, fugindo de seu controle e passando a ser responsabilidade econômica da indústria privada e/ou do Estado. Esta “transferência de responsabilidade” aliena a população que passa a descaracterizar seu atendimento em relação à saúde e desconhecer seus direitos e escolhas terapêuticas. Posto nas palavras de Vasquez (1986) *“... estamos diante de uma estrutura fundamental de alienação: contradição entre os homens e uma realidade que se opõe a eles como uma realidade exterior, estranha”*.

Frente ao referencial teórico exposto, podemos afirmar que:

- O Estado e a livre iniciativa, em dado momento histórico compreendem a saúde como mercadoria;
- A população se coloca numa posição de alienação e destituída de concretude frente a tradução do conceito de saúde na assistência prestada pelos serviços;
- A alienação pode explicar uma situação concreta, em nosso caso, a construção popular do conceito de saúde, como forma de superação.

Em suas reflexões sobre o conceito de saúde, Caponi (1996) descreve que a doença não pode ser vista como um infortúnio, pois ela faz parte da história natural do homem. Diz ainda que o conceito de saúde da OMS possui como avanço além da caracterização da ausência de doenças, a colocação de uma meta que o legitima. A crítica em relação ao conceito reside no fato de não devermos aceitar um conceito fundamentado na moral e valores impostos por uma determinada sociedade. E este conceito *“...mas que inviável por utópico y*

subjetivo, puede resultar politicamente conveniente para legitimar estrategias de control y de exclusión de aquello que consideramos como indeseado o peligroso” (CAPONI, 1996).

As estratégias de controle e exclusão do que uma sociedade, em dado momento histórico fixa como indesejável, favorecem a medicalização. Nesta, o discurso médico adquire caráter jurídico, uma vez que tudo o que é considerado como perigoso, deve sofrer algum tipo de intervenção com objetivo de preservar a sociedade.

Conforme Caponi (1996, p.5) *“es preciso negarse a aceptar cualquier tentativa de caracterizar a los infortúnios como patologias que deben ser medicamente assistidas, asicomo es preciso negarse a admitir um concepto de salud fundado em uma asociación com todo aquello que consideramos como moral o existencialmente valorable”*. A referida autora conclui sua reflexão dizendo que é preciso pensar em um conceito de saúde capaz de administrar de forma autônoma qualquer margem de risco, de tensão, de mal estar com os quais inevitavelmente devemos conviver.

O movimento de reforma sanitária culminou com a vitória do sistema único de saúde, incluído institucionalmente na Constituição Federal de 1988. A partir daí institui-se um novo conceito de saúde. Este novo modelo de sistema de saúde surge historicamente como resposta ao movimento sanitário da década de 70.

De acordo com LAURELL (1995, p.232),

“o apogeu do processo de privatização ocorre na década de 70, quando se assiste ao fenômeno do crescimento acelerado dos gastos com assistência médica no interior do orçamento da previdência social”.

No final deste período, o sistema de proteção social entra em crise como o fim do milagre econômico (CAMPOS E SOERES, 2003). Após a crise do sistema de proteção social inicia-se no país um processo de transição democrática. A sociedade civil começa a mobilizar-se contra um Estado que não corresponde às suas necessidades e entre outras reivindicações, luta pela conquista da saúde na forma de um direito universal dos cidadãos e dever do Estado (LAURELL, 1995).

Para Berlinguer (1988) este movimento *“é um conjunto de idéias que tem como objetivo recolocar o setor saúde sobre uma base sólida, resgatando-o de uma situação que hoje poderia ser classificada objetivamente como caótica”*. Tais idéias culminaram nas propostas da 8º Conferência Nacional da Saúde (CSN) que idealizaram um sistema participativo,

igualitário, descentralizado, integral e universalizado. Sabemos que o amplo engajamento dos setores sociais garantiu a inserção deste sistema de saúde na constituição de 1988. Tal registro pode ser encontrado no relatório da 8º CNS

“As plenárias da 8º CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos”. Esta plenária representativa deliberou e revelou que “em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional...” (p.34)

No bojo da insatisfação dos vários setores sociais, as reivindicações da saúde, inspiradas na experiência italiana iniciam o processo do movimento da reforma sanitária. Este possuía em seu ideário as propostas de um sistema único de saúde, fundamentalmente estatal, ao qual o setor privado se subordinaria, sob controle público e descentralizado (GERSCHMAN, 1995).

A reformulação e ampliação do conceito de saúde e sua ação institucional foi incluída na LOS (Lei Orgânica de Saúde) nº. 8080 de setembro de 1990 que descreve em seu artigo 3º: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Sob esta ótica verifica-se a estreita relação entre saúde e sociedade e a 8º CNS consegue captar essa convergência e explicitar em seu “conceito ampliador”, que a saúde é “... antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

A 9ª Conferência só foi acontecer em 1992 e debateu principalmente sobre a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A 10ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1996 num momento em que o Sistema Único de Saúde (SUS) atravessava gravíssima restrição orçamentária.

A 10ª Conferência é marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil. A partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde em setembro/96, o esforço pela implantação da NOB-96 durante todo o ano de 1997 e sua implementação em 1998, acelerou a criação de Conselhos de Saúde nos Municípios, estimando-se hoje mais de 4.000 (quatro mil) CMS dos quais 1.000 (um mil) ainda com composição e funcionamento reconhecidamente precários, o que resulta uma estimativa geral de por volta de 45.000 (quarenta e cinco mil) Conselheiros de Saúde nas três esferas de Governo (BRASIL, 1998).

Em relação a 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2000, esta foi marcada pelo tema escolhido: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". A intenção do Conselho Nacional de Saúde ao aprovar esse tema foi contribuir para o avanço do SUS priorizando o princípio organizacional do controle social para a obtenção de três metas fundamentais que freqüentemente têm aparecido como demandas da população de usuários do sistema: o acesso universal e com equidade aos serviços e ações de saúde, a qualidade desses serviços, ou seja, sua capacidade de responder com eficiência às necessidades de saúde e a humanização, isto é, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos humanos imprescindíveis para o sucesso da relação entre usuários, profissionais e trabalhadores de saúde (BRASIL, 2002).

Apesar dos avanços obtidos a partir da Lei 8080, ainda existem fatores que comprometem a consolidação do SUS. No Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2002) são citados estes obstáculos sendo eles, as intervenções de cunho campanhista para atender demandas reprimidas; a desarticulação dos diversos níveis do sistema de saúde e a precariedade de acesso ao SUS, favorecendo o crescimento dos planos e seguros de saúde. Nesta Conferência foi criada uma agenda para efetivação do SUS. Ficou definido que a porta de entrada do Sistema se dá através de iniciativas como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias, garantindo a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, equipe multiprofissional, dedicação integral e articulação com os demais níveis de atenção e exigindo que a lei seja cumprida em todos os níveis de gestão.

A última Conferência Nacional de Saúde, até o presente momento deu-se em 2003, em que o tema foi: "Saúde: um direito de todos e dever do Estado - a saúde que temos, o SUS que queremos". O objetivo do encontro foi propor diretrizes para efetivar esta proposta e consolidar o Sistema Único de Saúde. Participaram representantes de órgãos públicos,

entidades de classe, conselhos profissionais de saúde, entidades da sociedade civil e usuários.

Nesta conferência foram elencados dez eixos temáticos que retratavam, e podemos dizer retratam as reais necessidades do país. Os eixos discutidos na 12ª Conferência Nacional de Saúde foram: 1) Direito à Saúde; 2) A Segurança Social e a Saúde; 3) A Intersetorialidade das Ações de Saúde; 4) As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; 5) A Organização da Atenção à Saúde; 6) Gestão Participativa e Controle Social; 7) O Trabalho na Saúde; 8) Ciência e Tecnologia e a Saúde; 9) O Financiamento do SUS; 10) Informação e Comunicação em Saúde. (2006).

A superação do modelo higienista e curativo preconizado pela OMS e substituído pelo modelo de determinação social da doença e a saúde reconhece que este faz parte da superestrutura e é resultante da base sócio-econômica. Nascimento (1992) demonstra prudência ao afirmar que a passagem do conceito de saúde abstrato preconizado pela OMS, para uma concepção da saúde como meio de alcançar objetivos desemboca na necessidade da transformação da sociedade como um todo. “O problema é que o conceito “ampliado” de saúde é de tal forma que absolutamente tudo, todas as dimensões problemáticas da sociedade, parecem não escapar do seu escopo. Perde-se, assim, a especificidade que a saúde pode apresentar” (NASCIMENTO, 1992).

Percebemos que o SUS enquanto ideário traz dentro de si uma proposta desalienante e transformadora, rumo a um novo conceito de saúde. Mas para tanto, se faz necessário a construção da consciência sanitária dos usuários e profissionais de saúde e conselheiros de modo que a prática das instituições de saúde seja redimensionada.

O conceito de saúde proposto por Canguilhem (1992) define saúde como a possibilidade de enfrentar situações novas, através da margem de tolerância que cada indivíduo possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio. Dentro desta perspectiva é saudável aquele que tolera infrações e possui a capacidade de instituir normas em situações novas. Segundo Caponi (1996) para este autor la salud no puede ser reducida a mero equilibrio o conformidad con el medio y debe ser pensada por el contrario como la posibilidad de instaurar nuevas norma. Para Canguilhem (1992), os valores de uma sociedade considerados como médias estatísticas não conseguem revelar o normal, e sim o normal é que deve estabelecer a média. As infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal estar, fazem parte de nossa história, por este motivo a saúde deve ser pensada como a possibilidade de conviver e enfrentar tais obstáculos. É preciso então tentar compreender a saúde, tal como ela é percebida e sentida pela pessoa e quais são os seus determinantes. A saúde não é o inverso da doença e nem definida a partir de normas obrigatoriamente relativas e conjunturais.

Contandriopoulos (1996) complementa dizendo que os atuais sistemas de saúde repousam sobre a legitimidade de carência biomédica e da medicina científica. Nesta visão positivista o que se constitui o normal é conduzido a uma questão medíocre, onde não há diferença de natureza entre o social, o patológico e o filosófico.

Os atuais sistemas de saúde são abordados por este prisma e devem ser cada vez mais questionados. O motivo destes questionamentos repousa no aumento das disparidades da saúde presentes em nossa sociedade. Neste sentido Canguilhem (1992) diz que a doença não se reduz ao mau funcionamento de um órgão, procurar uma doença ao nível de uma célula é confundir o plano de vida concreta.

É preciso, então, tentar compreender diretamente a saúde, tal como ela é percebida e sentida pelas pessoas e quais são os determinantes. Pois, nesta visão, constatamos que a saúde não é o inverso da doença e também não pode ser definida a partir de normas obrigatoriamente conjunturais e relativas.

Defrontamo-nos hoje com a concepção de saúde definida pela 8ª CNS e a de Canguilhem (1992). De um lado a proposta da 8ª CNS com o seu caráter de universalizar os direitos sociais, porém segmentados os setores sociais do acesso aos serviços; e de outro, a concepção de Canguilhem (1992), com maior poder explicativo, porém com uma potencialidade transformadora da prática de saúde que não interessa aos grupos dominantes.

Wendhausen (1999) revela que, nas práticas dos conselhos de saúde, grande parte destes possuem o modelo medicocêntrico com fragilidade transformadora no modelo de saúde. Segundo a autora a conjuntura apontava um momento privilegiado, onde o controle social incide para além da legitimidade conferida pelos conselhos de saúde. Tal questão deveria estar mais clara para os profissionais de saúde, pois têm um papel fundamental no processo de viver e ser saudável das pessoas. Assim, podem influenciar tanto nas políticas mais amplas que influenciam as escolhas de políticas públicas, como no processo participativo, dos usuários instrumentalizando-os nesta construção. Cabe, pois situar brevemente o processo de trabalho em saúde, vislumbrando aí uma atuação profissional com vistas ao fortalecimento do controle social. Embora tenha vindo no rastro de movimentos mundiais pela democratização, a inclusão da participação na área da saúde, ainda carece de muitos avanços que não podem se restringir os mecanismos institucionais. Em outras palavras o Sistema Único de Saúde idealizado, precisa se tornar viável e real. Nesta construção temos uma parcela de responsabilidade.

Cortes (1998) afirma que os profissionais de saúde tem papel primordial na mediação de novas relações que permitam ao usuário expressar-se e educar-se para a cidadania. Neste

sentido repensar a desinstitucionalização e a desmedicalização da saúde seria importante para que a participação acontecesse de modo a avançar na reforma da saúde. As instituições de saúde vêm impondo práticas conhecidas e aceitas pela população como filas intermináveis, sonegações de informações, entre outras, sem que os usuários não consigam perceber a existência de outra forma de relação com os serviços de saúde. Este cotidiano ‘silenciado’ tem estreita conexão com os problemas, apontados no início deste trabalho, para exercer o controle social em instâncias políticas mais formais. Entendemos que os profissionais de saúde podem exercer um papel fundamental no sentido de que a população incorpore o controle social como uma prática de melhoria da qualidade de sua vida.

Dentro do tema processo de Construção do SUS, a questão da participação social não pode, portanto, ser negligenciada. Daí seu destaque dentro deste estudo, especialmente por se constituir também em direito garantido no texto constitucional, compondo uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde. Por outro lado, para que a relação dialética conscientização/participação se desenvolva, parece-nos estratégico, no caso do setor saúde, o espaço micro da prática participativa representado por relações cotidianas como as que se estabelecem nas Unidades de Serviço.

O cotidiano enquanto experiência de vida, para Campos e Soares (2003) torna-se fundamental à localização de elementos através dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social, ao mesmo tempo em que representa um espaço de luta, de exercício de poder, poder que aqui é entendido “não como um objeto natural, uma coisa”, mas como “prática social”.

Vários fatores explicam o porque da manutenção desse modelo tradicional de assistir em saúde em instituições públicas ou privadas. Dentre eles é possível apontar: a inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada, a história da organização das profissões de saúde, o tratamento de quem recebe a assistência de saúde como “usuário” e não como “usuário”, a influência da organização capitalista do trabalho no setor saúde e o modelo hegemônico de produção de conhecimento em saúde (WENDHAUSEN, 2002).

Campos e Soares (2003) consideram a construção gradual de uma consciência sanitária alimenta-se de experiências vivenciadas na realidade cotidiana e, neste plano, as explicações macroestruturais não parecem dar conta da complexidade das relações e seus desdobramentos (sobretudo da esfera da subjetividade). Portanto, falar em construção da cidadania e em participação popular como exercício de direitos no campo da saúde, pede uma reflexão sobre estas noções tal como se apresentam na subjetividade que se associa à prática dos profissionais do setor.

4 POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS

A escolha do método é fundamental e deve articular-se à busca dos objetivos pretendidos pelo estudo. Por este motivo, eleger o tipo de método que irá nortear a pesquisa é uma tarefa que exige seriedade e consistência teórica por parte do pesquisador.

Na pesquisa científica, o método orienta-se por critérios de demarcação científica, o que significa que ele define o que é ou não ciência e esta por sua vez, busca aproximar-se de uma realidade sempre distante, pois apesar de procurar atingi-la do melhor modo possível, o faz parcialmente gerando novos estudos sobre esta realidade (DEMO, 1996).

Como neste estudo o objetivo é refletir sobre as concepções evidenciadas na produção teórica na saúde nos últimos 20 anos, elegeram-se a pesquisa qualitativa, por permitir, através da construção das categorias, classifica os elementos significativos da mensagem.

O método em pesquisa qualitativa ocupa um lugar central, articula conteúdo, pensamento e existência, incluindo técnicas que facilitam a construção da realidade para responder questões particulares não quantificadas. A abordagem qualitativa busca aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas (MINAYO, 2000). Esta aproximação trás a tona uma infinidade de dados que precisam ser organizados e analisados para poderem responder as indagações e construir um novo saber.

O sentido dado pela subjetividade é profundo e pode ser descaracterizado pela objetivação; o método precisa ser geral e sua aplicabilidade encontra uma realidade específica e diversa. Nesse sentido a cientificidade das Ciências Sociais pode ser pensada como uma idéia realizadora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos. O objeto das Ciências Sociais é qualitativo, compromete-se com as visões e interesses historicamente construídos e a relação entre pesquisador e seu objeto de estudo é estabelecida desde sua concepção até os resultados e sua aplicação. O objeto das Ciências Sociais é histórico; as coisas estão em transição com relativa harmonia nas quais os conflitos incrementam a sucessão de fatos que têm início, meio e fim (MINAYO, 2000).

Este estudo considera a documentação como fonte de pesquisa, na qual os materiais receberam um tratamento analítico que será fonte para sua realização. A habilidade do pesquisador está em retirar dos documentos tudo o que eles contêm e não acrescentar nada do que eles não contêm, mantendo-se o mais próximo possível dos textos (LE GOFF, 1994).

Neste sentido Padilha e Borstein (2005) afirmam que os documentos, e fatos, existem como evidências dos acontecimentos. Assim os documentos são elaborados com o propósito expresso de transmitir a informação que possa ser usada no futuro. Como exemplo, podemos mencionar os periódicos caracterizando fontes primárias. As fontes assumem necessariamente um papel importante, pois a elas estão ligadas as possibilidades da análise e do processamento de dados, e em geral delas, depende a constatação das hipóteses, de modo a garantir a objetividade e a intersubjetividade.

Assim, o documento também pode ser fonte de compreensão de uma determinada situação à luz de um referencial teórico. Os documentos utilizados neste estudo foram os três principais periódicos de saúde coletiva selecionados intencionalmente: **Revista de Saúde Pública, Revista de Ciência & Saúde Coletiva e Cadernos de Saúde Pública**. A escolha dos periódicos deve-se ao fato dos mesmos expressarem e representarem a situação de saúde vivida nos últimos vinte anos e por os mesmos acompanharem as transformações pelas quais passaram e passam o sistema de saúde.

Para entendermos um pouco mais sobre o universo de editoração dos periódicos pesquisados neste estudo, faz-se necessário uma breve apresentação da história destas revistas:

De acordo com a editora os periódicos Cadernos de Saúde Pública publicam artigos originais que contribuem para o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, parasitologia, microbiologia, nutrição, saúde ambiental, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras, registra-se pelo Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas (International Standard o Serial Number) na versão impressa por ISSN 0102-311X, e na *versão online por* ISSN 1678-4464. Os Cadernos de Saúde Pública são publicados desde 1985 pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, e Programa de Apoio a Publicações Científicas do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). Foi trimestral no período de 1985 (volume 1) a 2000 (volume 16) e bimestral no período de 2001 (vol. 17) a 2005 (vol. 21). A partir de 2006 a revista tornou-se mensal.

