



PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DE CONTEÚDO DESTACANDO LIMITES E POSSIBILIDADES

Sílvia Ferreira ¹

Adílio Renê Almeida Miranda ²

Virgílio César da Silva e Oliveira ³

Tania Margarete Mezzomo Keinert ⁴

1 Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Unifal-MG, pós-graduada em Metodologia do ensino e Psicopedagogia, Pedagoga graduada em Administração Escolar pelo Instituto de Ciências Sociais de Americana, Supervisão Escolar e Orientação Educacional pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras “Professor José Augusto Vieira”. Pesquisadora do Grupo Analítico Saúde - GAS (IS/UNIFAL) e Técnica em Assuntos Educacionais da Unifal-MG. campus Varginha. E-mail: silvia.ferreira@unifal-mg.edu.br

2 Doutor em Administração pela Universidade Federal de Lavras, na área de Organizações, Sociedade e Gestão. Mestre e graduado em Administração pela mesma Universidade. Professor Adjunto da Universidade Federal de Alfenas - Campus Varginha. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Estudos Organizacionais, Recursos Humanos e Administração Pública. Possui experiência de pesquisa nos seguintes temas: Cultura e identidade, Relações raciais, PCDs e trabalho, Cultura brasileira e Administração Pública, Políticas Públicas. E-mail: adilio.miranda@unifal-mg.edu.br

3 Possui graduação em Administração pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2001), mestrado (2004) e doutorado (2009) em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Lavras. É professor da Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, Universidade Federal de Juiz de Fora. Atua na área de Administração, com ênfase em Administração Pública. E-mail: virgilio.oliveira@ufjf.edu.br

4 Pós-doutoramento na University of Texas at Austin, EUA (2002) sobre Gestão da Qualidade de Vida Urbana com bolsa da FAPESP. Doutorado em Administração (1999) e Mestrado em Administração Pública e Governo (1991) pela Fundação Getúlio Vargas/São Paulo. Especialização em Economia Pubblica pela Università Commerciale Luigi Bocconi/Itália (1990) e Especialização em Administração Municipal e Regional pela University of Haifa/Israel (1989). Administradora Pública e Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais. É Pesquisadora Científica V do Instituto de Saúde da SES/SP. Coordenadora do GAS – Grupo Analítico em Saúde (IS/UNIFAL). E-mail: taniak@isaude.sp.gov.br

RESUMO

Analisar a participação social é trabalho de suma importância para a área de saúde, uma vez que, desde a Constituição Federal de 1988, ela está inclusa como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o objetivo deste estudo é o detalhamento e a análise de elementos constituintes de pesquisas orientadas pelo método científico. Foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo, meio a partir do qual inferências foram realizadas através de aspectos-chave da participação social em saúde no Brasil. Os artigos sobre a temática participação social em saúde foram extraídos do banco de dados no Observatório de Políticas Públicas da UFMG - OPP, coletados no portal de periódicos da CAPES no período de 2005 a 2016. Foram criadas categorias de análise baseadas na literatura sobre participação social, sendo elas: atores, tipos, níveis, objetivos e limites. Foi possível perceber que os conselheiros aparecem como os principais atores nos estudos sobre participação social. Em relação aos tipos, predominam artigos sobre a participação corporativa. Em termos de níveis da participação aparecem características como informação, consultas, elaboração de recomendações, as quais são níveis abaixo da cogestão. Os objetivos da participação demonstrados nos artigos analisados privilegiam a autopromoção entendida como realização da cidadania. Por fim, aparecem como limites à participação, o democratismo e o centralismo, com maior ocorrência deste último. Esta reflexão contribui para o aprimoramento das pesquisas e para a prática da participação ao analisar os elementos constituintes de seus estudos.

