

# Participação social em saúde no Brasil: elementos para compreensão de sua dinâmica

## Health social participation in Brazil: elements for the understanding of its dynamics

Virgílio César da Silva e Oliveira<sup>I</sup>, Tania Margarete Mezzomo Keinert<sup>II</sup>,  
Adílio Renê Almeida Miranda<sup>III</sup>, Silvia Ferreira Caproni Gonçalves<sup>IV</sup>

### Resumo

Este artigo possui como propósito central contribuir para o aperfeiçoamento do debate sobre a participação social em saúde no Brasil. Especificamente, busca-se conhecer os espaços democráticos e discutir aspectos importantes para compreensão da participação em saúde no Brasil, enfocando, em especial: atores que a viabilizam; arenas nas quais ela se desenvolve e elementos capazes de caracterizá-la: tipos, níveis, possibilidades e limites. Em relação aos atores sociais que viabilizam a participação em saúde no Brasil pode-se afirmar que constituem uma rede múltipla e complexa de *accountability* democrática, não isenta de contradições. Sobre as arenas, os principais arranjos institucionais que possibilitam a participação social no âmbito do SUS são os conselhos e as conferências de saúde que visam operar em prol da cogestão de políticas públicas e integram sistemas que contam, ainda, com planos (políticas) e fundos financeiros públicos. Finalmente, quanto às categorias de análise, selecionadas a priori em fontes bibliográficas, observa-se que elas são capazes de favorecer a compreensão: dos tipos de participação; dos níveis de autonomia de dirigidos e dirigentes; das possibilidades de empreendimentos participativos; de suas limitações e de seus riscos.

**Palavras-chave:** Participação social em saúde; Atores e arranjos institucionais; Categorias de análise.

### Abstract

The main purpose of this article is to improve the debate on health social participation in Brazil. Specifically, it seeks to discover the democratic spaces and discuss health participation in Brazil, focusing, in particular, on: actors that make it viable; arenas where it develops and elements capable of characterizing it preliminarily: types, levels, possibilities and limits of health participation. Social actors that make the participation in health in Brazil possible constitute a multiple and complex network of democratic responsibility, not exempt of contradictions. In regards to where it takes place, the main institutional arrangements that allow for social participation within the Unified Health System (SUS) are the councils and health conferences, that aim to operate in favor of the co-management of public policies and that integrate systems that also have plans (policies) and public funds. Finally, the categories of analysis, which were pre-selected in bibliographical sources, allow the understanding of: the types of participation; the levels of autonomy of leaders and leaders; the possibilities of participatory ventures; limitations and risks, which reveal possible misrepresentations.

**Keywords:** Health social participation; Actors and institutional arrangements; Categories of analysis.

<sup>I</sup> Virgílio César da Silva e Oliveira (virgilio.oliveira@ufjf.edu.br) é Administrador Público, Mestre e Doutor em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Lavras é Professor da Faculdade de Administração e Ciências Contábeis da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Pesquisador do Grupo Analítico em Saúde (GAS) do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Alfenas (IS/UNIFAL) e do Observatório de Práticas Participativas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>II</sup> Tania Margarete Mezzomo Keinert (taniak@isaude.sp.gov.br) é Administradora Pública e Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais. Mestre em Administração Pública e Governo e Doutora em Administração pela Fundação Getúlio Vargas, com Especialização em Economia Pública pela Universidade Commercial Luigi Bocconi na Itália e Especialização em Administração Municipal e Regional pela University of Haifa, de Israel; Pesquisadora do Instituto de Saúde de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Grupo Analítico em Saúde (GAS) do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade

de Federal de Alfenas (IS/UNIFAL) e do Observatório de Práticas Participativas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>III</sup> Adílio Renê Almeida Miranda (adilio.miranda@unifal-mg.edu.br) tem Graduação, Mestrado e Doutorado em Administração pela Universidade Federal de Lavras, é Professor e Co-Coordenador do Grupo Analítico em Saúde (GAS) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) e membro do Observatório de Práticas Participativas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>IV</sup> Silvia Ferreira Caproni Gonçalves (silvia.goncalves@unifal-mg.edu.br) é pedagoga, graduada em Administração Escolar Pós-graduada em Metodologia do Ensino e Mestre em Gestão Pública e Sociedade pelo Instituto de Ciências Sociais de Americana, Técnica em Assuntos Educacionais e Pesquisadora do Grupo Analítico em Saúde (GAS) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) e Pesquisadora do Observatório de Práticas Participativas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).