O periódico Revista de Saúde Pública criada em 1967, é publicado bimestralmente sob a responsabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É uma revista inter e multidisciplinar, arbitrada e aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Sua missão é publicar e disseminar produtos do trabalho científico que sejam relevantes para a Saúde Pública. Os fascículos bimestrais ocorrem nos meses de fevereiro, abril, junho, agosto, outubro e dezembro. A partir da edição de agosto de 2003, a Revista de Saúde Pública passou a disponibilizar o texto completo, no formato eletrônico, de artigos editados em português vertidos para o idioma inglês. Registrada no ISSN 0034-8910 na versão impressa e ISSN 1518-8787 na versão on-line.

A publicação da revista é financiada com recursos instituições: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A Revista Ciência e Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um Tema Específico considerado relevante para a Saúde Coletiva e artigos contendo discussão e análise do estado da arte da área e das sub-áreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central orientada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Este periódico foi criado ao final do ano 1996. Editada pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ABRASCO. É trimestral e temática, com exceção de um número especial dedicado a temas livres. Nos números temáticos se publicam cerca de 15 artigos, opiniões e resenhas sobre o assunto em foco e mais 10, sobre assuntos diversos na sessão de temas livres.

Cada número contempla mais de 25 textos. Nos textos há diversas colaborações de autores de países de língua inglesa, francesa e espanhola. Registrada ISSN 1413-8123 em versão impressa e no ISSN 1678-4561 em versão on-line. A revista recebe financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli e da Associação Brasileira de Editores Científicos.

Outro fator importante na escolha destes periódicos foi o fato de que os mesmos são indexados na base de dados virtuais LILACS, MEDLINE e SCIELO, fato este que facilitou a coleta de dados do presente estudo. A coleta de dados se deu a partir da busca bibliográfica de artigos referentes ao período de 1985 a 2005, cujos textos continham as seguintes palavras-chave: participação social; movimentos sociais; controle social. Os artigos selecionados através da coleta de dados estão apresentados no apêndice 01.

A seguir o quadro 01 referente a distribuição dos artigos pesquisados de acordo com a publicação por décadas, apresenta esquematicamente a seleção em números absolutos dos artigos selecionados de acordo com o periódico e a década de publicação.

Quadro 01: Distribuição dos artigos pesquisados de acordo com a publicação por década.

Década	Cadernos de Saúde Pública	Revista de Saúde Pública	Ciência e Saúde Coletiva	TOTAL
1980	-	02	-	02
1990	20	05	-	25
2000	06	03	11	20
TOTAL	26	10	11	47

Fonte: Brodersen, G. 2006.

A análise documental, segundo Lüdke e André (1986), constitui-se de uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, complementando as informações obtidas por outras técnicas, ou desvelando aspectos novos de um tema ou problema. Afirmam que “a análise documental busca identificar, informações pactuais nos documentos a partir de questões ou hipótese de interesse”.

A pesquisa documental é para o pesquisador o fundamento do fato histórico, apresentando-se como prova histórica. A habilidade do pesquisador está em tirar dos documentos tudo o que eles contém e não acrescentar nada do que eles não contém, mantendo-se o mais próximo possível dos textos (LE GOFF, 1994). O mesmo autor refere ainda que o documento não é inócuo, mas sim o resultado de uma montagem consciente ou inconsciente, da história, da época, da sociedade que o produziu, mas também das épocas sucessivas durante as quais continuou a viver, talvez esquecido, durante as quais continuou a ser manipulado, ainda que pelo silêncio (LE GOFF, 1994).

Para a interpretação dos dados foi utilizado o método de **Análise Temática**. Segundo Minayo (2000) este método é operacionalmente desdobrado em três etapas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação.

A primeira etapa ou fase de **Pré-análise** constituiu-se da análise do material coletado de forma mais geral, determinando-se as unidades de registro, ou seja, frases ou palavras-chave. Para esta etapa todos os artigos foram lidos e as frases ou palavras que se aproximassem do tema escolhido destacadas. Neste estudo, foram destacadas cerca de 230 unidades de registro, que tinham aderência com as palavras chaves procuradas nos textos.

A segunda etapa, ou fase da **Exploração do Material** constituiu-se pelo agrupamento das unidades de registro anteriormente recortadas do texto na fase da pré-análise, em subcategorias e categorias maiores que se constituíram em temas para a discussão dos achados. O agrupamento é exemplificado a seguir no quadro 2:

A terceira etapa ou fase **tratamento dos dados obtidos e interpretação** permitiu que se encontrasse temas relacionados ao objetivo do estudo e pudéssemos discutir sobre eles.

As categorias emergentes do estudo, cujos recortes permitem compor sobre o pano de fundo da temática eleita para este estudo, foram denominadas de: **Concepções e conceitos de participação e controle social; tipos e formas de uso da participação e controle social e finalidade/motivação para a ação da participação e controle social**. Continuando, tais categorias estão apresentadas de acordo com o pressuposto que sustenta a tese desse estudo.

A categoria **Concepções e conceitos de participação e controle social** contém três subcategorias: **Conselhos/espço institucional, formas de interlocução e solidariedade/voluntariado**.

A categoria **Funcionamento dos tipos e formas de uso da participação e controle social** esta subdividida em três sub-categorias: **Serviços de saúde, Situações de agravo a saúde e Associativismo**.

Finalmente, a categoria **Finalidade/Motivação para a ação da participação e controle social** apresenta a participação e controle social sob dois enfoques reflexivos: **O de mobilização popular, e a Vinculação aos serviços de saúde como reforço para atuação da equipe**.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

Participação, democracia, controle social, parceria, não são conceitos com igual significado para os diversos autores tendo para cada um deles, uma construção histórica diferente. Esta generalização e essa disputa de significados nos coloca, inicialmente, a necessidade de refazer alguns percursos na construção de conceitos e práticas de participação social no Brasil. Pode-se dizer, de início, no entanto, que a participação democrática nas decisões e ações que definem os destinos da sociedade brasileira tem sido duramente conquistada por esta mesma sociedade que convive com um Estado tradicionalmente privatista, que mantém relações simbióticas e corporativas com grupos privilegiados.

Para Carvalho (1995) apesar das relações de tutela e do atrelamento dos movimentos sociais promovidos tanto pelos políticos tradicionais e populistas como pelo “centralismo democrático” do partido comunista, os anos 50 e 60 são marcados por intensa mobilização social que se expressa no movimento sindical, nas Ligas Camponesas e numa ampla reivindicação por reformas de base de cunho democrático, popular e nacionalista. A implantação da ditadura se faz às custas de uma pesada repressão, com o fechamento de sindicatos, a cassação, tortura e banimento de lideranças sociais e políticas, a censura da imprensa, o fechamento do Congresso e dos partidos, o engessamento das eleições e da política, a destruição dos espaços públicos e da cidadania tão custosamente construídos. Essa destruição da cidadania e da democracia não se dá, no entanto, sem a resistência e o enfrentamento de movimentos sociais, especialmente do movimento estudantil e dos grupos que optam pela luta armada, pelas guerrilhas urbanas e camponesas.

Os anos 70 foram, no Brasil, tempos de profundas mudanças econômicas e políticas, que provocaram a emergência vigorosa de novas demandas sociais. O Estado burocrático-autoritário, que se estabeleceu com a ditadura militar, fechou, no entanto, até mesmo os precários canais de expressão e de negociação de interesses e conflitos mantidos pelo populismo. Neste contexto de ausência de canais de interlocução, emergem novos

movimentos sociais como captadores destas novas e candentes demandas sociais. Sua ação abre novos espaços ou lugares para a ação política. Na ausência de espaços legítimos de negociação de conflitos, o cotidiano, o local de moradia, a periferia, o gênero, a raça tornam-se espaços e questões públicas, lugares de ação política, constituindo sujeitos com identidades e formas de organização diferentes daquelas do sindicato e do partido.

Se os anos 70 podem ser caracterizados pela disseminação de uma multiplicidade de organizações populares “de base”, nos anos 80 temos a sua articulação em federações municipais, estaduais e nacionais, entidades representativas desses movimentos, cujas expressões mais fortes são a construção da CUT (Central Única dos Trabalhadores) e do Partido dos Trabalhadores, um partido que, no dizer de Lula, seu fundador, nasce da percepção de que os trabalhadores precisam também fazer política partidária, para garantir “na lei” as conquistas obtidas nas lutas reivindicativas. Um partido que se pensa como expressão, na política “maior”, de toda a mobilização social desse período, do espaço público construído pelas lutas dos trabalhadores (DAGNINO, 1994).

O processo constituinte, o amplo movimento de Participação Popular na Constituinte, que elaborou emendas populares à Constituição e coletou subscrições em todo o país, marca este momento de inflexão e uma nova fase dos movimentos sociais.

Nos anos 90 há a uma generalização do discurso da participação. Os mais diversos atores sociais, tanto na sociedade como no Estado, reivindicam e apoiam a participação social, a democracia participativa, o controle social sobre o Estado, a realização de parcerias entre o Estado e a sociedade civil. Torna-se cada vez mais clara para os movimentos sociais a reivindicação de participar da redefinição dos direitos e da gestão da sociedade. Não reivindicam apenas obter ou garantir direitos já definidos mas ampliá-los e participar da definição e da gestão desses direitos, não apenas ser incluídos na sociedade mas participar da definição do tipo de sociedade em que se querem incluídos, de participar da invenção de uma nova sociedade (DAGNINO, 1994).

Na década de 2000 Baquero (2003) considera que a participação não deveria existir apenas para manter a máquina estatal funcionando e como proteção ao indivíduo que contraria as decisões arbitrárias dos líderes, ou seja, a apatia através do treinamento social que mantém a estabilidade da minoria. Esse discurso reforça a visão neoliberal que defende o Estado mínimo, um governo forte para impor a lei e a ordem e a redução de poder de certos grupos (sindicatos, conselhos, associações). Para o autor a manutenção de um processo contínuo de

exclusão social impediu a entrada de novos sujeitos na esfera política e permitiu que a alocação de recursos públicos fosse privatizada.

Este capítulo se propõe a reconhecer as concepções de participação e controle social, os tipos e formas de uso da participação e controle social e a finalidade/motivação para ação da participação e controle social.

evidenciadas na produção científica de estudiosos da área da saúde no período compreendido entre 1985 e 2005, dispostas nas categorias apresentadas abaixo:

Quadro 03: Composição das categorias e subcategorias do estudo.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p align="center">CONCEPÇÕES E CONCEITOS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conselhos/espço institucional • Formas de interlocução • Solidariedade/voluntariado.
<p align="center">TIPOS E FORMAS DE USO DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de saúde • Situações de agravo à saúde • Associativismo.
<p align="center">FINALIDADE/MOTIVAÇÃO PARA A AÇÃO DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização popular • Vinculação aos serviços de saúde como reforço para atuação da equipe

Fonte: Brodersen, G. 2006.

5.1 Concepções e conceitos de participação e controle social

As publicações referentes ao conceito de participação e controle social têm trazido opiniões diversas traduzidas nos artigos analisados nesta tese. Os vários olhares conferidos ao

conceito de participação e controle social serão resgatados neste capítulo. Esta categoria emergiu da construção de três subcategorias: **Conselhos de Saúde/Espaço Institucional, Formas de Interlocução e Solidariedade e Voluntariado.**

O conceito de participação e controle social ligado aos **Conselhos de Saúde/Espaço Institucional**, foi uma constante nas publicações analisadas como podemos observar nas unidades de registros a seguir:

“Sem recorrer à investigação dos processos sociais e políticos que permeiam a questão da participação social, tem como intenção adicional a promoção de um despertar para a eleição dos CMS como organizadores de interferências participativas no processo local de produção das políticas públicas de saúde. (26).”

“O espaço do controle social, ainda que institucionalizado, não é meramente administrativo; é um espaço político que põe em cena interesses, imaginários, representações. Este espaço é uma situação de partida, e não de chegada. É neste contexto que se entende que, a princípio, o exercício do controle social é espaço de criação de uma cultura política democrática. Todavia, esta intenção, ou "idéia perspectiva", se defronta não só com a cultura elitista e burocrática dos "animais institucionais", mas também com a tradicional cultura casuística e tutelar, que busca reduzir cada situação a um caso particular. (02).”

A unidade de registro acima extraída dos artigos pesquisados conferem ao conceito de participação/controle social um forte vínculo deste aos conselhos de saúde. A institucionalização da participação/controle social em nosso país, é fruto das lutas empreendidas no bojo da reforma sanitária e garantida através da Lei 8080/90.

Com uma composição mista, incluindo representantes do governo e da sociedade civil e dotado de atribuições legais bastante amplas, inclusive com poderes deliberativos, os Conselhos são uma das principais inovações da organização dos serviços de saúde brasileiro. Situando-se na contramão da tradicional tendência clientelista e autoritária do Estado Brasileiro, aparecem como um instrumento da democratização da gestão da política de saúde, ideal perseguido pelo processo de Reforma Sanitária.

São inegáveis os avanços alcançados com a institucionalização dos Conselhos de Saúde, que ocorreu de forma expressiva nos anos 90. A conquista desses espaços de participação foi um fator decisivo na organização de uma institucionalidade democrática, sem a qual o direito à saúde não poderia efetivar-se como direito de cidadania. Os Conselhos de

Saúde reúnem hoje milhares de usuários, profissionais e gestores na definição de políticas de saúde em suas localidades. Esse movimento de democratização das relações da sociedade e o Estado é um acontecimento inédito na história das políticas sociais no país, colocando a saúde como pioneira na luta pela consolidação dos direitos sociais (CARVALHO, 1995).

A importância dos Conselhos Municipais de Saúde dentro do quadro da construção democrática deve-se ao fato de que ao se constituírem enquanto espaços públicos de deliberação que redefinem continuamente as relações entre o público e privado.

Os Conselhos Municipais de Saúde podem representar uma nova forma de exercício do poder político, possibilitando a criação de parâmetros mais públicos na gestão da política de saúde.

Os conselhos gestores de políticas públicas são, hoje, experiências de caráter nacional e atingem todos os níveis de governo, constituindo o que alguns autores têm denominado de sistema nacional de participação (Daniel, 1994). Em relação à política de saúde em particular existe um conjunto bem articulado de instâncias decisórias (conselhos, conferências, plenárias, comissões intergestores, conselhos de secretários) envolvendo usuários dos serviços, gestores e trabalhadores, cujo funcionamento afeta tanto o desenvolvimento da política quanto as atividades organizativas e políticas dos diferentes segmentos representados nestes espaços.

A importância dos Conselhos Municipais de Saúde dentro do quadro da construção democrática deve-se ao fato de que ao se constituírem enquanto espaços públicos de deliberação redefinem continuamente as relações entre o público e privado. Sendo assim, a construção da noção de interesse público na gestão da política de saúde, por exemplo, não implica na inexistência dos interesses particulares, mas de acordo como Oliveira (2005), o público é uma socialização dos acordos privados mediados pelas categorias universais presentes na constituição societária.

Para que os Conselhos sejam instrumentos da sociedade civil é preciso que se constituam em “esferas públicas não-estatais” (Genro, 1995). Apesar do termo “não-estatal” ser alvo de grandes confusões, o autor refere-se à necessidade de um recuo por parte do Estado de seu controle monopólico sobre a esfera pública, compartilhando seu poder de decisão com a sociedade civil sem que isto implique na isenção de suas responsabilidades públicas, no que diz respeito à garantia de direitos sociais.

Portanto, os Conselhos são exemplos de espaços públicos mais amplos e heterogêneos, potencialmente mais públicos quando transformados em espaços de cogestão, onde o Estado,

os empresários, profissionais da saúde, e os cidadãos assumem responsabilidades e acordos negociados que devem cumprir, apesar da existência de interesses antagônicos.

Outro olhar sobre os conselhos de saúde registrados nos artigos analisados é chamado por Wendhausen (2002) como silenciamento. A autora em sua tese, na qual pesquisou o conselho municipal de saúde de Itajaí/SC constatou que a grande proposição resultante das práticas dos conselhos parece ser a de que: estamos fazendo tudo que podemos (governo) portanto vocês (outros conselheiros não podem nos condenar (criticar/questionar), porque se algo não dá certo a culpa não é nossa”. E o ritual das reuniões e dos cargos garante que esta verdade seja absorvida por todos, ou seja, encontro algo totalmente contrário ao que propõe Genro (1995) acima.

Talvez o ponto premente seja a forma como se concretiza a participação, posto que a presença quantitativa assegurada com o requisito jurídico da paridade, mesmo quando cumprida, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção nesse espaço, principalmente se considerados os representantes dos usuários.

Pode-se observar, portanto que esta prática da tutela do Estado sobre as decisões dos representantes não governamentais é uma constante em nosso país. Observemos os registros a seguir:

“O primeiro momento de confronto foi quando da aprovação do primeiro plano de saúde pelo conselho, na primeira gestão. De um lado havia manifestações no sentido de aumentar o número de reuniões, esgotando as dívidas e discussões e, de outro, a necessidade de agilização do processo de planificação. O plano havia sido elaborado por técnicos da Secretaria de Saúde, e agora estava sendo apresentado aos conselheiros para que dessem seu aval. Entendemos que a participação se faz mediante determinado tempo para tomada de decisões, necessária para que todos fiquem cientes e optem por uma ou outra proposta. Nas reuniões parecia haver tensão entre o tempo necessário para eleger uma proposta, e a “solicitada e constante” urgência (eficácia) para tomada de decisões, principalmente por parte do segmento governamental. (23).”

“A institucionalização da participação é permeada de dificuldades decorrentes da heterogeneidade dos grupos comunitários e associativos, o que torna complexos os problemas de representação, criando tensões quanto aos critérios de escolha, acirrando a concorrência e trazendo à tona a pressão dos grupos organizados no sentido de reforço das práticas neocorporativas. Isso provoca, frequentemente, um esvaziamento destes mecanismos de decisão coletiva. (40)”

O conceito de participação/controle social, dentro da perspectiva encontrada nos artigos dos periódicos analisados confere a este conceito especialmente aos representantes dos usuários um descaso por parte dos conselheiros governamentais em relação as discussões relativas a tomada de decisões. Encontramos então, legalmente o direito do usuário em participar, garantia esta prevista na lei 8142/90, porém o que percebemos nas unidades de registro é a exclusão desse usuário. Em muitas situações percebe-se que no cotidiano dos conselhos de saúde, aos representantes da sociedade civil é conferido apenas o direito de aprovar ou não propostas previamente estabelecidas por uma parcela de conselheiros organizados em torno de interesses particulares e ou partidários.

Em minha prática de profissional de saúde observo que a participação não está incorporada no cotidiano de assistência, ou sequer a percepção de sua importância para o desenvolvimento e direcionamento das ações de saúde. Poderia dizer que muitos não conseguem identificar as formas de participação existentes ou as identificam, mas não sabem aproveitá-las como instrumento para a consolidação do SUS.

Assim, apesar dos grandes avanços do SUS ainda existem muitos desafios a enfrentar na sua operacionalização, principalmente nos aspectos relativos à participação em saúde. Mesmo garantida por lei, ainda há um distanciamento entre a teoria e a prática participativa, percebida atualmente em nossas práticas profissionais.

