

# Política, planejamento e gestão participativa em saúde

Helena Shimizu  
Márcio Florentino Pereira  
Antônio José Costa Cardoso  
(Org.)

EDITORA  
  
UnB



**Universidade de Brasília**

**Reitora** : Márcia Abrahão Moura  
**Vice-Reitor** : Enrique Huelva

EDITORA



**UnB**

**Diretora** : Germana Henriques Pereira

**Conselho editorial** : Germana Henriques Pereira  
: Fernando César Lima Leite  
: Beatriz Vargas Ramos Gonçalves de Rezende  
: Carlos José Souza de Alvarenga  
: Estevão Chaves de Rezende Martins  
: Flávia Millena Biroli Tokarski  
: Izabela Costa Brochado  
: Jorge Madeira Nogueira  
: Maria Lidia Bueno Fernandes  
: Rafael Sanzio Araújo dos Anjos  
: Verônica Moreira Amado

# Política, planejamento e gestão participativa em saúde

Helena Shimizu  
Márcio Florentino Pereira  
Antônio José Costa Cardoso  
(Org.)

EDITORA



**UnB**

**Equipe editorial**

**Preparação e revisão** : Regina Marques e Talita Guimarães Sales Ribeiro  
**Diagramação e Capa** : Wladimir de Andrade Oliveira

© 2017 Editora Universidade de Brasília

Direitos exclusivos para esta edição:

Editora Universidade de Brasília

SCS, quadra 2, bloco C, nº 78, edifício OK,

2º andar, CEP 70302-907, Brasília, DF

Telefone: (61) 3035-4200

Site: [www.editora.unb.br](http://www.editora.unb.br)

E-mail: [contatoeditora@unb.br](mailto:contatoeditora@unb.br)

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta  
publicação poderá ser armazenada ou reproduzida por  
qualquer meio sem a autorização por escrito da Editora.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

---

P769            Política, planejamento e gestão participativa em saúde / Helena Shimizu, Márcio Florentino Pereira, António José Costa Cardoso, [organizadores]. – Brasília : Editora Universidade de Brasília, 2018.  
128 p.

Ebook.

ISBN 978-85-230-1134-5.

1. Saúde – Gestão. 2. Saúde – Planejamento. 3. Saúde – Participação social. I. Shimizu, Helena, (org.). II. Pereira, Márcio Florentino, (org.). III. Cardoso, António José Costa, (org.).

CDU 61

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7

CAPÍTULO 1 9  
**Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico**  
*Helena Shimizu e Edsaura Maria Pereira*

CAPÍTULO 2 27  
**Os Conselhos de Saúde no Brasil:  
25 anos de experiências democráticas, participativas e de controle social**  
*Helena Shimizu, Márcio Florentino Pereira, Sérgio Schierholt,  
Antônio José Costa Cardoso e Luciana Melo de Moura*

CAPÍTULO 3 55  
**Planejamento participativo em saúde: teoria e prática**  
*Antônio José Costa Cardoso, Márcio Florentino Pereira e  
Helena Shimizu*

OS AUTORES 127

## CAPÍTULO 2

# Os Conselhos de Saúde no Brasil: 25 anos de experiências democráticas, participativas e de controle social

*Helena Shimizu*

*Márcio Florentino*

*Sérgio Schierholt*

*Antônio José Costa Cardoso*

*Luciana Melo de Moura*

### **Introdução**

A proposta deste capítulo é apresentar um “Marco Teórico” de referência e realizar discussão acerca da “Democracia Participativa” e do “Controle Social” no âmbito da Saúde no Brasil.

Neste momento, quando estão em curso os debates sobre os 25 anos de institucionalização do SUS, as principais conquistas e desafios de estruturação estão sendo discutidos e analisados pelos segmentos do Estado e da sociedade. O principal desafio que o Brasil adotou como experiência singular e atualmente reconhecida internacionalmente é o de constituir um Sistema de Saúde, de caráter nacional, universal e único nas suas formas de comando e gestão e contando com a participação popular e democrática na deliberação das prioridades e na fiscalização da utilização dos recursos materiais e financeiros.

Essa experiência tem exigido um repensar permanente nas relações de poder tradicionalmente exercidas no Estado brasileiro, com uma forte resistência a mecanismos participativos e ao debate público e transparente.

A consagração da saúde como um direito de todos e dever do Estado e a instituição do controle social do SUS, garantidos na Constituição Federal, inaugurou uma nova fase no que se refere às relações entre a sociedade e estado. A proposta do SUS refletiu um projeto consoante com a construção da cidadania, tanto por representar uma conquista social, como por incluir em seus princípios e diretrizes a descentralização das ações e serviços de saúde e a participação da comunidade, aproximando a população do processo de elaboração e tomada de decisão sobre as políticas de saúde adequadas às demandas da realidade local.

Durante esse período, nos 25 anos de construção (1990-2011), o Sistema Único de Saúde (SUS) esteve, desde o início, alicerçado em três pontos: a universalização da assistência, o controle social e a normatização técnica das alocações financeiras. Desses, apenas os dois primeiros pontos podem ser considerados como avanços percebidos com maior consistência. A universalização da assistência é perceptível por meio do acesso de clientelas cada vez maiores da população aos serviços de saúde, da ampliação das redes de saúde e implantação de Unidades de Saúde da Família.

A questão do controle social no âmbito do SUS, comumente referida à formação e atuação dos Conselhos e Conferências de Saúde, tem se mostrado, por outro lado, a principal inovação política do Sistema, na perspectiva da pactuação política entre grupos de interesses. É preciso sublinhar que disposições do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) impulsionaram a criação de tais instâncias, na medida em que condicionaram a transferência de recursos financeiros a estados e municípios à existência de Conselho de Saúde no ente correspondente.