### **Introdução**

A temática da participação social, também denominada “participação comunitária” no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), adquire especial relevância dado o fortalecimento das relações entre sociedade e Estado por meio da ampliação e diversificação dos canais de participação. Considera-se essencial, portanto, conhecer tais espaços democráticos e discutir aspectos importantes para compreensão da participação em saúde no Brasil, enfocando, em especial: (1) atores que a viabilizam; (2) arenas nas quais ela se desenvolve e (3) elementos capazes de caracterizá-la preliminarmente: tipos, níveis, possibilidades e limites. Tais aspectos são apresentados, nesta ordem, no decorrer do texto. Depreende-se do colocado anteriormente, que se trata de um texto de natureza teórico-conceitual cujo objetivo é contribuir para o aperfeiçoamento desse debate, ainda que conte com elementos de pesquisa de natureza documental, tais como leis, decretos e regulamentos.

### **Atores sociais que viabilizam a participação em saúde no Brasil**

O estudo sobre os instrumentos de controle social frente às ações dos poderes constituídos apresenta categorias de entendimento que favorecem a identificação dos atores sociais que viabilizam a participação social em saúde no Brasil.

Como salienta Bodernave<sup>2</sup>, a participação possui duas bases complementares: um componente afetivo e outro instrumental. Com relação ao primeiro, afirma-se que a participação vincula-se ao prazer em realizar atividades com outras pessoas. Quanto ao segundo, acredita-se que a realização de atividades participativas exigem esforços coletivos para que sejam desenvolvidas de modo eficaz e eficiente. A participação afetiva vincula-se, em primeiro plano, a eventos cotidianos, de interação face a face ou comunitária. A participação instrumental, por sua vez, associa-se à combinação contemporânea de esforços, que tende a exigir mediações institucionais e que

possui potencialidades superiores à ação singular, individual.

Em relação aos instrumentos de controle, Behn<sup>1</sup> destaca que os sistemas tradicionais de *accountability* foram concebidos para estabelecer a confiança pública na probidade administrativa e, no contexto de reforma dos aparelhos estatais, fez-se (e faz-se) necessário sedimentar a confiança pública no desempenho governamental. Já a *accountability* democrática deve permitir que os cidadãos participem do debate sobre a escolha das metas, do acompanhamento e avaliação da consecução delas. Portanto, quatro perguntas se apresentam à sociedade: (1) quem decidirá quais resultados devem ser produzidos?; (2) quem deve responder pela produção desses resultados?; (3) quem é responsável pela implementação do processo de *accountability*?; e (4) como irá fazer funcionar esse processo de *accountability*? Respostas efetivas não serão encontradas sem o envolvimento cidadão em processos públicos.

Os aspectos citados, associados aos princípios da descentralização e da participação social (que nortearam a redação do texto constitucional de 1988), agregaram atores diversos ao sistema nacional de saúde e reposicionaram os municípios como espaços relevantes para a configuração e reconfiguração de políticas públicas, como destacam Keinert e Oliveira<sup>13</sup>.

No contexto da participação instrumental e da *accountability* em moldes mais convencionais, destaca-se a atuação de um exército de servidores, no âmbito do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos Consórcios Intermunicipais de Saúde<sup>4</sup> e, ainda, das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, que são instâncias de negociação e pactuação voltadas aos elementos administrativos, financeiros e operacionais do Sistema Único de Saúde. Tais órgãos possuem, respectivamente, abrangência estadual e federal<sup>3</sup>.

No que diz respeito à participação comunitária e à *accountability* democrática, os atores essenciais são aqueles que interagem em conselhos intra-municipais (conselhos gestores), municipais, intermunicipais, estaduais e Conselho Nacional de Saúde, representando o governo, prestadores de serviços de saúde, profissionais do setor e usuários<sup>5</sup>.