Como elo entre o mundo teórico e o mundo real, Baquero (2003), aponta o desenvolvimento do “capital social” como alternativa, pois este desenvolve a autoconfiança coletiva e a auto-estima, favorecendo recursos inerentes às relações sociais e possibilitando o alcance de objetivos que não seriam alcançados na sua ausência. Desta forma o capital social é definido como investimento e uso de recursos nas relações sociais com expectativa de retorno que serão usufruídos pelos próprios indivíduos.

Quando o conceito participação e controle social aparece ligado ao **Conselho de Saúde/Espaço Institucional**, este espaço também é concebido pelos autores como algo construtivo. Os registros que seguem demonstram a importância dada por alguns autores referente ao espaço institucional como provedor da construção de formas participativas:

“Por outro lado, em algumas das respostas dos dois grupos de entrevistados emerge a participação como a interação com as instituições através dos mecanismos institucionais de participação em saúde. Para alguns dos entrevistados, a utilização destes mecanismos, diretamente ou através das organizações comunitárias, é uma das formas que a população

tem de manifestar suas idéias e interesses na busca de soluções aos seus problemas de saúde. (25).”

“Todavia temos um novo problema, que é o de fazer com que as leis deixem de ser apenas instrumentos formais, passando à aplicação das mesmas. Esta conjuntura supõe uma nova instrumentação das lutas democráticas e populares, no sentido de se prepararem para a aplicação da lei. (02).”

A participação, na perspectiva do controle social permite, segundo Oliveira (1995), à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações e serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre Estado e a Sociedade, na qual o conhecimento da realidade da saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor.

A legislação federal estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS, através de: Conferências Municipais de Saúde; e dos Conselhos Municipais de Saúde que buscam participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo municipal, embora façam parte de sua estrutura. Aí se manifestam com maior ou menor representatividade, os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas que direcionam os recursos para prioridades diferentes.

No Brasil, tradicionalmente as oligarquias fizeram uso da coisa pública e forneceram o espaço privado para o funcionamento da “administração da coisa pública”. A área da saúde passou a ser marcada por forte pressão universalista e uma liderança reformista expressiva que, na década de 80, numa conjuntura favorável, elaborou projetos inovadores, conforme já mencionado. Esses projetos sofreram interferências na sua implementação pela permeabilidade do setor ao clientelismo e corporativismo. Os interesses do setor privado de saúde são fortemente representados na burocracia estatal na figura de ministros, senadores, deputados, prefeitos e vereadores. Representantes desse setor, desde o governo militar, ocupam sucessivamente cargos de liderança nas áreas de políticas sociais. Os representantes desses grupos privados elaboram leis que defendem os interesses deles e conseguem aprová-las através dessa rede de intermediação de poder entre público/privado.

Esta perspectiva impossibilita a percepção de que a participação proporcionada pelos conselhos se realiza nos moldes da democracia representativa. Mesmo que os representantes dos usuários da política e dos serviços sobre o qual o conselho se assenta, sejam escolhidos por seus pares e tenham com os mesmos uma vinculação orgânica, o seu vínculo é o de

representação, de alguém eleito para vocalizar demandas e com poderes para decidir por seus representados.

Portanto, soa irreal a expectativa de que os representantes dos usuários nestes espaços tenham maior capacidade de articulação e que continuamente estejam em contato com suas entidades e representados, articulando seus interesses. O modelo com o qual se lida é o da representação. O que se coloca como problemático é exatamente o não reconhecimento, principalmente pelos atores governamentais, da legitimidade da representação dos usuários. E, neste sentido, a expectativa de vínculo orgânico, de comunicação e articulação contínuas entre representados e representantes dos usuários, levantada por lideranças dos movimentos sociais, assessores e estudiosos terminam por contribuir para o não reconhecimento desta legitimidade.

Há uma disputa não claramente explicitada acerca do próprio modelo de participação a ser operado nestes espaços. Neste aspecto, o modelo com os quais estudiosos e analistas têm apreciado a experiência é o da participação direta. É como se estivessem montando um quebra-cabeça cujas peças não correspondem ao desenho de fundo.

Neste sentido, no período pós-constituição de 1988, como alguns dos direitos conquistados pelos cidadãos brasileiros, os conselhos foram amparados por um amplo aparato de formalização legislativa, mas precariamente sustentados socialmente, como elemento amplamente reconhecido e respeitado da vida política pelo conjunto dos cidadãos e pelas instituições responsáveis por seu funcionamento.

A inexistência deste consenso pode ser tomada como um dos sinais da disputa em curso no interior da própria sociedade entre modelos político-culturais de democracia e projetos políticos, moldando tanto a participação proporcionada pelos conselhos quanto a avaliação sobre a eficácia de seus resultados.

A ação dos conselhos, sua operação e seus resultados se colocam, então, como parte do processo de construção do espaço democrático, fazem parte do quadro de elementos envolvidos na disputa existente na sociedade em torno destes modelos e projetos políticos de sociedade e Estado. E, neste sentido, o fato de estudiosos tomarem a participação direta como modelo para avaliar o espaço de articulação e decisão dos conselhos, se coloca, também, como elemento desta disputa.

Os problemas constatados dizem respeito, sobretudo, a um processo crescente de contenção da participação, de diluição dos conflitos, dos enfrentamentos diretos e da capacidade de intervenção dos representantes da sociedade civil.

Outro olhar freqüente citado pelos autores quando estes se referem ao conceito de participação e controle social, está fortemente ligado à possibilidade do mesmo abrir canais de comunicação entre a esfera pública e a privada, como **Forma de Interlocução**, esta será a próxima subcategoria discutida, vejamos os registros:

“Projetos de atuação em saúde, sejam quais forem, sempre estabelecem relações dialógicas tanto com estruturas institucionais de maior poder na sociedade atual quanto com as de maior fragilidade. (04).”

“No entanto, independentemente da diversidade de compreensão sobre os movimentos sociais como fenômeno social, a referência sempre presente nos mais diversos textos sobre o tema consiste no fato de eles se diferenciarem das formas clássicas de organização dos trabalhadores, em sindicatos e centrais sindicais, como organismos centralizados de representação de interesses, e que reafirmam sua ação de representação associada a um padrão de intervenção na esfera pública (para além dos históricos vínculos orgânicos com o Estado) através dos canais estabelecidos pelos sistemas políticos representativos. Haja vista, por exemplo, a sua participação no núcleo dos processos de regulação econômica e social que fundaram as bases do welfare state na Europa, o que se deu, diga-se de passagem, de forma radicalmente distinta nos casos brasileiro e latino-americano quando da constituição dos respectivos sistemas de proteção social, dado que na região os sindicatos se constituíram sob a tutela do Estado. (41).”

“O novo marco legal em saúde recolhe uma concepção democrática da participação, significando a integração, em parceria com o Estado, dos diferentes setores da população na definição de políticas de saúde a serem implementadas, bem como no monitoramento de sua implementação, incluindo aspectos econômicos e financeiros. (25).”

Este parece ser um grande avanço que denota o reconhecimento dos movimentos sociais, longe de simples organização social reforçando sua lógica como um canal possível e direto dentro da legítima representação junto à sistemas políticos. Esta perspectiva amplia as possibilidades de integração entre os movimentos sociais e o Estado, favorecendo maior organicidade entre ambos na definição de políticas públicas. Kleba (2005) afirma que a conformação de um processo participativo nas decisões políticas exige, porém disposição da administração que deve viabilizar e motivar um processo, revendo de forma crítica tendências autoritárias, e qualificando-se para lidar de forma mais adequada com os conflitos de interesse, com os enfrentamentos entre os diferentes grupos sociais e com os processos de decisão política. Requer também a capacidade dos cidadãos em reconhecer seus interesses

específicos e buscar alianças necessárias às negociações coletivas. Foi a interlocução política que abriu espaço para que a Comunidade demonstrasse que havia, sim, outras maneiras de influir nas políticas públicas, para além da interpelação direta ao governo. Para isto, no entanto, era essencial, uma vez mais, fortalecer a sociedade civil como agente da democracia e do desenvolvimento.

Se entendermos que o princípio que inspira o pensamento democrático é a liberdade como autonomia, significa a capacidade de dar leis a si próprio. Quando nos referimos a comunicação, estamos nos referindo a esta como um processo dialógico nos quais os autores envolvidos têm o mesmo grau de legitimidade. O controle e participação social consiste portando, em canais institucionais de participação na gestão governamental na presença de sujeitos coletivos nos processos decisórios, não se confundindo com os movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado (ASSIS E VILLA 2003).

A participação e controle social não pode ser entendida como uma extensão burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização no âmbito local, o que implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania, e, nesse sentido, o sujeito/cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde. Dito de outra maneira, a participação social é um campo em construção com “múltiplas possibilidades”, de organização autônoma da sociedade civil, por meio das organizações independentes do Estado, tais como as associações de moradores, conselhos de saúde, associação de docentes, grupos de mulheres, que poderão confluir ou não suas intervenções para uma atuação direta junto aos órgãos de controle previstos em Lei.

Gostaríamos de estabelecer aqui um paralelo das diferentes **Formas de Interlocução**, que aparecem neste estudo, assim como na prática do controle social exercido sobre as ações de saúde propostas em nosso país.

“Assim, além da integração da população em atividades associativas em busca de melhoria das condições de saúde, também fizeram referência ao papel das organizações comunitárias na monitorização do atendimento, a partir das queixas dos usuários levadas às organizações comunitárias, e o seu papel interlocutor junto ao governo no encaminhamento das reivindicações populares (25).”

“Duas questões básicas levavam à avaliação de que o debate sobre a epidemia deveria tomar as ruas: a) o contexto que se apresentava era o de emergência, no qual o sistema de saúde não era capaz de fazer frente à doença de maneira eficaz; logo a população precisava tomar medidas de defesa contra a proliferação dos mosquitos; 2) as

informações divulgadas pelo governo mascaravam a realidade, pois referiam-se apenas ao aconselhamento de medidas individuais para evitar a doença (12).”

“Ao longo dos anos a notificação de triatomíneos, por parte da população, sempre foi incentivada pelas equipes de campo que atuam na pesquisa triatomínica de rotina em casas da área rural paulista. Mais recentemente, passou-se a treinar estas equipes para que pudessem fornecer à população informações necessárias à compreensão da importância do trabalho de pesquisa de triatomíneos, solicitando, quando possível, a presença do morador no decorrer da mesma, orientando quanto aos locais mais habituais de encontro de "barbeiro”(31)”.

Destas unidades de registro podemos observar três tipos de interlocução com conotações distintas. A primeira está ligada ao papel das organizações comunitárias em levar suas reivindicações ao governo; a segunda possibilidade de interlocução demonstrada refere-se a falta de transparência por parte do governo no qual o mesmo escamoteia informações e por último a responsabilidade da equipe de saúde em fornecer informações necessárias e corretas aos usuários.

Mesmo que as unidades de registro acima demonstrem distinção na forma de interlocução, todas determinam um significado único a que podemos atribuir a intenção de interlocução entre o movimento popular e o Estado, ou profissionais de saúde e população. Em ambos os casos, porém o controle social e a democratização da informação se reforçam mutuamente, apesar de podermos afirmar que existem dificuldades na construção de um sistema de informações e este constitui-se como um dos principais pilares para a organização de um sistema de saúde na perspectiva da vigilância em saúde.

Em linhas gerais uma das estratégias de maior utilização das informações, seria sua territorialização podendo estimular um processo de mudança nas atitudes de todos os sujeitos envolvidos. Os sistemas de informações aos quais nos referimos estão longe da simples contabilização de procedimentos e ações para fins de remunerações de serviços e aferição de custos. Estão sim, ligados a um amplo processo de participação e controle social, no qual as informações seriam utilizadas para análise da situação de saúde que definam prioridades e reorientem as práticas assistenciais rumo ao novo modelo de saúde.

Portanto, se o desafio é instituir um sistema público de saúde democrático, onde as prioridades sejam definidas em gestões colegiadas e participativas, com mecanismos de controle social. Neste sentido é urgente a definição de uma política de informação em saúde

que garanta a comunicação e divulgação de dados consistentes e transparentes em articulação com instituições de saúde e áreas afins que possam contribuir na identificação, processamento e análise crítica de dados e indicadores de saúde, permitindo o aprofundamento de aspectos ainda pouco explorados ou não identificados, como de relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

Além disso, a informação seria um elemento fundamental para a gestão e o controle social do SUS, por meio do desenvolvimento e implantação de uma rede de informações que abranja todos os níveis de complexidade do sistema de saúde e promova a articulação entre as instituições produtoras de informações, de modo a relacionar os dados de saúde com bases de dados demográficos, socioeconômicos e financeiros, permitindo, por exemplo, a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias, epidemiológicas e de atividades de produção de serviços, desenvolvidas nas instituições de saúde das esferas nacional, estadual, municipal e local.

A **Solidariedade/Voluntariado**, próxima subcategoria a compor as concepções do conceito de participação e controle social principalmente nas publicações desta década. No início da década de 1970, na maioria dos países, iniciou-se uma crise no setor saúde, devida aos altos custos da medicina curativa que utilizava alta tecnologia, bem como aos resultados das pesquisas evidenciando que os gastos em saúde não estavam tendo reflexos equivalentes na qualidade de vida da população.

Essa crise foi gradativamente acarretando novas estratégias baseadas em novos conceitos que deram início ao que se tem chamado a “nova saúde pública” (Santos e Westphal, 1999). A partir desse momento, uma série de iniciativas da OMS, começando pela Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde em 1977 e culminando com a 1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde em 1986, no qual estabelece os contornos do novo movimento.

Os elementos principais de todas essas iniciativas, segundo Ashton (1992), foram o interesse pela pobreza, necessidade de reorientação dos serviços de saúde, a importância da participação comunitária e o desenvolvimento de coalizões entre o setor público, setor privado e o voluntariado. O conceito de promoção de saúde, que reforça a importância da ação ambiental e da ação política, bem como a mudança do estilo de vida, foram muito importantes como referências para o movimento.

No Brasil, a democratização e descentralização abriram espaços para inúmeras experiências de participação popular e seguimentos de decisões de políticas públicas. A dimensão associativa da ordem social é um tema de crescente relevância na discussão

acadêmica, em particular com relação aos países de redemocratização recente, devido à revitalização da ação societária e à restauração das mediações entre Estado e sociedade.

Podemos observar vários registros encontrados nas publicações analisadas que buscam o enfoque da Solidariedade/Voluntariado:

“Importante notar que muito maior e permanente impacto negativo sempre fora observado nas áreas em questão, dado pelas clássicas doenças de veiculação hídrica, pela desnutrição e pela insuficiência de recursos assistenciais, redundante em altíssimas presente mortalidade infantil, que não emulava políticos e era paisagem e rotina para a população (um dos melhores produtos da cólera foi reduzir estes dados). A PC foi exercitada entre as pessoas e populações, estimulando-se a solidariedade humana e, de alguma forma, princípios de organização civil e de redes de informação. A evidência e o impacto da doença geraram desdobramentos e créditos políticos, naturalmente ensejando disputas, pressões e interesses, enquanto grandes recursos eram alocados, geralmente sem maior participação da população afetada.(17).”

“O interesse pela proposta da solidariedade crítica, como instrumento a orientar o serviço voluntário orgânico e como valor na agenda Bioética, tem, entre outras justificativas, motivações provenientes da realidade social. Solidariedade crítica e voluntariado orgânico são dois pólos que se implicam e se interceptam. Para dar clareza à discussão é necessário estabelecer a compreensão desses conceitos. A adjetivação crítica diz respeito à capacidade do agente de discernir, ou seja, de possuir critérios capazes de ajudá-lo a discriminar a dimensão social e política que estão indissociavelmente presentes na relação solidária. Assim, a solidariedade não se esgota enquanto relação típica da sociedade civil. Ao contrário, possui um elemento político que tem como referência o Estado. (36).”

“Com a progressiva mudança na cultura política e social, a sociedade brasileira encontra-se hoje num período de valorização e ampliação do espaço da sociedade civil.¹⁸ O surgimento de novas organizações sociais, aliadas às tradicionalmente existentes, a ampliação da quantidade de voluntários e de espaços para a prática do voluntariado sinalizam os inúmeros problemas sociais existentes no País. São, portanto, as organizações sociais, no espaço da sociedade civil, os novos agentes de mudança. (36).”

“Apesar de estarmos vivendo em um mundo globalizado, as cidades que concentram grandes contingentes de população vêm ganhando, nos últimos anos, uma importância significativa como espaço de intervenção e de mobilização em torno de projetos comuns e de interesses coletivos. Esses projetos necessitam, para seu desenvolvimento, da solidariedade social e da integração das políticas públicas urbanas. Considerando os problemas urbanos

contemporâneos e as possibilidades que a cidade oferece para a realização de projetos sociais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e suas agências regionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), iniciaram o Movimento Cidades Saudáveis, com o intuito de motivar governos e sociedade civil a desenvolver estratégias, em diversos setores das políticas sociais, com a implementação de projetos interinstitucionais e intersetoriais, visando realizar ações de melhoria das condições de vida e saúde da população urbana e, portanto, de sua qualidade de vida (37).”

“Neste grupo de respostas, a participação em saúde assume uma conotação, tanto do dever cívico, como do compromisso moral configurado na noção de solidariedade (25).”

Ao observarmos as unidades de registro acima, encontramos nos artigos pesquisados diferentes significados ligados a solidariedade e ao voluntariado. Entre elas podemos citar a solidariedade e voluntariado como um dos princípios da organização civil e detentoras de um elemento político estando fortemente ligadas a projetos comuns e de interesses coletivos.

Desse modo, as associações voluntárias seriam formas de ativar e estreitar as redes sociais, evitando o isolamento dos indivíduos. Na área da saúde, tais associações podem exercer importante papel para romper o isolamento individual e melhorar as condições de saúde.

Ainda que o conceito de rede seja utilizado para fazer referência a distintas realidades, apresenta, no entanto, como idéia comum, a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia.

Essa rede de solidariedade presente no tecido social brasileiro contrariou a tese de que a sociedade civil estaria totalmente desativada e apática. A importância da formação e ampliação dessas redes de solidariedade estava não só na mobilização e distribuição de recursos para famílias, grupos e pessoas em situação de carência, mas também na disseminação de uma noção de cidadania ligada à idéia de interdependência entre os membros da sociedade. Essa idéia vincula-se à noção de redes, já que essas envolvem relações de trocas, as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua (BAQUERO, 2003).

