



Dinâmicas Participativas: Dos espaços de debates aos avanços da democracia brasileira nas pré-conferências de saúde

Maria Raquel Pilar Steyer

RESUMO: Este trabalho contempla um estudo sobre a importância das Instituições Participativas na efetividade da política pública de saúde. Traz como referência, a participação popular nas pré-conferências municipais de saúde realizada em março e abril de 2019 enquanto preparação para as etapas de conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde. Quanto aos procedimentos metodológicos, estes implicaram em uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa ancorado no materialismo histórico. A abordagem deu-se através dos discursos advindos das propostas levantadas na realização de pré-conferências de saúde em três localidades urbanas e nove localidades rurais. Da mesma forma que foi analisada as necessidades em saúde expressas pelas comunidades ou populações, compreendeu-se uma atenção especial ao espaço político que ocupam não somente pelo discurso das propostas aprovadas, mas, fundamentalmente, na articulação participativa para intervenções em saúde no município de Rio Pardo/RS.

Palavras-Chave: Política pública. Controle Social. Conselho Saúde. Conferências de Saúde.

INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição de 1988, a democracia ganhou reforços através do desenvolvimento de novos arranjos participativos ocorrendo mudanças nas formas de interação entre o Estado e a sociedade brasileira e formas diferenciadas de adesão popular na deliberação sobre as políticas públicas. Ao longo da década de 1990, o debate sobre as "inovações democráticas", também conhecidas como "inovações institucionais" e "instituições participativas", tornaram-se denominações utilizadas para qualificar o conjunto variado de modalidades de participações criadas nas últimas décadas, com o objetivo de diminuir a distância entre a população e o sistema político.



O tema da efetividade da participação conferiu novos desdobramentos ao debate sobre a qualidade dos espaços deliberativos como fator importante para o fortalecimento de uma gestão democrática, integrada e compartilhada. Tais experiências evidenciam a importância do exercício da participação da sociedade civil nos conselhos de direitos, enquanto espaços de questionamento não apenas da forma do processo decisório do Estado, mas também das relações entre Estado e Sociedade Civil no campo das políticas públicas.

O Controle Social na atuação do poder público compõe o processo de exercício de cidadania em uma sociedade democrática, na qual representantes dos movimentos sociais organizados participam junto com outros segmentos da sociedade na elaboração das Políticas Públicas para atender às necessidades dos indivíduos e da própria sociedade. No Brasil a discussão sobre a participação popular vem desde os anos de 1930 e 1940 quando foram elaboradas Políticas Públicas com o objetivo de prever infraestrutura do Estado para atender às demandas das grandes concentrações produtivas, população e indústrias, nas áreas periféricas das metrópoles brasileiras. No bojo das reivindicações dos movimentos populares estava o acesso a bens, serviços e direitos sócio-políticos, até então negados àqueles que não pertenciam às classes dominantes da sociedade.

Para tanto, a proposta desse trabalho é avançar na análise da efetividade de espaços de instituições participativas de política pública de saúde por se configurar este como um espaço público já institucionalizado, marcado pela proximidade da sociedade civil e o Estado no envolvimento da ação coletiva, que são re-significadas no período pós Constituição (AVRITZER, 2007). Os conselhos municipais e as Conferências se tornaram uma realidade inevitável para os governantes de municípios brasileiros e parte fundamental do processo de concepção, execução e controle de políticas locais e também integraram o processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

Esses mecanismos de participação são por democracia representativa, que conformam o conjunto de órgão colegiado e deliberativo para a definição das Políticas



Públicas do setor, porém por ser um processo recente, implantado há um pouco mais de 30 anos, e que necessita ser expandido e aprofundado.

Os municípios tem sido o palco de inovações relativo à institucionalização da participação e a percepção desse avanço requer um conjunto de análises para compreender a natureza das práticas que ocorrem no interior destas instâncias, assim como as condições associadas à sua efetividade.