Tais incentivos normativos, junto com a politização da questão mediante a realização periódica de conferências de saúde em todo o país, têm permitido colocar a implementação do SUS em permanente questionamento e sob vigilância, formando-se uma massa crítica de apoio que tem assegurado, em boa parte, o aperfeiçoamento do sistema e a crescente participação cidadã, assentando as bases, embora ainda muito frágeis, para o almejado controle social dos usuários sobre as decisões e os atos das autoridades setoriais.

Como resultado concreto, atualmente há no país milhares de pessoas de muitos segmentos sociais envolvidas nos Conselhos de Saúde. O porte de cada Conselho varia segundo o tamanho da população local, mas a regulamentação prevê, para todos eles, a mesma composição paritária: metade dos assentos corresponde a representante da autoridade setorial, dos profissionais, dos prestadores públicos e privados e dos trabalhadores da saúde; a outra metade deve compreender representantes dos usuários dos serviços do SUS (BRASIL, 1990).

Quanto à sequência do texto, apresentaremos primeiro um Marco Teórico de referência para essa análise do Controle Social no Brasil. Ancoraremos nossa análise na Filosofia da Libertação proposta por Dussel (2007) e nas teses desenvolvidas por Boaventura Santos (SANTOS, 2008) sobre a Reinvenção da Emancipação Social. Também são apresentados alguns apontamentos de Pateman (1992) na sua obra *Participação e Teoria Democrática*, na qual a autora busca o lugar da participação na democracia moderna.

Além disso, foram construídas algumas atividades de ensino-aprendizagem, todas relacionadas no capítulo final desse livro.

## **Marco teórico**

Embora não haja a pretensão de fazer aqui uma revisão teórica do conceito de Democracia no âmbito da Ciência Política, faz-se necessária uma apresentação dos modelos de democracia, visto que essa definição tem



consequências sobre o funcionamento dos órgãos de controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, utiliza-se a linha de análise desenvolvida por Boaventura Santos (2005, 2006), que traz à baila a centralidade da relação entre Estado e sociedade civil para a constituição de algumas teorias da emancipação.

## **Os modelos de democracia**

Durante muito tempo triunfou uma concepção de democracia restritiva à participação popular, de “baixa intensidade”, cujo fio condutor correspondia à maximização da contradição entre mobilização e institucionalização, valorização positiva da apatia política (o cidadão comum não teria capacidade ou interesse exceto para escolher os líderes que tomam a decisão), pluralismo como forma de disputa partidária entre elites e apenas “alguma solução” para resolver o problema da participação (SANTOS; AVRITZER, 2005).

Pode-se dizer que o limite à expansão global dessa democracia de baixa intensidade coincidiu com graves crises democráticas nos Países Centrais, vitimados por uma “dupla patologia”: no âmbito da participação, por um aumento considerável do abstencionismo nos processos eleitorais; e no âmbito da representação, com cidadãos se sentindo cada vez menos representados pelos eleitos (SANTOS; AVRITZER, 2005).

Dessa maneira, o século XX ficou caracterizado por dois debates centrais no tocante à democracia, esta, em última instância, considerada como forma mediadora entre Estado e sociedade. Por um lado, temos um pensamento que traduz a solução europeia: o abandono do papel da mobilização social e da ação coletiva na construção democrática; e em uma segunda forma, uma valorização do papel dos mecanismos de representação, mas sem a necessidade de combinar mecanismos societários de participação. Em ambos os casos, surge o que é conhecido como “forma hegemônica de democracia”:

representativa elitista, tal qual se propôs ao resto do mundo, totalmente desvinculada de outras experiências que ocorreram em sistemas políticos não-alinhados (SANTOS; AVRITZER, 2005; PATEMAN, 1992).

Apesar da consolidação de um certo elitismo democrático a partir da metade do século XX, um novo movimento surge para questionar o formalismo com que a democracia era apresentada até então para a sociedade, reconhecendo na pluralidade humana uma nova proposta de ação democrática (SANTOS; AVRITZER, 2005).

Essa nova institucionalidade democrática é articulada no interstício da criação de uma nova gramática social e cultural e o entendimento da necessidade de uma inovação social. A democracia sob esse novo prisma implicaria rupturas com tradições estabelecidas e a tentativa de instituição de novas determinações, novas normas e novas leis. Essa é a indeterminação produzida pela nova gramática democrática, tão bem trabalhada por Santos e Avritzer (2005). Para ser plural, a democracia tem que contar com o consentimento de todos esses novos atores.

Muitas vozes pautaram nova demanda pela ampliação do espaço político, por meio da transformação das práticas dominantes, da cidadania e da ressignificação das práticas democráticas (CANTOR, 2005). Na América Latina, também, os movimentos sociais fizeram ouvir suas vozes na canção da redemocratização. Cantavam denunciando relações de gênero, de raça, de etnia e o privatismo na apropriação dos recursos públicos, colocando na ordem do dia o problema da necessidade de uma nova relação entre Estado e sociedade.

Boaventura afirma que esse desejo “implicou a introdução do experimentalismo na própria esfera do Estado, transformando o Estado em novíssimo movimento social” (SANTOS; AVRITZER, 2005). Autores mais pessimistas, como Briceño-Leon, negam essa transformação do Estado no continente e apontam que, dependendo do contexto social, político e econômico, a apropriação da participação para legitimação do Estado continua prática comum (BRICEÑO-LEON, 1998).