O movimento de promoção da saúde tem tomado como um dos conceitos prioritários o de empowerment, que traz na sua raiz o significado de poder, ou ganho de poder para tomar decisões, realizar ações, individual e coletivamente, visando à eficácia política, melhoria da qualidade de vida e justiça social. A questão mais significativa da aplicação da solidariedade consiste em transformar idéias em metas comuns. Nisso vai o fato de o indivíduo estar,

conscientemente associado, o que implica no seu empoderamento na vida social comum e solidária. Diferentemente do “estar junto” de maneira passiva, empoderamento pode ser descrito como agir junto, em vez de reagir. Vê-se, nessa posição de agir junto, a perspectiva do outro e do outro como si próprio. Solidariedade, assim não se confunde com voluntariado e responsabilidade social enquanto práticas sociais de cidadania. Se é verdade que não se pode construir uma sociedade e/ou dar continuidade mais justa sem contemplar a solidariedade, esta não envolve necessariamente aquela. Nessa perspectiva, seguindo Aristóteles, a Ciência Política, que se refere à investigação do que seja o “bem humano”, tanto do indivíduo quanto da comunidade na polis ou nas cidades-estados, necessariamente tem na solidariedade um atributo e um indicador da vida humana associada. (BAQUERO, 2003).

A revalorização da política da sociedade civil e, conseqüentemente, do papel atribuído ao cidadão como sujeito integrante das políticas públicas não se restringe à dimensão institucional-formal, segundo a qual os procedimentos poliárquicos servem como fatores de empowerment das pessoas. Solidariedade não se confunde com voluntariado e responsabilidade social enquanto práticas sociais de cidadania. Se é verdade que não se pode construir uma sociedade e/ou dar continuidade mais justa sem contemplar a solidariedade, esta não envolve necessariamente aquela. Nessa perspectiva, seguindo Aristóteles, a Ciência Política, que se refere à investigação do que seja o “bem humano”, tanto do indivíduo quanto da comunidade na polis ou nas cidades-estados, necessariamente tem na solidariedade um atributo e um indicador da vida humana associada.

A razão básica dessa proposição é a de que o multiculturalismo ou os aspectos da interetnicidade não substituí o universalismo do humanismo.¹² O multiculturalismo, sob a

A ausência de marcos explicativos sobre esses movimentos, possibilitaram discussões sobre o papel das associações voluntárias e/ou informais como entidades geradoras de reflexões e práticas de inclusão cidadã. Assim, as associações cívicas e voluntárias são crescentemente vistas como sendo importantes no resgate do cidadão para a esfera pública e na promoção da discussão política e das políticas do governo. De modo geral, essas organizações, por meio da estruturação e dedicação à margem de um apoio institucional, em muitos casos têm conseguido mobilizar os cidadãos marginalizados socialmente para pressionar o Estado a responder às suas demandas.

¹ GOICOECHEA, LUIK & MADIGAN (1991); CASSIRER, KRISTELLER & RANDALL (1956); HANEY II & MALEKIN (2001); KEKEWICH (2000); PULEDDA (1996).

Nesse sentido Baquero (2003), comenta que uma segunda dimensão de valorização do cidadão tem emergido recentemente, relacionando-se à possibilidade de empowerment dos cidadãos por meio do capital social, o qual se refere ao envolvimento dos indivíduos em atividades coletivas que geram benefícios em um espectro mais amplo. Essa guinada para explicações alternativas de empowerment e participação política têm gerado uma produção científica significativa sobre a validade ou não do paradigma de capital social no processo de fortalecimento da democracia contemporânea.

Por sua parte, Putnam (1996) assinala que o “bom governo” democrático não deve ser somente sensível às demandas dos cidadãos, mas deve, também, atuar com eficácia na satisfação das mesmas. O desempenho institucional, assim entendido, se relaciona, por sua vez, com o despertar da consciência cívica e com a acumulação de capital social, o qual fomenta a instauração de comunidades cívicas capazes de dar sustentação à democracia política e social.

A concepção de participação/controle social quando conectado ao sentido de solidariedade e voluntariado mostrou-se nas unidades de registros pesquisadas vinculada a valorização do cidadão como possibilidade de empowerment por meio do capital social gerado. Observa-se as unidades de registro a seguir:

“O processo de capacitar pessoas e populações para aumentar o seu controle para melhorar a sua saúde – depende de ações que sejam empowering, participativas, holísticas, intersetoriais, equânimes, sustentáveis e multi-estratégicas. Há que se desenvolver estratégias avaliativas que ultrapassem as fronteiras da tradicional prática em saúde, centrada no biológico e na prevenção de doenças através da redução de riscos individuais. (35).”

“O direito à saúde, defendido na Reforma Sanitária, traz, intrinsecamente à sua constituição, o apoio, a participação e a pressão dos setores populares. Em outras palavras, o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito. (02).”

“A importância histórica do processo de tomada de decisão dos governos locais no estabelecimento de condições para a saúde, para interferir nos determinantes sociais, econômicos e ambientais, por meio de estratégias como planejamento urbano, “empowerment” comunitário e participação da população. (35)”

Mais importante do que os benefícios gerados pela atividade voluntária, que, sem dúvida alguma, são de enorme relevância, é não perder de vista que o resultado mais transcendente de uma experiência autêntica de voluntariado é o empoderamento das pessoas num processo de educação como prática da solidariedade.

Neste sentido Sartor (2003) considera que o voluntariado não é uma revolução. Não se propõe nenhuma mudança radical e abrupta. Trata-se, no entanto, de um processo de mudança social molecular e evolutiva que tem como base a geração e o investimento constante em capital social, capaz de gerar uma massa crítica de cidadãos empoderados em todos os segmentos da sociedade, de modo a suscitar a possibilidade de mudanças sociais não abruptas, mas de grande abrangência e profundidade.

Sob diferentes perspectivas, há evidências de que os seres humanos comportam-se solidariamente uns com os outros. É, pois, uma questão perene que, em geral, a globalização econômica vem se mostrando insuficiente de tratá-la adequadamente. Para a maioria das pessoas, a solidariedade é uma emoção, um sentimento moral, uma virtude religiosa e/ou um dever natural. Para outras, um termo ambíguo de difícil objetivação analítica, principalmente para os formuladores de políticas públicas setoriais que, em geral, limitam-se a mencioná-la sem relacionar os contextos da vida humana associada da América Latina. Ao desvinculá-la de contextos macroeconômicos e sociais, desqualificam e desacreditam os demais conceitos agregados, tais quais: equidade, justiça, reciprocidade, ética, qualidade de serviços públicos e privados e o capital de relacionamentos cultural (SARTOR, 2003).

Para Teixeira (2002) a participação cidadã constitui um processo em construção, onde se verificam demandas específicas de grupos sociais, expressas e debatidas nos espaços públicos e não reivindicadas nos espaços do poder, articulando-se com reivindicações coletivas e gerais, combinando o uso de mecanismos institucionais com sociais, inventados no cotidiano das lutas e superando a clássica dicotomia entre representação e participação. Essa participação influenciaria decisivamente o processo de tomada de decisões por parte do Estado.

Em termos gerais, percebo que existe ainda um nível bastante baixo de participação da comunidade na discussão das políticas públicas, contribuindo para uma representatividade pouco significativa. Porém, muitas vezes, em outras atividades comunitárias que não definidas como políticas superam expectativas, como por exemplo, jogos, comemorações, escolas de samba, grupos religiosos e movimentos solidários (VALLA, 1998).

Para Putnam (1996), uma “comunidade cívica” se caracteriza por cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias e por uma estrutura social assentada na confiança e na colaboração. Reiterando, em uma comunidade cívica, a cidadania se envolve nas questões de interesse comum, participa na vida pública, é solidária, confiante e tolerante, embora não negue os conflitos de interesse, e se engaja em organizações cívicas que incorporam e reforçam esses valores. De acordo com essa perspectiva, a cultura cívica é a expressão não apenas das regras de reciprocidade, mas é, também, a materialização de sistemas de participação social formados pelas associações da sociedade civil, que, representam uma forma de capital social.

Um corolário resultante é que quando há, de fato, um processo interativo para decidir sobre assuntos comunitários, o lado "perdedor" não questiona a legitimidade do resultado, pois a decisão passou por uma discussão pública, inclusiva e regular do ponto de vista de procedimentos. Uma das conseqüências desse debate tem sido a proliferação de estudos que tem orientado sua preocupação para avaliar a qualidade da democracia nos países em desenvolvimento (BAQUERO, 2003).

Observa-se que a análise das práticas participativas traz à tona, na maior parte das vezes, uma leitura que oscila, de um lado, entre a apologia e o voluntarismo e, do outro, entre a indiferença e a subestimação, pouco contribuindo para a problematização dos complexos e diversificados processos em curso.

Existe, portanto, uma crescente necessidade de entender as ambigüidades dos processos sociais e os arranjos possíveis, mas principalmente os limites, tendo como referência uma análise qualitativa das práticas sociais e das atitudes dos diversos atores envolvidos, tanto nas experiências que inovam na gestão da coisa pública, como nas que mantêm inalteradas as práticas tradicionalmente desenvolvidas.

Para Putnam (1996), as práticas sociais que constroem cidadania representam a possibilidade de se constituir num espaço privilegiado para cultivar a responsabilidade pessoal, a obrigação mútua e a cooperação voluntária. As práticas sociais que lhe são inerentes relacionam-se com a solidariedade, e no encontro entre direitos e deveres. A ampliação da esfera pública ocasiona uma demanda à sociedade para obtenção de uma maior influência sobre o Estado, tanto como sua limitação, assumindo que a autonomia social supõe transcender as assimetrias na representação social, assim como modificar as relações sociais em favor de uma maior auto-organização social (Cunill Grau, 1998).

5.2 Tipos e formas de uso da participação e controle social

Como já apresentamos anteriormente, o conceito de participação e controle social é entendido e interpretado através de múltiplos sentidos por parte dos teóricos que se debruçam a estudar esta temática. Ela é um dos princípios do SUS que incorpora aspectos de ordem organizacional e supõe dos trabalhadores a incorporação de um posicionamento ético/político de caráter democrático para sua efetivação. Apresenta-se como um termo de uso corrente por parte dos trabalhadores em saúde, porém as experiências de participação no SUS são bastante diversas indicando a incorporação de distintos significados ao termo participação e controle social. Essa distinção de significados conferidos a participação e controle social, é claramente observada nos espaços concretos publicados em relação à temática. O mesmo acontece quando observamos nos artigos coletados, como o autor tem atribuído a participação e controle social sua forma/tipo de uso no cotidiano de suas práticas.

A participação e controle social tem sido usada no SUS para designar ações bastante diversas que revelam diferentes bases conceituais. Esta diversidade está ancorada em múltiplas concepções histórico/políticas/sociais que orientam as práticas de discordantes grupos sociais envolvidos na luta por espaço e poder.

É nesses contextos de construção de práticas de saúde/doença/cuidado na relação com os movimentos sociais que se manifestam concepções e ações diversas no que se refere a participação e controle social, o que implica dizer que existem várias maneiras de pensar e agir em relação a participação social.

A partir da compreensão da participação e controle social, as formas que podem nos ajudar a refletir como esta vem sendo colocada em prática nas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde em suas práticas diárias. Portanto, nesta categoria estaremos explorando três subcategorias que expressam como as concepções do **Funcionamento dos serviços de saúde, Situações de Agravo à Saúde e Associativismo**, vêm sendo operacionalizadas. A participação do funcionamento dos serviços de saúde será analisada a partir dos registros abaixo:

“Outros usuários, de ambas as localidades, entendiam a participação nos serviços de saúde como a oportunidade de manifestar-se, falar, expor idéias, emitir opiniões, queixas e sugestões sobre os serviços de saúde diretamente nas unidades ou na secretaria de saúde “Ir lá no

posto de saúde e falar com o chefe”, “É dar sugestões para melhoria”(25).”

“Apresenta-se, assim, a evolução do saber e fazer no campo da saúde pública como agente ativo dos projetos de reformulação e das intervenções, produzidas no setor saúde brasileiro, principalmente no que tange às mudanças ocorridas a partir do processo de redemocratização do país e introduz-se, ainda, a questão da participação social no contexto de promoção, proteção e recuperação da saúde. (26).”

“O controle social é, na história de democratização das políticas de saúde, um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, quer pela denúncia das "ausências e omissões" dos serviços instalados, quer pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde. (02).”

“Os desafios para ampliar a participação estão intrinsecamente vinculados à predisposição dos governos locais de criar espaços públicos e plurais de articulação e participação, nos quais os conflitos se tornam visíveis e as diferenças se confrontam, como base constitutiva da legitimidade dos diversos interesses em jogo. (41).”

“A população deve participar de todo o processo, através de seus grupos organizados e da sociedade civil, pois é ela que vive e sente os problemas no seu cotidiano. Muitas vezes as soluções racionalmente decididas não são adequadas à realidade da comunidade. Se a discussão for aberta, as soluções serão mais reais e efetivas e a sociedade, a protagonista da própria mudança. A proposta Cidades/Municípios Saudáveis recomenda a participação da população em conselhos municipais, distritais e locais que possibilitem a incorporação das informações e necessidades aos diagnósticos de situação, que permitam fortalecer o poder popular e a participação nas decisões, construindo, junto com os técnicos, uma sociedade mais justa e igualitária. (37).”

As unidades de registro apresentadas anteriormente demonstram que com o advento do SUS a participação e controle social envolve a participação política das entidades sociais e da organização da sociedade civil com a possibilidade de interferir e/ou decidir a formulação, execução, fiscalização e avaliação dos serviços de saúde e quais das políticas relativas a sua reorientação. Desta maneira, falar em participação popular requer falar na conquista de espaços e poder. Isto é, sua inclusão também na questão do controle das verbas públicas.

Dentro deste panorama, surgem duas possibilidades de pensar a participação e controle social, pois, se de um lado legitima a política do Estado, de outro, faculta a interferência e modificação desta política em prol dos interesses da sociedade civil na busca da cidadania.

A cidadania tem sido, via de regra o horizonte para o qual os movimentos sociais apontam ao reivindicarem uma saúde pública de qualidade, que atenda aos interesses das camadas populares. Assim, a saúde voltada para construção de uma cidadania ativa, aquela que os cidadãos efetivamente participam das decisões políticas que os afetam aparece nos movimentos sociais e nas organizações comunitárias.

É indiscutível a importância que os diferentes movimentos sociais conferem à saúde. Da mesma forma, pensadores modernos identificam a saúde como um caminho para a conquista de direitos sociais. Assim, no que tange à cidadania, parece haver um consenso de que a sua conquista implica o conhecimento de direitos e deveres por meio de uma sólida assistência básica de saúde.

Entendemos que a sociedade civil é construída por grupos e classes sociais detentores de acesso diferenciado ao poder político. A sociedade civil é o conjunto de cidadãos, o povo organizado de acordo com o poder de cada indivíduo e de cada grupo, o Estado é a estrutura organizacional e política que confere legitimidade ao governo. (BRESSER-PEREIRA, 1999).

O autor supra mencionado afirma que a sociedade civil engloba todas as relações sociais que estão à margem do Estado, mas que exercem algum tipo de influência sobre ele. O caráter mais ou menos democrático do sistema político existente em um país fará com que sua população se transforme ou não em povo, ou seja, no conjunto de cidadãos com direitos políticos efetivos e teoricamente iguais. Nesses termos, o povo pode ser considerado não como o objeto sobre o qual o Estado exerce seu poder, mas como um de seus elementos constitutivos.

No capitalismo contemporâneo, bem como em qualquer outro sistema de classes, o poder político deriva da sociedade civil. Na sociedade civil o povo, constituído pelos cidadãos, se organiza, formal e informalmente, das formas mais variadas: como classes sociais, frações de classes, grupos de interesse, associações. Desta forma pode-se afirmar que a sociedade civil é o povo organizado e ponderado de acordo com os diferentes pesos políticos de que dispõem os grupos sociais em que os cidadãos estão inseridos.

Para os serviços de saúde/trabalhadores, os registros nos indicam que a sociedade civil organizada absorveu um papel de responsabilização social e começou a lutar pelo interesse

público. Desta forma a medida que as organizações da sociedade civil passaram a ser cada vez mais reconhecidas pelo sistema jurídico como interlocutores políticos válidos e a ganhar legitimidade política, o espaço público aumentou em densidade, criando as condições básicas para a democracia participativa.

Para Bresser-Pereira (2005) de um lado, a sociedade civil será muito mais democrática na medida em que organizações corporativas se tornem mais representativas. No entanto, será muito mais democrática na medida em que as organizações de responsabilização social públicas não-estatais, defendendo direitos e praticando a responsabilização social, alcancem maior desenvolvimento.

Nos registros apresentados em relação a expressão nos serviços de saúde percebe-se que a participação e controle social é vista como a oportunidade de manifestação dos usuários, os quais emitem suas opiniões e expressam idéias, porém estas não se configuram em garantia de inclusão nos projetos políticos da organização da assistência.

Uma parte da literatura sobre o tema da participação aposta na perspectiva da sociedade civil, no potencial emancipador das organizações civis para a efetivação da participação e controle social. Essa literatura partilha a convicção de que três aspectos tornam as organizações da sociedade uma força autêntica e democratizadora: sua lógica deliberativa (versus a lógica baseada em interesses), sua natureza descentralizada e seu enraizamento na vida social das comunidades e sua autonomia em relação ao Estado, aos partidos políticos ou grupos de interesses. Essas características dariam às organizações civis uma lógica democratizadora particular que contrasta favoravelmente com a lógica tecnocrática das agências estatais. (BRESSER-PEREIRA, 2005).

O problema dessa interpretação acerca do papel da sociedade civil na efetivação da participação reside no reforço de uma leitura dicotômica das relações Estado (autoritária) e sociedade (democrática). No entanto, uma nova literatura sobre a sociedade civil abandonou antigas interpretações que opunham Estado e sociedade para voltar-se para uma série de temas emergentes – cidadania, novos espaços de participação, desenvolvimento local, etc.

Esta perspectiva, não deixa de destacar o novo caráter que adquire a sociedade organizada, no sentido de, através dos fóruns, participar da gestão da coisa pública, ou de se constituir como fazedora de política.

Acreditamos que, a partir dos resultados obtidos neste estudo, temos condições de afirmar que os profissionais/governos comprometidos com a participação podem também

contribuir na formação e capacitação dos usuários. Eles podem criar condições para que as pessoas não apenas participem de fóruns, mas também ganhem referências mais sólidas a respeito dos temas tratados nele.

Os argumentos aqui apresentados nos conduzem a algumas conclusões. No contexto atual do SUS, a continuidade da luta pelo direito à saúde implica a defesa articulada das medidas que melhorem a qualidade de vida e que assegurem o acesso às ações e serviços de saúde que sejam necessários. Tal luta envolve hoje um amplo leque de atores sociais, muito além dos técnicos sanitaristas do movimento sanitário. Envolve os movimentos sociais, incluindo aqui as organizações não governamentais, cada vez mais presente nas instâncias de participação e controle social; envolve os profissionais de saúde, envolve os gestores, entre outros.