A importância que as Instituições Participativas no Brasil têm hoje na realidade dos governos, na medida em que vêm se disseminando desde o lançamento de suas bases legais e integradas de forma gradual ao processo de concepção, execução e controle de políticas públicas merece uma análise considerando os conflitos e embates presentes nas concepções do espaço político, deliberativo e participativo que ocupam a implementação e a efetividade da política pública de saúde (AVRITZER, 2007).

Um dos principais objetivos do conselho de saúde é levar o projeto de governo para ser discutido e avaliado pela população e, também, trazer propostas da população aos vários níveis do governo. Embora o poder legal dos conselhos resida, principalmente nas esferas técnica e administrativa, eles são especialmente significativos por seu papel na discussão das políticas (MERCADANTE, 2000), mas assegurar o direito da sociedade civil a participar da definição das políticas sociais não é suficiente para garantir essa participação. Porém, esse quadro pode mudar significativamente com a presença de uma sociedade civil organizada e/ou de autoridades políticas comprometidas com a democracia participativa.

Novas formas de práticas participativas e de qualidade das relações entre Estado e Sociedade Civil

O presente trabalho aborda um estudo sobre a importância das Instituições Participativas na efetividade da política pública de saúde. Traz como referência empírica a participação popular nas pré-conferências municipal de saúde realizada em março e abril de 2019 enquanto preparação para as etapas de conferências municipal, estadual e nacional de saúde. Da mesma forma que analisa as necessidades em saúde expressas pelas comunidades ou populações, compreende uma atenção especial ao espaço político



que ocupam não somente pelo discurso das propostas aprovadas, mas, fundamentalmente, na articulação participativa para intervenções em saúde no município de Rio Pardo/RS.

É importante lembrar que com a nova Constituição Federal, criada em 1988, foram instituídos novos parâmetros normativos da vida pública, abrindo possibilidades para a construção democrática e para a gestão pública aberta à participação de amplos setores da sociedade. Com efeito, o novo marco constitucional, ao tempo em que significou o retorno de instituições democráticas abriu possibilidades para novos arranjos na interrelação entre governos e movimentos sociais - ou como afirma Dagnino (1999), “formas de encontro entre sociedade civil e o governo” dado, sobretudo pela construção de relações de parceria, complementaridade e práticas de colaboração levadas a efeito via fóruns, conselhos gestores, conferências, orçamentos participativos, entre outros. (DAGNINO, 1999, p.10).

A partir da construção coletiva de uma consciência legal, a construção de instituições democráticas, seria um processo que demandaria, a princípio, a elevação dos níveis de acesso aos direitos civis, políticos e sociais e de desenvolvimento, nos termos de Dagnino (1999) de uma nova cidadania que apontasse “na direção de uma sociedade mais igualitária em todos os níveis, baseada no reconhecimento de seus membros como sujeitos portadores de direitos, inclusive aquele de participar efetivamente na gestão da sociedade”. Uma elaboração que conferisse ênfase, segundo ela, na “importância de assegurar uma das condições mesmas de existência da sociedade civil: a vigência de um conjunto de direitos, tomados como parâmetros básicos da convivência em sociedade” (DAGNINO, 1999, p.10). Uma consequência concreta dessa visão é a emergência de experiências de construção de “espaços públicos”, tanto dos que “visam promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas e interesses até então excluídos de uma agenda pública”, como dos “que se constituem como espaços de ampliação e democratização da gestão estatal” (DAGNINO, 1999, p.10).

Neste contexto, devido a fortes pressões de uma sociedade civil, a participação social surgiu como referencial de rupturas e tensões e as práticas participativas relacionadas a uma alternativa de qualidade da gestão atribuíram transparência pública



repercutindo na sociedade (LOSEKANN, 2014). A origem das políticas públicas relacionadas pelo integrante participativo está relacionada com as modificações na base sociopolítica através de um maior questionamento sobre o papel do Estado como principal agente incentivador das políticas públicas.