Palavras-chave: participação social; controle social; democracia; saúde

ABSTRACT

Analyzing social participation is an essential work for the healthcare system, as, since the Constitution of the Federative Republic of Brazil from 1988, it is included as one of National Health Service's (SUS) principles. This way, the objective of this research is detailing and analyzing the constituent parts of researches oriented by scientific method. The Content Analysis method was used, being the mean by which inferences were made considering key aspects of social participation in the healthcare system in Brazil. The articles about social participation in the healthcare system were obtained in a database on Observatory of Public Policies from UFMG - OPP, collected in CAPES' journals website from 2005 to 2016. Categories were created based on the literature about social participation, being those: actors, type, levels, objectives, and limits. It was possible to notice that the counselors appear as the main actors in the social participation studies. About the types, articles about corporate participation predominate. In terms of levels of participation, some characteristics appear, like information, the consultations, elaboration of recommendations, which ones are some levels below co-management. The participation's objectives showed in the analyzed articles favor self-promotion as a citizenship achievement. Finally, some participation limits appear, like the democratism and centralism, where the latter appears more. This reflection contributes to researches improvement and also for participation practices when analyzed the constituent's parts from their studies.

Keywords: social participation; social control; democracy; health

RESUMEN

Analizar la participación social es trabajo de suma importancia para el área de salud, ya que desde la Constitución Federal de 1988, se incluye como uno de los principios del Sistema Único de Salud (SUS). En este sentido, el objetivo de este estudio es el detalle y el análisis de elementos constitutivos de investigaciones orientadas por el método científico. Se utilizó la metodología de Análisis de Contenido, medio a partir del cual inferencias fueron realizadas a través de aspectos clave de la participación social en salud en Brasil. Los artículos sobre la temática participación social en salud fueron extraídos de la base de datos en el Observatorio de Políticas Públicas de la UFMG - OPP, recogidos en el portal de revistas de CAPES para el período 2005-2016. Se crearon categorías de análisis basadas en la literatura sobre participación social, siendo ellas: actores, tipos, niveles, objetivos y límites. Fue posible percibir que los consejeros aparecen como los principales actores en los estudios sobre participación social. En relación a los tipos, predominan artículos sobre la participación corporativa. En términos de niveles de participación aparecen características como información, consultas, elaboración de recomendaciones, que son niveles inferiores a la cogestión. Los objetivos de la participación demostrados en los artículos analizados privilegian la autopromoción entendida como realización de la ciudadanía. Por último, aparecen como límites a la participación, el democratismo y el centralismo, con mayor ocurrencia de este último. Esta reflexión contribuye al perfeccionamiento de las investigaciones y a la práctica de la participación al analizar los elementos constitutivos de sus estudios.

Palabras clave: participación social; control social; democracia; salud.

1 Introdução

Considerando-se a importância da participação da sociedade na consolidação da jovem democracia brasileira e entendendo a participação não apenas como instrumento para resolução de problemas, mas, especialmente, como forma de desenvolvimento de potencialidades humanas (o que só pode ocorrer em uma sociedade que permita e facilite o engajamento cidadão, como esclarece Bordenave (1983)), torna-se oportuno conhecer de que forma a participação social no Brasil vem se desenvolvendo, entre avanços e retrocessos.

De acordo com Demo (1993), ainda que a participação tenda a figurar no campo da utopia, ela é realizável, mesmo que distinta de qualquer configuração ideal. Segundo o autor, ela nunca será suficiente e precisa ser criada, conquistada e recriada. Ou seja, é resultado de lutas e conquistas diárias. Portanto, precisa ser constantemente problematizada e discutida.

Analisar a participação social em saúde, por sua vez, é ato de suma importância, uma vez que foi o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da legislação que o estruturou, o primeiro arcabouço de política pública no país a encampar a participação social como um de seus pilares. Além disso, o segmento da saúde se destaca como o mais maduro no que diz respeito à organização de conferências de políticas públicas no Brasil, processo que materializa o diálogo entre entes federativos em prol do aperfeiçoamento das ações estatais. Elas ocorrem, na saúde, desde a década de 1940, sendo que a última (décima sexta) foi realizada em 2019.

