



Textos para Discussão

DE (IM)PACIENTES A SUJEITOS POLÍTICOS

Desafios e Perspectivas para a Democracia Participativa
e o Controle Social nas Políticas de Saúde



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde
Marcelo Queiroga

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do autor, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da "Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030"/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A949i Avelino, Daniel Pitangueira de

De (im)pacientes a sujeitos políticos: desafios e perspectivas para a Democracia participativa e o controle social nas Políticas de Saúde / Daniel Pitangueira de Avelino. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. 39 p. – (Textos para Discussão; n. 61)

Bibliografia: p. 35-39.

I. Democracia. 2. Controle Social. 3. Políticas de Saúde. I. Avelino, Daniel Pitangueira de. III. Fundação Oswaldo Cruz. IV. Título. V. Série.

CDU:614+32:321.7:316.64

Textos para Discussão
Nº 61

DE (IM)PACIENTES A SUJEITOS POLÍTICOS

**Desafios e Perspectivas para a Democracia Participativa
e o Controle Social nas Políticas de Saúde**

Daniel Pitanguiera de Avelino

Este documento serve como pano de fundo para os temas específicos que foram tratados durante o Painel “O Brasil pós-pandemia: Democracia, Representação e Ação Política”, realizado em 31 de maio de 2021, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, Maio 2021

AUTOR

Daniel Pitangueira de Avelino

Graduação em Direito pela Universidade Federal da Bahia (2001) e doutorado em Política Social pela Universidade de Brasília (2012). Atualmente é pesquisador na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e Democracia, no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA.

SUMÁRIO

Introdução	7
Conceitos	8
Precedentes	9
Expansão da Participação	13
Modelo Emergente	27
Conclusões	33
Referências Bibliográficas	35

DE (IM)PACIENTES A SUJEITOS POLÍTICOS

Desafios e Perspectivas para a Democracia Participativa e o Controle Social nas Políticas de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Os debates sobre democracia participativa e controle social de políticas públicas estão enraizados no reconhecimento da soberania popular como um valor fundamental do Estado brasileiro. A expressão atual deste princípio, no parágrafo único do primeiro artigo da nossa Carta Constitucional, deu novo sentido à formulação clássica (e já um tanto desgastada¹) de que “todo o poder emana do povo”, inspirada na Constituição Espanhola de 1931, ao incorporar a afirmação mais detalhada de que esse mesmo poder deve ser exercido “por meio de representantes eleitos ou diretamente”, parafraseando a disposição do artigo 21 da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Desde sua gênese, nos debates da Assembleia Nacional Constituinte em 1987, essa construção assumiu como propósito dar “mais ênfase à soberania popular”².

Da intenção constitucional à cidadania cotidiana, no entanto, há uma distância muito grande. Os dissensos daquela época, entre aqueles que pretendiam construir o Brasil como uma república representativa e os que defendiam o fortalecimento de uma democracia participativa, até hoje estão presentes em cada lei, cada decreto, cada portaria que se publica ou se revoga. Mais do que isso, essas contradições são reflexos de uma sociedade igualmente heterogênea e ambígua que, ao mesmo tempo em que referenda democraticamente as investidas contra a sua própria Constituição, também sente os efeitos da falta de concretização dos direitos³ nela previstos. É nesse ambiente social marcado por tensões e conflitos que se formam grupos e indivíduos que levam adiante a missão de defender os valores de uma democracia mais ampla, em prol do bem comum, em uma jornada árdua e violenta em que “o direito é feito com a carne do povo!”⁴.

Nesse processo de concretização de direitos, a área da saúde está historicamente acostumada a atuar como vanguarda social. Com um vasto portfólio de iniciativas populares – e também algumas impopulares – as organizações e redes desse setor desde cedo aprenderam que os indi-

¹ Com poucas variações, essa formulação está presente em todas as Constituições brasileiras desde 1934, inclusive as ditatoriais, por isso, nas palavras do Deputado Constituinte Paulo Bisol, “esse conceito é o mais triste dos conceitos constitucionais já elaborados, porque ele é a justificação ideológica dos golpes de Estado” (Brasil, 1987, p. 431).

² Trecho da justificativa apresentada pelo Deputado Antônio Mariz à emenda que alterou a redação do art. 1º do Projeto do Substitutivo II. A proposta foi encaminhada para votação e aprovada em 26 de setembro de 1987 (Brasil, 1987, p. 906-909). A formulação de que “todo poder pertence ao povo” e a ordem das formas de exercício (primeiro “diretamente” e depois “por intermédio de representantes eleitos”), que constavam da sua proposta original, seriam modificadas posteriormente em plenário.

³ Ver, por exemplo, as pesquisas de opinião pública sobre percepção de problemas: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/09/saude-supera-seguranca-na-lista-de-principais-problema-do-pais-aponta-datafolha.shtml>> (Folha..., 2019)

⁴ Trecho de um texto atribuído à Juíza Raquel Domingues do Amaral, “Sabem do que são feitos os direitos, meus jovens?”: <<https://jornalggm.com.br/entenda/sabem-do-que-sao-feitos-os-direitos-meus-jovens-por-raquel-domingues-do-amaral/>> (GGN, 2020)

víduos e grupos com quem interagem são, mais do que pacientes, sujeitos políticos e, como tal, necessariamente engajados na defesa daquele que é o seu direito mais fundamental: a vida. Por essas razões, permanece ainda atual a tese da autonomia levantada por Sérgio Arouca, segundo a qual “o setor saúde pode, através da prática dos seus agentes, não somente mudar-se, mas também mudar o social” (Arouca, 1975, p. 143).

Essa atuação em prol da mudança social, característica da área de saúde, é o que inspira e motiva este estudo. O objetivo da presente pesquisa é caracterizar e analisar o desenvolvimento das práticas de democracia participativa e controle social relacionadas às políticas públicas de saúde, no contexto brasileiro. Isso inclui, ainda, uma leitura específica sobre a situação atual dos canais e mecanismos participativos do setor e algumas reflexões sobre as perspectivas da participação em meios digitais. As fontes consultadas são de natureza documental e bibliográfica, com ênfase nos dados secundários originados de pesquisas anteriores sobre participação social. A seleção das fontes foi intencional e não representativa, baseada em critérios de familiaridade e proximidade com o tema, e a análise qualitativa, de natureza reflexiva e interpretativa, está orientada pelo método do ensaio-teórico (Meneghetti, 2011).

A seção seguinte discute e delimita os conceitos de democracia participativa e controle social das políticas públicas, essenciais para este ensaio. A seção 3 relembra o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que firmou a participação da comunidade como seu elemento fundamental. A seguir, a seção 4 tenta caracterizar a situação atual das instâncias e mecanismos de participação no SUS, explicitando seus desafios contemporâneos. Adiante, a seção 5 discute alguns temas emergentes, com ênfase para a democracia digital. Por fim, são apresentadas algumas conclusões tentando identificar padrões e tendências evidentes nos percursos descritos.

2. CONCEITOS

Democracia talvez seja um dos termos mais polissêmicos do debate político. Quiçá por isso seja raro encontrá-lo expresso de forma isolada, quando a literatura oferece um número cada vez maior de qualificativos e adjetivos para delimitar seu sentido. Esse é o caso da democracia participativa, considerada como um tipo ou modelo peculiar de organização do governo, dentro do paradigma maior de democracia republicana e eleitoral predominante no Ocidente. Ao analisar modelos de democracia, David Held associa o termo “democracia participativa” aos movimentos de esquerda do início da década de 1970, majoritariamente influenciados pelo trabalho de Carole Pateman e Crawford Brough Macpherson, que se contrapunham ao modelo de “democracia legal” defendido pela direita (Held, 2006, p. 209).

Nesse contexto, o modelo liberal baseado unicamente na representação e vinculado à vontade popular apenas por meio do voto não seria suficiente para garantir uma igualdade material e efetivar o direito inalienável à autodeterminação dos povos. Os defensores da democracia participativa, portanto, defendem a adoção de mecanismos variados de interação e consulta à comunidade, para que esta possa influenciar e orientar as decisões governamentais, em vez de unicamente delegar essas atribuições a representantes eleitos. Contudo, o modelo participativo é diferente da democracia direta, porque não prevê a extinção completa do paradigma representativo, com a sua substituição por estratégias de autogestão, mas a coexistência de ambas as formas, de acordo com os interesses dos cidadãos. De forma sintética, nas palavras de Emir

Sader, “as experiências políticas que assumiram o nome de democracia participativa em geral se opõem ou buscam complementar as formas de democracia representativa” (Sader, 2002, p.657).

A expressão “controle social” no sentido apropriado pelo SUS tem uma origem mais ambivalente. Inicialmente, foi utilizada por sociológicos clássicos, como Émile Durkheim, para designar os modos formais ou informais pelos quais uma sociedade regula a si mesma, lidando com comportamentos desviantes e atraindo os indivíduos à conformidade. Ao evocar a imagem de que ninguém está mais bem escondido do que em uma multidão (Durkheim, 2014, p. 234), Durkheim explica que quanto maior a extensão e densidade de um grupo, maior a dispersão de atenção coletiva e menor sua capacidade de restringir tendências individuais divergentes.

Essa perspectiva funcionalista e conservadora do controle social, inaugurada por Durkheim, será desafiada ao longo do tempo. Autores como Stanley Cohen (1989) irão propor uma abordagem mais multidimensional, que fuja da dicotomia entre Estado e sociedade e considere múltiplas fontes de controle, assim como uma maior diversidade de efeitos sobre o comportamento dos indivíduos. Nesse estágio do debate teórico, a locução foi apropriada pelos sanitaristas, conforme narra Antônio Ivo de Carvalho (1995), e ressignificada para designar o processo segundo o qual a atuação dos gestores públicos é controlada pela sociedade civil.

Embora com origens teóricas diferentes, ambos os termos – democracia participativa e controle social – passaram por uma convergência evolutiva do seu sentido e hoje são utilizados em contextos correlatos. O primeiro personifica a tendência de criação e ampliação de espaços para a participação dos cidadãos nas decisões governamentais cotidianas, enquanto o segundo, de forma semelhante, justifica a necessidade de atuação organizada da sociedade para orientar e direcionar o comportamento das autoridades públicas. A diferença entre eles, se isso for relevante, é perceptível por contraste. A democracia representativa tem sua antítese na democracia meramente formal e, em alguns casos, na ênfase excessiva na democracia apenas representativa, com a qual mantém uma tensão constante. O controle social no sentido adotado pelo SUS, por sua vez, é prescrito como um remédio contra a atuação individual, discricionária e divergente do interesse público por parte dos gestores de políticas públicas. Na prática – e para os efeitos deste estudo – ambas as expressões podem ser tomadas como sinônimas.

3. PRECEDENTES

A relação entre as políticas públicas de saúde e a população delas beneficiária nem sempre foi pacífica. Até o início do século XX, o setor era formado pelos serviços de médicos privados, para quem podia pagar, e pela filantropia, para quem não podia. O Estado atuava em campanhas e obras de saneamento e combate a epidemias. O caso da Revolta da Vacina⁵ em 1904 foi emblemático nesse sentido. Por iniciativa de Oswaldo Cruz – sanitarista que empresta o nome a esta Instituição – a aplicação da vacina contra varíola foi tornada obrigatória⁶ em todo o território nacional, como forma de enfrentar a recusa de boa parte da população. A impopularidade da medida se juntou à impaciência dos seus destinatários e levantes e insurgências tomaram as ruas da cidade do Rio de Janeiro no período. A instabilidade política inflamada pelas depredações,

⁵ <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2> (Fiocruz, 2005).

⁶ Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904. <<https://legis.senado.leg.br/norma/542905/publicacao/15777796>> (Brasil, 1904)

lesões e mortes forçou o governo a recuar da obrigatoriedade e demonstrou que a vontade popular não era uma variável desprezível nas medidas sanitárias.

Em 1923, com a edição da Lei Elói Chaves⁷, tem início a organização dos serviços de saúde na forma de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP). Organizadas por categorias profissionais, ofereciam serviços de natureza previdenciária, assistência médica e medicamentos. Segundo Mercadante (2002, p. 237), em 1932 “existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas”. Entre 1926 e 1953 as caixas foram gradativamente substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Nesse modelo, marcado pela autogestão, os próprios trabalhadores beneficiados financiavam e decidiam as regras do atendimento. Havia, inclusive, resistência à unificação dos institutos, em virtude da “perda de poder por parte dos trabalhadores e o risco de centralização e concentração de poder no Estado” (Mercadante, 2002, p. 238).

Um novo tipo de relação com a sociedade é construída após a reforma ministerial de 1937. O Ministério da Educação e Saúde⁸, que já contava com órgãos colegiados⁹ de “cooperação”, passa a ser assistido também por um Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesse¹⁰ formato importado da área educacional, os conselhos eram órgãos propositivos e fiscalizatórios compostos por representantes do setor, escolhidos pelo Presidente da República, entre pessoas “experimentadas” e “conhecedoras das necessidades nacionais”. Na mesma lei foram instituídas as Conferências Nacional de Saúde e de Educação, compostas por autoridades administrativas nacionais e estaduais, com o objetivo de “facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes á educação e á saúde” e “orientar-o na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federaes”¹¹. A primeira Conferência Nacional de Saúde ocorreu entre 10 e 15 de novembro de 1941 e envolveu, entre outras ações, a aplicação de um “questionário sobre a situação sanitária e assistencial dos estados”¹². Muito embora bastante diferentes do modelo de conselhos e conferências que conhecemos hoje, essas iniciativas institucionalizam o diálogo governamental com alguns segmentos da sociedade e criam um espaço de discussão e pactuação com governos estaduais.