Outro ponto da concepção formal de democracia contestado na América Latina foi a necessidade de uma racionalidade técnico-burocrática para dar conta da complexa estrutura do Estado e sua formação histórica.

“Uma nova relação entre Estado e sociedade, com aumento da participação social, também levou a uma redefinição sobre a adequação da solução não participativa e burocrática a nível local, recolocando a escala do interior do debate democrático” (SANTOS, 2006).

A maior parte das experiências participativas nos países recém-democratizados do Sul tem o seu êxito relacionado à capacidade dos atores sociais de transferirem práticas e informações do nível social para o nível administrativo.

O desmoronamento final do tripé da tradição hegemônica dá-se em torno da questão da representatividade e da diversidade cultural e social. Os grupos mais vulneráveis socialmente, os setores sociais menos favorecidos e as etnias minoritárias não conseguem que os seus interesses sejam representados no sistema político com a mesma facilidade dos setores majoritários ou economicamente mais prósperos. Novas formas de representação foram propostas, então, na América Latina: novas formas de articulação entre Estado e sociedade civil, entre democracia representativa e participativa.

Podemos resumir que nas sociedades capitalistas, sobretudo nos países centrais, consolidou-se uma concepção hegemônica de relação entre Estado e sociedade, a concepção de democracia liberal com a qual procuravam estabilizar a tensão controlada entre democracia e capitalismo. Essa estabilização ocorreu por duas vias: pela prioridade conferida à acumulação de capital em relação à redistribuição social e pela limitação da participação cidadã, tanto individual, quanto coletiva, com o objetivo de não “sobrecarregar” demais o regime democrático com demandas sociais que pudessem colocar em perigo

a prioridade da acumulação sobre a redistribuição. Essa concepção de sobrecarga de demandas históricas de grupos excluídos de participação foi posta à prova e fracassou não só no Brasil, como em boa parte da América Latina (SANTOS; AVRITZER, 2005).

### **Democracia e saúde no Brasil: pensando o (antes) impensável.**

Nos últimos 30 anos, a participação da sociedade tem sido preconizada como condição para o desenvolvimento e a consolidação dos sistemas de saúde. Os cuidados primários em saúde foram considerados como a grande estratégia para a transformação de um modelo de atenção centrado na concepção biomédica: onerosa e ineficiente ao Estado e ineficaz para a população.

A Conferência de Alma-Ata, grande impulsora para a revisão dos sistemas de saúde no mundo, dizia que:

os cuidados primários em saúde requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e, para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades. (ALMA-ATA, 1978).

A noção de participação, tal como fora inicialmente concebida pelos defensores dos cuidados primários em saúde, era muito vaga, e seu significado variava conforme as peculiaridades da organização social e política de cada país, ou do posicionamento político-ideológico do ator político que abraçava a ideia (CORTES, 2002). Um dos maiores desafios para a efetivação dessa participação seria a fraqueza ou a ausência de uma sociedade civil organizada

capaz de contrabalançar o poder político das elites econômicas em aliança com a burocracia. Em países periféricos, como no caso do Brasil, os interesses não dominantes, tais como sindicatos, trabalhadores rurais, moradores urbanos pobres, seriam sistematicamente excluídos dos canais decisórios. Suas demandas seriam filtradas por relações estabelecidas por funcionários públicos com líderes obsequiosos e clientes individuais.

Contrariando essa análise, o cenário da década de 1980 no Brasil foi marcado pela efervescência dos movimentos sociais, caracterizado pela luta de vários setores organizados da sociedade. O movimento sindical demandava ativamente aumentos salariais e liberdade de organização. Pela primeira vez, desde o começo dos anos 1960, sindicatos de trabalhadores rurais e um movimento dos sem-terra, ainda embrionário, exigiam reforma agrária e a extensão de benefícios previdenciários a trabalhadores rurais. Nas áreas urbanas, associações de moradores promoviam campanhas demandando melhores serviços ou mesmo, por vezes, ocupando conjuntos residenciais vazios e prédios públicos. Novas organizações sociais eram criadas, tais como associações ecológicas e grupos feministas. Esses movimentos e organizações tinham como bandeira a luta por uma sociedade democrática.

Como visto no capítulo anterior, o ápice legal e institucional dessa liberalização política se deu com a promulgação da Constituição de 1988, que criou mecanismos de envolvimento da sociedade civil na administração pública, como o *referendum*, o plebiscito e a iniciativa popular, e estabeleceu espaços institucionais para a participação, marcadamente no setor saúde. A Carta de 1988 abriu perspectivas para apoiar ações no domínio social ou ações na esfera pública que possam remeter à “questão social”, tanto por dar tratamento privilegiado aos direitos sociais que ela inscreve, quanto por oferecer instrumentos que possibilitam ao cidadão concretizar as exigências de um Estado de Justiça Social, fundado na dignidade da pessoa humana, mediante um estado democrático (DALLARI et al., 1996).

O avanço no processo de construção do SUS em muito se deve a essa participação da comunidade. A materialização desse fenômeno se deu a partir da promulgação da Lei 8.142 (BRASIL, 1990), que institucionalizou o Controle Social, por meio da criação dos Conselhos e Conferências de Saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

No caso dos Conselhos de Saúde, sua atribuição legal é a de atuar e deliberar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos logísticos, econômicos e financeiros. A partir de meados dos anos 1990, e com maior vigor na segunda metade da década, consolidaram-se em todas as unidades da Federação: Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde em cada um dos 27 estados e Conselhos Municipais de Saúde em praticamente todos os 5.565 municípios do país, além de Conselhos regionais, distritais e locais.