Destaca-se como objetivo deste artigo

o detalhamento e a, em pesquisas orientadas pelo método científico, de aspectos-chave da participação social em saúde no Brasil, compreensíveis à luz de categorias específicas, que abarcam sua complexidade.

Para tanto, buscou-se artigos científicos que tratassem dessa temática. Foi encontrado um vasto banco de dados no Observatório de Políticas Públicas da Universidade Federal de Minas Gerais, o qual foi estruturado após a seleção de fontes no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), entre 2005 e 2016.

Partindo desse corpus, que conta com 179 artigos teóricos e 259 artigos teórico-empíricos que tratam genericamente do tema “participação”, 33 textos foram inicialmente selecionados, pois discutem especificamente participação em saúde. Após apreciação de seu conteúdo, dezessete permaneceram, pois apresentam a participação social em saúde como discussão central (finalística) e não como meio para descrição ou análise de processos sociais diversos.

O referencial teórico, que subsidiou a seleção de categorias para caracterização e compreensão da participação, contemplou atores engajados nas dinâmicas participativas, espaços sociais ou arenas em que se participa, os tipos de participação, seus níveis, seus objetivos, suas limitações e seus riscos. Referenciais relevantes para a problematização e o entendimento desses aspectos foram reunidos⁵.

Em cada artigo foram identificados os trechos relacionados às categorias, ou seja, as Unidades de Registro (UR) e as

⁵ Uma discussão pormenorizada dessas categorias encontra-se em Oliveira et al. (2017)

Unidades de Contexto (UC), que são os fragmentos que melhor expressam aquilo que se busca entender. Ressalta-se o propósito de “ouvir”, sob orientação das categorias, os textos. Desse processo, isto é, da análise de conteúdo, irão emergir inferências, capazes de favorecer, modestamente, o entendimento do processo de participação social em saúde no Brasil.

2 Participação social em saúde: categorias para sua compreensão

A Constituição Federal de 1988 pode ser considerada um marco no processo de redemocratização das relações entre Estado e sociedade no Brasil. Por meio dela, novos instrumentos para concretização da vontade popular foram estabelecidos e, de forma igualmente importante, os princípios da descentralização e da participação foram valorizados. A descentralização pretendeu irradiar responsabilidades e recursos da União para estados membros e municípios e a participação buscou criar meios para a cogestão de políticas públicas e para o controle social.

Nos anos 1990, o texto constitucional foi regulamentado e campos importantes de provisão social – tais como saúde, assistência social e promoção dos direitos da criança e do adolescente – passaram a contar com elementos normativos inovadores, notadamente a Lei Orgânica da Saúde, nº. 8.080 (BRASIL, 1990a), a Lei Orgânica da Assistência Social, nº. 8.742 (BRASIL, 1993) e o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº. 8.069 (BRASIL, 1990b).

Especificamente no caso da saúde, segmento de absoluta relevância para o bem-

estar coletivo e que congrega atores plurais (com interesses nem sempre convergentes), uma segunda norma dedica-se exclusivamente à participação comunitária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se da Lei nº. 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990c).

As leis nº. 8.080 e 8.142, sendo a primeira complementada pela Lei nº. 12.466 (BRASIL, 2011), favorecem a compreensão do conjunto de atores que deve conceber, implementar e avaliar as políticas públicas de saúde, nos três níveis federativos. São esses: a) servidores públicos e lideranças políticas, que integram o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde, os consórcios intermunicipais de saúde e as comissões intergestores bipartite (estadual) e tripartite (federal) e b) cidadãos, que interagem em conselhos gestores intramunicipais, municipais, intermunicipais, estaduais e nacional (Conselho Nacional de Saúde), representando usuários do SUS, profissionais da saúde e prestadores de serviços de saúde.