Enquanto isso, avançava a discussão sobre o aperfeiçoamento dos serviços de saúde prestados pelo Estado. Em 1942, com base em acordo com o governo dos Estados Unidos no contexto da II Guerra Mundial, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública, voltado a prestar assistência médica e saneamento às populações envolvidas em atividades extrativas estratégicas (borracha na Amazônia e mineração em Goiás e Minas Gerais). Era uma proposta integrada direcionada a regiões em situação de vulnerabilidade, envolvendo equipes multidisciplinares, capacitação de pessoal, redes hierarquizadas de atenção e profissionalização da gestão. Inovadora para a época, foi considerada “o programa mais completo de atenção à saúde associada ao saneamento da história do país” (Carvalho, 2013).

⁷ Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, “Lei Elói Chaves”. <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>> (Brasil, 1923)

⁸ Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. <<https://legis.senado.leg.br/norma/541649/publicacao/15713509>> (Brasil, 1937)

⁹ Desde 1931 existia o Conselho Nacional de Educação, herdeiro do Conselho Superior de Ensino (criado em 1911).

¹⁰ Ref. Lei nº 174, de 6 de janeiro de 1936. <<https://legis.senado.leg.br/norma/541217/publicacao/15811287>> (Brasil, 1936)

¹¹ Art. 90 da Lei nº 378, de 1937. Transcrição conforme a grafia original da época.

¹² Folheto nº 5 do Ministério da Educação e Saúde. <<https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/1%20conferencia%20nacional%20de%20saude.pdf>> (Brasil, s/d)

Iniciativas como essa dividem o debate sobre a organização dos serviços de saúde estatais, em que se fortalece a possibilidade de criação de um sistema universal de atendimento, de livre acesso à população, como alternativa à lógica previdenciária, em que o acesso é condicionado a relações de trabalho ou corporativas. A proposta universalista sai fortalecida após as discussões da III Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 9 e 15 de novembro de 1963 (Decreto nº 52.301, de 24 de julho de 1963), que propôs uma organização descentralizada com base municipal. O modelo previdenciário, por sua vez, prevalece com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960) e, posteriormente, com a unificação dos institutos de pensão no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, convertido em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1974.

A ditadura instalada no país após o golpe de Estado de 1964 reposiciona o debate sobre saúde pública para fora do alcance político da população. Além da criação do INPS, as medidas adotadas nessa área fortaleceram o paradigma previdenciário da prestação de serviços, ainda que com ampliação da sua cobertura. Algumas iniciativas, como o Plano Nacional de Saúde de 1968 e as posteriores propostas para um Sistema Nacional de Saúde e um Instituto Nacional de Assistência Médica, continham alguns preceitos de universalização do acesso e regionalização da oferta, mas não foram levadas adiante. Por essa razão, ainda que essas ideias tenham sido retomadas décadas depois, influenciando a construção do SUS, é possível afirmar que no período ditatorial “a busca de um sistema de saúde universal fracassou” (Mercadante, 2002, p. 242).

O fechamento das políticas públicas de saúde ao diálogo com a sociedade, no período ditatorial, começa a ser enfrentado por algumas iniciativas locais que mostram que o modelo universalista de prestação de serviços deve ser não apenas descentralizado, mas também participativo. Um caso pioneiro nesse sentido, que alcançou rápido reconhecimento nacional, foi o chamado “Projeto Montes Claros” (Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas Gerais), implementado naquela região a partir de 1975. A iniciativa estava fundamentada em uma perspectiva ideológica que considerava a relação entre saúde e doença “como produção de condições sócio-políticas” (Vieira & Lima, 1995, p. 63), o que significou, na prática, a adoção de conceitos como organização dos serviços a partir da demanda, diagnóstico epidemiológico, articulação com poder local, repasse direto de recursos, autonomia de contratação e profissionalização da gestão. Do ponto de vista político, a comunidade beneficiária dos serviços é trazida a uma posição de protagonismo, em que participa das decisões do projeto e é corresponsável por sua implementação. Sob a influência das ideias de Paulo Freire, os sujeitos eram mobilizados pela equipe técnica em um processo de aprendizado permanente, desde o diagnóstico até a supervisão integrada da oferta dos serviços, com destaque para a figura do “auxiliar de saúde”, profissional leigo oriundo da própria comunidade, responsável pela organização das demandas da população. Em síntese, os princípios ideológicos defendidos pela Reforma Sanitária, que se fortalecia na época como uma visão contra-hegemônica sobre a oferta de serviços de saúde, puderam ser testados e concretizados em uma iniciativa de larga escala e considerada relativamente bem-sucedida. Com isso, é possível afirmar que “o ‘Projeto Montes Claros’ tornou-se ‘fato político’ na constituição do Movimento Sanitário no Brasil” (Vieira & Lima, 1995, p. 78).

Na década seguinte, as práticas participativas e as concepções da Reforma Sanitária confluem, durante a redemocratização, para a construção do SUS. Em 1986, já livre do espectro de repressão e isolamento do regime ditatorial, o então Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz),

Sérgio Arouca¹³, aproveita a proposta de transferência do Inamps para o Ministério da Saúde para convocar a VIII Conferência Nacional de Saúde, em um formato mais democrático com 50% de participação dos usuários dos serviços de saúde, que viria a ser modelo para as conferências posteriores. Sob sua presidência, o processo participativo, que envolveu mais de 4 mil pessoas, formula as propostas que serão a base da Emenda Popular a favor do Sistema Único de Saúde, apresentada à Assembleia Nacional Constituinte no ano seguinte.

Em 1988 é promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, que, além de fixar a saúde como um direito social fundamental, organiza a oferta de seus serviços em um sistema único regido, entre outras diretrizes, pela participação da comunidade (art. 198, III). Esses comandos integram um conjunto constitucional mais amplo, que compõe toda a estrutura estatal brasileira em torno da ideia de soberania popular, como ilustrado no início deste texto. São, no entanto, afirmações ainda genéricas, que não especificam a forma como essa participação deve ocorrer na prática, nos diversos setores da atuação estatal. Nessa situação, “a legislação infraconstitucional acaba sendo o fator decisivo para compreender o quanto o Estado brasileiro está aberto (ou não) à participação dos seus cidadãos” (Avelino & Fonseca, 2018, p. 66).

No caso da saúde, as formulações constitucionais são então trabalhadas por uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, cujos esforços vão resultar na extinção do Inamps (Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993) e na aprovação da lei orgânica do SUS (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Depois que os artigos sobre conselhos e conferências são vetados pelo então presidente Fernando Collor, um novo esforço parlamentar consegue a aprovação de uma lei específica sobre a participação da comunidade no SUS (Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Nas palavras do próprio Sérgio Arouca, os desafios permanecem, mas a Reforma Sanitária sai vitoriosa desse processo:

De um lado, o SUS avança por meio das conferências, dos conselhos, da municipalização, da universalização dos direitos. Por outro, na operação do modelo assistencial, segue a lógica do Inamps. O Ministério da Saúde é organizado segundo esse mesmo modelo do Inamps, segundo a lógica hospitalar, com estrutura medicalizante. A grande vitória é que a Reforma Sanitária cria novos atores na área da saúde.¹⁴

As leis de organização do SUS e da participação da comunidade iniciam um período de expansão e aperfeiçoamento da democracia participativa nas políticas públicas de saúde, de modo sistemático e com amparo estatal. Isso converge com um cenário mais amplo de demandas por ocupação dos espaços públicos pelos cidadãos, no Brasil e no mundo. Quando o Banco Mundial lançou, em 1996, o seu *Participation Sourcebook*, a ampliação do engajamento social para além da democracia meramente eleitoral já estava reconhecida como uma tendência mundial (World Bank, 1996). Essa expansão, contudo, foi marcada por tensões e conflitos, analisados a seguir.

¹³ Informações passadas em entrevista cedida por Sérgio Arouca à revista Radis em outubro de 2002: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/33499>> (Noronha et al., 2002, p.19).

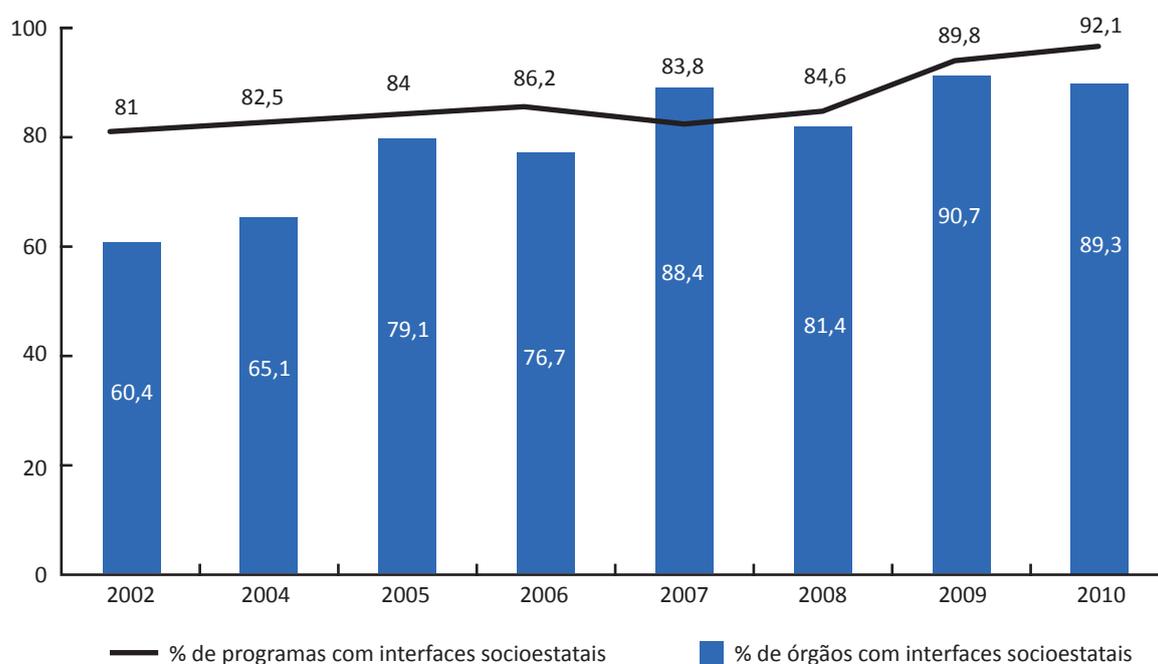
¹⁴ Informações passadas em entrevista cedida por Sérgio Arouca à revista Radis em outubro de 2002: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/33499>> (Noronha et al., 2002, p.19)

4. EXPANSÃO DA PARTICIPAÇÃO

4.1. A EXPANSÃO

A Constituição Federal, ao afirmar a soberania popular, criou as condições normativas para o desenvolvimento dos sistemas de participação que existem hoje, ou, em outras palavras, “o contexto institucional que permitiu o desenho de nova arquitetura da participação no Brasil foi impulsionado, ao menos formalmente, pela CF de 1988” (Teixeira, Souza & Lima, 2010, p.10). Embora o comando geral seja único e válido para todo o Estado brasileiro, é no plano da elaboração da legislação infraconstitucional que as disputas políticas (entre os paradigmas participativo e representativo) vão fazer com que, a partir do final da década de 1990, as diferentes áreas de políticas públicas adotem soluções distintas. Em termos gerais, o resultado foi, ao longo das décadas seguintes, a expansão dos mecanismos de interface entre Estado e sociedade (Gráfico 1):

Gráfico 1. Percentual anual de programas de órgãos com interface socioestatal – 2002-2010



Fonte: Pires e Vaz (2012, p. 22).

O estudo de Roberto Pires e Alexander Vaz (2002) analisa as informações do governo federal e demonstra que, até 2010, a larga maioria de seus órgãos e programas dialogava com a sociedade, de alguma maneira. Os autores vão além e confirmam que, apesar da participação como traço comum, diferentes áreas de políticas públicas utilizam ferramentas distintas para interagir com os cidadãos, conforme a tabela a seguir. Os conselhos setoriais e as conferências nacionais, por exemplo, estão mais presentes na área de proteção e promoção social, enquanto audiências e consultas públicas são mais facilmente encontradas nas áreas de infraestrutura. Isso, por um lado, revela a heterogeneidade do ecossistema participativo que emergiu após a década de 1990 e, por outro, indica que existem muitas formas de interação com a sociedade (ver a coluna “Outros”) que são típicas de alguns setores de atuação estatal, ainda pouco conhecidas e pouco estudadas fora dos seus respectivos nichos (Tabela 1).