### **O que entendemos por controle social**

A noção de controle social é controversa, com uso heterogêneo no pensamento social, com opções teóricas e metodológicas de distintos significados. No âmbito da Sociologia, a expressão controle social tradicionalmente é caracterizada como voltada para o estudo do conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados (ALVAREZ, 2004).

São concepções com raízes nas formulações clássicas sobre o problema da ordem e da integração social de Émile Durkheim. São dimensões que buscam as noções de poder e de autoridade ligadas à manutenção da ordem social, em estabelecer um grau necessário de organização e regulação da sociedade de

acordo com determinados princípios morais, mas sem o emprego excessivo de coerção (COHEN; SCULL, 1985).

O poder como forma de dominação está presente nos estudos de Max Weber, com foco na obediência de ordens e normas nos diversos grupos. Nessa perspectiva, o poder e a dominação estariam numa relação de complementaridade, perpassando as relações humanas em geral e não se limitando à esfera política. Weber procurava esclarecer os motivos pelos quais os indivíduos obedecem, já que toda relação de dominação se legitima na anuência do grupo. Procurava compreender como a dominação se justifica e como se sustenta externamente.

Ainda segundo Weber, há três tipos puros de dominação legítima, ou seja, justificável: tradicional, que está baseada na devoção aos hábitos costumeiros, em que se segue à tradição; carismática, em que se segue o líder carismaticamente qualificado como tal; e a racional/legal, onde a crença está na validade dos estatutos (ANDRADE, 2009).

Para Weber, o exemplo mais autêntico de dominação legal é o exercido pelo quadro burocrático administrativo. É o exercício do poder no interior das organizações formais, onde os indivíduos se sujeitam à ordem objetiva e impessoal, legalmente constituída pela legalidade formal de suas disposições e na vigência destas. Assim, a burocracia ganha o estatuto de forma de dominação moderna e racionalizada, exercida no quadro administrativo e tida como elo entre dominadores e dominados. Nesse sentido, qualquer forma associativa assume um caráter de dominação em virtude de um quadro administrativo presente e da forma como poder é exercido.

Para Cohen (1989), a ideia de controle social como dominação acabou por incuti-lo como uma força nefasta, organizada pelo Estado e voltada para manutenção da ordem social na modernidade. Michel Foucault foi o autor que aprofundou de forma mais complexa (e menos funcionalista e instrumentalista) a noção de poder como prática de dominação. Foucault abriu espaço

para interpretações multidimensionais acerca das transformações da punição na sociedade moderna (ALVAREZ, 2004). Segundo Santos (2002, p. 246):

Os notáveis méritos da análise foucaultiana do poder apresentam duas vertentes, onde em primeiro lugar o autor desloca o poder do seu nicho liberal: o Estado, o que Foucault designa como poder disciplinar da ciência moderna, distinguindo do poder jurídico do Estado moderno. Em segundo lugar, o poder disciplinar de Foucault não é um poder de soma zero, não é exercido do topo para a base nem do centro para a periferia, não se baseia na negação, proibição ou na coerção. É uma forma de poder sem centro, exercida horizontalmente através dos seus próprios sujeitos (a começar pelo próprio corpo).

Essa é uma visão que realmente exerceu forte influência no pensamento social contemporâneo desde os anos 1960 do século passado e que vai culminar num conjunto de estudos e pesquisas sobre as práticas e instituições sociais que, sob a modernidade, configuraram espaços de exclusão e normalização da vida social, de comportamentos e de subjetividades. O poder disciplinar será um poder voltado para o adestramento dos indivíduos:

“E, para isso, esse poder utilizará alguns mecanismos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame... O indivíduo adestrado deve se sentir permanentemente vigiado.”  
(ALVAREZ, 2004, p. 4)

São formas de controle social da modernidade que Foucault chama de Tecnologias do Poder e que se aplicam desde a instituições especializadas, como penitenciárias, escolas, hospitais, até instituições de socialização, como a família.



A ampliação das noções e dimensões de poder disciplinar fora do Estado, no pensamento de Foucault, é importante, mas uma questão no debate sobre a transformação social persiste com a dispersão e o acentrismo do poder que essa visão pode conter: “Se o poder está em todo lado, não está em lugar nenhum. Se não houver um princípio de estruturação e hierarquização, não há um enquadramento estratégico para a emancipação” (SANTOS, 2002, p. 246). Tendo como referência essa posição no debate sobre as formas de produção do poder, Boaventura de Sousa Santos propõe uma topografia alargada da estruturação do poder nas sociedades capitalistas. Sugere uma pluralidade dos modos de produção do poder, do direito e do senso comum, em uma pluralidade de formas de direito, poder e conhecimentos.

Essa pluralidade é vista de forma relacional (dialogada, hermenêutica) e estruturada, onde a centralidade do direito estatal, do poder estatal e do conhecimento científico se articulam em novas e vastas constelações de ordens jurídicas, poderes e conhecimentos. Segundo Santos (2002, p. 247):

“[...] longe de colidir com a ideia da centralidade do direito estatal, do poder estatal e do conhecimento científico nas sociedades contemporâneas, confirma-a e, ao mesmo tempo, relativiza-a, ao integrar essas formas hegemônicas em novas e mais vastas constelações de ordens jurídicas, de poderes e de conhecimentos”.