Como arenas formais de debate, pactuação e deliberação destacam-se os conselhos gestores (nos múltiplos formatos citados) e as conferências, que representam um processo piramidal (bottom-up) no qual municípios, estados e federação organizam elementos para aprimoramento democrático das políticas públicas vigentes (SOUZA et al., 2013). O segmento da saúde se destaca como o mais maduro no que diz respeito à organização de conferências no Brasil.

Atores e arenas são expressões do tradicional binômio ação e estrutura no arranjo público de saúde brasileiro. Eles dão forma à participação que, para ser compreendida de fato, requer algumas categorias, que expressam seus tipos, níveis, objetivos (ou possibilidades), limitações (ou obstáculos) e

riscos.

Deve-se a Nogueira (2005) o estabelecimento de tipos que caracterizam formas de participação com menor ou maior poder de transformação social. Assim, a participação assistencialista estrutura-se em iniciativas de auxílio comunitário, que buscam minimizar o infortúnio ou otimizar recursos coletivos. A participação corporativa diz respeito ao atendimento de interesses particulares, beneficiando grupos restritos. Já a participação eleitoral é dotada de poder indireto para promoção de mudanças. Ela exige engajamento limitado (ato de votar), mas dá corpo aos poderes Executivo e Legislativo. A participação política, ao contrário das demais, alimenta a ação de atores coletivos que podem apresentar demandas ao Estado, dialogar e pressionar para que sejam atendidas. Trata-se da mais nobre e da mais altruísta forma de participação. Há, por fim, a participação gerencial, na qual o poder político e o poder social se solidarizam. Reside, nesse processo, uma possível distorção: demandas sociais pontuais (de grupos relativamente próximos às elites políticas) são atendidas em troca de apoio político ou da transferência de responsabilidades (que desonera inadequadamente autoridades públicas). A participação institucionalizada pós-1988, se, em certos contextos, for meramente concedida, poderá operar para esse desvirtuamento.

Além dos tipos de participação, níveis também podem ser estabelecidos, revelando a intensidade da centralização decisória entre dirigentes e dirigidos (BORDENAVE, 1983). Em uma escala, o nível mais rudimentar seria a informação/reação, seguido de consultas facultativas, consultas obrigatórias, solicitação de elaboração/recomendação, cogestão, delegação e autogestão. A noção

de cogestão estabelece uma fronteira, na qual a possibilidade de decidir se torna equânime entre dirigidos e dirigentes. Em contextos de delegação há o protagonismo dos dirigidos. A autogestão elimina a diferenciação entre esses grupos.

Um detalhamento do que é possível obter com a participação pode ser atribuído às reflexões de Demo (1993). Assim, seus objetivos são a autopromoção, a realização da cidadania, a implementação de regras democráticas, o controle do poder, o controle da burocracia, a negociação e a consolidação de uma cultura democrática. A autopromoção refere-se ao protagonismo de beneficiários das ações públicas nos processos que buscam suprir suas carências. A realização da cidadania vincula-se à organização coletiva a partir de direitos e deveres, compreendidos e respeitados. Para tanto, regras coletivas devem ser pactuadas democraticamente, de modo que haja o controle de poderes excessivos, tanto da elite política quanto de corpos burocráticos. Tal organização coletiva deve ser repactuada, renegociada, sempre que necessário – aprimorando laços de confiança (de cultura democrática) entre sociedade ativa e Estado democrático de direito.

Além de objetivos, a participação apresenta limitações, isto é, elementos intrínsecos que, se estiverem hipertrofiados, podem comprometê-la. São estes: o democratismo, o centralismo, o populismo, o purismo e o assistencialismo (DEMO, 1993). Democratismos vinculam-se a exageros relativos às premissas da própria democracia, inviabilizando a condução razoável de processos coletivos. O centralismo marca a ação de lideranças que invertem o fluxo interativo, ou seja, movimentos da base para

o topo de coletivos se tornam mais frágeis que ações do topo para a base. A crença em uma razão absoluta do arranjo participativo (que dificulta o diálogo com outros estratos sociais) dá força à noção de populismo, assim como a idealização da participação (que impede o reconhecimento de suas contradições) alimenta o purismo. O êxito da participação pode ser comprometido, por fim, pelo assistencialismo, que com benesses compensatórias e etéreas, pode desmobilizar atores sociais.