Tabela 1. Percentual de classes temáticas por interface socioestatal – 2002-2010

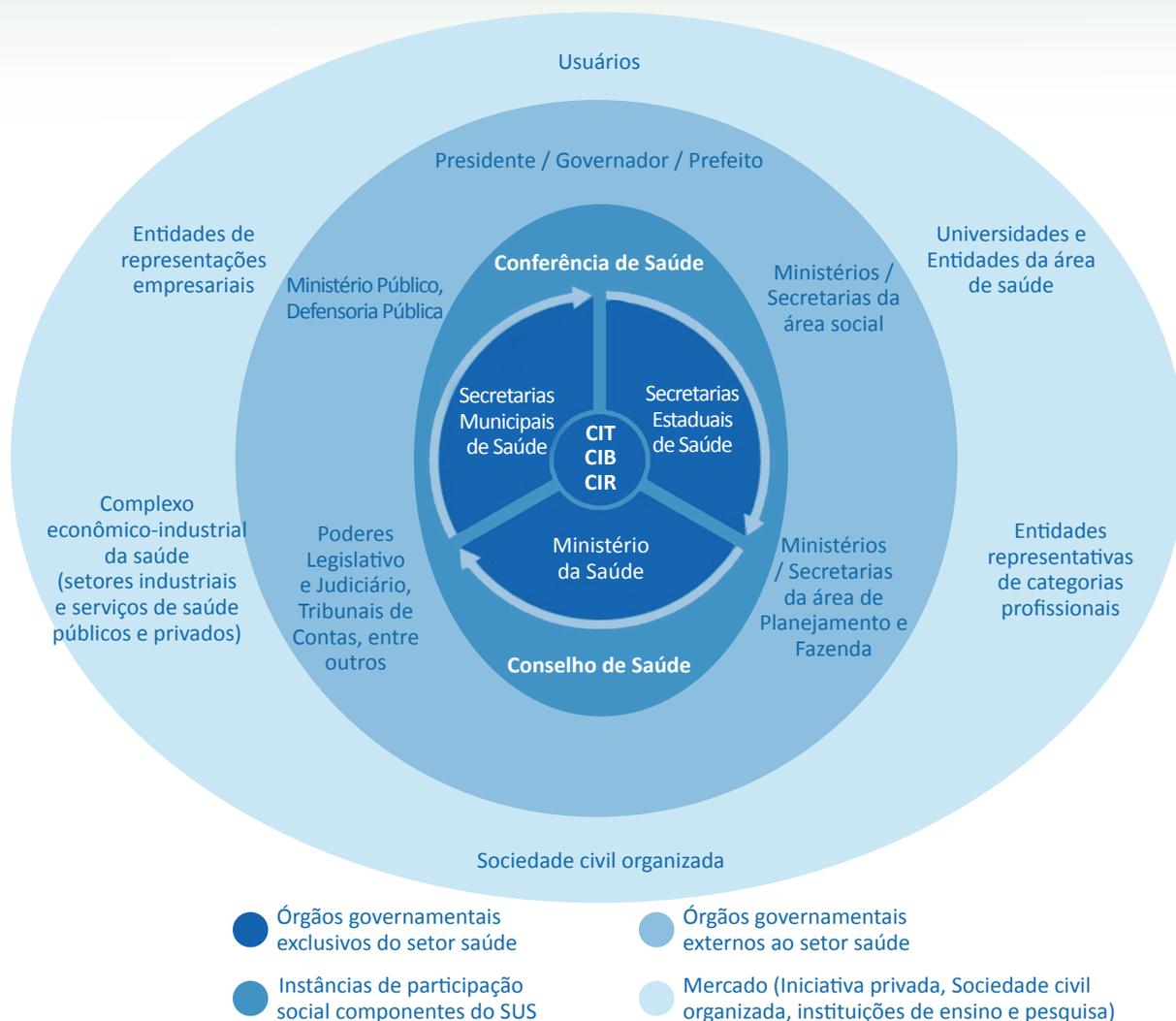
	Ouvidoria	Audiência pública	Consulta pública	Reunião	Grupos interesse	Discussão em conselho setorial	Discussão em conferências	Outros
Infraestrutura	37,6	42,8	33,0	26,4	19,9	11,9	23,9	23,9
Desenvolvimento econômico	17,4	10,1	15,9	15,2	12,1	19,0	20,7	20,7
Proteção e promoção social	36,5	31,5	30,8	33,9	51,0	52,4	37,5	37,5
Meio ambiente	8,4	15,6	20,3	24,5	17,1	16,7	17,9	17,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Chi2	148,81 ***							

Nota: * Sig a NC 90% \ ** Sig a NC 95% \ *** Sig a NC 99%.

Fonte: Sigplan (2010).

Esse é o quadro que caracteriza o que chamamos de “expansão fragmentada” da participação, quando “a participação nas decisões específicas das políticas públicas, por sua vez, não foram demandas da população como um todo, mas de grupos organizados em torno de pautas bem definidas, o que resultou na criação de espaços participativos nessas áreas setoriais” (Avelino, 2015, p. 18). Na ausência de uma norma geral organizadora, cada setor governamental construiu as ferramentas de diálogo que considerou necessárias e adequadas, de acordo com sua própria dinâmica política. Nas políticas públicas de saúde, considerando o contexto histórico narrado na seção anterior, emergiu como predominante, após a edição da Lei nº 8.142/1990, a estratégia participativa que veio a ser conhecida como modelo de “controle social” (ressignificando a expressão sociológica discutida no início deste texto) ou “modelo SUS”, com ênfase na articulação de conselhos e conferências em todos os níveis federativos, sintetizado na figura a seguir:

Figura 1. O papel das relações federativas na governança do SUS (2016)



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2016, p. 45)

Os conselhos de saúde, organizados à imagem do Conselho Nacional de Saúde, são órgãos colegiados deliberativos e permanentes com atribuições de discutir, decidir e fiscalizar as políticas públicas de saúde em cada ente federativo¹⁵. Estão vinculados formalmente ao órgão gestor de saúde (ao Ministério da Saúde no caso federal), a quem compete fornecer suporte técnico e administrativo para seu funcionamento, mas sua atuação é pautada pela independência e ausência de subordinação hierárquica. Diferentemente daquela composição inaugurada em 1937, os conselhos pós-Constituição reservam metade das suas vagas para representantes dos usuários de serviços de saúde, escolhidos de forma autônoma (uma forma de respeito à autodeterminação da sociedade) para representarem a população pelo mandato de 3 anos. Esse é o significado do caráter “paritário” dos conselhos, da forma como compreendido pelo SUS, inspirado nas ideias da VIII Conferência.

Mais uma vez, a legislação infraconstitucional foi decisiva para garantir a expansão e o fortalecimento desses espaços colegiados na administração pública brasileira. Entre outros requi-

¹⁵ Ver Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, para informações mais detalhadas sobre atribuições e funcionamento dos conselhos de saúde (Brasil, 2006; 2012b).

sitos, a Lei nº 8.142/1990 estabelece como condição para o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a existência de conselho com composição paritária no respectivo ente da federação (art. 4º, II). Com isso, os órgãos colegiados foram difundidos em todo o território nacional como uma parte integrante e indispensável da gestão do sistema de saúde. Em números totais, o SUS conta atualmente com 5.569 conselhos municipais, 26 conselhos estaduais, 36 conselhos distritais de saúde indígena, um conselho do Distrito Federal e um conselho nacional¹⁶.

Houve, também, ao longo do tempo, um fortalecimento do papel dos conselhos na gestão das políticas de saúde. Originalmente, a Lei nº 8.080/1990 já atribuía aos órgãos deliberativos do SUS, entre outras competências, a aprovação dos planos de saúde, participação no planejamento ascendente, fiscalização da aplicação dos recursos e articulação intersetorial de políticas e programas. A esse conjunto de responsabilidades foram acrescidas várias outras, entre elas a fiscalização de termos de parceria, termos de colaboração e fomento e, mais recentemente, com a edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a aprovação da metodologia de transferência de recursos aos entes federativos, a definição de diretrizes para as prioridades do planejamento e orçamento, a avaliação dos relatórios de gestão periódicos e aprovação da programação anual do plano de saúde. Em resumo, de modo mais abrangente do que os colegiados de outras áreas, os conselhos de saúde combinam uma robusta competência decisória e normativa no âmbito das políticas públicas do setor com atribuições de acompanhamento e fiscalização dos órgãos gestores, no autêntico exercício do controle social, conforme o sentido atribuído pelo SUS a essa expressão.

Quanto às conferências, a legislação da saúde também lhes conferiu um papel destacado na gestão do SUS. Elas sempre foram, desde sua inauguração em 1941, um espaço ampliado de diálogo e pactuação entre os responsáveis pela execução das políticas de saúde que, após a sua oitava edição em 1986, passou a incluir também a população como protagonista do debate político. Com a Lei nº 8.142/1990, as conferências deixam de ter a natureza de evento esporádico e passam a ser incluídas expressamente no rol de “instâncias colegiadas” do SUS, com atribuições definidas. Assim, legalmente são reconhecidas como reuniões periódicas (a cada quatro anos) de segmentos sociais, convocadas pelo Poder Executivo, com finalidade de avaliar e propor diretrizes para a política de saúde, na forma do seu regimento. Assim como para os conselhos, também é válida para as conferências a regra da paridade na composição (em relação à representação de usuários).

O fortalecimento das conferências de saúde, ao longo do tempo, não aparece de forma explícita na legislação. Não há uma ampliação de suas competências formais, como houve com os conselhos, mas um aumento no reconhecimento, de forma indireta e vinculada àqueles. Em cada um dos níveis da federação, esses conselhos, “responsáveis por convocar as conferências e definir a metodologia de trabalho, são fundamentais na constituição do processo conferencista” (Faria & Lins, 2013, p. 92). Assim, as conferências são entendidas como um importante instrumento para concretização da diretriz do planejamento ascendente na saúde, inclusive por sua natureza territorializada, mas mesmo essa função é mediada pelos conselhos.

O fortalecimento dos conselhos e das conferências de saúde, em especial no âmbito nacional, não produziu efeitos apenas sobre a gestão das políticas públicas da área, mas se expandiu como modelo para outros setores governamentais. Áreas próximas, como a assistência social, busca-

¹⁶ http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html

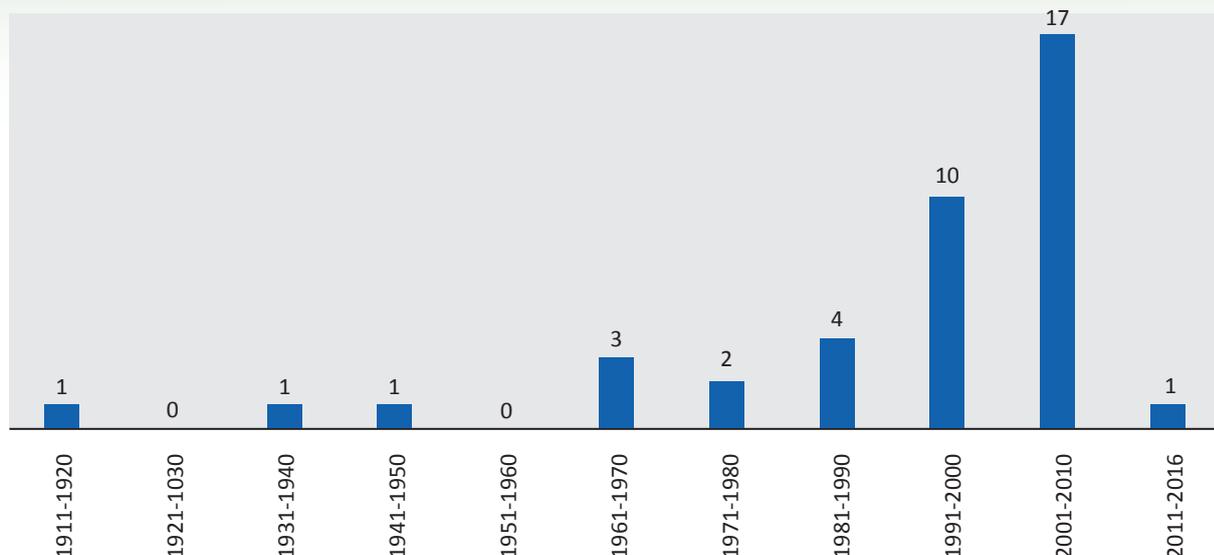
ram inspiração no SUS para desenhar seu próprio sistema de políticas públicas, reservando um papel especial para os órgãos colegiados a ela vinculados. O formato adotado pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) replicou boa parte das regras de participação no SUS, com algumas adaptações (como a ressignificação da “paridade” como uma comparação entre vagas governamentais e não governamentais). Com isso, várias outras áreas de políticas públicas, em relação às quais também havia a regra de participação como um comando genérico, passaram a adotar o modelo SUS (com as nuances do SUAS) como forma de concretização do controle social (e ajudando a difundir o uso deste conceito) (Quadro 1).

Quadro 1. Quadro comparativo das características de participação social no SUS e no SUAS

Características	Sistema Único de Saúde	Sistema Único de Assistência Social
Previsão constitucional	Art. 198	não há
Lei de instituição	Lei nº 8.080/1990	Lei nº 8.742/1993 (Lei nº 12.435/2011)
Lei de participação social	Lei nº 8.142/1990	Lei nº 8.742/1993 (Lei nº 12.435/2011)
Mecanismos previstos como instâncias de participação social	Conselhos de Saúde; Conferências de Saúde	Conselhos de Assistência Social (conferências são mencionadas)
Responsabilidade pela conferência	Ministério e Conselho	Conselho
Norma que regula a distribuição das vagas no Conselho Nacional	Decreto nº 5.839/2006	Lei nº 8.742/1993
Mandato dos conselheiros	3 anos	2 anos
Recondução	uma	uma
Número de titulares	48	18
Fração governo federal	6/48	7/18
Fração entidades representativas do governo estadual	1/48	1/18
Fração entidades representativas do governo municipal	1/48	1/18
Fração entidades de usuários	24/48	3/18
Fração entidades de profissionais	12/48	3/18
Fração entidades de prestadores	2/48	3/18
Fração empresas	2/48	0

Fonte: Elaboração própria com base em dados de legislação (Casa Civil-PR).