No contexto atual, isso significa enfrentar e tentar superar as tensões decorrentes do crescimento dessa participação mais ampla na formulação das políticas e gestão do SUS. Talvez uma das estratégias de formação e consolidação desse leque de alianças seja a aprofundamento da discussão democrática e ampliada sobre as necessidades de ações e serviço de saúde.

Concluindo, a participação e controle social nos espaços públicos se coloca como estratégia fundamental ao desenvolvimento do SUS, reafirmando sua vitalidade e potencialidade. Além das formas de participação institucionalizada, impõe-se a identificação de outros espaços de escuta da população, para que sejam indicados os modos de participar concretos que a população prioriza. Portanto, a partir da construção de processos de escuta ativa, os espaços tradicionalmente reconhecidos como de controle social poderiam ser reinventados. Para isso, é fundamental que as vozes da população sejam ouvidas, reconhecidas como provenientes de uma sabedoria prática e incorporadas às práticas dos trabalhadores em saúde.

Outra forma freqüente encontrada nos registros relativa à participação e controle social é em situações que chamamos de **Agravos à Saúde**. Estas são marcadas por um aumento alarmante de algumas doenças em determinada região ou até mesmo um quadro epidêmico, onde a população é conclamada a participar, fazer controle popular no sentido de diminuir os prejuízos causados pelos infortúnios. Observemos o exposto a seguir:

“Em ambos os casos, e até pela epidemiologia própria da SM no Brasil, o bom funcionamento do SUS e ampla participação

comunitária são elementos essenciais. Pode-se simplificar, entendendo que um programa de SM no Brasil pode começar massiva e centralizadamente, em níveis regionais ou municipais, mas em pouco tempo se fazem necessárias atividades descentralizadas para a consolidação do programa em clusters de localidades, bairros ou casarios onde remanescem focos residuais (17).”

“Buscava-se denunciar a “culpabilização da vítima”, presente nas mensagens e reportagens veiculadas pelos meios de comunicação em que “a falta de consciência da população” e a “não ajuda ao combate dos focos” eram a constante. (12).”

“Os achados desta pesquisa, semelhantes aos de outros artigos, são bastante preocupantes, uma vez que o principal resultado a ser alcançado por meio das atividades de participação comunitária, as mudanças de práticas com relação aos criadouros dos vetores da dengue, não está sendo viabilizado ou não tem atingido níveis suficientes para a não-ocorrência de transmissão da doença. (13).”

“Neste estudo, o tratamento medicamentoso em massa e o uso de moluscicidas foram medidas excluídas do programa. A expectativa era de que o modelo fosse capaz de reduzir os indicadores da endemia na área e que a pesquisa participativa fosse o ponto de partida para os procedimentos de coleta e análise dos dados. Além disso, espera-se que a participação ativa da população nas ações de controle fosse uma forma de mobilização coletiva em ações de saúde pública. A participação popular em programas de controle pressupõe considerar o indivíduo como principal foco de atenção, levando em consideração toda a sua bagagem de (des)conhecimento sobre a endemia (causa, prevenção e tratamento), seu comportamento, os modos de contato com água e os fatores sócio-econômicos, que definem o modo de transmissão específico para cada grupo de indivíduos. (16).”

“Com o apoio e a participação da comunidade da AE realizaram-se: solicitação de providências da Prefeitura Municipal, que executou a limpeza dos terrenos baldios, casas e construções abandonadas, de praças e locais públicos; organização da “rua sem dengue”, em cinco domingos em diferentes ruas do bairro, com apresentações de teatro e pagode e atividades com crianças, na forma de gincanas, brincadeiras de memória e amarelinha, pintura de mensagens em muros e colocação de placas nos terrenos baldios limpos; montagem, aos domingos, de barraca com a demonstração do ciclo do Aedes; desenvolvimento de atividades com as igrejas, baseando-se nas redes locais para coleta de lixo reciclável e troca de pratos de vasos por pratos justapostos; desenvolvimento e utilização de material educativo específico à realidade local. (24).”

Do ponto de vista epidemiológico, as chamadas grandes endemias têm assolado populações ao longo da história, com grandes perdas sociais, localizadas principalmente no nível dos extratos menos favorecidos. Na base de seu conceito, ultrapassada a fase de teorias simplistas e de causalidade meramente biológica, cada vez mais se impôs a necessidade de que fatores sociais e políticos fossem contemplados como elementos fundamentais, tanto em sua compreensão, como em seu controle.

No mesmo contexto, as grandes endemias constituem hoje um dos maiores desafios à competência do modelo pensado, desde que afetam e dizimam exatamente as populações que dependem diretamente do funcionamento desse modelo.

Sua abolição no primeiro mundo atesta que são preveníveis, em geral, na dependência de ascensão social e de acesso às tecnologias já disponíveis. Como enfocá-las num Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases éticas e políticas pressupõem a equidade e a universalidade? No nível mais específico da participação com respeito ao controle de endemias, uma conclusão geral se coloca: ela se torna cada vez mais necessária em casos como a explosão do dengue e da definitiva implantação da vigilância epidemiológica (no caso de todas as grandes endemias), assim como é imprescindível para lograr de vez a cobertura e a continuidade requeridas em programas voltado a doenças endêmicas.

A participação no controle dessas doenças significa um processo em construção que requer impulso externo, competência em sua condução e liberdade para ampliar-se com autonomia e de modo autosustentado, democrático e responsável. Há ainda muito que aprender, em termos de postura e compreensão das equipes técnicas que se envolvem com a comunidade, muitas vezes de forma meramente burocrática e induzida de cima ou de fora, sem maior compromisso ou responsabilidade social.

Assim, o problema da mobilização social em saúde não estaria apenas no fato de imputar aos indivíduos a responsabilização pelo seu estado de saúde. O problema estaria no fato de desconsiderar que a responsabilidade individual é limitada pela existência (ou não) de suportes sociais/coletivos que possibilitem o desenvolvimento de um “individualismo positivo”.

Não nos interessa eliminar a individualidade, mas sim fortalecê-la a partir da disponibilidade de suportes coletivos. Dentre os diversos suportes requeridos para o exercício de uma individualidade saudável devem estar tanto os bens materiais, mas, também, os bens espirituais – a compaixão, a solidariedade, o respeito – que também dão sustentação à ação.

É necessário perceber que a população expressa sua participação no SUS de várias maneiras, as quais estão relacionadas às experiências que tem com o sistema de saúde, às

vezes de modo a interferir na gestão do sistema, às vezes apenas atendendo às solicitações de participação dos serviços de saúde.

É preciso que o exercício do controle social aconteça dentro e fora dos conselhos de saúde, em conselhos gestores, conselhos populares, pólos de educação permanente, em foros independentes, como também nos movimentos voltados para necessidades específicas.

Não podemos esquecer de que uma rede cuidadora não é restrita aos serviços de saúde. Mais do que isto, pressupõe a articulação com outros recursos da sociedade, como apoio familiar, religiosidade, alternativas de sustentação econômica, moradias, redes de solidariedade e outro que compõem as redes sociais de apoio.

Neste olhar de como vem sendo exercida a participação e controle social no SUS emerge a terceira subcategoria denominada **Associativismo** como um forte componente encontrado nos artigos por nós pesquisados.

*“Nos locais de debate público sobre as questões de saúde, os profissionais de saúde traziam suas preocupações com o aumento de casos de dengue e buscavam reforçar a divulgação de informações sobre as condições ideais para a reprodução do vetor de transmissão da dengue (o *Aedes aegypti*). Já os moradores da região, em suas maiorias residentes em favelas, representados através de associações de moradores e outras entidades, como grupo de mulheres, pastoral de favelas e pastoral da saúde, apontavam que as ações individuais que poderiam desenvolver, enquanto indivíduos, estavam limitadas pelo alcance das políticas públicas de saneamento que, historicamente têm seu alcance restrito aos setores mais abastados da população. (21).”*

“Essa favela possui uma especificidade bastante interessante para o desenvolvimento de trabalhos comunitários. Pelo empenho da associação comunitária e da organização de seus moradores, foram construídos diversos equipamentos sociais, como creches, pré-escolas, oficina de marcenaria, tecelagem, reciclagem de papel, padaria e outros. Entre esses equipamentos, há na favela uma unidade de saúde, o Ambulatório Monte Azul, que trabalha com profissionais remunerados pela Associação Comunitária Monte Azul (Acoma), desenvolvendo atendimento em nível básico, principalmente para mulheres e crianças, ações de prevenção, como o pré-natal, atendimento ginecológico, incluindo exame preventivo de câncer, contracepção, com colocação de dispositivos intra-uterinos e venda de pílulas anticoncepcionais e injeções hormonais anticoncepcionais. Esse ambulatório já realizou, também, parto normal em suas próprias dependências, serviço desativado no momento. (34).”

“Uma associação de pacientes significou a possibilidade de reconstituir laços sociais e de ajuda mútua – em contexto no qual a possibilidade de as pessoas participarem dos processos que lhes dizem respeito como cidadãs e que influenciam diretamente suas vidas é bastante dificultado pela insegurança e pressão causadas pela instabilidade social e econômica, reforçada pela baixa escolaridade. O sentimento de participar de uma comunidade, de se sentir importante e parte de alguma ação social foi capaz de fazer com que esses indivíduos elevassem sua auto-estima e recuperassem algum sentido para continuar vivendo. (38).”

“En este caso, una organización comunitaria de un barrio de población negra de bajos recursos, decidió tomar el control sobre los dos hospitales de la zona que les negaban el servicio. Después de varios años de ejercer este control, decidieron evaluar los resultados de su acción encontrando que no había habido cambios significativos como consecuencia de la misma. A partir de estos resultados, la organización solicitó a un centro de investigación un estudio que permitiera explicar lo que había sucedido y que los orientara sobre cuáles podían ser medidas efectivas para mejorar la salud de los miembros de la comunidad. El estudio señaló como principales causas de hospitalización a una serie de problemas — accidentes automovilísticos, ataques interpersonales, otros accidentes, malestares respiratorios, alcoholismo, drogadicción y mordeduras de perros — que, en realidad, eran en su mayoría problemas sociales antes que enfermedades y que, por ello, excedían al buen funcionamiento de los hospitales. En consecuencia, la organización comunitaria llevó a cabo un cierto número de acciones para combatir las causas de la hospitalización. (06).”

O associativismo e a mobilização comunitária demonstram que a democratização política e a descentralização das políticas sociais no Brasil, abriram espaço para novas experiências de participação e controle social em arenas de decisão política. A dimensão associativa da ordem social denota, que as experiências descritas pelos autores deste estudo, revitaliza a ação societária e restaura as mediações entre Estado e sociedade.

A hipótese na literatura é que a participação em associações produz capital social relevante, o que significa que promove e facilita o engajamento político. Esse tipo de capital é produzido como consequência da experiência política e da informação que é regularmente comunicada dentro da rede de relações sociais do indivíduo (BAQUERO, 2003).

Uma das idéias mais consistentes em torno da discussão sobre a democracia é a de que ela só sobrevive através da confiança. Seu fortalecimento, portanto, depende do fim do monopólio da representação e agregação de interesses hegemônicos. As circunstâncias atuais exigem outras formas de agregar demandas. Embora o capital social seja fomentado por uma

variedade ampla de interações entre os membros de uma comunidade, o que se pode observar é a prevalência de filiações em organizações voluntárias em um determinado contexto. Ser membro de associações tem se tornado um indicador adequado para examinar a formação de capital social. Acredita-se que, ao fazer parte de uma associação, as pessoas desenvolvem interações entre si, aumentando a possibilidade do desenvolvimento de confiança recíproca entre elas. Este fato demonstra o aumento da capacidade da ação coletiva, cooperação e confiança entre as pessoas, possibilitando que os objetivos coletivos sejam alcançados mais facilmente.

Capital social, portanto, não é simplesmente um atributo cultural cujas raízes só podem ser fincadas ao longo de muitas gerações, ele pode ser criado, desde que haja organizações suficientemente fortes para sinalizar aos indivíduos alternativas aos comportamentos políticos convencionais: “as dotações pré-existentes de capital social são recursos valiosos na construção de relações sinérgicas entre Estado e sociedade civil, mas não podem ser consideradas como a raridade decisiva. As comunidades que desfrutam os benefícios da sinergia não desfrutam necessariamente dotações prévias excepcionais de capital social” (EVANS, 1996).

O capital social será tanto mais forte quanto mais ele permitir a ampliação do círculo de relações sociais em que vivem aqueles que participam de sua construção. O capital social é um potencial e poderoso conceito das Ciências Sociais. Ao contrário da cultura política, que enfatiza a estabilidade ideológica e a estabilidade das democracias, a teoria do capital social tem no centro de sua análise o desempenho das instituições democráticas. Putnam (1996) argumenta que as instituições são instrumentos para alcançar propósitos e não meramente concordâncias. Os cidadãos querem que o governo faça coisas e não simplesmente decida coisas. Pode se dizer que às atitudes e normas propostas pela teoria de cultura política acrescenta-se uma dimensão avaliativa de como fazê-las, de maneira eficiente, é nisso que se constitui o capital social.

A premissa do capital social é a de que permite ações cooperativas comunitárias e resolve os problemas comuns da coletividade. Assim, o conceito de capital social torna-se atraente, pois agrega características da vida social, principalmente relacionados aos aspectos negligenciados da vida política de uma cidade.

Uma diferença importante entre capital social e outras formas de capital é que o capital social existe em uma relação social. Reside nas relações e não no indivíduo sozinho, como é o caso de habilidades de capital humano. É construído em coletividades institucionalizadas tais

como: universidades, governos, associações informais de pessoas em que o conhecimento e as visões de mundo formam-se e são transferidas (BAQUERO, 2003).

Pensamos, porém que, mesmo ocorrendo a participação dos usuários em associações, se os profissionais de saúde e as autoridades constituídas, às quais cabe operacionalizar as deliberações decorrentes do SUS, não o fizerem, ela deixa de ter significado e pode, inclusive, deixar de acontecer.

A participação popular diferencia-se da modernização, do mutirão, por ser uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pelas políticas públicas na área social. Esta participação, se de um lado legitima a política do Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública (VALLA, 1998).

Embora o surgimento da prática da participação institucionalizada tenha sido inicialmente motivado em decorrência de uma necessidade socialmente construída de fiscalizar e controlar o Estado, é possível, através desta mesma participação avançarmos na construção de uma rede de serviços de saúde onde todos os envolvidos, ao lutarem por seus direitos, o façam enquanto cidadãos comprometidos com o coletivo.

Desta maneira, a participação democrática da sociedade civil em colegiados, como as associações de moradores e conselhos de saúde, pode contribuir decisivamente para organização de uma rede local de saúde, mais resolutiva, mais equânime e com maior solidariedade e poderá também contribuir para que tenhamos condições de vida e, conseqüentemente, maior justiça social.

Concordando com Bresser-Pereira (1999) adoto, assim, um modelo otimista, porque aponta na direção de democracias consolidadas, mas não ignoro que o processo histórico é cheio de altos e baixos, de avanços e retrocessos. E tenho também claro que o fortalecimento da sociedade civil pode ocorrer em um momento anterior à consolidação do capitalismo e da democracia. Nos países europeus a luta pelos direitos civis e pelos direitos políticos, ainda no século dezenove, foi como sabemos o produto de intensas lutas sociais. Já existia, portanto, uma sociedade civil atuante nesses países, ao mesmo tempo em que o Estado buscava se consolidar. O movimento dialético entre o Estado e suas elites e a sociedade civil, consubstancia que é neste século que a sociedade civil deixa de ser objeto e passa a ser sujeito da reforma ou da mudança social.

A participação e controle social relatada pelos autores, objeto desse estudo foi fruto de um movimento organizado da sociedade civil, o qual foi desencadeado com o processo de redemocratização do país a partir da década de oitenta e assinala uma possibilidade de

transformação dos sujeitos sociais em sujeitos políticos. Para Merhy (1996) os sujeitos sociais, como sujeitos políticos, se caracterizam a partir de seus projetos, em torno dos quais articulam seus interesses e expõem suas vontades como ação. Encontrando-se em determinados contextos sociais, encontram-se sempre em disputa com outros sujeitos sociais. É na luta que os sujeitos sociais se conformam como formuladores, portadores e executores de política, isto é, como sujeitos políticos.

O sujeito social passa a ser político quando sua ação é proveniente de um projeto político que pode ser individual e/ou corporativo ou coletivo. Para identificarmos um projeto como sendo de interesse coletivo é preciso que seus objetivos ultrapassem os interesses corporativos e/ou individuais.

Quando falamos da transformação dos sujeitos sociais em sujeitos políticos, estamos nos referindo não só aos usuários dos serviços de saúde, mas também e com a mesma convicção aos trabalhadores de saúde que executam as políticas definidas nesta área. Neste sentido olhando o espaço da participação e controle social enquanto local de disputa de diferentes interesses dos sujeitos sociais envolvidos, representantes de usuários e prestadores, deve-se garantir que todos sejam ouvidos, todos possam exteriorizar seus pontos de vista, democraticamente, permitindo o entendimento, transformando esses sujeitos sociais em sujeitos políticos conscientes e responsáveis. Em outras palavras, cidadãos comprometidos com o coletivo, acima de tudo.

Existe uma lacuna imensa entre o que os usuários necessitam e buscam e o que o Estado, através das políticas implementadas, oferece. Isto leva-nos a pensar que, até certo ponto, estaríamos utilizando a participação da sociedade civil nos fóruns existentes, apenas para legitimar a proposta política oficial. Ou ainda, para compensar as deficiências desse mesmo Estado.

Além disso, para as instituições, produzir saúde não é a única finalidade para a sua existência, enquanto para o usuário, recuperar a saúde é a única lógica, a única razão porque ele demanda esse serviço. A finalidade dos serviços de saúde, a lógica do seu funcionamento obedecem critérios de racionalidade que, com certeza não devem ser os mesmos para os usuários. Para este, o que interessa é ter seu problema de saúde resolvido, problema este quase sempre expresso em dor, sofrimentos, critérios que não tem nada de racional e exigem ações imediatas.

Encontrar uma maneira de satisfazer as necessidades dos usuários e, ao mesmo tempo, que os serviços atinjam seus objetivos, é um dos desafios da gestão colegiada, na qual, usuários e prestadores, além de poderem decidir sobre as questões mais abrangentes da

política de saúde, possam também incluir em suas pautas de discussão as demandas que exigem intervenções mais imediatas, originadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Dentre os princípios do SUS, o que aponta as condições para o exercício da cidadania, através da participação da população é, ao meu ver, um dos mais importantes. Isto porque, ao mesmo tempo em que permite ao cidadão a possibilidade de praticar o controle, fiscalização das ações de saúde, dá a ele também o direito e a responsabilidade de tomar decisões, as quais podem ter como consequência a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Isto é, ao mesmo tempo em que o exercício do controle social confere ao cidadão esse direito atribui-lhe também a responsabilidade pelo que possa ajudar e decidir.