Associa-se também a Demo (1993) um inventário dos riscos da participação, que informam sobre seus possíveis desvirtuamentos. Dinâmicas participativas paliativas, efêmeras, demoradas ou suspeitas não atingem seus propósitos. São paliativas as que se tornam meios de legitimação das elites detentoras do poder. São efêmeras as que se esgotam rapidamente, que não se sustentam. As demoradas oferecem convites constantes à desmobilização. As suspeitas são as que parecem cooptadas, que não são minimamente incomodadas ao status quo.

3 Procedimentos metodológicos

O detalhamento dos procedimentos metodológicos encontra-se organizado em dois tópicos. O primeiro esclarece a seleção de fontes, que constituíram o corpus de pesquisa. O segundo pormenoriza a essência da análise de conteúdo, meio a partir do qual inferências foram realizadas.

3.1 Seleção do corpus de pesquisa

O propósito de discutir aspectos-

chave da participação social em saúde no Brasil, partindo de um corpus consistente, caracteriza este estudo como qualitativo. Seu desenvolvimento demandou um bom repositório de fontes. Diante disso, o Observatório de Práticas Participativas (OPP), vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais, pôde prover um conjunto de artigos, centrado em experiências de engajamento social. Os textos foram selecionados por meio do portal de periódicos da Capes, abarcando os anos de 2005 a 2016.

O projeto do OPP começou a ser desenvolvido em agosto de 2015. Para selecionar os artigos foram utilizadas como critérios de busca as seguintes temáticas: participação social (de forma ampla), orçamento participativo, conselhos, conferências, fóruns, audiências públicas e políticas públicas participativas setoriais (saúde, educação, habitação, meio ambiente, desenvolvimento local, entre outras). Elas foram sintetizadas nas seguintes palavras-chave: participação cidadã, participação comunitária, participação política, cidadania, democracia, participação social e participação.

Os levantamentos foram realizados entre maio de 2016 e março de 2018, resultando em 259 artigos com base empírica, que foram lidos e categorizados para alimentação do banco de experiências do OPP. Nesse mesmo levantamento, foram selecionados 179 artigos teóricos e foi constatado que o marco teórico da participação é interdisciplinar e apresenta um caráter inacabado, demandando maior aprofundamento e sistematização. Dadas essas características, optou-se por pesquisar o estrato “multidisciplinar” (entre as áreas de conhecimento do portal), incluindo suas nove subáreas.

Dentre os artigos disponíveis foram

identificados trinta e três que correspondiam às experiências relacionadas à participação social em saúde. A exploração preliminar os segregou em dois grupos: aqueles que tratavam a participação social como fim (como objeto de estudo) e aqueles que mencionavam a participação em discussões sobre outras dinâmicas sociais. Como coadjuvante nas discussões, a participação não teria suas características exploradas com a profundidade necessária para realização da análise de conteúdo. Assim, dos trinta e três artigos subtraiu-se dezesseis, ação que consolidou, com dezessete textos, o corpus da pesquisa. O Quadro 1, a seguir, menciona os artigos considerados