Os segmentos mencionados podem abarcar representantes de associações de portadores de patologias, de pessoas com deficiência, entidades indígenas, movimentos de mulheres, negros, entidades de aposentados e pensionistas, entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais, entidades de defesa do consumidor, organizações de moradores, entidades ambientalistas, organizações religiosas, trabalhadores da área da saúde, associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classes, comunidade científica, entidades públicas, hospitais universitários e hospitais provedores de meios para estágio, pesquisa e desenvolvimento, entidades patronais, entidades dos prestadores de serviço de saúde e representantes do governo, dentre outros movimentos sociais e populares organizados<sup>14</sup>.

### **Arranjos institucionais que materializam a participação em saúde no Brasil**

Os principais arranjos institucionais que possibilitam a participação social no âmbito do SUS são os conselhos e as conferências de saúde. Esta seção busca detalhá-los, de modo breve.

Embora o formato institucional “conselho” seja observável no Brasil desde o período colonial<sup>11</sup>, durante o processo de regulamentação do texto da Constituição de 1988 eles ganharam uma inédita relevância, pois foram percebidos como instrumentos capazes de viabilizar os

princípios da descentralização e da participação social. Outros meios, de menor inserção nos níveis subnacionais, notadamente o orçamento participativo e os fóruns temáticos, também foram legitimados pela Carta Magna, como observam Paula e Keinert<sup>18</sup>.

Os conselhos são órgãos colegiados, de natureza permanente e deliberativa, presentes nos três níveis da federação, que devem operar em prol da cogestão de políticas públicas e do controle social das ações dos poderes instituídos. Eles integram sistemas de gestão que contam, ainda, com planos ou políticas (que destacam premissas e prioridades de ação em médio e longo prazo) e fundos financeiros públicos.

Especificamente no caso da saúde, seus propósitos se voltam ao acompanhamento da saúde da população, às prioridades de intervenção para proteção e recuperação da saúde, à formulação de diretrizes e estratégias para atuação do sistema público de saúde (o que abarca planejamento, pactuações e gestão orçamentária), ao acompanhamento e à avaliação de ações e ao processamento de informações para a realização de seus fins, em parceria e sinergia com outros órgãos gestores<sup>15</sup>.

Na saúde, de forma mais intensa do que em outros segmentos, os conselhos transcendem os perímetros municipal, estadual e federal, admitindo formatos locais e distritais. Os primeiros possibilitam maior proximidade entre a comunidade, suas organizações e os serviços de saúde. Os demais se vinculam a uma região ou distrito sanitário, que congregam unidades de saúde e comunidades que guardam entre si certa identidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica<sup>14</sup>.

Outro atributo que chama atenção em relação aos conselhos de saúde, quando comparados aos demais conselhos de direitos, é o seu grau de institucionalização entre os municípios brasileiros. De acordo com informações da pesquisa Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros, publicizada, em

2015, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>12</sup>, 99,7% das localidades brasileiras possuíam, na data do diagnóstico, conselho municipal de saúde. Cumpre mencionar que todos os estados brasileiros também apresentam conselhos, de natureza tetrapartite paritária e deliberativa.

De modo complementar às ações dos conselhos, as conferências podem ampliar o diálogo social nos diversos segmentos de políticas públicas. No contexto de referência deste artigo, elas representam fóruns para avaliação da saúde pública, para proposição de diretrizes e para formulação da política de saúde nas três esferas de governo. Sua periodicidade é quadrienal<sup>14</sup>.

As conferências são iniciadas pelo diálogo em ampla base municipal, a partir do qual prioridades, diagnósticos e propostas (sintetizadas em relatórios) são encaminhadas ao nível estadual, pelos delegados. Novas sínteses e novos representantes seguem para o patamar federal, pois, nessa instância, novas linhas de ação serão concebidas para todo o Sistema Único de Saúde. Percebe-se, portanto, que esse esforço de engenharia institucional é capaz de combinar participação direta e representação, operando contra um dos grandes males das democracias de massa que é o tênue engajamento popular em processos públicos. Dito de outro modo, a participação política, por meio de instrumentos como estes, pode dividir espaço com a participação meramente eleitoral.