Outro aspecto importante a ser considerado quando pensamos o controle social dos serviços de saúde, é que este controle não deve restringir-se apenas à disponibilidade ou não do serviço, mas abarcar também e principalmente a qualidade das ações oferecidas. Esta qualidade estará sendo determinada em parte pelas condições materiais existentes, pelos projetos de interesse dos que operam o serviço, e em parte também pela concepção do processo saúde/doença, que os formuladores e executores destas ações possuem assim como os usuários desse serviço. A visão reducionista do processo saúde-doença, concebido apenas como um fenômeno biológico e individual, fundamenta as ações medicalizadoras e assistencialistas, ainda hoje hegemônicas no sistema de saúde, que concebem o indivíduo descontextualizado de sua história, de sua singularidade e de suas condições concretas de vida e trabalho.

Nas políticas de saúde, portanto, múltiplos interesses e influências estão presentes na formulação e na implementação. Os modelos de atenção, por sua vez, se estruturam com referência às políticas de saúde vigentes. Recorrendo à história é possível identificar os modelos de atenção com referência às políticas sociais. Encontramos desde o enfoque da seguridade social com modelos de cunho assistencialista, até a construção de sistemas de saúde com modelos fragmentados; políticas liberais com modelos de orientação ao mercado; políticas de bem-estar com modelos integrais e universais; políticas neoliberais com modelos de seguros públicos e privados. Observa-se neste cenário dinâmico o surgimento de propostas de incorporação de terceira onda de reformas com enfoques de proteção social mais solidários e integrais, não dirigidos exclusivamente a resolver demandas de serviços de saúde individual com enfoque curativo, mas incorporando a promoção da saúde e o controle.

Nesse sentido, um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar um sistema de saúde. Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre

sujeitos/profissionais de saúde e usuários, mediadas por tecnologias, materiais e não-materiais utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas, danos, riscos e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

5.3 Finalidade/Motivação para a ação da participação e controle social

Esta categoria denominada de **Finalidade/Motivação para ação da participação e controle social**, do conceito de participação e controle social procura mostrar a maneira pela quais os autores vêm descrevendo em suas publicações, para que vem servindo no cotidiano de suas ações a participação e controle social. Esta categoria, como apontado anteriormente acomoda duas subcategorias descritas a seguir: **Mobilização popular ligada a endemias e Vinculação aos Serviços de Saúde Reforço para Atuação da Equipe de Saúde.**

Em um primeiro momento são revelados registros que conferem a subcategoria de participação e controle social o status de mobilização popular ligadas a endemias; notadamente encontrados nos registros a seguir:

*“Um dos grandes problemas das doenças transmitidas por vetores é conseguir a participação efetiva da população no seu controle. No caso específico da dengue, como a grande maioria dos criadouros de *Aedes aegypti* e/ou *Aedes albopictu* encontram-se nas residências ou em suas imediações, esta questão torna-se vital para a eficácia das medidas de controle. (13).”*

*“Um dos primeiros artigos encontrados na literatura, onde se relata a participação popular nas ações de controle, foi descrito por Barbosa et al. (1971), que, estudando o Município de Pontezinha, PE, ofereceram fossas secas às residências, lavanderias comunitárias e educação popular aos expostos à infecção pelo *Schistosoma mansoni*. Observaram, ao final de sete anos, que ocorreu queda da prevalência quando comparou às das áreas de controle, nas quais não foram adotadas quaisquer medidas. O tratamento e o fornecimento de água combinado à educação popular constituem potencialmente as medidas mais eficazes para o controle da esquistossomose. (16).”*

“Com a eclosão da epidemia de dengue no município e na região da Leopoldina, a legitimidade das instituições governamentais de saúde

ficou ameaçada, principalmente pela exposição nos meios de comunicação de massa, da fragilidade e dos limites das estratégias de controle utilizados pelos serviços de saúde. Essa situação proporcionou que houvesse uma ampliação da aliança entre os profissionais dos serviços locais de saúde e os moradores organizados em torno do movimento político pela saúde na região da Leopoldina, em 1991. Com a mobilização social em torno da epidemia, os moradores tiveram a oportunidade de expor publicamente a situação de vulnerabilidade a que se encontravam submetidos. (21).”

*“O problema da transmissão do dengue no Brasil tem se agravado nos últimos anos. Para Tauil (2001), as razões para tal situação são complexas e não totalmente compreendidas. Uma das possíveis explicações é que, apesar do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* ter abordado a descentralização e a participação da comunidade, o modelo desenvolvido na prática baseou-se em métodos verticais que buscavam a eliminação do mosquito por meio de inseticidas (MS, 1996). Nesta perspectiva a comunidade fica, na maioria das vezes, como espectadora e na dependência de ações previamente definidas. Quando solicitada, sua participação se resume ao desenvolvimento de tarefas pontuais, que não exigem envolvimento para que de fato se dê a incorporação de práticas de eliminação dos criadouros, a ponto de evitar ocorrência de dengue. (24).”*

“Em fase de vigilância entomológica, a participação da população tem-se mostrado de grande eficácia na descoberta de focos de triatomíneos, sobrepujando, muitas vezes, a pesquisa domiciliar de rotina. Em algumas áreas, a população está familiarizada com a eventual domiciliação de triatomíneos; o imediato atendimento à notificação, por parte da SUCEN, através da realização de pesquisa cuidadosa de amplitude do foco e do expurgo do mesmo, quando indicado, constitui uma forma de garantir a credibilidade no Programa e, ao mesmo tempo, assegurar que a área permanece sob controle. Por outro lado, as notificações constituem seleção prévia das casas a serem pesquisadas e, portanto, com maior chance de serem encontradas infestadas. Em 1983 verificou-se que a pesquisa nas casas onde o morador encaminhou triatomíneos para a SUCEN apresentou positividade de 12,8% contra 0,14% nos trabalhos de pesquisa de rotina, dados que mostram a eficiência dessa atividade¹¹. (31).”

A este tipo de participação e controle social, representada pelos autores sujeitos desse estudo, o qual enquanto subcategoria chamamos de **Mobilização Popular Ligada a Endemias**, reservamo-nos a uma análise que coloca em risco o real sentido do conceito de participação por nós utilizado. A história da saúde e da doença é, desde os tempos mais

longínquos, uma história de construções de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente. A história da saúde mostra que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo, pois, diferentes narrativas sobre os processos de saúde e doença.

Num passado ainda recente a doença era frequentemente definida como "ausência de saúde", sendo a saúde definida como "ausência de doença" - definições que não eram esclarecedoras. Algumas autoridades encararam a doença e a saúde como estados de desconforto físico ou de bem-estar. Infelizmente, perspectivas redutoras como estas levaram os investigadores e os profissionais de saúde a descurar os componentes emocionais e sociais da saúde e da doença (Bolander,1998).

Definições mais flexíveis quer de saúde quer de doença consideram múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como factores psicológicos, sociais e biológicos (ibidem). Contudo, apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais. Por outro lado, e apesar de todos os avanços na pesquisa biomédica, o nosso sonho de atingirmos ou mantermos uma saúde física e mental permanece exactamente isso - um sonho que, além de tudo, vale a pena prosseguir face aos efeitos da doença nos indivíduos e na sociedade (Diener,1984). Isto é, a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É pessoal, porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionado com a saúde física e mental da pessoa. É social, pois a doença de uma pessoa pode afectar outras pessoas significativas (p.ex.: família, amigos e colegas).

O modelo biomédico, aplicado à saúde pública, desenvolveu-se, segundo Ribeiro (1997), devido ao reconhecimento de que: a) as doenças infecciosas eram difíceis senão impossíveis de curar e, uma vez instaladas no adulto, o seu tratamento e a sua cura eram dispendiosos; b) os indivíduos contraíam doenças infecciosas em contacto com o meio ambiente físico e social que continha o agente patogénico; c) as doenças infecciosas não se contraíam a não ser que o organismo hospedeiro fornecesse um meio favorável ao desenvolvimento do agente infeccioso. E acrescenta. Para prevenir as doenças era necessário controlar os agentes patogénicos, o que foi feito, por exemplo, controlando a sua mobilidade através da construção de sistemas de esgotos e de distribuição de água potável e da gestão de migrações, ou destruindo esses agentes, por exemplo, através da clorificação das águas de consumo, e finalmente, já bem dentro do presente século, produzindo vacinas. Quando essas medidas falhavam, intervinha a medicina curativa que, a partir de meados do século XX, encontrou nos antibióticos um auxiliar eficaz na destruição desses microorganismos. É

provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos resida no que se convencionou designar como medicalização.

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Decorridos pouco mais de dez anos da divulgação da Carta de Ottawa (Brasil, 2006), um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. Portanto, ter saúde é mais do que não estar doente, pois envolve uma concepção de vida com qualidade a qual se traduz no cotidiano.

Para tanto, de fato, os pré-requisitos para se ter saúde e a maximização de seu potencial implicam necessariamente na participação de vários setores sociais nos interesses da maioria.

Este ênfase na compreensão da saúde como um processo, no qual prioriza a vida com qualidade ao invés de ausência de doença, situa a promoção da saúde em oposição crítica a medicalização da vida social e em defesa do posicionamento político em torno de relações sociais mais equitativas.

Este ponto vem de encontro em especial, da diminuição da desigualdade do Estado de Saúde entre as populações de um mesmo país, como alerta a Declaração de Alma-Ata (Brasil, 2006), e relaciona as condições de vida com os níveis de saúde da população.

A promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva (Leavell e Clark, 1976), seu

significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos do segundo grupo. Este sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Governantes pouco sensíveis às idéias progressistas fazem uso freqüente do termo "participação popular", principalmente quando perdem o controle de agravos que ameaçam a população como um todo: epidemias de dengue, meningite, enchentes, acidentes de trânsito, etc. Nestes momentos, fazem campanhas que ensinam a população a identificar os sinais de males que podem ameaçar "toda" a população, e não apenas a classe trabalhadora. Neste sentido, um dos pontos essenciais de uma participação efetiva da população é sua capacidade de apontar as áreas em que julga necessária sua intervenção (Carvalho, 1995).

O uso preciso do termo "participação popular" é essencial, pois atores representantes de todas as forças da sociedade utilizam o termo, fazendo com que o seu emprego ambíguo escamoteie a relação "impostos-serviços básicos-qualidade de vida" da população trabalhadora (Valla e Stotz, 1994).

Ao analisarmos esta subcategoria devemos levar em conta que quando a população é conclamada por parte dos serviços/profissionais de saúde à participar de ações no sentido de responsabilizar-se pela erradicação, prevenção ou eliminação de doenças, jamais ela deve ser percebida como instrumento de manobra.

O que ocorre com freqüência, é que na maioria das populações atingidas por tais infortúnios são exatamente aquelas que vivem em um processo de pauperização e marginalização no interior da sociedade brasileira.

No cotidiano dos serviços de saúde, é possível observar a expressão dessa concepção quando pobreza e falta de participação são associados. Nesse sentido, algumas vezes a

população é tratada como culpada por ser pobre, ou por não querer participar das ações planejadas pelas equipes de saúde. São situações que muitas vezes ocorrem sem que os profissionais de saúde reflitam as concepções que orientam tais sensações e práticas.

Assim, a população marginal seria caracterizada pela ausência de participação ou por uma participação limitada nos espaços onde se dão os benefícios sociais e as decisões da sociedade. Fala-se então em participação passiva, que estaria relacionada ao acesso a bens e serviços de consumo coletivo, e participação ativa, que se refere a participação direta nos processos decisórios. A questão que se coloca é que as formas de participação expressas pela população são tidas como resultado apenas da desorganização interna, da ignorância e/ou passividade dos grupos marginalizados, sem que se considere o contexto político, histórico e social nos quais se inserem.

Este olhar nos remete a afirmar que os grupos marginalizados encontram-se à margem, portanto alijados dessa sociedade que os convoca à participar, sem oferecer-lhes acesso a produtos e serviços necessários para suas sobrevivências. Esta marginalização ou exclusão social, imputados à grande maioria da sociedade civil em nosso país, é fruto de desigualdades históricas.

Neste sentido, olhar a realidade social concreta sem considerar os sujeitos sociais nela inseridos e em permanentes construções cotidianas, impossibilita a apreensão e análise dos conflitos e contradições inerentes ao próprio processo histórico. Este fato se reafirma, quando em razão de sua pobreza são julgados culpados pelos infortúnios que os atingem e por este motivo os serviços/profissionais de saúde precisam animá-los, esclarecê-los, ensiná-los para que só assim possam participar dos benefícios do progresso econômico/político/cultural da nação.

Esta visão conectada a participação e controle social, leva consigo um forte componente de exclusão social por parte deste segmento da sociedade civil.

A inversão conferida ao sentido de participação, fica patente no momento em que se responsabiliza a própria população como culpada pela sua marginalização.

São observados nas unidades de registros da subcategoria Mobilização Popular Ligada a Endemias, que os contextos de construção de práticas de saúde-doença-cuidado na relação com os grupos e movimentos sociais que se revelam concepções e ações diversas no que se refere a participação, o que implica dizer que não existe uma única forma de pensar a participação social, mas muitas.

Dentre as formas de compreender a participação social, sobressaem algumas concepções, que podem nos ajudar a refletir a participação no SUS. São elas: a participação

associada à idéia de integração de grupos tidos como marginalizados; a participação associada ao chamado “desenvolvimento comunitário” e a participação entendida como participação popular. Nos regimes democráticos, há a proposta que os direitos "individuais" de cada cidadão sejam respeitados. Mas essa proposta somente teria sentido se todos os cidadãos brasileiros tivessem acesso pleno aos serviços básicos.

No campo da saúde pública, percebe-se que as práticas voltadas para os processos de saúde-doença-cuidado são medidas por interesses dos diferentes segmentos envolvidos, sejam da sociedade civil, gestores ou profissionais de saúde. As práticas são, ainda, permeadas e influenciadas pelas aproximações com os vários saberes científicos. É nos confrontos e nas aproximações que se estabelece nas dinâmicas que compõem essas relações que as ações dos movimentos sociais voltados para a saúde vão adquirindo seus contornos, ao mesmo tempo em que se expressam em termos de correlação de forças com os interesses dominantes, consolidando ainda algumas de suas demandas em saúde. É sabido que a proibição quanto ao direito de se expressar livremente nem sempre impede toda e qualquer forma de organização. Porém, o fato de não se poder debater pública e abertamente as idéias possibilita, com a proibição, o desenvolvimento de pensamentos e análises sectárias e muitas vezes equivocadas sobre a realidade vivida concretamente.

Pensamos que isto favorece, de certa forma, que os grupos, ao se organizarem em busca de um objetivo, possam perder de vista que os indivíduos de uma mesma sociedade lançam olhares e fazem leituras diversas de uma mesma realidade. Ou seja, por mais idéias convergentes e pontos em comum que possua um grupo, em determinado momento histórico, poderá haver divergências quanto aos conceitos preestabelecidos que, ao invés de dividirem os membros desse mesmo grupo, podem servir para abrir o debate e, na discussão e síntese, fazer crescer a consciência dos membros desse grupo, para uma visão mais abrangente da realidade.

Por todos esses aspectos apontados podemos avaliar o quanto é nocivo, qualquer regime político que impeça à sociedade, a organização, a manifestação pública, enfim, a liberdade de expressão, acima de tudo. No Brasil, porém, uma grande parte da população não pode vigiar o governo, porque não há o que vigiar; a população sem acesso aos serviços básicos tem que pressionar as autoridades para realizarem essas obras com o dinheiro dos impostos. O que a população reivindica quando exige os serviços básicos é sua sobrevivência, pois não havendo esses serviços muitas pessoas correm o risco de morrer.

Quanto à definição do quadro das necessidades de saúde da população "carente" ou favelada", verificamos que é habitualmente o das doenças da miséria, cuja profilaxia, de baixo

custo, realiza-se, no caso dos centros de saúde, por meio de medidas como a vacinação em massa.

Entender o processo saúde/doença como resultante das condições de vida e trabalho significa buscar formas de perceber como ela se revela na coletividade.

A construção social da demanda é importante na reestruturação dos serviços públicos, principalmente diante do aumento do adoecimento e sofrimento difuso por problemas de natureza psicossocial. Em geral, a demanda e a oferta estão condicionadas à produção de doenças, a medicalização dos problemas sociais, à perda da dimensão humana e da integralidade do cuidado. Dar voz ao sujeito é um dos passos para se rever a relação oferta-demanda no âmbito do SUS e repensar a organização de práticas de integralidade em saúde.

Ao discutirmos o apoio social como uma prática de saúde, estamos nos referindo às diversas atividades e práticas presentes na nossa sociedade, tais como as práticas de rede de apoio social, os grupos de apoio mútuo, os grupos religiosos, as atividades educativas, algumas práticas populares, entre outras, que propiciam o enfrentamento de problemas de saúde-doença e das adversidades do cotidiano, por meio de relações de solidariedade e cooperação. Essas práticas de saúde muitas vezes expressam os caminhos que as classes populares encontraram na busca de obter recursos diante das limitações do serviço público em atender as suas demandas de saúde.

A participação é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que, além de incorporar aspectos de ordem organizacional, implica assumir um posicionamento ético-político de caráter democrático para sua concretização. Apresenta-se como um termo de compreensão aparentemente fácil, sendo muitas vezes citado por profissionais de saúde. No entanto, parece-nos que as experiências de participação no SUS são bastante diversas e indicam a incorporação de distintos significados para o termo.

É necessário reafirmar a participação como princípio fundamental a ser implementado, e desnaturalizar as formas como tem sido apropriada essa expressão, ressaltando os espaços de participação da sociedade civil organizada. Esses espaços se constituem em lócus privilegiados de captação e formulação de demandas em saúde por parte da população em geral, sejam elas voltadas para o SUS ou voltadas para espaços como instituições de ensino, redes sociais etc.

Outra subcategoria encontrada na literatura utilizada neste estudo está em relação ao tipo/forma de uso da participação e controle social está ligada a **Vinculação aos Serviços de Saúde Reforço para Atuação da Equipe de Saúde.**

Como vimos anteriormente, muitos são os obstáculos para a efetivação da participação e controle social nos serviços de saúde e por isso, encontraremos variadas análises das condições para a efetivação da participação. Para a perspectiva da sociedade civil, como já tratamos em outros momentos, os obstáculos encontrados na prática para efetivação do potencial de emancipação dos serviços/profissionais de saúde sinalizam que, para serem efetivos, a participação e o controle social requerem uma sociedade civil organizada e capaz de exercer influência sobre o sistema político e suas burocracias.

Encontram-se nesta subcategoria os registros abaixo:

“Numerosos entrevistados descreveram a participação social nos serviços de saúde como a utilização dos serviços de saúde, isto é, a oportunidade de beneficiar-se das atividades e programas oferecidos pelas unidades de saúde, a oportunidade de utilizá-los quando for necessário. (25).”