Segundo Dussel (1995, p. 18), devemos começar a criar uma nova teoria, uma interpretação do poder coerente com a profunda transformação que nossos povos estão vivendo:

Porque a experiência inicial da Filosofia da Libertação consiste em descobrir o “fato” opressivo da dominação, em que sujeitos se constituem “senhores” de outros sujeitos, no plano mundial [...]

Centro-Periferia; no plano nacional (elites-massas, burguesia nacional – classe operária e povo); no plano erótico (homem-mulher); no plano pedagógico (cultura imperial, elitista, versus cultura periférica, popular etc.).

Tendo como referência as ideias desenvolvidas por Santos (2002) e Dussel (2005, 2007), propomos avançar na discussão do controle social como uma dimensão estratégica de poder que tem como base o pensamento de libertação contra as formas de dominação. Um conceito de controle social que não destitui ou domina os sujeitos e sua vontade de viver, mas a transforma em um poder, uma práxis (conhecimento e ação), para criticar e superar as limitações que lhes são impostas seja do mundo físico, seja da sociedade em que se vive:

“A vontade de viver é a essência positiva, o conteúdo como força, como potência que pode mover e arrastar, impulsionar. Em seu fundamento a vontade nos empurra a evitar a morte, a permanecer na vida humana” (DUSSEL, 2007, p. 26).

Libertação é vista como um processo em que a política e o poder são definidos positivamente, como *potentia*, uma dimensão central da vontade de viver, que conforma os seres humanos em suas diversas maneiras de construir, produzir e reproduzir a vida. A potência das vontades está na união de forças e de objetivos comuns presentes na comunidade política, uma vontade de viver comum. Como uma *corporalidade vivente*, sugerido por DUSSEL (2007, p. 25), que no enfrentamento de seus limites e vulnerabilidades, portanto na sua negatividade, nas suas necessidades, vai agregando e forjando instrumentos, conhecimentos, serviços, instituições, sistemas que possam ampliar a própria vida e a vontade de viver.

Segundo Arendt (2005, p. 186), a vontade é uma faculdade humana que se insere na dicotomia entre o desejo e a razão ou entre as paixões e a razão. Diz a autora: “A vontade é o árbitro entre a razão e o desejo e, como tal, só a vontade é livre. Além disso, enquanto a razão revela o que é comum a todos os homens, e o desejo, o que é comum a todos os organismos vivos, só à vontade me é inteiramente própria”.

Nessa perspectiva, a noção de controle social se amplia como um campo político (BOURDIEU, 1989), atravessado por forças, por sujeitos singulares com vontade e certo poder, um espaço onde operam diversos níveis de ações e instituições políticas - nas quais o sujeito participa como ator em funções e onde se encontram diversos sistemas e subsistemas estruturados, com determinações políticas, simbólicas, científicas – e que se constitui numa relação de produção de novas formas de poder, saber e direitos.

O controle social, como um campo político cidadão, pode ser ampliado pela participação democrática de alta intensidade, crítica e transformadora. Não há campos nem sistemas sem sujeitos (DUSSEL, 2007). O campo, longe de ser uma estrutura passiva, se constitui em espaço político de: trocas, cooperações, conflitos e de interações complexas, dinâmicas, bifurcadas e muitas vezes contraditórias entre os diversos grupos de interesse, de hierarquização e de manobras em que os sujeitos expressam suas relações de poder estruturadas em consensos, alianças ou inimizades.

O controle social numa concepção positiva do poder (assumido como um desafio teórico crítico), tomando como referência o pensamento de liberdade, como uma dimensão central da vida e da humanidade, pode, quem sabe, nos auxiliar a compreender os projetos políticos em curso no hemisfério Sul, de reconstrução democrática do Estado com participação social e política dos povos tradicionalmente dominados e excluídos do poder.

## A participação democrática nos Conselhos de Saúde

No Brasil, esses espaços institucionalizados de participação social no SUS constituem-se em importantes canais para fomentar a efetiva participação da sociedade civil na construção de formas inovadoras de gestão pública, incorporando forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e suas necessidades (GERSHMAN, 2004; GOHN, 2004). Reitera-se que o controle social pela população é fundamental para a reorientação do modelo de atenção com enfoque nas necessidades de saúde das pessoas.

Portanto, é importante compreender e analisar o espaço do controle social, ainda que institucionalizado, como espaço político que põe em cena interesses, imaginários, representações e práticas. É uma situação de partida para a participação cidadã e o controle público, não de chegada. É o exercício de criação de uma nova cultura política de representação democrática e de governança (gestão e planejamento) sobre as coisas do Estado (políticas públicas).

Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde (BRASIL, 2006a). Dessa forma, são considerados espaços deliberativos integrantes da estrutura político-institucional do Sistema Único de Saúde do Brasil (LABRA, 2005).

A competência dos conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções nº 33, de 1992, nº 333, de 2003 e 453 de 2012), que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários (BRASIL, 1992; BRASIL, 2006b).

A resolução nº 33 recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Sugere ainda reuniões com a periodicidade de pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local (BRASIL, 1992).

A resolução nº 333 procura fortalecer a representatividade dos Conselhos, apresentando uma lista mais ampla de entidades que poderão representar

usuários. Determina que os governos deverão garantir a autonomia dos conselhos, inclusive de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas (BRASIL, 2006b).

A resolução nº 453 procura ampliar a autonomia dos Conselhos à medida que inclui como atribuição a avaliação da organização e do funcionamento SUS, o exame de propostas e denúncias de irregularidades, respondendo no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciando recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias. Além disso, terá poder de decisão sobre o seu orçamento (BRASIL, 2012).