Em um passado recente, percebe-se que o Brasil dinamizou a realização de conferências em múltiplos segmentos de políticas públicas. Entre 2003 e 2006, 43 eventos foram realizados, sendo 38 nacionais e 5 internacionais. Apresentaram em sua primeira edição 16 conferências. Em conjunto, cerca de dois milhões de cidadãos foram mobilizados<sup>19</sup>. Ao longo de sua história, o Brasil promoveu 15 Conferências Nacionais de Saúde (CNS), cujas edições, anos e temas encontram-se abaixo, no Quadro 1:

**Quadro 1** – Edição, ano e tema das Conferências Nacionais de Saúde

Edição e ano	Temas das conferências nacionais
1ª CNS (1941)	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª CNS (1950)	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho
3ª CNS (1963)	Descentralização na área de saúde
4ª CNS (1967)	Recursos humanos para as atividades em saúde
5ª CNS (1975)	Implementação do sistema nacional de saúde. Programa de saúde materno-infantil. Sistema nacional de vigilância epidemiológica. Programa de controle das grandes endemias. Programa de extensão das ações de saúde às populações rurais
6ª CNS (1977)	Situação atual do controle das grandes endemias. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde. Interiorização dos serviços de saúde. Política nacional de saúde
7ª CNS (1980)	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos
8ª CNS (1986)	Saúde como direito. Reformulação do sistema nacional de saúde. Financiamento setorial
9ª CNS (1992)	Municipalização é o caminho
10ª CNS (1996)	Saúde, cidadania e políticas públicas. Gestão e organização dos serviços de saúde. Controle social na saúde. Financiamento da saúde. Recursos humanos para a saúde. Atenção integral à saúde
11ª CNS (2000)	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª CNS (2003)	Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
13ª CNS (2007)	Saúde e qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento
14ª CNS (2011)	Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro
15ª CNS (2015)	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro

Fonte: Conselho Nacional de Saúde, 2011; 2015.

A observação dos temas das conferências revela que foram dedicadas a pontos-chave do sistema de saúde em diferentes décadas. É digno de nota a pluralidade de pautas e a percepção da descentralização e da interiorização como necessidades agudas. Destaca-se, ainda, a importância da 8ª conferência que, em 1986, estabeleceu importantes premissas para o texto constitucional de 1988.

No ano de 2017, três conferências nacionais ligadas à área de saúde estão programadas, a saber: 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde<sup>7</sup>.

### **Categorias de análise para compreensão da participação em saúde no Brasil**

As categorias analíticas inferidas da literatura versam sobre os tipos, níveis, objetivos (que expressam suas possibilidades), obstáculos (que exprimem seus limites) e os riscos da participação (que manifestam desvirtuamentos possíveis).

Ao analisar a situação dos governos, nacionais ou regionais, Nogueira<sup>16</sup> os percebe sob quatro fontes de demandas, interesses e reivindicações: o mercado, a sociedade civil e os planos: transnacional e subnacional. As reações típicas às pressões: transnacional e subnacional são, respectivamente, a abertura econômica e a descentralização. Os anseios por lucratividade,

característicos do mercado, e pela afirmação de direitos, característicos da sociedade civil, encontram respostas públicas em privatizações e em oportunidades de participação. Entre os tipos de participação que coexistem, o autor identifica as formas: assistencialista, corporativa, eleitoral e política. Há, ainda, uma modalidade que pode florescer em espaços de participação institucionalizada: a participação gerencial.