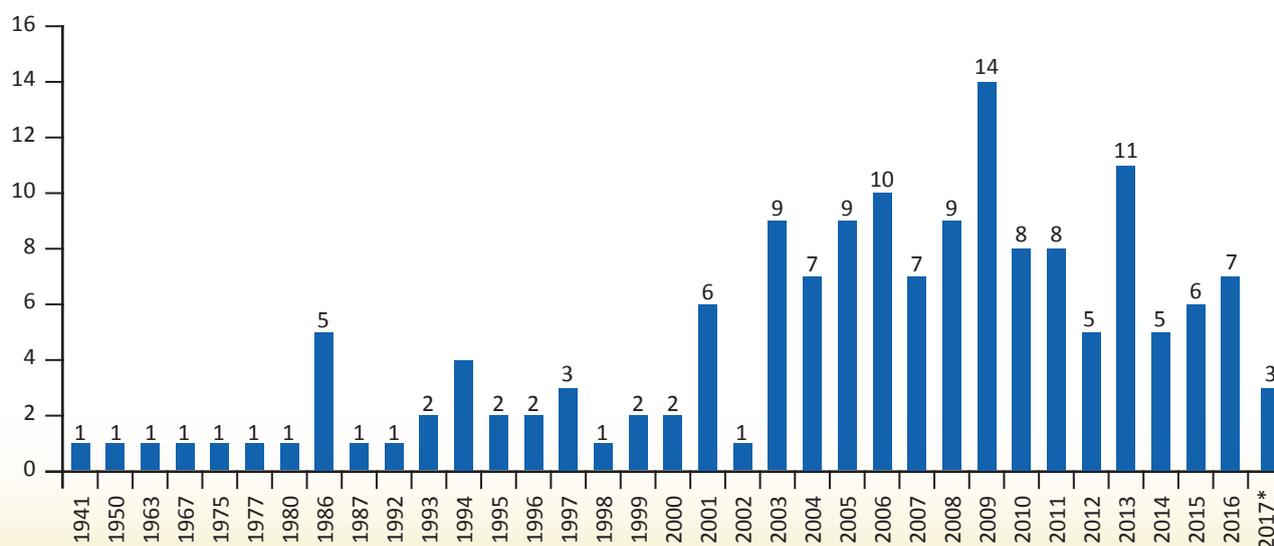
O resultado dessas influências recíprocas é uma expansão formal do modelo de participação desenhado para o SUS, apresentando os conselhos e as conferências como mecanismos de interação com a sociedade. Em estudo (Avelino, Ribeiro & Machado, 2017) realizado pelo Ipea em 2016 sobre uma amostra de 40 colegiados nacionais existentes foi observado que a grande maioria foi criada nas décadas de 1990 e 2000, marcando de modo mais preciso o período dessa expansão. Além disso, na mesma pesquisa, foi verificado que, de modo majoritário, esses espaços foram criados por normas legais (60% do total, incluindo lei, medida provisória ou decreto-lei), reforçando o papel preponderante da legislação infraconstitucional para a definição dos mecanismos de participação (Gráfico 2).

Gráfico 2. Número de colegiados por ano de criação (1911-2016)

Fonte: Elaboração dos autores.

Obs.: Dados considerados: Conselho Nacional de Educação (1911); CNS (1937); Conselho Nacional do Esporte (1941); CNDH (1964); CNT, CCFGTS (1966); CNIg, CNPCP (1980); Conama (1981); CNDM (1985); Conasp, Codefat (1990); CNPS, Conanda (1991); CNAS, Consea (1993); CCT (1996); CNPE, CNRH (1997); Conad (1998); Condraf, Conade (1999); CNCD (2001); CNDI, Conaeti (2002); Conape, Conatrae, CNES, CNPIR, CDES, CTPCC (2003); Concidades, CNPCT (2004); Conjuve, CNPC (2005); CNPI (2006); CC/EBC (2007); CRT, Compdec (2010); Cnapo (2012).

As conferências nacionais passaram por uma transformação semelhante. Em outro estudo (Avelino & Goulin, 2018) realizado pelo Ipea, em 2017, foi observado que, desde a conferência pioneira em 1941, o número de eventos aumentou ao longo do tempo, com destaque para a década de 2000. Diferentemente dos conselhos, o impulso da expansão se manteve na década de 2010, embora com menor intensidade. O mesmo estudo também aponta uma evolução qualitativa da forma de realização das conferências. Utilizando como indicador de complexidade a divulgação prévia da metodologia do evento, as conferências das décadas de 2000 e 2010 passam a ser mais sofisticadas que as décadas de 1980 e 1990, publicando as regras de deliberação antes de sua realização na maioria dos casos (61,25% e 78,57% respectivamente) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Quantidade de conferências nacionais realizadas por ano (Brasil, 1941-2016)

Fonte: Elaboração dos autores.

Obs.: 1. Para classificação por ano, foi considerada a data de conclusão da etapa nacional ainda que o processo conferencial tenha sido iniciado em anos anteriores. Anos em que não foram identificadas conferências foram omitidos. 2. Valor para 2017 é estimado.

Esses dados ajudam a perceber o que foi e com que intensidade ocorreu esse fenômeno da expansão da participação social no governo federal, nas últimas décadas. A área de saúde foi beneficiada por esse cenário geral, contudo, mais do que apenas uma integrante, é possível afirmar que foi uma das catalisadoras desse processo de democratização da gestão de políticas públicas, diante de todo o seu acúmulo histórico de abertura a novos atores, como visto na seção anterior. Esse impulso em favor da democracia participativa foi permeado por várias contradições, discutidas a seguir, que contribuirão, ao final, para a reversão dessa tendência.

4.2. OS DESAFIOS

Com a expansão, ao menos quantitativa, dos espaços de participação social nas políticas públicas, aumenta também sua visibilidade para os diversos atores sociais. Como já vimos no início deste ensaio, ao analisar brevemente o conceito de controle social para Durkheim, quanto maior a atenção coletiva voltada a uma prática, maior a capacidade de um grupo de restringir ações divergentes. Assim, enquanto as práticas participativas eram uma utopia afirmada – ou uma “bandeira de luta” – era mais fácil construir amplas coalizões de defesa em favor de uma proposta cujos contornos concretos ainda não estavam bem definidos. Contudo, com a expansão fragmentada a partir do final da década de 1990, como descrito anteriormente, os mecanismos de participação social se tornam uma realidade concreta presente em várias áreas de políticas públicas, em todos os níveis da federação. A saúde, então, é um caso exemplar dessa inversão de tolerância social, porque foi a área pioneira na adoção de experiências práticas de implementação dos princípios participativos, como vimos, e porque sua expansão atual ocorreu de forma extremamente capilarizada, envolvendo todos os municípios e ficando, assim, ao alcance de qualquer cidadão ou cidadã. Com essa proximidade, o consenso utópico gradativamente perde espaço para as expectativas quebradas e os desafios para sua remediação.

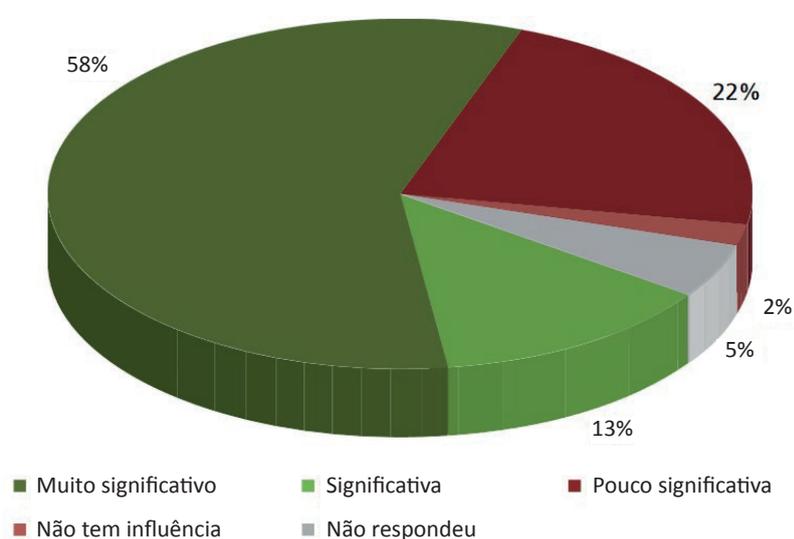
Nessa linha de raciocínio, o primeiro grande desafio que se apresenta como consequência da expansão participativa é atender às expectativas de efetividade. O problema é complexo dado que, embora haja um senso comum de que os mecanismos de participação são intrinsecamente bons porque promovem o ideal de democracia, universalmente aceito, não há consenso sobre o que seria razoável esperar como produto de sua atuação e nem sobre parâmetros e métodos para aferir esses resultados. Nas palavras de Adrián Gurza Lavalle, “definir se a participação é um valor em si ou uma causa de efeitos desejáveis e, nesse caso, quais os efeitos e como aferi-los, não é uma questão trivial” (Lavalle, 2011, p. 33). Fica para os agentes do controle social o ônus, quase impossível, de provar que sua atuação é efetiva, segundo critérios que necessariamente variam conforme o interlocutor.

Na área de saúde, o dilema ganha contornos ainda graves porque as expectativas por atuação efetiva dos mecanismos de participação, por sua gênese comum, se confundem com as demandas por mais qualidade no SUS. Muito embora o Brasil tenha melhorado seus indicadores gerais de saúde, cumprindo as metas internacionais na área, a percepção social, evidenciada nas pesquisas de opinião pública, ainda associa características de insuficiência e demora aos serviços de saúde¹⁷. Esse imaginário contamina a análise sobre a efetividade da participação na área.

¹⁷ Ver, por exemplo, IPEA, 2011. Nessa pesquisa, realizada em novembro de 2010, a falta de médicos e a demora no atendimento foram os principais problemas mencionados (p. 16) e a percepção geral de quem utilizou os serviços se mostrou mais positiva do que a de quem não declarou ter utilizado (p. 10).

Há, na literatura, vários estudos com propostas de avaliação de efetividade de espaços participativos, em geral envolvendo estudos de caso. Um pesquisa (Alencar & Fonseca, 2012) realizada pelo Ipea em 2011 tentou trazer algumas contribuições para o debate sobre efetividade por meio da coleta da percepção dos conselheiros nacionais a respeito do próprio conselho. No caso do CNS, um total de 71% dos seus membros entendeu que a atuação do colegiado influencia de forma significativa ou muito significativa as políticas públicas do Ministério da Saúde (ver gráfico a seguir), enquanto apenas 34% veem o mesmo nível de influência sobre a agenda do Congresso Nacional, 19% sobre os outros ministérios e 32% sobre a opinião pública. Na mesma pesquisa, os conselheiros apontaram como maior dificuldade do colegiado as questões políticas alheias à agenda do conselho (p. 47). Esses dados indicam que, pelo menos para os seus participantes, a influência do conselho, como uma medida de sua efetividade, está restrita aos limites da própria política pública.

Gráfico 4. Influência da atuação do conselho nas políticas públicas do Ministério da Saúde



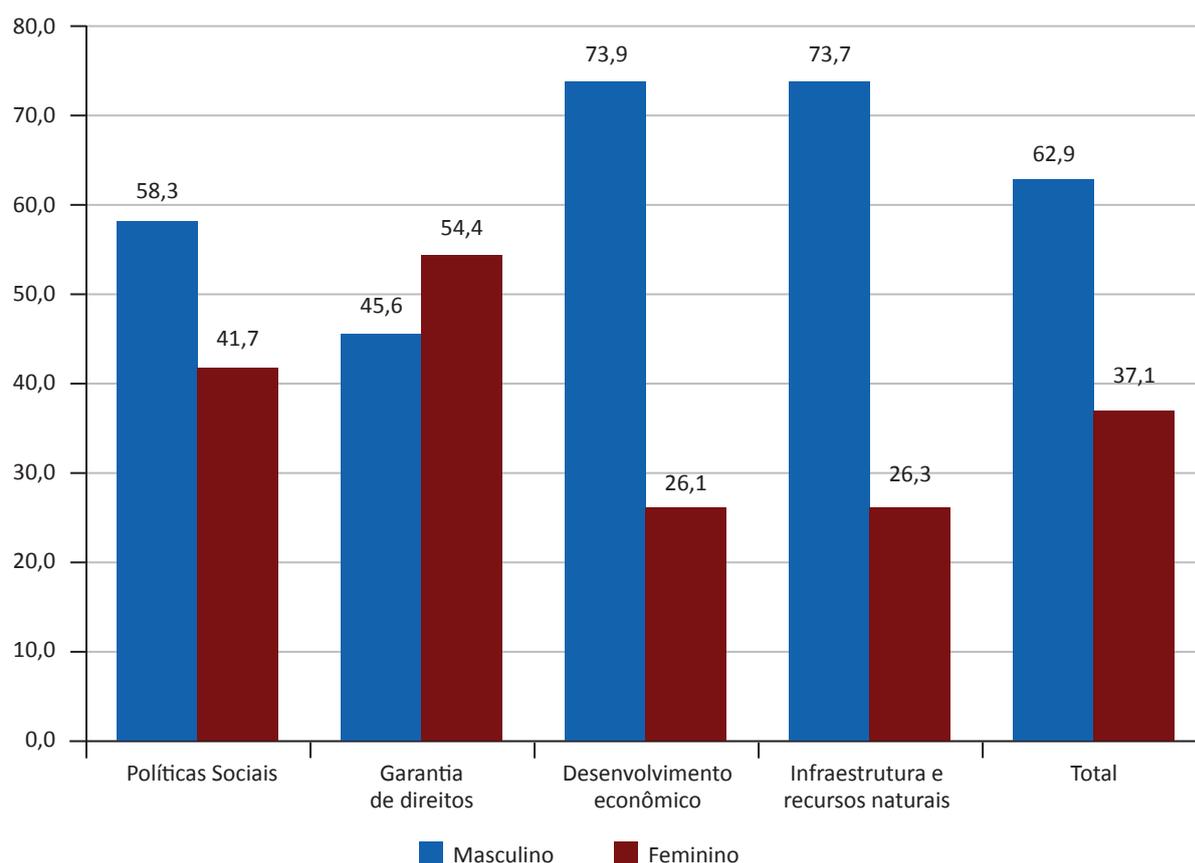
Fonte: Alencar & Fonseca, 2012, p. 40.

Outro desafio relacionado à participação social diz respeito às expectativas de inclusão política. Na continuidade dos debates sobre efetividade, um dos resultados esperados, a partir da adoção de práticas participativas, seria o aumento do poder de decisão da comunidade, em especial de grupos historicamente mais marginalizados, sobre as políticas públicas. Como já foi visto, esse é o centro do debate sobre democracia participativa, ao trazer a população para integrar os processos decisórios da administração pública, além do processo eleitoral. Aqui o contraste com os espaços mais tradicionais de democracia representativa é um parâmetro necessário, afinal, se forem ocupados pelos mesmos grupos e interesses que prevalecem nas eleições, os espaços participativos serão inócuos.