“A formulação de normas para garantir a qualidade da atenção prestada é um importante elemento para a elevação dos padrões de qualidade dos serviços. A normalização pode ter um papel importante na superação de eventuais impasses ideológicos, como o que opõe defensores e opositores tanto do hospital psiquiátrico como demodelos de saúde mental comunitária. O que finalmente é de maior importância para os usuários dos serviços é a qualidade dos serviços prestados, o respeito de seus direitos e a melhoria da qualidade de suas vidas, e não apenas o local onde os cuidados são prestados. Importantes modificações de orientações assistenciais podem ser obtidas, por exemplo, através do financiamento de modalidades de serviços que se quer desenvolver em detrimento de outros que se pretenda desestimular. A utilização adequada de normas, com uma estratégia de avaliação que inclua a auto-avaliação e a participação dos usuários, pode representar uma enorme vantagem tanto do ponto de vista de tempo como de fortalecimento da posição e do respeito aos direitos dos usuários. (32).”

“A importância de se discutir formas de participação dos usuários nos serviços públicos de saúde deve-se a uma concepção que se vem tornando bastante difundida no campo da saúde pública: o avanço substantivo na qualidade dos serviços e das ações de saúde – sejam elas preventivas ou de promoção – só é possível com a participação efetiva da população, pois esta pode apontar problemas e soluções que atendam às suas demandas mais diretamente. Nas instituições de atenção à saúde, a participação do usuário passa basicamente pelos seguintes elementos: maior democratização da informação; reconhecimento dos usuários, por parte dos profissionais, como sujeitos no processo do cuidado com a saúde e não somente como

objeto de práticas e prescrições; conscientização dos usuários quanto aos seus direitos e ao seu papel na defesa dos próprios interesses. (38).”

“A descrição e análise de experiências de articulação entre agentes de assistência à saúde e a população são fundamentais para a definição de projetos que efetivamente encontrem resposta junto à sociedade, tanto na qualificação do serviço em si quanto com relação ao aspecto pedagógico. (04).”

“Como parte de um processo mais global de democratização, observa-se uma crescente participação de usuários de serviços de saúde mental (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Na maior parte estigmatizadas, rejeitadas e marginalizadas, as pessoas acometidas de doenças mentais começam a participar dos processos decisórios que a elas se referem e a adquirir maior poder de controle sobre os mesmos. Nos últimos anos observa-se um crescente reconhecimento da capacidade que as pessoas têm para desempenhar um papel mais ativo em relação a decisões sobre práticas de cuidados de saúde que as afetam direta ou indiretamente. (32).”

Observa-se na análise dos registros acima que a construção social da demanda é importante na reestruturação dos serviços de saúde, principalmente diante do aumento do adoecimento e sofrimento difuso por problemas de natureza provenientes da exclusão social. Em geral, a demanda e a oferta estão condicionadas à perda da dimensão humana e da integralidade do cuidado. Dar voz aos usuários (sujeitos) é um dos passos para se rever a oferta-demanda no âmbito do SUS e repensar a organização de práticas em saúde.

Um dos principais mecanismos que configuram a intervenção estatal nessa direção pode ser percebido no modo como historicamente se definiu a demanda por serviços a partir de uma oferta predeterminada. Nessa relação, os ocupantes de posições de gestão e planejamento frequentemente não se dispõem a escutar o que é denunciado pelos usuários que utilizam os serviços de saúde. Este quadro determina-se então pela impossibilidade do diálogo. O usuário que procura intervir não é ouvido como sujeito político, mas como objeto como número que se apresenta em tentativas de previsão financeira previa da assistência.

Esta é a forma de intervenção tradicional no setor saúde em nosso país que tem como uma de suas principais facetas o uso da verticalidade programática, impregnada de concepções que pretendem fazer do planejamento um conjunto de decisões técnicas.

Atualmente inúmeros serviços e profissionais de saúde ainda acreditam que a técnica pode ser dissociada de seus efeitos políticos da produção da realidade social.

Nesse sentido, a participação no SUS deve ser feita com a expressão e intervenção de diferentes sujeitos políticos implicado nos modos como a demanda socialmente construída se efetiva em ações cotidianas. Em última instância, garantidos o diálogo e a confrontação de idéias, poderíamos mesmo pensar a participação como prática de construção de espaços públicos nos quais as demandas e resposta apresentadas possam ser ressignificadas, pactuadas, e reconfiguradas coletivamente.

O controle social é percebido como efeito desta participação, como um de seus aspectos, na medida em que ela vai da organização do movimento social ao controle dos serviços/trabalhadores de saúde. Neste sentido, a concepção de participação é definida pelo acesso da população às decisões que configuram a política de saúde. Aspecto destacado pela ênfase dada à mobilização e ao fortalecimento da sociedade civil como sujeito que age para a afirmação e construção do direito à saúde.

Concordamos com as afirmações de Valla e Stotz (1994) quando dizem que essa aliança só se constrói na medida em que as partes reconheçam as desigualdades de suas posições, tomando essa desigualdade como ponto de partida para construção de um conhecimento novo.

Essa prática só é possível se os componente desse grupo estiverem dispostos a debater seus pontos de vista com a perspectiva de rever posições individuais ou corporativas, de maneira democrática, na busca do entendimento, do consenso em torno de algo que contribua para o avanço em temas tão inerentes ao ser humano e à vida em sociedade como são as questões relacionadas à saúde, seja dos indivíduos ou dos grupos sociais. Além disso, a negociação e o entendimento são a base para a vida em uma sociedade democrática.

No entanto, se os sujeitos envolvidos mantiverem suas posições e interesses de maneira a não possibilitar que os conflitos venham à tona, para serem debatidos democraticamente e buscarem soluções democráticas e concretas, estaremos longe de conseguir a aliança que nos permitirá avançar na consolidação do projeto contra/hegemônico do SUS.

Como consequência do processo de redemocratização do país, vários segmentos da sociedade brasileira que durante muito longo tempo não puderam manifestar publicamente seus anseios, conquistaram o direito de organizarem-se. Esses segmentos, além de reivindicarem os benefícios sociais a que têm direito, buscam também praticar o controle da prestação dos serviços de saúde. Esta prática de participação social tem sido identificada

como sendo uma das formas de exercício de cidadania, através da participação e controle social.

Desta forma, os segmentos organizados ligados diretamente à reorganização do setor saúde, têm buscado exercer a participação e controle social e, além de lutar por acesso universal aos serviços de saúde, de lutar por melhor qualidade da assistência prestada, buscam, com sua participação, exercer a cidadania, compartilhando as dificuldades de se construir o SUS.

Além da possível desigualdade imposta quando o acesso não ocorre, temos que nos preocupar também, com a especificidade do Direito à Saúde, pois este não se resume ao acesso apenas à assistência médica. Como o próprio conceito descrito na atual constituição prevê, sendo o Direito à Saúde, um dos Direitos de Cidadania, ter acesso apenas à assistência médica, não significa ter concretizado esse direito.

Assim, a busca pela concretização do direito à saúde, objetivo do movimento social em saúde, precisa ser compreendida como parte da luta cotidiana de construção da verdadeira cidadania.

Nesse sentido, consideramos que a participação e controle social dos serviços de saúde, embora seja apenas um dos aspectos que envolvem o exercício da cidadania poderá ser um caminho que possibilite construirmos a cidadania plena.

Entendemos que o exercício da cidadania nas instâncias de gestão colegiada do SUS poderá permitir que os sujeitos sociais, usuários e prestadores, constituam-se em sujeitos políticos e compreendam a responsabilidade que estão assumindo ao tomarem suas decisões. Isto significa que exercer a cidadania nestes fóruns é estar o tempo todo mobilizado buscando concretizar o direito à saúde.

Pensamos, porém que mesmo ocorrendo esta participação, se as autoridades constituídas, às quais cabe operacionalizar as operações decorrentes, não o fizerem, ela deixa de ter significado e pode deixar de acontecer.

Embora o surgimento da prática da participação tenha sido inicialmente motivada em decorrência de uma necessidade socialmente construída de fiscalizar e controlar o Estado é possível, através dessa mesma participação avançarmos a construção de uma rede de serviços de saúde onde todos os envolvidos, ao lutarem por seus direitos, o façam enquanto cidadãos comprometidos com o coletivo.

Desta maneira, a participação democrática da sociedade civil organizada, pode contribuir decisivamente para a organização de uma rede local de saúde, mais resolutiva, mais

equânime e com maior solidariedade. Poderá também contribuir para que tenhamos melhores condições de vida e, conseqüentemente, maior justiça social.

6 REFLEXÕES SOBRE AS CONCEPÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO TEÓRICA NA SAÚDE

Buscar, através das publicações teóricas as concepções de participação social constituiu-se um grande desafio. As práticas e reflexões teorizadas ao longo dos últimos vinte anos, tem demonstrado a possibilidade de vários entendimentos e experiências em torno da temática.

Isto pode ser observado na apresentação das categorias que foram eleitas para a realização do presente estudo: **Concepções e Conceitos de Participação e controle social, Funcionamento dos Tipos e Formas de uso da Participação/Controle e Finalidade/Motivação para a ação da participação e controle social.**

Em relação a primeira categoria podemos afirmar de maneira geral que várias concepções relativas ao conceito participação e controle social permeiam as experiências vividas atualmente em nosso país.

Concordamos com Doniak (2002) quando afirma que a participação comunitária demanda prévio investimento em recursos humanos, financeiros e estruturais. Ela é essencial para que a sociedade tenha o retorno esperado da administração pública, além de mostrar à comunidade as dificuldades pelas quais esta administração passa. Assim, a própria comunidade consegue ajudar os administradores a enfrentar os problemas.

Desta forma podemos considerar que a participação social é instrumento importante da relação dos cidadãos com o Estado e permite que eles tenham seus direitos reconhecidos e possam incluir suas demandas nas decisões políticas, reforçando os espaços de socialização e descentralização e o papel dos sujeitos sociais. Essa participação se consolida no exercício do controle social na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das políticas públicas, que contribui para o fortalecimento não só dos próprios usuários, mas também dos planejadores e executores das ações. Mas só o controle social não basta.

O que parece claro é que a criação deste novo espaço político ampliou as possibilidades de participação de atores sociais coletivos nas decisões e no controle das ações do Estado, tornando-as menos permeáveis às tradicionais práticas da barganha clientelista, da

troca de favores e das decisões autoritárias que têm caracterizado as relações entre executivo e parlamento e entre Estado e sociedade no Brasil. Porém não se revelou capaz de romper com o modelo restritivo dos processos de representação no debate das questões públicas, ainda que estes novos espaços sejam, efetivamente, mais inclusivos.

Os Movimentos Sociais em Saúde assim como os outros movimentos sociais foram responsáveis pela criação de novas práticas políticas que corresponderam a uma redefinição e alargamento da noção de política, onde a partir de então, o fazer política não era mais exclusividade do Estado ou dos partidos políticos, passando a contar com a participação da sociedade civil, por meio destes Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Além disso, esses novos personagens ao entrarem em cena reivindicavam também direitos que confrontavam-se diametralmente contra as relações de desigualdade e autoritárias entre governantes e governados.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que os Conselhos de Saúde nasceram como um poderoso instrumento de luta da sociedade civil pela democratização do Estado e da política brasileira, como um espaço para a concretização desse novo padrão de cidadania. A participação nos Conselhos de Saúde é concebida como um importante instrumento de democratização e publicização da gestão das políticas públicas através do planejamento e fiscalização por parte da sociedade organizada. Ou seja, a interferência política das entidades, organizações e movimentos da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas na área social. Já o conceito de controle social, historicamente, foi entendido apenas como controle do Estado sobre as massas.

Nos últimos anos estas experiências têm sido objeto de críticas, avaliações e estudos, tanto por militantes e entidades assessoras dos movimentos sociais quanto por estudantes de cursos de pós-graduação espalhados pelas universidades brasileiras. O principal eixo das preocupações tem sido a busca por compreender a eficácia destes mecanismos para incorporação de atores sociais coletivos e sua capacidade de interferência, de interpelar, de colocar respostas coletivamente construídas aos problemas que se apresentam em cada área.

A esfera pública é apontada por Habermas (1990) como ponto de encontro e local de disputa entre os princípios divergentes de organização da sociabilidade; e os movimentos sociais se constituiriam nos atores que reagem à reificação e burocratização dos domínios de ação estruturados comunicativamente, defendendo a restauração das formas de solidariedade postas em risco pela racionalização sistêmica.

A possibilidade de alterar a institucionalidade pública está associada às demandas que se estruturam na sociedade. Já a esfera pública representa a construção da viabilidade ao exercício da influência da sociedade nas decisões públicas assim como coloca uma demanda de publicização no Estado.

A institucionalização da participação é permeada de dificuldades decorrentes da heterogeneidade dos grupos comunitários e associativos, o que torna complexos os problemas de representação, criando tensões quanto aos critérios de escolha, acirrando a concorrência e trazendo à tona a pressão dos grupos organizados no sentido de reforço das práticas neocorporativas. Isso provoca, freqüentemente, um esvaziamento destes mecanismos de decisão coletiva.

Outra constante foi a ligação entre **Solidariedade, Voluntariado Ligado ao Conceito de Participação e controle social.**

A participação social constitui-se num instrumento importante de relação mais direta e transparente com o Estado, que permite o reconhecimento dos direitos dos cidadãos e a inclusão das suas demandas no momento das decisões políticas, reforçando os espaços de socialização e descentralização e o papel dos sujeitos sociais. A sociedade compõe-se dos cidadãos que usufruem direitos civis e políticos garantidos pelo Estado e desempenham os deveres que as leis e normas de conduta se lhes apresentam, sob um sentimento de grupo, de um corpo social.

Essa organização da sociedade fortalece também os laços de solidariedade entre os vários atores sociais, trazendo de volta valores que foram perdidos no contexto de agravamento da crise social e política, na qual os princípios que determinam as relações sociais se regem pelo individualismo e a exclusão de setores menos empoderados da sociedade.

Em relação a segunda categoria evidenciada neste estudo, denominada **Funcionamento dos Tipos e Formas de uso da Participação e controle social,** encontramos a participação fortemente ligada as situação de agravos a saúde e associativismo.

É neste contexto de profundas desigualdades sociais que devemos situar a saúde da população brasileira e a sua participação como sociedade civil no controle das ações do governo. A luta pela conquista de espaços para que aconteça uma verdadeira participação social é, sem dúvida, um dos maiores desafios para a construção do processo democrático e o crescimento das relações entre o poder público e a cidadania.

Neste sentido, destacamos a importância da participação da sociedade civil na gestão dos bens públicos que, dependendo do contexto, pode adquirir distintas formas: seja através

da interlocução com o poder público na formulação de políticas do interesse da maioria da população, seja através da pressão, do acompanhamento e da denúncia da atuação destas instâncias, como forma de garantir a concretização das reivindicações colocadas pela sociedade.

Num contexto de ressurgimento das políticas públicas pautadas por maior participação da sociedade, está em questão o papel do Estado como principal agente indutor das políticas sociais, centradas em interesses puramente definidos por ele. O que se coloca como nova é a urgência da elaboração de políticas públicas a partir da ótica e das necessidades reais dos grupos sociais interessados nestas políticas.

A formulação de políticas consiste em processos de barganha no interior e entre unidades da organização. Decisões negociadas são resultados de consenso entre atores com diferentes preferências e recursos. Negociação não requer que as partes entrem em acordo sobre objetivos comuns, nem eventualmente requer contribuição para o êxito do processo de negociação. A barganha exige apenas que as partes concordem em ajustar mutuamente a conduta no interesse de preservar a negociação como instrumento para a alocação de recursos (TEIXEIRA, 2001).

Formular políticas implica lidar com necessidades permanentes da população, portanto, construídas sob o consenso de usuários e serviços. É preciso estabelecer mecanismos que estimulem a participação popular para o processo político e para o comprometimento social, desde a elaboração das políticas de saúde até a fiscalização da execução e aplicação dos recursos da saúde. Essa medida requer a construção compartilhada do saber científico e popular e a administração de conflitos que daí emergem.

O controle social na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das políticas públicas contribui para o fortalecimento não só dos próprios usuários, mas também dos planejadores e executores das ações. Por este compromisso assumido coletivamente, os técnicos devem sair de sua posição de “donos” do saber para se dispor a receber, assimilar e introduzir na sua prática cotidiana os conhecimentos que a população tem sobre a sua realidade e respeitá-la como um parceiro na resolução dos problemas de saúde. Embora a participação popular seja fator dinamizador no processo de democratização, devemos considerar que este é um processo complexo, pela heterogeneidade política e ideológica da sociedade e pela multiplicidade de interesses. Este é um lugar de conflito e interesses das classes sociais, portanto também um lugar de reivindicações nem sempre progressistas e democráticas.

A consciência desses limites é importante para não se criar uma falsa expectativa de que o controle social sobre os atos do poder público resolve todos os problemas. O controle social está inserido em um contexto de diminuição de gastos públicos e privatização dos serviços, dificultando sua efetividade. A participação popular também pode não ser efetiva quando se dá em sociedades com práticas clientelistas e corruptas de administração.

Mesmo reconhecendo que a participação popular pode ter limites dependentes da conjuntura política e econômica, acreditamos que só a organização da sociedade civil como força de pressão social poderá garantir a continuidade das políticas públicas e o uso adequado e transparente dos recursos, com o fim de beneficiar as camadas mais carentes e excluídas da população da nossa sociedade.

Em relação a subcategoria **Associativismo**, a alteração que parece mais profunda e de maiores conseqüências para os movimentos sociais é a mudança de seu papel na cena pública. Com a institucionalização de arranjos participativos e o reconhecimento de movimentos sociais como interlocutores políticos, estes tiveram uma ampliação de suas tarefas. Além da tematização de problemas, da organização de demandas e articulação de indivíduos e grupos, estes movimentos tornaram-se co-responsáveis pela gestão de políticas públicas, num cenário de recuo das redes de apoio constituídas por ONGs, igreja e outros movimentos sociais e de dificuldades para agregar novos quadros, acrescentando um importante complicador às disputas travadas na construção destes espaços.

Parece estar em curso um movimento de mudança nas relações entre Estado e sociedade civil quanto ao modo como as decisões envolvendo o controle e definição de políticas públicas se processa, por meio da efetiva incorporação de atores sociais coletivos ao circuito decisório. Hoje, no Brasil, não é possível pensar a formulação de políticas públicas e a tomada de decisões sobre a aplicação de recursos públicos sem envolver usuários dos serviços e demais interessados no tema.

Entretanto, as dificuldades enfrentadas por movimentos sociais e organizações da sociedade civil para renovar suas lideranças, ampliar seus quadros e articular as preocupações e demandas da sociedade, bem como os entraves que o próprio funcionamento destas instâncias colocam à participação, desafiam o envolvimento destes atores no processo decisório e dificultam a consolidação destas arenas participativas como elementos capazes de impulsionar mudanças mais profundas no sentido de ampliar os atores envolvidos no debate e os temas sujeitos à discussão nestes espaços.