As atribuições legais e políticas dos Conselhos de Saúde vêm sendo legitimadas nas reuniões dos próprios Conselhos, nos encontros e plenárias regionais, estaduais e nacionais de conselhos e conselheiros. Passam também por permanentes negociações entre os interesses específicos de cada segmento representado no Conselho de Saúde e, por maior clareza, nas relações entre o controle social e o gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de atuação – municipal, estadual e nacional – e outras instâncias da política de saúde.

O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) têm representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e a representação dos usuários nos conselhos é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. O número de conselheiros é indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei. As vagas são distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Os representantes no Conselho de Saúde são indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos ou entidades, de acordo com a sua organização

ou de seus fóruns próprios independentes. O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações.

As entidades representadas nos Conselho de Saúdes são de natureza diversa, destacando-se as associações de portadores de patologias e deficiências e as associações de moradores de bairros e de favelas. Em muitos Conselhos de Saúde, se fazem representar os sindicatos de trabalhadores urbanos ou rurais, agregações, como as das mulheres, e os “clubes de serviço”, como o Rotary Clube. Por outro lado, apesar de sua importância central, a medicina empresarial privada, da qual o SUS compra serviços, tem discreta presença nos Conselhos de Saúde (CONASS, 2003).

O tema da representação nos Conselhos de Saúde ainda gera muitas controvérsias, devido à busca por mecanismos que permitam alcançar uma paridade igualitária entre os segmentos, bem como garantir a idoneidade dos representantes. Como a denominação “usuário” é vaga, as não raras “falsificações” na representação têm efeitos negativos, tanto em termos da democracia interna quanto em relação à legitimidade do Conselho de Saúde.

A literatura consultada sobre os Conselhos de Saúde (LABRA; FIGUEIREDO, 2002) apontou que existem muitos problemas de funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Dificuldades derivam também de questões regulamentares que afetam o resultado das resoluções adotadas. Por exemplo, de acordo com as normas constitucionais, cabe ao secretário de Saúde, como representante setorial do Poder Executivo nos estados e municípios, a iniciativa de formular e decidir em seu campo de ação. Assim mesmo, de acordo com a prática vigente, também cabe a essa autoridade presidir o Conselho de Saúde.

Tem sido difícil, portanto, evitar que esse gestor imponha suas propostas, manipule as reuniões ou desacute as decisões deliberadas no colegiado dos Conselhos (RIBEIRO, 1997). A isso se soma a complexidade dos assuntos discutidos, em particular os financeiros, sobre os quais as pessoas “leigas” não têm conhecimento, o que tem justificado diversas iniciativas de capacitação de conselheiros: uma espécie de “profissionalização” dos representantes dos usuários, possibilitada, ademais, pela sucessiva eleição ou indicação dos mesmos indivíduos, o que tem permitido que adquiram alguma familiaridade com as matérias relativas a políticas, programas, ações e serviços de saúde.

É atribuição legal dos Conselhos e conselheiros a elaboração e deliberação sobre os planos de saúde, constituindo, portanto, o planejamento como estratégia fundamental de participação no controle social cidadão. Portanto, cabe ao Conselho o acompanhamento do planejamento e a gestão em saúde, que são vistos, tradicionalmente, como tarefas dos técnicos ou dos profissionais que detêm o conhecimento científico. Esse argumento muitas vezes é utilizado para definir as prioridades em saúde no município sem a participação dos principais interessados, que são os cidadãos e usuários do sistema e dos serviços. Temos aí uma forma de planejar que não fortalece a participação e o controle social da saúde, como previsto nas leis que regulamentam o SUS (Leis Orgânicas – nº 8.080 e nº 8.142 de 1990).

No SUS o planejamento previsto é ascendente, desde o nível local até o federal, com participação dos órgãos deliberativos, compatibilizando as necessidades dos cidadãos com os recursos previstos nos planos de saúde dos municípios, estados, Distrito Federal e União.

O repasse de recursos do Fundo Nacional adota como critérios a necessidade de planos de saúde e relatórios de gestão definidos em cada esfera de governo. Define ainda, como necessário a cada três meses, que o gestor deverá apresentar e divulgar relatório detalhado, aprovado nos Conselhos de Saúde, contendo, entre outras coisas, o montante e as fontes de recursos

aplicados, auditorias e a oferta e a produção de serviços na rede instalada própria, contratada e conveniada.

O planejamento, para ser ascendente e participativo, deve ser vivo e dinâmico, articulado aos problemas de saúde das pessoas e da comunidade que vive num determinado local, que são cotidianos e variados nas suas origens e consequências. Não pode, nem deve ser apenas um documento que apareça em momentos de aprovação e depois desapareça sem nenhuma avaliação ou apenas uma avaliação formal. A definição dos problemas de saúde deve ser constante e participativa, considerando que cada realidade local pode apresentar problemas distintos uns dos outros.

Nesse sentido, o planejamento deveria começar em cada território ou região de saúde para assegurar uma visão mais integral das necessidades da comunidade. A definição das prioridades e dos recursos deve respeitar o princípio da equidade, privilegiando as pessoas e os grupos mais vulneráveis em relação aos problemas identificados e os recursos disponíveis.