Observa-se que os elementos dessa tipologia podem caracterizar a transcendência de domínios restritos para domínios coletivos. Nesse sentido, a *participação assistencialista* é notada em todas as épocas, como produto da natureza gregária do homem. Ela se materializa em iniciativas de auxílio mútuo, como o mutirão, e pretendem minimizar o infortúnio, otimizar recursos comunitários e atenuar conflitos. A *participação corporativa* vincula-se à satisfação de interesses particulares. Ela é excludente em alguma medida, pois beneficia grupos ou classes. No cenário das democracias pluralistas contemporâneas, sua expressão é vigorosa, assim como a percepção de sua legitimidade. Há a *participação eleitoral*, que busca interferir nos rumos de grandes coletividades. Por meio dela, os direitos políticos ganham forma e significado. Todavia, sua mecânica limita-se, na maioria das vezes, ao voto, para que o recurso da representação constitua câmaras deliberativas em todos os níveis da federação. A participação de natureza *política* pode ser considerada a forma mais refinada de engajamento social. Ela amplia as possibilidades da participação eleitoral, pois pressupõe atores coletivos envolvidos em processos de interesse geral, de modo que o poder possa ser descentralizado. Articulações sustentadas por valores partilhados e por lastro histórico operam para a legitimidade dessa modalidade de participação. A *participação gerencial*, por fim, é produto do esvaziamento do conteúdo ético-político da participação em

favor de posições mais pragmáticas, voltadas à resolução de problemas situados na fronteira entre o público e o privado. Assim, a combinação de esforços para a cogestão de políticas públicas pode traduzir-se em cooptação por meio da qual demandas pontuais são atendidas em troca de apoio político ou em transferência de responsabilidades com a inadequada desoneração de órgãos ou atores.

Um novo conjunto de categorias é capaz de expressar *níveis de participação*, isto é, de revelar a centralização ou não das decisões entre elites dirigentes e coletivos dirigidos<sup>2</sup>. Em um primeiro grau (*informação/reação*), dirigentes informam aos membros da organização sobre as decisões já tomadas. Em alguns casos, a reação dos membros é levada em conta pelos dirigentes e, em outros, não é sequer considerada. Em *consultas facultativas* a administração pode (se e quando quiser), ouvir o coletivo, solicitando críticas, sugestões ou informações para solução de algum problema. Em *consultas obrigatórias* os membros devem ser ouvidos, embora a decisão final pertença à elite dirigente. Em contextos de *elaboração/recomendação*, os integrantes do coletivo constroem propostas e recomendam medidas que a administração aceita ou rejeita. Contudo, ela deve sempre justificar seu posicionamento. Em iniciativas de *cogestão* as decisões de uma organização são compartilhadas. Os administrados exercem influência direta na eleição de planos de ação. Comitês e conselhos são formatos organizacionais que viabilizam esse nível de participação. Quando levados a cabo, processos de *delegação* entregam aos administrados autonomia em certos campos da organização. A administração define perímetros dentro dos quais os membros possuem completa autoridade. Não necessitam, portanto, consultar superiores para decidirem. Finalmente, na *autogestão* todo o coletivo determina objetivos,

escolhe meios e estabelece controles pertinentes, sem referência a uma autoridade externa. Nesse nível, deixa de existir a diferenciação entre administradores e administrados.

Deve-se a Demo<sup>10</sup> uma discussão sobre o que se espera obter – e, portanto, se pode obter – com a participação. Assim, entre os objetivos (e possibilidades) da participação destacam-se: a *autopromoção*, a *realização da cidadania*, a *implementação de regras democráticas para interações*, o *controle do poder*, o *controle da burocracia*, a *negociação entre partes* e a *consolidação de uma cultura democrática*.

A *autopromoção* é característica da ação social centrada nos próprios interessados (beneficiários), que passam a autogerir ou, pelo menos, a cogерir a satisfação de suas demandas, com vistas a superar a necessidade de ajuda assistencialista. O vício fundamental do assistencialismo é despertar elos de dependência, de subserviência, entre beneficiários e provedores.

A *realização da cidadania* é a qualidade social de um coletivo organizado sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos. Direitos correspondem às prerrogativas que protegem e conferem dignidade aos indivíduos e deveres dizem respeito ao compromisso comunitário de cooperação e corresponsabilidade.

No que se refere à *implementação de regras democráticas*, a participação é um exercício que permite a promoção e a destituição de centros de poder, o estabelecimento de elos entre representantes e representados e outros fins. Um de seus objetivos é, portanto, contribuir para a instalação e o vigor da democracia, que demanda parâmetros, organização e empenho coletivo.