Nas últimas décadas, as formas de participação mais frequente estiveram envolvidas especialmente com a criação de novos instrumentos de relação entre a sociedade civil e a esfera pública (DAGNINO, 2002). Esta nova esfera pública, que se estende sobre o Estado, com ou sem alicerce da representação política tradicional, é composta por uma construção democrática e participativa que concebe o Estado a um conjunto de organizações sociais possibilitando a tensão política como método decisório, e desfazendo, sempre que possível, as práticas autoritárias e patrimonialistas que também prevalecem na esfera local (DAGNINO, 2002).

Com isso, o conjunto de diversas modalidades de participação criadas com o objetivo de encurtar a distância entre os cidadãos e o sistema político e promover a incidência de atores coletivos nas diferentes fases do ciclo das políticas públicas tem promovido o debate sobre as inovações democráticas, ao fazer da tomada de decisão um processo mais público e inclusivo, aumentando sua legitimidade.

Vários estudos realizados em regiões do país mostram que as instituições participativas variam significativamente quanto ao grau de institucionalização, às regras de funcionamento e ao tipo de atores que incluem, mas, de alguma forma, no seu conjunto, instauram práticas participativas e/ou investem de responsabilidades representativas atores e instituições não previstos pelo modelo clássico do governo representativo (GURZA LAVALLE; ISUNZA, VERA, 2011).

Nesse processo, o controle social, por se configurar como um espaço público já institucionalizado, marcado pela proximidade da sociedade civil e o Estado apresenta-se como um mecanismo possível de democratização das políticas públicas, em que os sujeitos ocupam espaços públicos em reuniões e avaliam a gestão municipal, elaboram propostas de acordo com suas demandas e deliberam sobre o uso e aplicação dos recursos públicos. O controle social é apresentado como um espaço institucional que



envolve a partilha de espaços de deliberação entre representações estatais e as entidades da sociedade civil, tendo como base a negociação e a parceria em seus diversos arranjos institucionalizados, seja pelo orçamento participativo, conselhos gestores, audiências públicas, conferências ou por outro formato de participação. (PEREIRA, 2007).

O exemplo disso está os diferentes tipos de conselhos gestores de políticas públicas que mostram a existência de um espaço público com múltipla formação e paritária entre Estado e sociedade civil com estrutura deliberativa e com uma expressiva quantidade de pessoas envolvidas em práticas participativas com mútuas responsabilidades. Embora esses conselhos gestores representem arranjos institucionais inovadores, a grande questão relaciona-se com a competência de interpretar essas práticas e também de uma democratização concreta nos procedimentos de gestão em questões públicas (TATAGIBA, 2002).

Haja vista, que o desenvolvimento destes espaços de participação aprimora qualitativamente a capacidade de representação dos interesses e a qualidade e equidade da resposta pública às demandas sociais. Tais experiências evidenciam a importância do exercício da participação da sociedade civil nos conselhos, enquanto espaços de questionamento não apenas da forma do processo decisório do Estado, mas também das relações entre Estado e Sociedade Civil no campo das políticas públicas.

O controle social de saúde está ligado a dois movimentos sociais importantes da redemocratização brasileira: de um lado, o movimento sanitarista que se fortificou no final dos anos 70 nas universidades e alguns outros setores selecionados da área de saúde (SCOREL, 2008) e, de outro lado, o chamado movimento popular da saúde, cujo objetivo principal era controlar a qualidade dos serviços de saúde (SADER, 1988; JACOBI, 1994). Cada um destes movimentos tinha um tipo de reivindicação em relação à participação social: no caso do movimento popular de saúde, a reivindicação era o controle e, eventualmente, a autonomia da sociedade civil no processo de decisão sobre os serviços de saúde municipal. Do lado sanitarista, a ênfase foi posta na medicina preventiva e na reorganização do papel do Estado no sistema de saúde do país.