Uma das formas mais comuns de medir inclusão política é a aferição de características pessoais dos representantes que ocupam esses espaços. Naquela mesma pesquisa sobre perfil dos conselheiros realizada em 2011 (IPEA, 2013), foi identificado, em termos de gênero e raça, que os conselhos nacionais apresentavam uma composição mais diversa do que aquela encontrada na representação parlamentar, variando de acordo com a área do conselho (ver gráfico e tabela a seguir). Em termos gerais, os conselhos ligados às áreas de políticas sociais e garantias de

direitos apresentavam uma composição mais próxima da média da população brasileira do que aqueles de infraestrutura e desenvolvimento econômico, em termos de gênero e raça. Distribuição semelhante acontecia também segundo os parâmetros de escolaridade e renda. O CNS apresentou números similares àqueles identificados para o conjunto dos conselhos da área de políticas sociais.

Gráfico 5. Distribuição dos conselheiros por sexo segundo a área temática do conselho (em %)



Fonte: Ipea, 2013, p. 20.

Tabela 2. Distribuição dos conselheiros por raça/cor segundo o tipo de conselho (Em %)

Área temática	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Políticas sociais	67,0	10,5	1,9	18,8	1,9	100
Garantia de direitos	38,9	35,4	0,9	13,3	11,5	100
Desenvolvimento econômico	71,9	11,1	1,5	14,1	1,5	100
Infraestrutura e recursos naturais	77,5	6,9	0,0	13,9	1,7	100
Total	66,0	13,6	1,2	16,0	3,2	100 n = 745

Fonte: Ipea, 2013, p. 21.

Em uma pesquisa mais ampla (Avritzer, 2013), realizada em parceria com a agência Vox Populi em julho de 2011, foi possível obter um retrato mais amplo do grau de adesão da população a esses espaços. Em primeiro lugar, conforme exibido na tabela a seguir, é possível perceber que vários respondentes mencionam terem integrado alguns dos mecanismos participativos

analisados aqui, mas ainda em percentual menor do que o engajamento em instituições não estatais, como associações e organizações religiosas ou beneficentes.

Tabela 3. Participação nos diversos níveis - Brasil

	Participou		Não participou		Não respondeu		Total
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Orçamento participativo	67	3.0	2.132	96,9	1	0,05	2.200
Associação comunitária	161	7.3	2.037	92,6	2	0,09	2.200
Associação recreativa ou esportiva	139	6.3	2.060	93,6	1	0,05	2.200
Associações e/ou ONGs temáticas	68	3.1	2.131	96,9	1	0,05	2.200
Associação profissional	106	4.8	2.093	95,1	1	0,05	2.200
Igreja ou organização religiosa	289	13.1	1.910	86,8	1	0,05	2.200
Organização beneficente	171	7.8	2.028	92,2	1	0,05	2.200
Colegiados de escola	128	5.8	2.071	94,1	1	0,05	2.200
Conselhos municipais	31	1.4	2.169	98,6	0	0	2.200
Conselhos regionais	16	0.7	2.184	99,3	0	0	2.200
Partido político	91	4.1	2.109	95,9	0	0	2.200
Sindicato	95	4.3	2.105	95,7	0	0	2.200
Associativismo geral	507	23.0	1.693	77.0	0	0	2.200
Partido político e sindicato	164	7.5	2.036	92,5	0	0	2.200
Instituições participativas	95	4.3	2.105	95,7	0	0	2.200

Fonte: Avritzer, 2013, p. 128.

Esses dados permitem inferir que a promessa da inclusão política por meio da participação permanece como um desafio a ser enfrentado. Por um lado, se for comparada com estruturas políticas tradicionais, como o parlamento, a composição dos espaços participativos se revela mais diversa e mais próxima dos números médios da população brasileira, o que confirma o perfil mais inclusivo da democracia participativa em relação à democracia representativa. Por outro lado, ainda é marcante, principalmente nos níveis nacionais, a ausência dos grupos sociais mais marginalizados, que em geral não ocupam esses espaços. Quando o foco se afasta das áreas sociais e de defesa de direitos, essa lacuna fica ainda mais evidente. Além disso, os números de adesão mostram que a maior parte da população não transita por esses mecanismos, o que pode indicar uma perda de reconhecimento e legitimidade social. Alguns autores, inclusive, vão interpretar os protestos de junho de 2013 como um sinal de que “os conselhos de saúde não conseguiram ser o canal de participação privilegiado da população em sua demanda pela melhoria do sistema de saúde” (Escorel & Arouca, 2016).

Por fim, um levantamento de desafios à participação não poderia ficar completo sem uma análise da necessidade de articulação. A expansão dos espaços participativos, como foi descrita anteriormente, ocorreu de forma fragmentada, em que cada setor governamental criou as próprias regras e escolheu as formas que julgou mais adequadas. É lógico que houve uma certa convergência adaptativa por replicação, como ocorreu com a adoção do modelo SUS por outras áreas de políticas públicas. Isso, no entanto, não diminuiu a lógica da fragmentação porque esses conselhos e conferências criados, ainda que semelhantes na aparência, operavam de maneira

isolada entre si. Além das consequências negativas advindas de possíveis sobreposições de ações e perdas de escalas, essa profusão provoca um ônus excessivo para alguns movimentos sociais, forçados a dividir sua atenção entre múltiplas arenas, pelas quais “os novos canais de participação política surgidos têm absorvido membros ativos destes movimentos, contribuindo, creio eu, para o declínio destes” (Scherer-Warren, 2005, p. 58).

Algumas medidas para a superação do excesso de fragmentação foram adotadas nos últimos anos. Numa perspectiva de intersetorialidade, os conselhos desenvolveram por conta própria comissões, reuniões e resoluções conjuntas, para tratarem de questões envolvendo múltiplas áreas de políticas públicas. E os atores sociais, por sua vez, acostumados a transitarem com as mesmas pautas entre diferentes espaços institucionais, contribuíram para manter os colegas informados sobre e cobrar adesão a iniciativas promovidas em outras arenas. Algumas ações governamentais, diante de problemas transversais, procuraram criar soluções que fossem integradoras e, ao mesmo tempo, preservassem as estruturas existentes. Foi o exemplo do Fórum Interconselhos, criado em 2011 como uma “estrutura participativa de segundo nível” (Avelino & Santos, 2015, p. 22) alicerçada nos colegiados existentes, para mediar a participação da sociedade na elaboração do Plano Plurianual.

A superação da fragmentação participativa ganhou destaque no cenário político quando a Presidência da República, por meio da sua Secretaria-Geral, assumiu-a como uma agenda prioritária a partir de 2011. A proposta de uma “gestão concentrada” da participação social era “encontrar um ponto de equilíbrio entre o respeito à autonomia setorial e a promoção da participação como um projeto nacional” (Avelino & Alencar, 2017, p. 77). O esforço foi divulgado sob o lema de “participação como método de governo” e deu origem a várias iniciativas de articulação. A mais famosa (e mais polêmica) foi a proposta de uma Política Nacional de Participação Social.

O PPA 2012-2015 estabeleceu como uma de suas metas “criar proposta de sistema nacional de participação social”¹⁸, sob a responsabilidade da Presidência da República. Essa obrigação legal foi cumprida pela Secretaria-Geral, depois de um longo processo de discussão com atores diversos, por meio da edição do Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014, que “institui a Política Nacional de Participação Social – PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS”. Imediatamente após sua publicação, o documento foi alvo de diversas críticas, no que ficou conhecido como a “polêmica bendita” (Alencar & Ribeiro, 2014), por parte de setores da imprensa e do meio partidário.

Parlamentares alegaram que os mecanismos previstos no decreto (os mesmos que já estavam previstos em lei há pelo menos duas décadas) usurpariam suas funções legislativas e, com esse argumento, protocolaram no Congresso Nacional o pedido de sustação de efeitos do ato. A medida legislativa, apesar de aprovada na Câmara dos Deputados, não teve sua tramitação concluída no Senado Federal e não cumpriu seu intento de invalidar o ato presidencial. O barulho provocado, no entanto, foi suficiente para revelar as resistências políticas capazes de se organizar contra qualquer proposta mais ampla e articulada de promoção da democracia participativa além dos limites setoriais. Seriam rigorosamente esses mesmos grupos, organizados em torno da causa do impeachment em 2016, que provocariam as investidas também contra o modelo de participação setorial já instalado.

Com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, em 2016, tem fim um período de treze anos ininterruptos de ocupação da Presidência da República pelo Partido dos Trabalhadores, que

¹⁸ Sétima meta do Objetivo 0609, no Programa 2038. (Brasil, 2012a, p. 110)

assumiu explicitamente entre suas bandeiras políticas a causa da democracia participativa. Os sucessores não professaram o mesmo compromisso e, pelo contrário, mantiveram uma relação de hostilidade velada contra os mecanismos de participação já existentes, animosidade agravada pelas medidas impopulares e restritivas de direitos adotadas durante suas gestões. A passagem de Michel Temer pela Presidência da República foi marcada pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (antiga PEC 241), de 15 de dezembro de 2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, popularmente conhecido como teto de gastos. Entre os impactos estimados para área de saúde, estão a perda acumulada de cerca de R\$ 654 bilhões (assumindo um crescimento do PIB de 2% ao ano) durante a vigência da medida, com o conseqüente aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde (Vieira & Sá e Benevides, 2016).

Tabela 4. Projeção do impacto da PEC 241 sobre o gasto federal com Saúde em comparação com a manutenção da regra da EC 86 – em % da RCL (Hipóteses: piso da PEC 241 = 13,2% da RCL de 2016; e RCL 2016 = R\$ 689 bilhões)

Limite inicial 2016 conforme PEC 241	Taxa de crescimento anual do PIB	Perda Acumulada 2017-2036 em relação à regra da EC 86 (R\$ bilhões de 2016)	Valor do Gasto Federal com Saúde			
			R\$ bilhões de 2016	% do PIB	% da RCL	Valor <i>per capita</i> em R\$ de 2016
13,2%	0,0 % ao ano	-205	93,3	1,48	13,4	411
	1,0 % ao ano	-416	93,3	1,22	11,1	411
	2,0% ao ano	-654	93,3	1,01	9,2	411
	LDO 2017 (*)	-999	94,2	0,84	7,6	415
15,0%	0,0 % ao ano	49	106,0	1,68	15,2	467
	1,0 % ao ano	-162	106,0	1,39	12,6	467
	2,0% ao ano	-400	106,0	1,15	10,4	467
	LDO 2017 (*)	-743	107,0	0,95	8,6	472
Orçamento 2016**			106,9	1,71	15,5	519

Fonte: Vieira & Sá e Benevides, 2016, p. 13.

* LDO 2017 – anexo RGPS. Taxa de crescimento real do PIB das projeções atuariais para o RGP5 (LDO 2017 – PL 02/2016). A média no período 2017-2036 é de 3,00% ao ano. IPCA de 6,0% em 2017, 5,4% em 2018, 5,0% em 2019 e 3,5% a partir de 2020.

** Valor para empenho previsto na LOA 2016. Foi calculado com base em uma RCL mais alta. O valor final da RCL pode ficar muito mais baixo, resultando em aplicação mínima inferior àquela prevista na LOA.

Hipóteses: 1) taxa de crescimento real de PIB de 1,1% em 2017 (Focus/Baoen); 2) IPCA de 5,29% em 2017 e 4,5% entre 2018 e 2036; 3) RCL/PIB constante em 11,02% do PIB (estimativa 2016); 4) RCL de 2016 estimada em R\$ 689 bilhões, conforme PLOA 2016 (R\$ 759,4 bilhões), com redução de 9,3%, conforme previsão de queda da receita líquida constante do Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da Secretaria de Orçamento Federal/SOF - 3º Bimestre/2016 (tabela 9, página 24); 5) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.247,9 bilhões, conforme Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da SOF/MPOG – 3º Bimestre/2016; 6) Aplicação mínima em ASPs de 13,2% e 15% da RCL de 2016.

Em relação aos mecanismos de participação social, o período foi marcado por tensões. Houve casos mais extremos, como renúncias coletivas, a extinção do Conselho Curador da Empresa Brasil de Comunicações (EBC) e a suspensão da 6ª Conferência Nacional das Cidades depois de iniciadas suas etapas municipais e estaduais. De modo mais abrangente, os colegiados enfrentaram dificuldades para manter suas equipes de apoio técnico e estruturas de funcionamento, em um cenário geral de “restrição de recursos e diminuição da autonomia administrativa dos órgãos” (Avelino, Alencar & Costa, 2017, p. 61). No caso específico do CNS, a isso se soma o enfrentamento constante com o órgão gestor da política de saúde, cujo sintoma mais visível foi o aumento da recusa de homologação ministerial às resoluções do conselho (Avelino, 2018, p. 70).

Tabela 5. Número de resoluções aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, segundo a situação, Brasil, 1988-2018

Ano	a. Em Tramitação	b. Aguardando Homologação	c. Não Homologada	d. Homologada	e. Em Vigor	f. Em Vigor Sub Judice	g. Implementada	h. Implementada Parcialmente	i. Não Implementada	j. Desconsiderada	k. Referente a Projeto de Lei	l. Revogada	m. Prescrita	n. Retificada	o. Renumorada	p. Sem Dados	Total do Ano
1988												1					1
1991					9		11	1									21
1992				1	9		3					1					14
1993			6	1	18		26	3	1	2	2		1	1		1	62
1994			5		33	1	7		3							1	50
1995					17		6		1			1				1	26
1996			1		24		2					1				5	33
1997			5		46		2									2	55
1998			7		15											1	23
1999					8											2	10
2000			3		3							1				1	8
2001			6	1													7
2002			3		1										1		5
2003					13							1					14
2004					8												8
2005	1		1		9							1					12
2006	1				4												5
2007					11							14					25
2008					8							2					10
2009					8							7					15
2010					3												3
2011					13												13
2012					10												10
2013					18							9					27
2014			1		2							1					4
2015					5											1	6
2016		2		1	31												34
2017			6	7	16												29
Total Geral	2	2	44	11	342	1	57	4	5	2	2	40	1	1	1	15	530

Fonte: Avelino, 2018.