Não há democracia sem *controle do poder*, que não pode emergir das elites dirigentes, devendo ser realizado pela base. Sociedades organizadas e participativas são capazes de se contraporem às disfunções das burocracias, núcleos

contemporâneos de poder, que devem subordinar-se ao controle social. A qualidade de sistemas impessoais origina-se da pressão dos interessados (*controle da burocracia*) e não apenas de sua capacidade de autorregulação. Em paralelo, a democracia é um sistema sociopolítico no qual se negociam divergências, para que se acomodem em patamares que permitam a convivência e a realização relativa dos interesses singulares.

A *negociação entre as partes* vincula-se, portanto, à possibilidade de revisão de pactos sociais e de proposição de novos consensos mínimos. Encerrando esta tipologia, a consolidação de uma *cultura democrática* é um objetivo basilar da participação, pois ela deve tornar-se comum em sistemas poliárquicos de poder<sup>9</sup>, comprometidos com o Estado de direito, a igualdade e a simetria de oportunidades entre os cidadãos.

Se a participação apresenta possibilidades, ela também exprime limites, pois lida com obstáculos. Há, portanto, elementos intrínsecos à participação que podem se contrapor à sedimentação da democracia. Desse modo, como observa Demo<sup>10</sup> processos participativos podem ser limitados, pois incorrem em *democratismo*, *centralismo*, *populismo*, *purismo* e *assistencialismo*. Assim: *democratismos* são as deturpações do processo participativo, no sentido de empregar suas premissas para levá-la ao absurdo, gerando uma demonstração de sua inviabilidade; *centralismo* corresponde à centralização institucional e/ou por parte de lideranças, que, de modo impositivo, invertem o fluxo participativo (não da base para o topo, mas de modo contrário); o *populismo*, estabelecido quando há aceitação acrítica de que o coletivo sempre é detentor de razão absoluta, o que pode impedir movimentos participativos de dialogarem com outros atores coletivos; o *purismo* corresponde ao ápice da qualidade política, em que processos participativos idealizados pretendem ser completamente coesos. Em casos

assim, assume-se o risco de distanciá-los de múltiplos contextos, assim como da prática cotidiana; o *assistencialismo*, finalmente, que pode traduzir-se em um obstáculo significativo ao êxito da participação, pois grupos dominantes o empregam para desmobilizar iniciativas sociais. Por meio de ofertas emergenciais e compensatórias, iniciativas de efetiva emancipação são podadas e lideranças são docilizadas e cooptadas.

Tendo em mente as possibilidades e os limites da participação, Demo<sup>10</sup> também pontua seus riscos, que manifestam *desvirtuamentos potenciais*. Isso ocorre quando são paliativos, efêmeros, demorados ou suspeitos. Processos participativos são considerados paliativos quando se desenvolvem em esferas de importância secundária em um coletivo ou quando são meios de legitimação ideológica de instâncias de poder. O caráter efêmero de iniciativas participativas é perceptível quando estas se esgotam rapidamente, dependendo em demasia da presença de certas lideranças ou demonstrando precariedade de organização e carência de sustentação própria. A criação de um contexto efetivamente participativo não é algo simples, pois envolve múltiplos fatores (pessoais, culturais, históricos, etc.). Os tempos de amadurecimento são longos, demorados, o que pode operar para a desmobilização de grupos. Por fim, processos participativos são percebidos como suspeitos em duas direções. A primeira diz respeito à cooperação estatal, que pode utilizar-se do engajamento social para legitimar a ordem vigente. A segunda associa-se ao seu caráter contestador, pois não há participação exitosa que não gere, em estreita ou larga escala, instabilidade.

### Considerações finais

Em relação aos atores sociais que viabilizam a participação em saúde no Brasil pode-se afirmar que constituem uma rede múltipla e complexa de

*accountability* democrática, não isenta de contradições. Pode-se distinguir uma participação de caráter mais instrumental e em moldes mais convencionais, que anima estruturas formais de negociação e pactuação voltadas aos elementos administrativos, financeiros e operacionais do SUS. No que diz respeito à participação comunitária, os atores essenciais são aqueles que interagem em conselhos: intra-municipais, municipais, intermunicipais, estaduais e nacional, representando o governo, prestadores de serviços de saúde, profissionais do setor e usuários com vistas à garantia do direito universal à saúde numa perspectiva ético-política democrática.