O movimento de saúde, entretanto, teve dois momentos importantes nos anos 80: o primeiro deles foi a “VIII Conferência Nacional de Saúde” ocorrida em Brasília, em 1986, e propôs a extinção dos “Institutos de Previdência”, que eram a expressão maior da vigência de um direito segmentado à saúde (GERSCHMAN, 1995, p.78). No entanto, do ponto de vista da participação, o elemento que sobressai na VIII Conferência Nacional de Saúde é a combinação entre a reivindicação de um Estado mais ativista por parte do movimento sanitário e de uma forma popular de controle público por parte dos movimentos populares. Esta combinação gerou a instituição participativa no conselho como forma geral da participação na saúde (AVRITZER, 2007). A proposta de um sistema unificado de saúde, descentralizado e com participação popular foi apresentada sob a forma de uma emenda popular durante a Assembleia Nacional Constituinte e aprovada com algumas modificações propostas pelos setores conservadores.

Desde esse momento, o governo federal brasileiro vem vivenciando forte expansão de formas de participação social, e principalmente, na realização de um expressivo conjunto de conferências – que têm sido peça fundamental para ordenar políticas prioritárias para os ministérios e informar a agenda decisória do Congresso Nacional (SCHMIDT, 2006).

Baseado no pressuposto de que as propostas aprovadas nas Conferências de Saúde e as intervenções do setor devem atender às necessidades em saúde expressas pelas comunidades ou populações, o município de Rio Pardo/RS além de promover a 6ª Conferência de Saúde, realizou etapas de pré-conferências em 12 localidades situadas em bairros urbanos e zona rural. Embora a pretensão fosse buscar compreender o discurso das propostas aprovadas para intervenções em Saúde nas pré-conferências de saúde ocorridas no mês de março de 2019, o mesmo espaço político serviu como parâmetro para avaliar os impactos da participação popular no município.

As conferências nacionais de saúde fazem parte da história da política de saúde brasileira desde 1941, que instituiu a 1ª Conferência Nacional de Saúde e Educação, sendo que a 8ª Conferência considerada como marco de transformação que estabeleceu a nova dinâmica e alterou a composição dos delegados, incorporando a participação da



sociedade civil organizada e uma nova institucionalidade e vida própria às conferências. São fóruns que criam espaços de formação de opinião e vontade política. Uma forma de organização inovadora que trabalha com conflitos e interesses. Fórum de negociação política e de democracia direta, de manifestação de interesses diversos, que possibilitam a ampla divulgação de temas para discussão na sociedade em geral e interferem no rumo de formulação e diretrizes para a política.

São instâncias permanentes, convocadas pelo Conselho Nacional de Saúde em período regulares de 4 em 4 anos em cada esfera de governo, cabendo aos representantes dos movimentos sociais e organizados a expressão das demandas para que as necessidades em saúde sejam atendidas.

CONFERÊNCIA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO PARDO

O município de Rio Pardo/RS por muitos anos foi marcado por fortes desigualdades na oferta e acesso aos serviços de saúde (COELHO, PEDROSO, 2002). Os locais com mais necessidade estão concentrados na zona rural, área mais extensa, mais afastada do centro da cidade e mais carente. Porém, a área urbana foi a que mais recebeu os serviços públicos de saúde.

Na gestão pública e política atual, estas injustas estão sendo reparadas. Atualmente, em quase todas as localidades de zona rural são atendidos por serviços de saúde, compreendidos atendimentos médicos, odontológicos, de enfermagem, psicossocial, entre outros, além de boa cobertura por agentes comunitários de saúde. Na zona urbana, existe uma cobertura de 100,0% por Estratégia de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde, além de Hospital Regional 100,0% SUS com atendimento de urgência e emergência, mas mesmo assim, são sentidos os reflexos de insuficiência de serviços de saúde.

O município não tem histórico de mobilização social e de lutas por uma melhor assistência à saúde, por isso, houve um empenho por parte da equipe de trabalhadores da saúde e do conselho municipal de saúde em apostar em outro modelo, outro formato para a conferência municipal de saúde. Promover a conferência de baixo para cima, nos bairros (região urbana com Saúde da Família), e na região rural, em nove (9) localidades,



seguidas da conferência municipal, com estudo e aprovação de propostas à etapa da 7ª Conferência Estadual e 16ª Conferência Nacional de Saúde. Para a realização das pré-conferências no município, seguiu-se o tema central proposto pela 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8), em virtude da referência celebratória à 8ª Conferência Nacional de Saúde, “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”, e três eixos temáticos: Saúde como direito; Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