A última categoria analisada nesta pesquisa **Finalidade/Motivação para a ação da participação e controle social**, denota estreita ligação do uso da participação e controle social vinculada aos serviços de saúde e mobilização popular.

Para que a ampliação das possibilidades de participação e deliberação proporcionada por estes novos espaços se torne mais palpável parece mais importante que movimentos sociais, ONGs e demais organizações da sociedade civil se encontrem em processo permanente de discussão e articulação de interesses, posições e projetos políticos, que mantenham fóruns, plenárias e instrumentos de divulgação de suas proposições, criando um espaço autônomo de reflexão capaz de balizar o posicionamento de seus representantes nos novos espaços políticos e mesmo criar situações em que estes interesses, posições e projetos políticos possam ser disputados. Um espaço em que sua construção como sujeito político, como sujeito que só existe por uma contestação à lógica da ordem, à definição prévia de identidades e papéis sociais, seja permanente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO N. Editorial - Qual o sentido do termo Saúde? **Cadernos de Saúde Pública** 16(2): 300-301, 2000.

ALVAREZ, Roger Loaiza. 2005 Disponível em: <http://www.ugrs.es> Acessado em: 10 jun. 2005.

ARENDT, H. ; **A condição humana**. São Paulo, Forense/Edusp. 1981.

AROUCA A. S. (Tese de Doutorado). O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. UNICAMP, 1975.

ASHTON, J. **Ciudades Sanas**. Masson S.A, Barcelona, 1992.

ASSIS, M. M. A. ; VILLA, T. C. S. **O controle social e a democratização da informação: um processo em construção**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Jun 2003, vol.11, nº.3, p.376-382.

AVRITZER, Leonardo. **A moralidade da democracia**. São Paulo: Perspectiva, 1996.

BAQUERO, M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Rev. Sociol. Política.**, nov. 2003, no.21, p.83-108.

BERLINGUER, **Reforma sanitária**. Itália e Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1988.

BREILH J. **Nuevos conceptos y técnicas de investigación**. Quito: CEAS, 1995. Canada. A new perspective on the health of Canadians: a work document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, April 1974.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1986.

_____. 1994. **Liberalismo e Democracia**. São Paulo: Editora Brasiliense, 6ª edição.

BOORSE C. A Rebuttal on Health. In: Humber J, Almeder R. (eds.) **What is Disease?** New Jersey: Humana Press, 1997, p. 1-134.

BRASIL **Constituição da República Federativa do Brasil**. Editora Revista dos Tribunais, São Paulo. 1988.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e proteção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Ministério da Saúde**. O SUS e o controle social: guia de referências para os conselheiros municipais. Brasília, 1998a.

_____. 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. **Ministério da Saúde**. O SUS e o controle social: guia de referências para os conselheiros municipais. Brasília, 1998b.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social**: guia de referências para os conselheiros municipais. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **A prática do Controle Social**: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. Brasília, 2002.

_____. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> acessado em 22 de setembro de 2006.

BOHMAN, J. **La Democracia Deliberativa y sus Críticos**. Metapolítica, México, v. 4, n. 14, abr-jun/2000.

BOLANDER, V.B. **Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

BRESSER-PEREIRA L. C. **Democracy and Public Management Reform**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

_____. Cidadania e Res Publica: A Emergência dos Direitos Republicanos. Publicado em Revista de Filosofia Política, Porto Alegre, **Nova Série**, vol.1, 1999: 99- 144 .

BRICEÑO-LEON, R. El contexto político de la participación comunitaria em América Latina. **Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p.142-144, 1998.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. .The production of mental health services: the conception of the workers. **Ciênc. saúde coletiva**, 2003, vol.8, no.2, p.621-628.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5 ed. Rio de Janeiro: Florence universitária, 1992.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: ABRASCO, 1996.

CAPONI, S. et al. **A saúde em questão**: um espaço para a reflexão. Florianópolis: Dos Autores, 1996.

CARDOSO, R. C. L., Mudança sociocultural e participação política nos anos 80. *In: Lições da década de 80*. (L. Sola, & L. M. Paulini, Orgs.), São Paulo: EDUSP/UNRISD. - COHEN, J. A., A. (1992), *Civil Society and Political Theory*, MIT, Cambridge. 1985.

CARVALHO, A. I., **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social, Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (4), jul-ago, 2004.

CECÍLIO, J. C. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. Rio de Janeiro, **Saúde em Debate**, v.23, n. 53, p.30 -36, set/dez. 1999.

COHEN, J. Procedimiento y Sustância em la Democracia Deliberativa. **Metapolítica, México**, v. 4, n. 14, abr-jun/2002.

_____.ARATO, A. **Civic Society and Political Theory**. Cambridge, The MIT Press, 1993.

CORREIA MVC. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2000.

CORREIA, M.V.C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

COSTA, S. **As cores de Ercília: esfera pública, democracia, configurações pós-nacionais**. Belo Horizonte, Editora da UFMGM, 2002.

CORTES, S.M.V. Participação na área da saúde: o conceito, sua origem e seu papel em diferentes projetos de reforma do Estado. **Saúde**. Porto Alegre-RS, v.1, p.51-69, 1996.

_____. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.III, n.1, 1998.

CUNILL GRAU, N., **La rearticulación de las relaciones Estado-Sociedad**: em búsqueda de nuevos sentidos. Endereço Eletrônico: <http://tce.sc.gov.br/biblioteca/artigos/lareartrelest.html>, CUNILL em 1998.

DAGNINO, E.. (1994) Os Movimentos Sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In DAGNINO, E. (org.). **Os anos 90: Política e Sociedade no Brasil**, São Paulo: Brasiliense.

DALLARI, S. G. et al.. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 531-540, out-dez, 1996.

DAHL, R. **Democracia y sus críticos**. Buenos Aires: Paidós, 1993.

DANIEL, C. Governo Local e Reforma Urbana num Quadro de Crise Estrutural. In: RIBEIRO, L. C. Q. e SANTOS JÚNIOR, O. A. **Globalização, fragmentação e reforma urbana**: o futuro das cidades brasileiras na crise. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S. A., 1994, p. 291-307.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. São Paulo: Cortez, 1996.

DONIAK, F.A. **Participação comunitária no processo de desenvolvimento local**: estudo do caso do município de Rancho Queimado. Florianópolis, 2002. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina

EVANS, P. Government Action, Social Capital and Development: Reviewing the Evidence on Synergy – **World Development** – Vol. 24, nº 6: 1119-1132, 1996.

FLEURY, S. **Estado sem cidadão** - seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro, 2004.

FUREER, L. E. **Democracia não representativa**. Disponível em www.advogado.adv.br/artigos/2006. Acesso em 17 de Julho de 2006;

GAIO, T. C. ; FARIA, F. T. P. . Oficina Popular de Fitoterapia. **O uso das plantas medicinais na organização comunitária..** In: 1er. Congreso Peruano de Plantas Medicinales y Fitoterapia.. Lima. Primer Congreso Internacional Fito 2000.. Lima : InfáPeru,. v. 01. p. 180-181, 2000.

GENRO, T. **Utopia possível.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

GERMANO, R.M. Educação e ideologia da enfermagem brasileira. São Paulo: Cortez, 1984.

GERSCHMAN, S. **A democracia inclusa - um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 2º ed. São Paulo: Cortez, 1995.

GIDDENS, A.. **Modernidade e Identidade.** Rio de Janeiro:Jorge Zahar,2002.

GOHN, M. G., Cidadania, Meios de Comunicação de Massas, Associativismo e movimentos Sociais. In: PERUZZO, Cicília M. K. Peruzzo, ALMEIDA, Fernando F. **Comunicação para a Cidadania.** São Paulo: INTERCOM; Salvador: UNEB, 2003.

GODBOUT, J. **La participacion contre la démocratie.** Québec: Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, 1983.

GUTMANN, A. **A desarmonia da democracia.** Lua Nova, 1995.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa.** Madrid, Taurus, 1987.

_____. O Discurso Filosófico da Modernidade. Lisboa: Dom Quixote, 1990.

HUNTINGTON, S. "Choque de civilizações"? Política Externa. São Paulo, Paz e Terra/Nupri-USP, v.2, n.4, mar.-abr. 1994, p.120-78.

JACOBI, P.**Políticas sociais e amplificação da cidadania.** 2.ed. Rio de Janeiro: Ed.FGV, 2002.

KLEBA, M. E., Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. 1. ed. **Chapecó: Argos**, 2005. v. 1000. 476 p.

LANDMANN, J., **Medicina não é saúde.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1983.

LE GOFF. **História e memória.** 3ª ed. Campinas (SP): Editora da UNICAMP, 1994.

LEOPARDI, et al. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v.10, n.1, p.35-49, jan./abr., 2001.

LEAVELL, H., CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LEVINE S. The Meanings of Health, Illness and Quality of Life. In: **Quality of Life and Health. Concepts, Methods and Applications** (Guggenmoos-Holzmann I, Bloomfield K, Brenner H, Flick U, eds.). Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 1995.

LAURELL, A.C. (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LÜCHMANN, L. **Possibilidades e Limites da Democracia Deliberativa**. Tese de Doutorado em Ciências Sociais apresentada ao Departamento de Ciência Política da Unicamp. Campinas, 2002.

LUDKE, N. ANDRE, M.E.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACPHERSON, C.B., **A Democracia Liberal – Origens e Evolução**. Rio de Janeiro Zahar Editores, 1977.

MERHY E. E. O Estado como Problema e Solução. **Revista de Cultura e Política**, 28/29. Editora Lua Nova. Rio de Janeiro: 1996.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORAES, J. J. de. O direito á saúde. **Saúde em debate**. Londrina, n.51, p.22-29, jun/1996.

NASCIMENTO, P. C. **Democracia e saúde - Uma perspectiva arendtiana**. In: *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: DUMARÁ, 1992, p.175-196.

NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987.

NOGUEIRA RP. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.

OLIVEIRA, E. A. **Participação democrática**. Banco de Conhecimentos, Estudos temáticos Assembléia Legislativa do estado de Minas Gerais, 2005.

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S.. O Método de Pesquisa Histórica na Enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, 2005.

PATEMAN, C. **Participação e Teoria Democrática**. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PRZEWORSKI, A., **Accountability social en América Latina y más allá**, In ENRIQUE P. e SMULOVITZ C., Controlando la política: ciudadanos y medios den las nuevas democracias latinoamericanas, Buenos Aires, Temas. 2002.

PUTNAM, R., Comunidade e Democracia. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

RAMOS, C. L. Conselhos de saúde e controle social. In: **Política de Saúde: O Público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

RIBEIRO, J.L. **Psicologia e Saúde**. Lisboa: ISPA, 1998.

ROUSSEAU, J. J.. **Do contrato social; Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores).

SANTOS, B. S. **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS J.L. F; WESTPHAL M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados** 13(5):71-88. 1999.

SARTOR, V. V. B. et al. In: **Estudos Interdisciplinares em Ciências Humanas**. Florianópolis: Futura, 2003.

SARTORI. **A Teoria da Democracia Revisitada**. Ed. Ática, São Paulo, 1994.

SCHUMPETER, J. A., Capitalismo, Socialismo e Democracia. Zahar, 1986.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. de. **Prevenir e curar**. 3ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.

SELL, C. E. Democracia participativa ou democracia social?. Grifos, Chapecó, v. 14, p. 129--146, 2003.

SOUZA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm** v. 53, (nº. esp): p. 25-30, 2000.

SÚMULA. Conselho de Saúde e o Controle Social. **Súmula Radis/FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, n.81, p.1-12; 2001.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

TEIXEIRA, E. C. **O Local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. São Paulo: Cortez; EQUIP; UFBA, 2001.

TELLES, V. Pobreza, movimentos sociais e cultura política: notas sobre as (difíceis) relações entre pobreza, direitos e democracia. In: DINIZ, E.; LOPES, J. S. L. e PRADI, R. (orgs.). **O Brasil no rastro da crise**. São Paulo: ANPOCS/ IPEA/ Hucitec, 1994, p. 225-243.

VIANA S. C. Os rumos da democracia. História, Política. Os Gregos e a Democracia – <http://educaterra.terra.com.br>. Acesso em maio/2005.

VALLA, VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p.7-18, 1998.

_____.; STOTZ, E. N. Educação, saúde e cidadania. Petrópolis:Vozes, 1994.

WENDHAUSEN, A. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. Florianópolis, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem/Área de Concentração, Filosofia e Saúde). Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. **O duplo sentido do controle social: (des) caminhos da participação em saúde**. Itajaí: Ed. UNIVALI, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO . Constitution of the World Health Organization. **Official Records of the World Health Organization**, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Young people's health** - A challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000". Geneva: World Health Organization, 1986.

APENDICES

Apêndice 01: Artigos dos periódicos selecionados na coleta de dados.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA			
Nº	ANO	VOL./ NÚM.	ARTIGO
1	1992	08 / 04	Controle social e políticas de saúde - <i>Aldaíza Ribeiro e Elza Lobo</i>
2	1992	08 - 01	Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular - <i>Victor V. Valla</i>
3	1993	09 - 01	Descobrendo percursos para a pesquisa em saúde no trato com o movimento social - <i>Elizabeth de L. M. Smeke</i>
4	1994	10 - 02	Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão - <i>Eduardo N. Stotz</i>
5	1994	10 - 04	Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços - <i>Maria Lúcia M. Bosi</i>
6	1994	10 - 01	Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria - <i>Mario Bronfman e Marcela Gleizer</i>
7	1994	10 - 03	La investigación-acción-participante como estrategia para la capacitación y evaluación en educación sanitaria - <i>Gloria Perdomo</i>
8	1995	11 - 02	Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir - <i>Estela Maria L. de Aquino, Greice Maria de S. Menezes e Lilian Fatima B. Marinho</i>
9	1997	13 - 01	Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS) - <i>José Mendes Ribeiro</i>
10	1998	14 - 02	El contexto político de la participación comunitaria en América Latina - <i>Roberto Briceño-León</i>
11	1998	14 - 02	A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária - <i>Paulo César Alves et al</i>
12	1998	14 - 02	A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde - <i>Rosely Magalhães de Oliveira</i>
13	1998	14 - 02	Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população - <i>Francisco Chiaravalloti Neto, Maria Silvia de Moraes, Maria Aparecida Fernandes</i>
14	1998	14 - 02	Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE - <i>Moab Duarte Acioli e Eduardo Freese de Carvalho</i>
15	1998	14 - 02	“Eu? Eu estou aí, compondo o mundo.” Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação vivida em Cansação, Minas Gerais, Brasil - <i>Rosinha Borges Dias</i>
16	1998	14 - 02	Participação popular no controle da esquistossomose através do Sistema Único de Saúde (SUS) em Taquaruçu de Minas, (Minas Gerais, Brasil), entre 1985/1995: construção de um modelo alternativo - <i>Pedro Coura-Filho</i>
17		14 - 02	Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle

	1998		das grandes endemias no Brasil – <i>João Carlos Pinto Dias</i>
18	1998	14 - 03	Promoção a saúde educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada á educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil – <i>Dalva A. Mello et al</i>
19	1998	14 - 02	Sobre participação popular uma de perspectiva - <i>Victor V. Valla</i>
20	2001	17- 01	A gestão semiplena e participação popular na administração da saúde - <i>Umberto Catarino Pessoto, Paulo Roberto do Nascimento e Luiza Sterman Heimann</i>
21	2001	17 - 01	As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a participação popular no controle do Dengue - <i>Rosely Magalhães de Oliveira e Victor V. Valla</i>
22	2002	18 - 01	Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? - <i>Maria Eliana Labra</i>
23	2002	18 - 06	O diálogo e a participação em um Conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil – <i>Águeda L. P. Wendhausen e Sandra Caponi</i>
24	2003	19 -06	Controle do Vetor do dengue e participação da Comunidade em Catanduva, São Paulo, Brasil - <i>Francisco Chiaravalloti Neto et al</i>
25	2003	19 - 02	Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil - <i>María Luisa Vázquez et al</i>
26	2003	19 - 05	A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17a Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil - <i>Rosani Aparecida Alves-Souza e Orlando Saliba</i>

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA			
Nº	ANO	VOL./ NÚM.	ARTIGO
27	1987	21 - 05	Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública – <i>Claudette Barrigueta Junqueira</i>
28	1987	21 - 05	O conhecimento e o poder: de quem é a palavra. Relato de uma experiência de pesquisa participante – <i>Rubens C. F. Adorno et al</i>
29	1990	24 - 05	Controle dos resíduos sólidos com envolvimento de população de baixa renda – José L. Crivelatti de Abreu
30	1990	24 - 06	Aspectos da atividade de “notificação de barbeiros” pela população no controle de <i>panstrongylus megistus</i> em 12 municípios da região nordeste do Estado de São Paulo, Brasil, 1974 a 1983 – <i>Virgília L. C. de Lima, Mariko Kato Yaguschi e Zulimar Catarina P. V. T. Alves</i>
31	1991	25 - 01	Vigilância entomológica da Doença de Chagas no Estado de São Paulo – Dalva M. V. Wanderley
32	1995	29 - 02	Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais - José M. Bertoloti
33	1996	30 - 06	Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo - <i>Sueli Gandolfi Dallari et al</i>
34	2002	36 - 04	Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/AIDS em São Paulo, SP – <i>Regina Figueiredo e José R. C. M. Ayres</i>
35	2002	36 - 05	Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável" - <i>Marco Akerman et al</i>
36	2005	39 - 03	Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico – <i>Lucilda Selli e Volnei Garrafa</i>

REVISTA CENCIA E SAÚDE COLETIVA			
Nº	ANO	VOL./ NÚM.	ARTIGO
37	2000	05 -01	Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença – <i>Francisco Antônio de Castro Lacaz</i>
38	2000	05 -01	O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida – <i>Márcia Faria Wesphal</i>
39	2002	07 - 04	Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde - <i>Gabriela R. B. de Andrade e Jeni Vaitsman</i>
40	2002	07 - 03	Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde - <i>Maria Eliana Labra e Jorge St. Aubyn de Figueiredo</i>
41	2002	07 - 03	Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina - <i>Pedro R. Jacobi</i>
42	2003	08 - 01	Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde - <i>Amélia Cohn</i>
43	2003	08 - 04	A globalização dos movimentos sociais: resposta social à Globalização Corporativa Neoliberal - <i>Carlos Eduardo Siqueira, Hermano Castro e Tânia Maria de Araújo</i>
44	2004	09 - 03	Caminho para a construção coletiva de ambiente saudáveis – São Paulo, Brasil – <i>Ana M. Girotti Sperandio</i>
45	2004	09 - 03	A avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local – <i>Regina Bodstein</i>
46	2005	10	Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil - <i>María Luisa Vázquez et al</i>
47	2005	10 - 02	Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? - <i>Maria Angélica Crevelim</i>