O exercício do controle social sobre a gestão do sistema de saúde foi o objetivo primordial que se teve em mente ao idealizar os Conselhos de Saúde. Porém, essa meta é a mais difícil de alcançar, porque implica profundas mudanças na cultura política e cívica do país. De fato, apesar da plena vigência das instituições democráticas, os Conselhos de Saúde ainda apresentam forte clientelismo político, expressado na concessão de benefícios de direito como se fossem favores pessoais, criando-se relações de dependência pessoal assimétricas (FIGUEIREDO, 2001). Esses comportamentos estão enraizados na população, em especial na massa pobre, que acata com resignação seu destino. Por isso mesmo, os Conselhos de Saúde, assim como outros colegiados que vêm proliferando nas mais diversas áreas do governo, adquirem importância crucial, já que constituem um espaço único para o desenvolvimento de atitudes comprometidas com os direitos de cidadania e com o interesse geral.



Ademais, segundo Oliveira (2004), pode-se entender hoje também os Conselhos de Saúde no contexto da *accountability*, que pode ser explicada como parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo.

No Brasil ainda é uma novidade esse princípio político/administrativo, e as condições são desfavoráveis em função do alto nível de centralização das políticas, o que dificulta uma relação mais transparente entre o governo, as instituições, o estado e a sociedade.

A ideia de *accountability* social está diretamente relacionada à de controle entre as instituições administrativas, ampliada pela sociedade civil, que vai além do eleitorado, no objetivo de regular determinado comportamento do governo. *Accountability* corresponde à capacidade do estado de preencher a lacuna entre suas ações e as expectativas de eficiência por parte dos cidadãos que demandam essa responsabilidade dos agentes e organizações não governamentais.

É uma ação que deve ser vista não apenas na esfera da cobrança individual, em um jogo de perguntas e respostas nas relações cotidianas, e sim como um processo, em particular no caso do SUS, em que o cidadão ou suas organizações possam efetivamente conhecer e cobrar as responsabilidades das esferas públicas. (OLIVEIRA, 2004, p. 4).

De acordo com Romzeck e Dubnick (1987), *accountability* na administração pública envolve os meios pelos quais as agências públicas e seus servidores atendem às diversas expectativas geradas dentro e fora da organização. Para Hallyday (1994), o comportamento dos servidores públicos é

consequência das atitudes das próprias clientelas, portanto, *accountability* está relacionada à organização e participação cidadã consciente dos seus direitos.

A proposta de *accountability* social não se configura como uma sanção administrativa. Sua principal forma de exercício se dá por meio dos mecanismos de sanção simbólica. Ou seja, os atores da sociedade civil articulam se e, por meio da opinião pública, se tornam capazes de, simbolicamente, sancionar administrativamente o governo (SANTOS, 2010).

Assim, podemos entender a expressão *accountability* como um processo que invoca responsabilidades objetivas e subjetivas das instituições e dos responsáveis pelo seu funcionamento, por meio da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. Os Conselhos de Saúde estariam à altura, em função do seu papel, de induzir responsabilidades governamentais, aproximando as decisões públicas às expectativas dos cidadãos (OLIVEIRA, 2004).

Ressalte-se que, em 2003, foi criado no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão Participativa (SGP), com o objetivo de estimular e apoiar os Conselhos de Saúde; fortalecer o controle social mediante as Conferências Nacionais de Saúde, da Rede Nacional de Conselhos de Saúde e da capacitação de conselheiros; promover a articulação entre níveis de gestão do SUS e a sociedade; coordenar a Ouvidoria Geral do SUS; realizar fóruns de usuários do SUS; e cooperar com entidades de defesa de direitos do cidadão.

## **Desafios para o controle social nos 25 anos do SUS**

Como estão funcionando os conselhos e as conferências? Como é a representação dos segmentos? Como é feita a eleição? O que é discutido e como se publica suas deliberações? Qual o diálogo que se estabelece com a sociedade, que resultados alcançam?

O cenário da saúde brasileira permite desvelar que esse processo de participação democrática não superou as raízes da desigualdade no setor

saúde e que ter a prerrogativa de deliberativo não tem se mostrado suficiente. A experiência nos mostra que a capacidade de incidência dos conselhos depende de sua legitimidade de representação e do lugar que a política pública ocupa no programa de governo. Os conselhos que conseguem incidir na agenda governamental ou agenda pública são os que têm atores com grande força política, ou seja, de proposição, mobilização e negociação.

No dia a dia, a população, em sua maioria, desconhece seus direitos de usuários e o que é e como funciona o Sistema Único de Saúde. Essa falta de consciência sanitária e política debilita a atuação coletiva e sistemática pelo direito à saúde por parte desses sujeitos. Apesar dos limites e contradições, esses mecanismos ainda se apresentam com potenciais concretos de criar resistências á redução do papel do Estado na promoção de políticas sociais.

Outra crítica que pesa sobre esses mecanismos de participação é que essas instâncias de participação não respondem ao cotidiano imediato das pessoas, a participação está, para os sujeitos politicamente organizados e para as entidades de representação de segmentos, sustentada numa estrutura vertical que leva ao distanciamento das bases e perda de legitimidade frente aos segmentos que os fazem representar. Essa forma de participação exclui novos atores e novas agendas, sendo necessário alterá-la para ampliar as vozes nessa arena política, tornando-as mais representativas da diversidade de atores que estão na sociedade.

Para muitas organizações, movimentos, estudiosos e militantes, está claro que a participação em espaços formais não substitui as manifestações de rua, pois estas resgatam e fortalecem lutas coletivas por democracia e cidadania. As manifestações de rua ocorridas em julho de 2013 questionaram essa forma de participação social.

Os Conselhos, no âmbito nacional, são constituídos predominantemente por representantes do sexo masculino, de raça branca, com renda e nível de escolaridade maior que a média nacional, e oriundos de regiões e estados mais

desenvolvidos. Na esfera municipal, onde a pauta está associada a problemas do cotidiano familiar e comunitário, a situação se inverte. As mulheres são a maioria a participar desses espaços.