Como se sabe, os principais arranjos institucionais que possibilitam a participação social no âmbito do SUS são os conselhos e as conferências de saúde que visam operar em prol da cogestão de políticas públicas e integram sistemas que contam, ainda, com planos (políticas) e fundos financeiros públicos. No SUS, os conselhos transcendem os perímetros administrativos tradicionais (municipal, estadual e federal), admitindo formatos locais e regionais que guardam entre si certa identidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica.<sup>17</sup>

De modo complementar às ações dos conselhos, as conferências podem ampliar o diálogo social, pois representam fóruns para avaliação, proposição de diretrizes e formulação da política de saúde nas três esferas de governo. Há um esforço institucional para combinar participação direta e por representação, buscando garantir o engajamento popular – o qual divide espaço com a participação meramente eleitoral. O histórico de conferências na saúde coloca em relevo temas plurais, embora a questão da descentralização tenha prevalecido.

Em relação às categorias de análise, selecionadas a priori em fontes bibliográficas, observa-se que elas são capazes de favorecer a compreensão: (1) dos tipos de participação; (2) dos



níveis de autonomia de dirigidos e dirigentes; (3) das possibilidades de empreendimentos participativos; (4) de suas limitações e (5) de seus riscos, que revelam desvirtuamentos possíveis.

Por ser um fenômeno complexo, multifacetado e plural, a participação em saúde no Brasil não é, obviamente, completamente inteligível pelo universo de atores, espaços de negociação e categorias detalhadas neste artigo. Essa afirmação destaca a necessidade de construção de recursos heurísticos complementares, que irão emergir de cada contexto institucional que se busca conhecer.

Todavia, por serem relativamente genéricas, as categorias sobre participação possuem amplo potencial de aplicação, podendo, como construções típico-ideais, mediar relações entre sujeito e objeto de pesquisa no gigantesco mosaico empírico estruturado no âmbito do SUS.

#### Referências

- Behn RD. O novo paradigma da gestão pública e a busca da *accountability* democrática. *Revista do Serviço Público*. 1998; 49(4):5-45.
- Bordenave JED. O que é participação?. São Paulo: Brasiliense; 1983.
- Brasil. Lei nº. 12466. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília; 24 ago 2011.
- Brasil. Lei nº. 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 19 set 1990.
- Brasil. Lei nº. 8142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília; 28 dez 1990.
- Conselho Nacional de Saúde. 15ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: CNS; 2015 [acesso em 15 fev. 2017]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html).
- Conselho Nacional de Saúde. Conferências 2017. Brasília: CNS; 2017. [acesso em 08 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/conferencias.html>.
- Conselho Nacional de Saúde. Histórias das Conferências de Saúde. Brasília: CNS; 2011 [acesso em 15 fev. 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>.
- Dahl RA. Poliarquia: participação e oposição. São Paulo: EdUSP; 2005.
- Demo P. Participação é conquista. São Paulo: Cortez; 1988.
- Gohn MG. Conselhos gestores e participação sócio-política. São Paulo: Cortez; 2001.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014. Rio de Janeiro; 2015.
- Keinert TMM, Oliveira, VCS. Participação social em saúde no Brasil: abordagem exploratória da produção técnico-científica entre 1990-2014 e proposição de uma agenda de pesquisa. In: XIX SemeAd - Seminários em Administração; 2016; São Paulo. São Paulo: FEA/USP; 2016.
- Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. A responsabilidade do controle social democrático do SUS. Brasília: CNS; 2013.
- Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília CNS; 2002.
- Nogueira MA. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez; 2005.
- Oliveira VCS. Sociedade, Estado e administração pública: análise da configuração institucional dos conselhos gestores do município de Lavras – MG. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal de Lavras. Lavras; 2009.
- Paula APP, Keinert TMM. Inovações institucionais participativas: uma abordagem exploratória da produção brasileira em Administração Pública na RAP e no EnAPG (1990-2014). *Cadernos EBAPE.BR (FGV)*. 2016; 14:744-758.
- Silva ERA. Participação social e as conferências nacionais de políticas públicas: reflexões sobre avanços e desafios no período de 2003-2006. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2008.