As propostas das pré-conferências foram apresentadas nos Grupos de Trabalho e suscitaram o debate entre os participantes, favorecendo a elaboração de diversas propostas municipais. No acontecimento da 6ª Conferência Municipal de Saúde, em decisão da Plenária de Abertura, as propostas das pré-conferências foram aprovadas pelo Regulamento, optando-se somente pela leitura das mesmas nos Grupos de Trabalho e sua aprovação diretamente na Plenária Final, por referirem-se a necessidades das comunidades. Assim, após serem lidas, foram aprovadas e homologadas na Plenária Final da 6ª Conferência Municipal de Saúde.

Quanto aos procedimentos metodológicos, estes implicaram em uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A fase exploratória da pesquisa pode ser considerada a própria pesquisa vista possibilitar a construção de conhecimentos e respostas às hipóteses anteriormente estabelecidas (BARDIN, 2008). Os estudos exploratórios permitem ao pesquisador construir conhecimento, ter mais experiências sobre determinado problema e serve de igual forma, como base para levantar possíveis elementos que se relacionam ao problema para posteriormente desenvolver outra fase da pesquisa (TRIVINOS, 1994). O estudo está ancorado no “materialismo histórico”. Nesse sentido, cabe afirmar, a partir da sugestão de Triviños (1994), que as pesquisas que adotam o materialismo histórico como método de abordagem devem pressupor: a) que a realidade existe de maneira independente da consciência que se tem dela e, portanto, que ela tem objetividade; b) que além de ser objetiva, a realidade não é estática, mas, ao contrário, está em constante mudança; c) que a dinâmica da realidade é resultado de sua própria constituição marcada por contradições; d) que os procedimentos de pesquisa



adotados devem partir da contemplação viva dos fenômenos (do concreto), para, a partir daí, “penetrar” na dimensão abstrata dos mesmos, analisando-os em sua totalidade, nas suas partes constituintes, na relação entre as partes e entre essas e o todo (concreto abstrato) e, então, voltar-se ao concreto, agora não mais como uma realidade imediata, mas como uma realidade concreta pensada, compreendida em sua complexidade, nos seus aspectos essenciais e em suas possibilidades, naquilo que é singular e universal, necessário e contingente (concreto pensado) (TRIVIÑOS, 1994, p. 49-50).

Nesse sentido, o número de participantes nas pré-conferências foram de 529, com apresentação de 162 propostas sendo que a comunidade com menor número de propostas foram em torno de 7 propostas e a comunidade com maior número de propostas foram 20. Através da análise, se observou que os documentos continham diferenças significativas na sistematização dos registros de dados. Pois para identificar os temas abordados, ao longo do período, foi organizado um roteiro de temática que possibilitou o agrupamento das intervenções segundo o tema de cada eixo a qual estas se relacionavam. O roteiro de análise temática foi criado após exaustiva leitura do material e, posteriormente, foi aplicado em cada relatório para se identificar a existência daquela discussão no evento, assim como as modificações ocorridas nas propostas aprovadas que estavam relacionadas ao tema.

Para compreender as dimensões da realidade objetiva, no caso das propostas, para a intervenção em saúde, a respeito do eixo temático “Saúde como direito” o discurso foi destacado da seguinte forma:

(...) Incrementar ações de saúde como maior número de exames de alta especialidade, além de atendimentos odontológicos citopatológicos, e odontológica na unidade móvel de saúde (...) Incluir ou incentivar educação em saúde: grupos de prevenção promoção da saúde pela equipe de profissionais (...) Melhoria na qualidade do atendimento médico (...) Ampliação de cobertura de agentes comunitárias de saúde e acesso a outras políticas de saúde como educação, transporte coletivo, assistência social, segurança e obras (...) Ampliação de profissionais de saúde nas unidades rurais (...) Melhoria de serviços de informações e acessibilidade com o intuito de impactar uma melhoria da qualidade de vida das condições de saúde.