Nota: dados do Conselho Nacional de Saúde, sítio eletrônico (consultado em 23 fev. 2018).

Em 2019 acontece a 16ª edição da Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Democracia e Saúde” e a marca “8ª+8”, fazendo “um resgate à 8ª Conferência Nacional de Saúde” (Brasil, 2019b, p. 17). Muito embora a referência à 8ª Conferência tenha sido frequente durante esse evento, é preciso reconhecer que “ao contrário da Conferência de 1986, a 16ª Conferência Nacional de Saúde se realizou em uma conjuntura de retração da mobilização política e social” (Noronha & Castro, 2019). Ao analisar o contexto do evento, os autores José Carvalho de Noronha e Leonardo Castro argumentam que o objetivo de construção do SUS “não foi atingido e permanece distante”, em razão de alguns fatores determinantes: (1) constituição de um complexo médico-empresarial privado com significativa capacidade instalada; (2) grande ampliação da demanda por serviços pela enorme massa de desassistidos; (3) quadro de subfinanciamento crônico, agravado pela desvinculação de recursos (Noronha & Castro, 2019).

Se o cenário já era desfavorável, as dificuldades foram ampliadas em 2019. O mandato do presidente Jair Bolsonaro já iniciou com reveses para os mecanismos de participação social, como o desaparecimento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e a anulação da convocação da 12ª Conferência Nacional de Assistência Social. A ação mais polêmica, no entanto, aconteceria com a edição do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que “extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal”. O ato determina a extinção de órgãos colegiados e restringe o número de participantes e a forma de funcionamento dos remanescentes, afetando inclusive aqueles criados por lei. Esta parte do decreto teve sua constitucionalidade questionada junto ao Supremo Tribunal Federal que, em decisão cautelar¹⁹, suspendeu a eficácia daquele parágrafo em 13 de junho de 2019.

O decreto presidencial foi apenas uma das muitas investidas contra os mecanismos de participação social, desde então. Vários conselhos foram reformulados com redução do número de participantes, eliminação das estruturas internas permanentes (comissões e câmaras) e indicação de membro do governo como presidente nato, como foi o caso do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) e do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT). Em algumas situações, a redução de tamanho não foi linear e afetou de modo mais grave a representação da sociedade civil, como no caso do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), que passou de 22 a apenas quatro membros não governamentais (escolhidos por sorteio). De modo amplo, o diagnóstico é que essas mudanças afetam drasticamente a influência da sociedade civil nesses espaços:

Na prática, isto implica um sério limite para a atuação dos conselhos nacionais de direitos humanos e para a continuidade das agendas políticas dos colegiados. Com o número de representantes reduzido para três membros no CNCD, a sociedade civil perde em pluralidade, diversidade e representatividade, o que limita as possibilidades e o alcance de acordos e compromissos. Sem as estruturas internas de discussão, a quantidade de temas tratados pelo conselho fica reduzida àqueles que possam ser debatidos no espaço da reunião plenária, presidida por uma autoridade pública. Fica ampliado, assim, o poder governamental de delimitar a agenda do órgão colegiado, com menor influência da sociedade civil. (Fonseca & Pompeu, 2020, p. 15)

¹⁹ Foi a primeira decisão do STF reconhecendo a inconstitucionalidade de um ato desse governo. Ver ADI 6121: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5678906>> (Brasil, 2019a)

Em síntese, a partir de 2019 os colegiados passam por “um processo bastante abrupto de ressignificação”, por meio do qual “passam a ser reposicionados como parte da estrutura hierárquica governamental, na forma de órgãos de assessoramento não vinculante, com participação limitada da sociedade civil” (Avelino, 2020, p. 245). Essa constatação, que vale também para os demais mecanismos de controle social, evidencia que a existência de uma sociedade civil autônoma, atuando de forma crítica dentro de espaços governamentais criados para esse fim, não é mais visto como um valor positivo pelas autoridades públicas. É a revanche da democracia representativa contra a expansão da democracia participativa ocorrida nas últimas décadas. Esse, sem prejuízo dos demais, é o maior desafio enfrentado no momento pelos espaços de participação social.

5. MODELO EMERGENTE

5.1. O INDIVIDUALISMO

Diante do cenário geral de dificuldades enfrentadas pelos conselhos e conferências, como descrito anteriormente, é significativo notar que algumas iniciativas de participação social vêm sendo mantidas e, em certa medida, até estimuladas pelos governos recentes. É o caso, por exemplo, do Portal “Simplifique!”²⁰, com consultas sobre a simplificação na oferta de serviços públicos; das consultas públicas do Portal de Dados Abertos²¹; da consulta pública eletrônica sobre a elaboração do PPA 2020-2023²²; ou da reativação do portal Participa.Br²³. Também merece destaque a expansão das atividades de Ouvidoria (ver tabela abaixo) e de solicitações da Lei de Acesso à Informação (LAI), agora reunidas na plataforma integrada “Fala.Br”²⁴. Oferecendo acesso a várias dessas interfaces, foi desenvolvido ainda o Portal Participa + Brasil, como “uma plataforma digital criada com o propósito de aprimorar o processo de participação social”²⁵. O contexto da pandemia de Covid-19²⁶, que restringiu as possibilidades de contato presencial, impulsionou ainda mais o uso de canais mediados pela internet. Em comum, além de estarem passando por um período de expansão e contextualização²⁷, essas iniciativas apresentam o fato de serem práticas de democracia digital.

²⁰ <http://www.simplifique.gov.br/> (Brasil, 2020a)

²¹ <https://dados.gov.br/> (Brasil, 2020b)

²² <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2019/06/plano-plurianual-ppa-2020-2023-recebe-contribuicoes-ate-o-dia-30-deste-mes> (Brasil, 2019c)

²³ <http://participa.br/> (Brasil, 2020c)

²⁴ <https://sistema.ouvidorias.gov.br/> (Brasil, 2020d)

²⁵ <https://www.gov.br/participamaisbrasil/sobre> (Brasil, 2020e)

²⁶ Covid-19 é o acrônimo para “2019 Coronavirus Disease”, doença causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Severa – 2 (SARS-CoV-2 ou 2019-nCoV). <<https://nextstrain.org/groups/blab/sars-like-cov>> (Bedford & Hodcroft, 2020)

²⁷ O estágio de contextualização (Janowski, 2015, p. 227) é caracterizado pelo estímulo à descentralização e auto-organização dos cidadãos.

Tabela 6. Número de ouvidorias integradas à Rede Nacional (2019)

Nível	Adesão	com e-Ouv	com e-Ouv Simplifique
Federal	384	372	361
Estadual	350	350	6
Municipal	1.366	1.366	60
TOTAL	2.100	2.088	427

Fonte: elaboração do autor com base em Painel Resolveu? – Dados coletados em 23 Set. 2019.

Democracia digital, conforme Wilson Gomes (2018, p. 14), pode ser definida como “a concepção segundo a qual recursos tecnológicos, projetos baseados em tecnologias da comunicação e até as experiências de uso pessoal e social das tecnologias de comunicação e informação podem ser empregados para produzir mais democracia e melhores democracias”. Atualmente, está sendo reconhecida como um campo de estudos que envolve, entre outros temas, participação política em ambientes digitais; deliberação on-line; campanhas on-line e partidos políticos; parlamento digital; mobilização política via internet; governos inteligentes ou *smart government*; mídias sociais e populismo; transparência digital; governo aberto e dados abertos; e outros.

Há controvérsia sobre os possíveis efeitos políticos produzidos pelo uso intensivo de tecnologias de informação e comunicação, mas há um certo consenso de que se trata de um fenômeno novo. Manuel Castells (2013) lembra que as experiências individuais são comunicadas por meio da “consonância cognitiva entre emissores e receptores da mensagem e um canal de comunicação eficaz”, papel que hoje é cumprido pelas redes digitais como os veículos com maior potencial de amplificação da história humana, concluindo que “os movimentos sociais em rede da era digital representam uma nova espécie em seu gênero” (Castells, 2013, p. 23-24).

Esse fenômeno novo é integrado nos estudos sobre participação social, trazendo novas questões. Maria da Glória Gohn (1999) identifica essa convergência na abordagem relacional, que investiga as especificidades da participação diante de um “mundo onde, em princípio, todos podem participar e todas as formas políticas e culturais de expressão têm espaço, das mais progressistas às mais conservadoras e repressoras” (Gohn, 2019). A multiplicidade dessas formas de expressão força uma ampliação das visões sobre participação social, que dedicavam muita ênfase ao papel das organizações da sociedade civil, como agentes em uma concepção de representação ampliada (Almeida, 2013; Lavallo et. al, 2006a; 2006b; Lüchmann, 2007). As práticas de democracia digital desafiam essa noção, ao confirmar que os sujeitos políticos podem representar a si mesmos, sem a necessidade de mediação de organizações ou mecanismos, no que pode ser considerada uma versão remasterizada do conceito clássico de individualismo político.

Alguns autores vão adotar uma postura mais pessimista sobre os efeitos do individualismo sobre a política. Para Zygmunt Bauman (2005) o excesso de individualização coloca em questão os modos coletivos de organização da sociedade, o que pode levar à “destruição dos alicerces do poder de Estado” (Bauman, 2005, p.68), resultando em um processo de apatia política. Essa percepção será aprofundada por Ulrich Beck e Elisabeth Beck-Gernsheim (2001), ao explicarem o paradoxo do individualismo: quanto maior o engajamento político no nível microcômico, menores as condições estruturais para grandes consensos políticos (Beck & Beck-Gernsheim, 2001, p. 29). Outros autores, como Anthony Giddens, serão mais cautelosos em suas críticas, identificando o individualismo como uma característica típica de uma “época de transição moral” (Giddens, 1999, p. 47) e compatível com práticas de solidariedade social.

Nesse sentido, um individualismo renovado pode ser considerado a principal característica de um novo modelo de participação social que emerge do uso intensivo de tecnologias da informação e comunicação. Em tese, as diversas práticas de democracia digital, como aquelas listadas anteriormente, teriam a capacidade de ultrapassar as limitações de mediação e acesso que acompanham alguns mecanismos participativos, contribuindo para superar alguns problemas relacionados ao desafio da inclusão política. Além disso, por meio da geração e do uso intensivo de dados em tempo real, poderiam também colaborar com a produção de instrumentos mais adequados para subsidiar o enfrentamento dos desafios da efetividade e da articulação. No entanto, o fomento a esse modelo individualizado de participação ocorre ao mesmo tempo em que o governo deliberadamente enfraquece o modelo participativo existente e, assim, o que poderia ser uma promissora relação de complementaridade recíproca se revela, na prática, como uma estratégia de substituição.

5.2. OS INDIVÍDUOS

A emergência de um modelo de participação mais individualista traz mudanças para o perfil dos indivíduos participantes. O modelo desenhado pelo SUS, enfatizando os mecanismos de conselhos e conferências, acabou estimulando a participação de determinados segmentos da população, que o ocuparam por ali, a encontrar um ambiente propício para sua atuação política. Nas seções anteriores já foram apresentados alguns dados sobre o perfil dos participantes em alguns espaços e a inclusão política como um desafio constante. No caso das conferências nacionais, a pesquisa do Prodep e da Vox Populi mencionada anteriormente (Avritzer, 2013) informa que 6,5% dos respondentes declararam participação e 41,8% afirmaram terem ouvido falar. A participante típica de conferência é mulher, com quatro anos de escolaridade, renda entre um e quatro salários mínimos. Segundo o autor do estudo, “não são as pessoas mais pobres que participam, mas as pessoas na média de renda da população brasileira e, em geral, com escolaridade mais alta que a média” (Avritzer, 2013, p. 129-130). Esses dados são compatíveis com aqueles apresentados no relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2019b), que apontam para uma predominância da participação de indivíduos da Classe C²⁸ nesses espaços de participação presencial e territorializada.

Tabela 7. Perfil dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, Brasil, 2019

CARACTERÍSTICAS	TOTAL N (%)
Raça/cor	
Branco	1068 (37,7%)
Pardo	1100 (38,8%)
Preto	562 (19,8%)
Amarelo	35 (1,2%)
Indígena	71 (2,5%)
idade	44,6 ± 13,11 anos
Renda (p25 – p75)	3.000 (1.800 – 6.000)

²⁸ Os valores apresentados indicam que o perfil médio dos participantes pode ser associado ao estrato socioeconômico da Classe C, conforme a estimativa para a renda média domiciliar do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2019, p. 3)

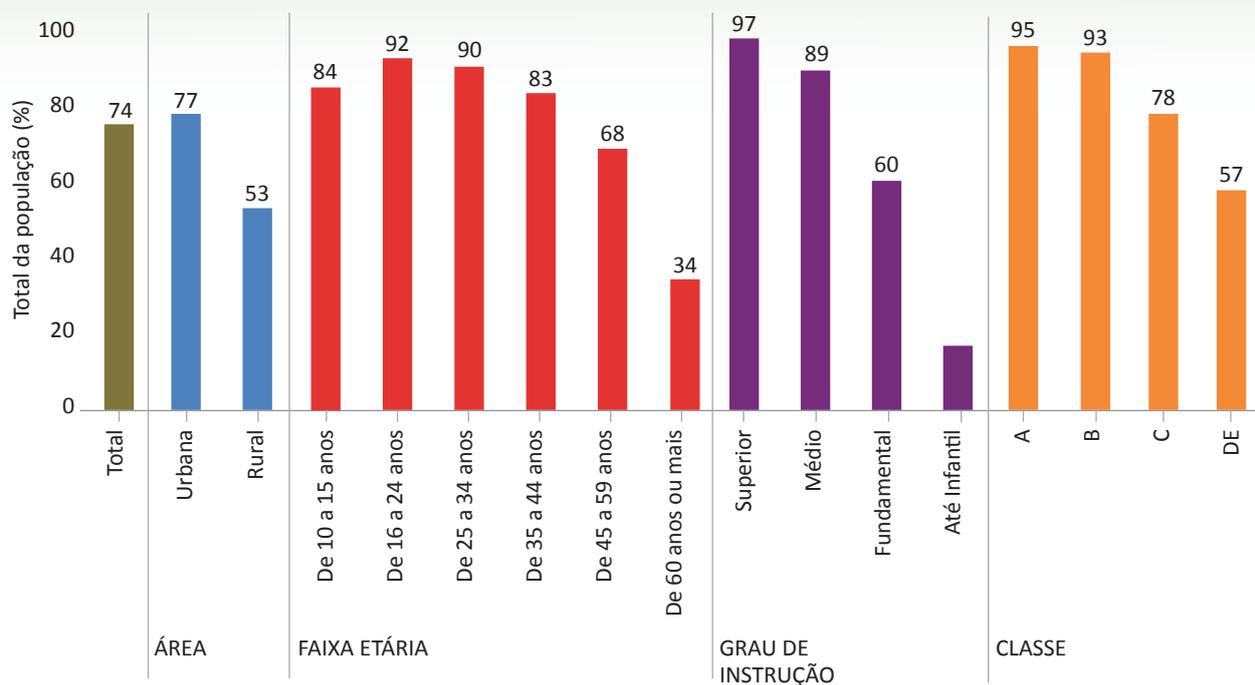
Tabela 7. Perfil dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, Brasil, 2019 (cont.)