Nesses últimos 25 anos, a institucionalização da participação social foi incorporada em outras políticas públicas. Novos conselhos foram criados, outros reativados, e muitas conferências temáticas foram inauguradas, como as políticas de assistência social, promoção da igualdade racial, idosos e aposentados, LGBT, juventude, cidades, dentre outras. Em muitas dessas instâncias de participação, desde a eleição do governo Lula e Dilma, percebe-se um ambiente que possibilita o compartilhamento de projetos entre governo e sociedade civil, ainda que sob um ambiente de disputa de concepções.

Esse processo ajudou a estruturar um sistema de participação e de políticas públicas. Muitas delas já aprovadas em conferências passadas, outras se sobrepondo e até mesmo se contradizendo. Seja por pressão popular ou por convergência de interesse entre governo e sociedade civil, muitas dessas propostas se tornaram base para a formulação das políticas de saúde. A dificuldade dos conselhos está, contudo, em monitorá-las.

Os Conselhos de Saúde, para atuar adequadamente em respostas aos inúmeros desafios colocados, precisam de reformulação. Seu formato institucional atual ainda reproduz uma matriz cultural que não ajuda a construir a democracia participativa, muito menos o SUS que queremos. É preciso analisá-lo e criticá-lo, ao mesmo tempo em que devemos debater e criar novos modelos á altura da participação social necessária neste século XXI.

É preciso, no dia a dia dos Conselhos, superar a produção de hierarquias entre sujeitos e grupos, reproduzindo distanciamentos entre os segmentos representados, assim como a centralização de poder e de representação, deixando de estimular o exercício da democracia interna. É preciso ainda que inovemos em formas de participação direta, garantindo o envolvimento da

comunidade com as necessidades da população residente, reconhecidas as diversidades e capacidades locais.

Temos que impedir a supervalorização do conhecimento técnico em detrimento do saber popular e político, o que exclui ou diminui a participação de amplos segmentos sociais, gerando o distanciamento de importantes sujeitos políticos. Outro desafio importante para avançar e fortalecer o controle social é a inclusão do debate das questões intersetoriais que influenciam o perfil de saúde da população. É preciso desburocratizar os processos políticos e lutas sociais no âmbito dos Conselhos de Saúde.

Alterar essa situação é necessário e urgente. A mudança só será possível se o controle social na saúde for efetivamente autônomo, paritário, diverso, democrático e deliberativo. Só será possível se rompermos o isolamento. Precisamos exercitar a intersetorialidade do controle social na saúde, articulando o CNS com os demais conselhos de políticas públicas e órgãos de controle das ações públicas, unindo esforços para tornar o Brasil um país mais justo, democrático, solidário e sustentável.

## Referências

ALVAREZ, M. C. *Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 168-176, jan./mar. 2004.

ANDRADE, R. F. *Relações de poder na Política Nacional de Saúde Bucal*. Goiânia: Editora UFG, 2009.

ARENDT, H. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

BOURDIEU, P. *L'ontologie politique de Martin Heidegger*. Paris: Minuit, 1989.

BRASIL. Lei 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 18055, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 131, n. 10, Seção 1, p. 523-524, jan. 1993.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, nº 109, Seção 1, p. 138, jun. 2012.

BRICEÑO-LEON, R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 141-147, 1998.

CANTOR, R. V. *Los economistas neoliberales: nuevos criminales de guerra*. Caracas: Centro Bolivariano, 2005.

COHEN, S.; SCULL, A. Introduction: social control in History and Sociology. In: \_\_\_\_\_. *Social control and the State: historical and comparative essays*. Oxford: Basil Blackwell, 1985. p. 1-14.

\_\_\_\_\_. (Ed.). *Social control and the State: historical and comparative essays*. Oxford: Basil Blackwell, 1985.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2003. 248p.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.

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. 531-40, out./dez. 1996.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: OMS; UNICEF. *Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata (URSS), set. 6-12, 1978.

DUSSEL, E. D. *Ética de la liberación*. Madri: Trotta, 1995.

\_\_\_\_\_. *Filosofia da libertação: crítica à ideologia da exclusão*. 3. ed. São Paulo: Paulus, 2005.

\_\_\_\_\_. *20 teses de política*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; Expressão Popular, 2007. 178 p.

FIGUEIREDO, J. E. S. A. de. *Comunidade cívica, capital social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. 2001. 13 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)—Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.670-1.681, nov./dez. 2004.

GOHN M. G. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: SANTOS JUNIOR, O. A.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. Q. (Ed.). *Governança democrática e poder local*. Rio de Janeiro: Revan, 2004. p. 57-93.

HALLIDAY, T. L. Retórica e política: a questão da responsabilidade. In: MATOS, H.(Org.). *Mídia, eleições e democracia*. São Paulo: Scritta, 1994.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Ed.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, maio/ago. 2004.

PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

ROMZEK, B.; DUBNICK, M. Accountability in the public sector: lessons from the Challenger Tragedy. *Public Administration Review*, v. 47, n. 3, p. 227-238, 1987.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente, contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2002. v. 1. 415p.

\_\_\_\_\_. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. *Rev. crít. ciênc. soc.*, n. 80, p. 11-43, mar. 2008.

\_\_\_\_\_. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.



SANTOS, K. S. *Conselho local de saúde: um arranjo híbrido no caminho da participação*. 2010. 68 f. Monografia (Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais)—Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos de Goytacazes, RJ, 2010.