A saúde como direito apresenta grandes desafios aos interesses da população. Assim, precisa transformar-se em soluções que permitam com que esses direitos à saúde sejam materializados na garantia do acesso a ações e serviços de saúde.

Através das representações dos usuários, essas colocações buscam ampliar as contribuições na luta em defesa da vida e do Direito à Saúde e para construir um processo de resistência à onda de retrocessos vivenciados na atualidade. É necessário hoje um sistema que, sob-responsabilidade do Estado brasileiro, também atue nas condições que fortaleçam a saúde individual e coletiva, porque a saúde, “como direito fundamental do ser humano”, inclui a “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Lei Federal nº 8080/90, Art. 2º).

Sobre o eixo temático: Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), as propostas foram:

(...) Falta de entendimento dos princípios do SUS; (...) Reafirmar os princípios do SUS;

Os princípios doutrinários são aqueles chamados de princípios ideológicos do SUS e que conferem legitimidade ao Sistema, além de definirem os rumos para a sua implantação, quais seja: universalidade, equidade e integralidade. Já os princípios organizativos que, como o nome diz, tratam da sua organização a partir dos princípios doutrinários e orientam o processo a fim de concretizar o SUS na prática entre a regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, além de participação social, amplamente debatida. Em âmbito do SUS, a organização da atenção à saúde deve considerar além três princípios fundamentais uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença seja o resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos que produzem e conduzem as ações de saúde.



Em relação ao eixo temático Financiamento adequado e suficiente para o SUS; houve uma unanimidade de propostas como:

(...) Descongelamento dos recursos para a saúde (...)Aplicação devida dos recursos para a saúde pelo município/estado/união (...) Adequar o financiamento do SUS (...) governo estadual cumprir com os repasses financeiros aos municípios.

A conquista de suficiência e estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder tanto as necessidades do sistema como os legítimos anseios da população em torno da defesa do direito constitucional à Saúde e do acesso universal e igualitário às ações e serviços do SUS.

A partir da Constituição, a população brasileira passou a ser inserida num sistema de proteção social, alcançando a seguridade social como um direito universal. Nasce, então, a concepção de que a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Apesar desse avanço, resultado da legítima disputa dos movimentos sociais, a seguridade social tem sofrido importantes ataques, desde a década de 1990, dificultando, assim, que as pessoas alcancem efetivamente a proteção social que lhes é de direito.

Parte desses ataques são caracterizados pela implementação da denominada política de austeridade fiscal e materializados quando os governos colocam a política econômica como prioridade, ou seja, as metas e resultados fiscais são as principais finalidades de suas ações, subordinando, assim, as políticas da seguridade social a um verdadeiro processo de retirada dos direitos sociais e garantias existentes. Cabe, ainda, ressaltar que as reformas trabalhistas e da previdência social têm, também, uma significativa contribuição no agravamento do desmonte da seguridade social

A não aplicação integral do orçamento da Seguridade Social no financiamento da saúde, previdência e assistência social, que se reflete na não priorização da saúde como um direito constitucional e universal, ao lado de



momentos de crises fiscal e financeira do Estado brasileiro são fatores determinantes de insuficiência histórica do financiamento do SUS.

Nesse momento, a opção por realizar pré-conferências mostra a mobilização de todos e o desejo de efetivar a democracia em ações que parecem pequenas, mas que demandaram um grande esforço e mostraram resultados surpreendentes, dando espaço de fala a todos e todas, haja vista as propostas elaboradas e a quantidade de participantes.

A proposta agora é seguir trabalhando os resultados do Relatório da 6ª Conferência Municipal de Saúde de Rio Pardo com toda a comunidade e, a partir dos resultados das etapas estadual e nacional, estabelecer os modos de torná-los acessíveis ao maior número de pessoas, bem como monitorar o andamento das resoluções em todos os âmbitos, de forma democrática e em busca de garantir um Sistema Único e de Saúde.