CARACTERÍSTICAS	TOTAL N (%)
Escolaridade	
Alfabetização cursando	4 (0,1%)
Alfabetização completa	17 (0,6%)
Ensino fundamental cursando	16 (0,6%)
Ensino fundamental completo	74 (2,6%)
Ensino médio cursando	27 (0,9%)
Ensino médio completo	528 (18,5%)
Ensino superior cursando	358 (12,6%)
Ensino superior completo	642 (22,5%)
Especialização cursando	82 (2,9%)
Especialização completa	570 (20%)
Residência cursando	70 (2,5%)
Residência completa	32 (1,1%)
Mestrado cursando	67 (2,4%)
Mestrado completo	199 (7%)
Doutorado cursando	43 (1,5%)
Doutorado completo	119 (4,2%)
TOTAL	2.853 (100%)

Fonte: Brasil, 2019b

Quando a participação se desloca para o contexto da internet, o cenário muda sensivelmente. As informações a seguir foram obtidas da pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros (TIC Domicílios), coordenada pelo Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC.BR, 2020). Segundo esses dados, o ambiente digital está em expansão, para incluir cada vez mais usuários, mas ainda está marcado por desigualdades significativas de acesso, como pode ser observado no gráfico a seguir. A primeira grande exclusão está relacionada à ruralidade, considerando que o usuário da internet no Brasil é predominantemente urbano. Nesse ponto há uma convergência com a participação presencial, sobre a qual alguns estudos levantaram a hipótese de que há no geral um pressuposto de territorialidade urbana (Avelino & Goulin, 2018, p. 55), apesar da existência de alguns espaços de participação especificamente voltados aos temas rurais.

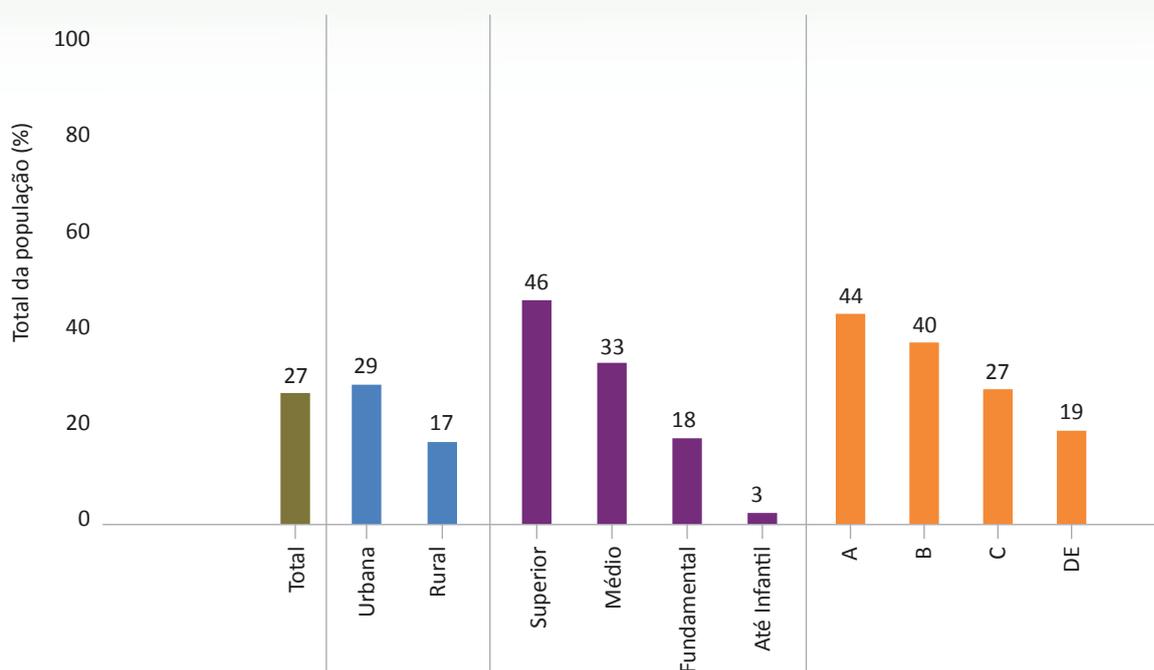
Gráfico 6. Usuários de internet, por área, por faixa etária, grau de instruções e classe (2019)



Fonte: NIC.BR, 2020, p. 67.

Há também uma desigualdade geracional no acesso à internet no Brasil. Mais de 90% da população de 16 a 24 anos está conectada à rede, em contraste com os 34% da população de 60 anos ou mais. Assim, o usuário típico da internet no Brasil é jovem, enquanto, como vimos na Tabela 7, o participante médio da conferência tinha 44 anos. Essa disjunção sugere não apenas diferenças de comportamentos e interesses entre os participantes dos espaços presenciais e ambientes digitais, mas também uma distinção importante de percepção do ambiente político. O usuário médio da internet no Brasil é mais jovem do que a Constituição de 1988 e, portanto, já nasceu sob a proteção de um Sistema Único de Saúde. Para esse grupo, o SUS é compreendido como um elemento do *status quo* burocrático e não necessariamente um processo de superação de um modelo anterior que não chegaram a vivenciar.

Por fim, existem desigualdades de acesso relacionadas à escolaridade e renda dos usuários. Na internet predominam os indivíduos de alta escolaridade, o que destoa um pouco dos espaços de participação presencial, em que há áreas (não a saúde) com perfil médio com poucos anos de escolarização. É na questão da renda, no entanto, que a distinção entre esses ambientes é mais acentuada. O Gráfico 6 mostra ainda que as classes A e B estão quase totalmente conectadas, enquanto a classe DE enfrenta a exclusão digital de aproximadamente metade do seu contingente.

Gráfico 7. Indivíduos que criaram e postaram conteúdo próprio na Internet, por Área, Grau de Instrução e Classe (2019)

Fonte: NIC.BR, 2020, p. 88.

Contudo, a falta de acesso não é o único fator indutor de desigualdade nos meios digitais. A mesma pesquisa TIC Domicílios (NIC.BR, 2020) indica que os mesmos grupos populacionais que estão menos representados nos usuários de internet também enfrentam outras limitações referentes ao meio de conexão. O acesso à internet exclusivamente por meio do celular é maior na zona rural, nas regiões Norte e Nordeste, entre mulheres, na população negra e nos indivíduos de baixa escolaridade (NIC.BR, 2020, p. 70). Também é um fenômeno que ocorre com mais frequência nas classes C (61%) e DE (85%) do que nas classes A (11%) e B (26%), com reflexos nas atividades praticadas em meio digital. Os usuários das classes C e DE são os que buscaram menos informações relacionadas à saúde ou a serviços de saúde (em pleno contexto de pandemia) e que menos utilizaram o governo eletrônico. Os usuários exclusivos de celular realizaram menos atividades de educação e trabalho por meio da internet e menos atividades multimídia, em comparação com aqueles que utilizam celular e computador. O efeito mais perverso desse cenário de desigualdade, ilustrado no Gráfico 7, é a constatação de que as classes A e B, assim como os segmentos urbanos e mais escolarizados, produzem e disseminam conteúdo via internet de forma mais intensa do que os demais grupos. Forma-se um círculo vicioso, em que os indivíduos de baixa renda acessam a internet de forma mais limitada e esse fato, por sua vez, contribui para diminuir suas perspectivas de renda e inclusão:

A manutenção dessa tendência de decréscimo no uso do computador levanta dúvidas sobre o desenvolvimento de algumas habilidades digitais que permitem maior aproveitamento dos benefícios oferecidos pela Internet, ou mesmo daquelas requeridas pelo mercado de trabalho, afetando perspectivas de emprego e renda de parcela da população que acessa a rede exclusivamente pelo telefone celular. (NIC.BR, 2020, p. 71)

Esse é o contexto de desigualdade que conforma as ações de democracia digital no Brasil no início da terceira década do século XXI. É evidente que o modelo de participação desenhado para o SUS também apresenta suas limitações de acesso, como demonstram a persistência do desafio da inclusão política, em especial da classe DE e outros grupos socialmente marginalizados. No entanto, as suas barreiras de acesso não impediram que, ao longo do tempo, esses espaços fossem ocupados predominantemente por indivíduos da classe C, com abertura, em menor grau, também para populações rurais e menos escolarizadas. Os ambientes digitais, por sua vez, trazem um cenário que de início já se apresenta com fortes restrições de acesso para esses grupos. Seja qual for a trajetória futura, é possível perceber que neste momento a transição do modelo de controle social do SUS para um modelo baseado em iniciativas digitais representa não apenas a ascensão de uma perspectiva de individualismo político mas também, de modo mais perceptível, o deslocamento do protagonismo da classe C para as classes A e B, mais favorecidas em termos de acesso e capacidade de produção de conteúdo.

6. CONCLUSÕES

Este texto tentou caracterizar o modelo atual de participação social adotado no SUS por meio de uma análise da sua trajetória de formação, desde os primeiros conflitos entre a população e as autoridades sanitárias até os desafios contemporâneos vivenciados pelos mecanismos participativos formais. É evidente que esse processo genético é muito mais rico e complexo do que foi possível concentrar nesta narrativa que, por limitações de escopo e espaço, acabou enfatizando as instâncias criadas pela legislação para promover a participação da comunidade no SUS. Sob essa abordagem, foi possível realizar um exercício de modelagem, no qual a articulação de conselhos e conferências de saúde, territorializados nos três níveis federativos, comporia um dos elementos intrínsecos da gestão descentralizada de políticas públicas de saúde no Brasil, representado pela expressão ‘controle social’.

O modelo de controle social adotado pelo SUS procurou responder aos desafios históricos enfrentados pela sociedade brasileira na busca por uma relação equilibrada com as autoridades sanitárias. Assim, muito embora o papel dos órgãos gestores permaneça preservado, são forçados, segundo a legislação, a manter um diálogo permanente com diversos atores sociais que, inclusive, são dotados de capacidade decisória e poder de veto em várias questões estratégicas. A participação da sociedade nesses diálogos é mediada por organizações da sociedade civil eleitas de forma autônoma para esse fim, no caso dos conselhos, ou por representantes escolhidos diretamente pela população, no caso das conferências. Esse modelo participativo específico, com todas as suas limitações de representação e mediação, é o que tem funcionado até o momento para garantir a diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS.

Em um cenário como o atual, de resistência governamental à democracia participativa, é muito importante notar como a institucionalização do modelo de controle social, construída historicamente a partir dos acúmulos narrados anteriormente, tem sido decisiva para evitar retrocessos ainda maiores. Fechar a gestão da saúde à participação da comunidade é impossível, sob a atual Constituição, e mesmo a extinção dos conselhos e conferências ou a adoção de outro modelo de participação social na saúde somente é possível com a alteração das Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. Esses atos normativos, que completam agora 30 anos muito bem vividos, representam, ao mesmo tempo, um ponto de chegada em um longo processo de democratização das políticas públicas de saúde, que culminou com uma vitoriosa Reforma Sanitária,

e um ponto de partida para as lutas que as gerações atuais têm travado em busca de um ideal de democracia participativa que seja mais efetivo, inclusivo e articulado.

O modelo de participação baseado em iniciativas de democracia digital se apresenta como uma promessa de superação desses desafios, mas precisa ser compreendido com alguns cuidados. Na mesma intensidade com que traz possibilidades de alcance e diversidade de conteúdos, a internet também acrescenta sua parcela de desigualdades a uma sociedade já marcada por graves iniquidades. Há um risco atual de que o ambiente digital não apenas reforce restrições de acesso, como também condene as classes C e DE ao papel de meros consumidores de conteúdos produzidos pelas classes A e B. Isso certamente não é diálogo.

Nesse ponto do debate, é sempre importante lembrar o conceito de comunidade. Não foi à toa que os constituintes, ecoando as recomendações da 8ª Conferência, estabeleceram para o SUS a diretriz da “participação da comunidade” (art. 198, III) – não do indivíduo ou do “usuário” (como no art. 37, §3º, por exemplo). A diferença é significativa. No longo processo de construção do sistema único, narrado nas seções anteriores, os indivíduos não foram os protagonistas, senão quando atuando de forma coletiva, por meio de movimentos sociais, organizações da sociedade civil, associações locais, sindicatos, pastorais, universidades, vizinhanças, famílias, territórios e, inclusive, secretarias de saúde. A participação desses indivíduos na construção das políticas de saúde é tão mais relevante quanto mais imbuído ele estiver do contexto que o cerca, porque é nesse aspecto político, cultural e histórico, que transcende a órbita individual, onde podem ser encontrados os critérios mais adequados para o controle das decisões públicas. Esse é o sentido de comunidade para o SUS, que infelizmente as iniciativas atuais de democracia digital, operando sob a lógica do individualismo político, ainda não são capazes de captar.