CONSIDERAÇÕES

Para além dos conselhos e conferências, muitos espaços são criados e reformulados no dia a dia das comunidades – seja de reflexão, autoajuda, resistência, solidariedade, reivindicação e mobilização em torno de necessidades concretas da população. Essas iniciativas formam uma expressão viva da sociedade civil em torno das relações sociais, do cotidiano e atuam para além dos espaços institucionais de participação popular, inclusive nos serviços de saúde.

Considera-se que houve um importante avanço na construção da questão social, refletida no tratamento legal e institucional dado a temas como a saúde, infância e adolescência, mulheres, idosos, e mais recentemente em temas como orientação sexual, igualdade racial ou mesmo violência doméstica. Avançou-se na construção de sistemas de políticas sociais abrangentes, públicas, com concepção calcada na ideia do direito, envolvendo os diversos níveis de poder em estruturas descentralizadas em toda a nação.

No entanto, esses avanços não tem sido capazes de lidar com as iniquidades na distribuição dos recursos sociais, com a violência crescente nas cidades, a corrupção no



Estado ou a permanência de estruturas tradicionais de poder – todos os elementos desagregadores que se reproduzem ou mesmo avançam diante as conquistas alcançadas.

Tanto os governos quanto a sociedade organizada, não tem sido capazes de criar mecanismos para superar os entraves colocados à condução conjunta de negociação e resolução de problemas, principalmente aqueles restritos ao nível local, que seriam, em princípio, de mais fácil intervenção.

Atualmente, é preciso questionar o modelo de democracia que alcançamos e suas possibilidades futuras. Nossa perspectiva é de que a democracia deve estar atrelada à melhoria das condições de distribuição da riqueza social e à construção de uma sociedade solidária, que inclua os setores excluídos e questione as estruturas tradicionais de poder político e crie possibilidade de superá-las.

A concepção de participação social da Reforma Sanitária é de que uma sociedade saudável é antes de tudo uma sociedade solidária, igualitária e democrática. Por isso, é preciso expandir e aprofundar os mecanismos que garantam a participação cívica e democrática, assegurando uma cidadania plena.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**, Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. 1990a Brasília-DF.

AVRITZER, L. "Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimação da ação". **Dados**, Rio de Janeiro, vol. 50, nº 3, p. 443-464, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2008.

COELHO, V.S.P; PEDROSO, M. **Distribuição de Serviços Públicos de Saúde no Município de São Paulo**. Novos Estudos. 2002.No. 64; Novembro, pp: 141-152. Editora Brasileira de Ciências. São Paulo. Brasil.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. *In*: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.



_____. (org) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

DAGNINO, E. (org) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

ESCOREL, S. **Conselhos de Saúde**: entre a renovação e a reprodução da cultura política. *Divulg Saúde Debate*. 2008;(43)23-8.

JACOBI, Pedro (coord.). **Pesquisa sobre problemas ambientais e qualidade de vida na cidade de São Paulo**. São Paulo: Cedec/SEI, 1994.

LAVALLE, A.G; ISUNZA, V. E. A. "Trama da crítica democrática: da participação à representação e à *accountability*". *Lua Nova*, São Paulo, n° 84, p. 95-139, 2011.

LOSEKANN, C. **Ambientalistas em Movimento no Brasil**: entrelaçamentos e tensões entre o estado e a sociedade durante o governo lula. Curitiba/PR: Ed Appris, 2014. v. 1.

MERCADANTE, O. **Conselhos Municipais de Saúde**. *Informativo CEPAM*. Vol. 1; No. 3; Março; pp:62-70. Fundação Prefeito Faria Lima. São Paulo. Brasil.

PEREIRA, M.A.G. Modelos democráticos deliberativos e participativos: similitudes, diferenças e desafios. In: DAGNINO, E; TATAGIBA, L (Orgs.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007.

SADER, E. 1988. **Quando novos personagens entraram em cena** : experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970- 1980). Rio de Janeiro : Paz e Terra.

SCHMIDT, D. L. O movimento social e o governo Lula: uso de instrumentos democráticos – avanços e desa5os. Brasília: **Mimeo**, nov. 2006.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**; a pesquisa qualitativa em educação. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1994.