Com isso, vale a pena revisitar Durkheim e sua noção de controle social. Os vínculos comunitários são as principais fontes de socialização e ajudam a orientar os indivíduos na direção de comportamentos mais benéficos à sociedade, ao mesmo tempo em que controlam ações desviantes. Isso inspirou o desenho dos mecanismos de participação social no SUS, respeitando territórios e outras organizações já constituídas, a se constituírem como comunidades normativas em que a autoridade pública é o indivíduo controlado. Quando modelos de participação desconsideram vínculos comunitários existentes e dialogam com a sociedade unicamente em uma perspectiva individual, estão na prática enfraquecendo aquele controle social e permitindo à autoridade pública adotar comportamentos desviantes sem nenhuma consequência. Parafraseando o sociólogo francês, é muito mais fácil se esconder em uma multidão do que em uma comunidade.

Assim, o modelo emergente de participação digital, com suas características individualistas atuais, substitui comunidades por multidões. Além disso, as atuais desigualdades de acesso e uso da internet no Brasil podem trazer outro efeito ainda mais perverso para o controle social das políticas públicas. Depois de desconsiderar e assim enfraquecer os vínculos originais dos indivíduos com suas comunidades em que foram socializados, esses ambientes virtuais forçam que as interações ocorram em espaços que são regidos por lógicas próprias de dominação, explícitas ou não. Com isso, independentemente dos seus vínculos originários, os usuários são então reorganizados em novas comunidades virtuais de interesses, sob a coordenação de corporações, provedores, redes sociais, governos e outras formas de influenciadores digitais. Nesse processo, ainda que os indivíduos sejam rigorosamente os mesmos, quando se força o seu deslocamento do modelo SUS de participação para o modelo digital emergente, o resultado em termos de interesses, prioridades, necessidades, intensidade e valores pode ser completamente diferente.

No capítulo que nos cabe nessa história, há algumas poucas certezas. É possível afirmar, por exemplo, que os conflitos são inevitáveis, como componentes essenciais e necessários ao processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde, o que nos leva a perceber o importante papel histórico cumprido pelos atuais ataques à democracia participativa, autênticos catalisadores de respostas organizadas que nos farão emergir melhores. Também podemos confirmar que os sujeitos políticos que atuam na área de saúde estão acostumados a inovar e nunca estiveram fechados a ideias transformadoras, como estas que emergem da expansão das práticas de democracia digital, mas sempre atentos e com profundo respeito ao patrimônio político que foi construído com a sua própria carne. O futuro que amanhece para a participação social na saúde pode ser ainda indefinido, mas o passado para o qual não mais queremos retornar é bastante conhecido e, a partir dele, o legado dos que lutaram por nós ilumina muito bem a direção do caminho que precisamos construir para os que virão depois.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *CCEB: Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ABEP, 2019. Disponível em: <http://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2019.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.
- ALENCAR, J. L. O.; FONSECA, I. F. da (coords.). *O Conselho Nacional de Saúde na visão de seus conselheiros*. Relatório de pesquisa. Projeto Conselhos Nacionais: perfil e atuação dos conselheiros. Brasília: Ipea, 2012.
- ALENCAR, J. L. O.; RIBEIRO, U. C. O decreto sobre a participação social no governo federal e a “polêmica bendita”. *Boletim de Análise Político-Institucional / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, n.6, Brasília, Ipea, p. 23-27, jun.-nov. 2014.
- ALMEIDA, D. R. A relação contingente entre representação e legitimidade democrática sob a perspectiva da sociedade civil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 28(82), 2013, 45–66.
- AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: Unicamp, 1975. Disponível em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/o_dilema_preventivista.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.
- AVELINO, D. P. Difusão e concentração: notas sobre a gestão da participação social no governo federal. *Boletim de Análise Político-Institucional*, IPEA, n. 8, 2015, p. 17-23.
- AVELINO, D. P. Participação da comunidade no Sistema Único de Saúde: juridicidade e controle. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (Orgs.). *Coletânea direito à saúde: institucionalização*. Brasília: CONASS, 2018. p. 68-81 (Coletânea Direito à Saúde; v. 1).
- AVELINO, D. P. Conclusões e perspectivas para os conselhos nacionais de direitos humanos (Conclusão). In: AVELINO, D. P.; FONSECA, I. F.; POMPEU, J. C. B. (Orgs.). *Conselhos nacionais de direitos humanos: uma análise da agenda política*. Brasília: Ipea, 2020. p. 237-252.
- AVELINO, D. P.; ALENCAR, J. L. O. Articulação e transversalidade: percursos da participação social no governo federal brasileiro. *Boletim de Análise Político-Institucional*, IPEA, n. 12, Jul.-Dez. 2017, p. 75-80.
- AVELINO, D. P.; ALENCAR, J. L. O.; COSTA, P. C. B. Colegiados nacionais de políticas públicas em contexto de mudanças: equipes de apoio e estratégias de sobrevivência. *Texto para Discussão*, Rio de Janeiro: IPEA, n. 2340, 2017.
- AVELINO, D. P.; FONSECA, I. F. CF 30 anos: soberania popular e participação social (Capítulo 5). In: AFIPEA – Associação dos Funcionários do Ipea. *30 anos da Constituição Federal Brasileira: notas para um obituário precoce*

- (1988/2018). Brasília: Afipea, 2018, p. 59-68.
- AVELINO, D. P.; GOULIN, L. Base de dados sobre conferências nacionais e um ensaio de análise lexical por contexto. *Texto para Discussão*, Brasília: Ipea, n. 2374, 2018.
- AVELINO, D. P.; RIBEIRO, J. D. G.; MACHADO, D. F. P. *Representação da sociedade civil nos conselhos e comissões nacionais*: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Ipea, 2017.
- AVELINO, D. P.; SANTOS, J. C. Controle social e transversalidades: sinais de participação no planejamento governamental brasileiro. In: CARDOSO JR., J. C.; SANTOS, E. A. V. (Orgs.). *PPA 2012-2015: experimentalismo institucional e resistência burocrática*. Brasília: Ipea, 2015, p. 207-231
- AVRITZER, L. Conferências nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil (Parte II, Capítulo 5). In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. (Orgs.). *Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades*. Brasília: Ipea, 2013. p. 125-140.
- BAUMAN, Z. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- BECK, U.; BECK-GERNSHEIM, E. *Individualization: institutionalized individualism and its social and political consequences*. London: Sage Publications, 2001.
- BEDFORD, T.; HODCROFT, E. (Orgs.). Phylogeny of SARS-like betacoronaviruses including novel coronavirus SARS-CoV-2 (2020). Disponível em: <<https://nextstrain.org/groups/blab/sars-like-cov>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Serviço de Documentação. Folheto n. 5: 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, s/d. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/1%20conferencia%20nacional%20de%20saude.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Lei n. 1261 – de 31 de outubro de 1904. Torna obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revaccinação contra a variola. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/norma/542905/publicacao/15777796>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Lei n. 378 – de 13 de janeiro de 1937. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/norma/541649/publicacao/15713509>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Lei n. 174 – de 6 de janeiro de 1936. Organiza o Conselho Nacional de Educação. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/norma/541217/publicacao/15811287>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. Comissão de Sistematização. Atas das Comissões. 9 abr. 1987 a 24 nov. 1987. Brasília: Câmara dos Deputados, 1987. Disponível em: <<https://www.senado.leg.br/publicacoes/anais/constituente/sistema.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Lei nº 12.593, de 18 de janeiro de 2012 (2012a). Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2012 a 2015. Anexo I. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Lei/Anexos/anl12593.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 (2012b). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6121 (2019a). Iniciada em 16 abr. 2019. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5678906>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde* (8ª+8) (2019b). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2019.
- BRASIL. Plano Plurianual 2020-2023 recebe contribuições até o dia 30 deste mês (2019c). Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2019/06/plano-plurianual-ppa-2020-2023-recebe-contribuicoes-ate-o-dia-30-deste-mes>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Simplifique! (2020a). Homepage. Disponível em: <<http://www.simplifique.gov.br/>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Portal Brasileiro de Dados Abertos (2020b). Homepage. Disponível em: <<https://dados.gov.br/>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Participa.br (2020c). Homepage. Disponível em: <<http://participa.br/>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Fala.BR: Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação (2020d). Homepage. Disponível em: <<https://sistema.ouvidorias.gov.br/publico/Manifestacao/SelecionarTipoManifestacao.aspx?ReturnUrl=%2f>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BRASIL. Participa + Brasil (2020e). Homepage. Disponível em: <<https://www.gov.br/participamaisbrasil/sobre>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- CASTELLS, M. *Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.
- COHEN, S. The critical discourse on “social control”: notes on the concept as a hammer. *International Journal of the Sociology of Law*, v.17, n.3, august, p.347-357, 1989.
- DURKHEIM, E. *The division of labor in society*. Ed. Steven Lukes. Trad. W. D. Halls. New York: Free Press, 2014.
- ESCOREL, S.; AROUCA, L. E. Democracia e participação: para além das dicotomias. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 39-48, dez. 2016 .
- FARIA, C. F.; LINS, I. L. Participação e deliberação nas conferências de saúde: do local ao nacional (Parte I, Capítulo 3). In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. (Orgs.). *Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades*. Brasília: Ipea, 2013. p. 73-94.
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. A revolta da vacina. 25 abr. 2005. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. 1ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).
- FOLHA DE SÃO PAULO. Seção Poder. Saúde supera segurança na lista de principais problema do país, aponta Datafolha. 5 set. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/09/saude-supera-seguranca-na-lista-de-principais-problema-do-pais-aponta-datafolha.shtml>>. Acesso em 16 set. 2020.
- FONSECA, I. F.; POMPEU, J. C. B. Conselhos de direitos humanos e agenda política (Introdução). In: AVELINO, D. P.; FONSECA, I. F.; POMPEU, J. C. B. (Orgs.). *Conselhos nacionais de direitos humanos: uma análise da agenda política*. Brasília: Ipea, 2020. p. 9-16.

- GGN. Jornal GGN. Sabem do que são feitos os direitos, meus jovens?, por Raquel Domingues do Amaral. 28 fev. 2020. Disponível em: <<https://jornalggm.com.br/entenda/sabem-do-que-sao-feitos-os-direitos-meus-jovens-por-raquel-domingues-do-amaral/>>. Acesso em: 16 set. 2020.
- GIDDENS, A. Estruturalismo, pós-estruturalismo e a produção da cultura. In: GIDDENS, Anthony; TURNER, Jonathan (Orgs.). *Teoria social hoje*. São Paulo: UNESP, 1999.
- GOHN, M. G. Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *Cad. CRH*, Salvador, v. 32, n. 85, p. 63-81, Apr. 2019.
- GOMES, W. *A Democracia no mundo digital: história, problemas e temas*. São Paulo: Edições Sesc, 2018.
- HELD, D. *Models of democracy*. 3ª ed. Stanford, CA: Stanford University Press, 2006.
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde*. Brasília: Ipea, 2011.
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Conselhos nacionais: perfil e atuação dos conselheiros*. Relatório de pesquisa. Brasília: Ipea, 2013.
- JANOWSKI, T. Digital government evolution: from transformation to contextualization. *Government Information Quarterly*, n. 32, 2015, p. 221-236.
- LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. (Capítulo 1) In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: Estratégias de Avaliação*. Brasília: IPEA, 2011, p. 33-42.
- LAVALLE, A. G.; HOUTZAGER, P. P.; CASTELLO, G. (2006a). Representação política e organizações civis: novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade. *Revista brasileira de ciências sociais*. 21(60), 2006, p. 43-66.
- LAVALLE, A. G.; HOUTZAGER, P. P.; CASTELLO, G. (2006b). Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. *Lua Nova*. 67, 2006, p. 49-103.
- LÜCHMANN, L. H. A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova*. 70, 2007. p. 139-170.
- MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico?. *Rev. adm. contemp.*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320-332, Abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552011000200010-&lng=en&nrmiso. Acesso em: 18 set. 2020.
- MERCADANTE, O. A. (coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. Cap. 3. In: FINKELMAN, J. (org.). *Caminhos da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 236-313.
- NIC.BR – Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (ed.). *Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2019* (livro eletrônico). São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2020.
- NORONHA, A. B. et al (entr.). Sérgio Arouca: o eterno guru da Reforma Sanitária. *Radis Comunicação em Saúde*, Fiocruz, nº 3, outubro de 2002, p. 18-21. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis03_web.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.
- NORONHA, J. C.; CASTRO, L. Democracia, saúde e a 16ª Conferência Nacional de Saúde: qual futuro? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, e00188719, 2019.
- PIRES, R.; VAZ, A. Participação social como método de governo?: um mapeamento das interfaces socioestatais nos programas federais. *Texto para Discussão*, Rio de Janeiro, 1707, 2012.
- SADER, E. Para outras democracias. (Capítulo 13) In: SANTOS, B. S. (org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 649-677.

- SCHERER-WARREN, I. *Redes de movimentos sociais*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2005.
- TEIXEIRA, A. C. C.; SOUZA, C. H. L.; LIMA, P. P. F. Arquitetura da participação no Brasil: uma leitura das representações políticas em espaços participativos nacionais. *Texto para discussão*, Rio de Janeiro: IPEA, n. 1735. 2012.
- VIEIRA, F. S.; SÁ E BENEVIDES, R. P. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. *Nota Técnica DISOC*, Brasília: Ipea, n. 28, setembro de 2016.
- VIEIRA, L. M. F.; LIMA, N. M. Concepção do coletivo, participação comunitária e transformação social pela saúde. In: FLEURY, S. (org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995, p. 61-79.
- WORLD BANK – The International Bank for Reconstruction and Development. *Participation sourcebook*. Washington, D.C.: World Bank, 1996. (Environmental Department papers, 019).