Quadro 1 – Detalhamento dos artigos que integram o corpus do estudo

Codificação do texto	Título	Autores	Periódico
T001	Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil	1.José Patrício Bispo Júnior, 2.Sílvia Gerschman	Cad. Saúde Pública, v. 31, n. 1, p.183-193, 2015
T002	O Controle Social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde	1.Rosângela Minardi Mitre Cotta, 2.Poliana Cardoso Martins, 3.Rodrigo Siqueira,4. Sylvania do Carmo Castro Franceschini, 5.Silvia E.Priore, 6.Fábio Faria Mendes	Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011
T003	Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002	1.Milca Lopes de Oliveira, 2.Eurivaldo Sampaio de Almeida	Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.141-153, 2009
T004	A Participação no Controle Social do SUS: concepção do Movimento dos trabalhadores Rurais Sem Terra	1.Denise Osório Severo, 2.Marco Aurélio da Rosa	Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.177-184, 2012
T005	Mobilização e participação: um jogo de Soma Zero?	1.Vera Schattan P.Coelho, 2.Alexandre Ferraz, 3.Fabiola Fanti, 4.Meire Ribeiro	Novos Estudos, n. 86, p. 121-139, 2010
T006	Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família	1.Jacks Soratto, 2.Regina Rigatto Witt, 3.Eliana Marília Faria	Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2011
T007	Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores	1.Francisco Assis da Silva Santos, 2.Islândia Maria Carvalho de Souza, 3.Idê Gomes Dantas Gurgel, 4.Adriana Falangola Benjamin, 5.Nelson Filice de Barros	Rev. Saúde Pública, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, 2011
T008	Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão	1.José Maria Ximenes Guimarães, 2.Maria Salete Bessa Jorge, 3.Regina Claudia Furtado, 4.Lucia Conde de Oliveira, 5.Ana Patricia Pereira Moraes, 6.Marcos Paulo de Oliveira Lima, 7.Marluce Maria Araújo Assis, 8.Adriano Maia dos Santos	Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 2113-2122, 2010
T009	Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil	1.Mauro Vieira, 2.Maria Cristina Marino Calvo	Cad. Saúde Pública, v. 27, n. 12, p. 2315-2326, 2011

T010	Participação e controle social: Percepção dos trabalhadores da saúde da família	1.Jacks Soratto, 2.Regina Rigatto Witt	Texto Contexto Enferm., v. 22, n. 1, p. 89-96, 2013
T011	Participação social e a potência do agente comunitário de saúde	1.Carlos Roberto Castro e Silva, 2.Rosilda Mendes, 3.Ramiz Candelero Pedroso de Moraes, 4.Danilo de Miranda Anhas, 5.Karina Rodrigues Matavelli Rosa	Psicologia & Sociedade, v. 26, n. 2 (especial), p. 113-123, 2014
T012	Cultura política e participação diferenciada: o caso do Conselho Municipal de Saúde do município de Dois Vizinhos, Estado do Paraná	1.Ednaldo Aparecido Ribeiro, 2.Cleverson Marcos Andrade	Acta Scientiarum. Human and Social Sciences, v. 25, n. 2, p. 349-358, 2003
T013	A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?	1.Maria Angélica Crevelim, 2.Marina Peduzzi	Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.
T014	O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina	1.Águeda Wendhausen, 2.Sandra Caponi	Cad. Saúde Pública, v. 16, n. 6, p. 1621-1628, 2002
T015	A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?	1.Ione Morita, 2.Julliano Fernandes Campos Guimarães, 3.Bruno Paulino Di Muzio	Saúde e Sociedade v.15, n.1, p.49-57, 2006.
T016	Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde	1.Rosângela Minardi Mitre Cotta, 2.Mariana de Melo Cazal, 3.Jôsi Fernandes de Castro Rodrigues	Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.
T017	A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga-SP	1.Lucia Helena Presoto, 2Márcia Faria Westphal	Saúde e Sociedade v.14, n.1, p.68-77, 2005.

Fonte: elaboração dos autores, 2019.

Uma vez apresentado o corpus do estudo, a seção seguinte irá tecer breves notas sobre a análise de conteúdo, técnica que permitiu a realização de inferências sobre os processos participativos manifestos nos textos.

3.2 Análise de conteúdo

A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise centrado nas comunicações. Ela se volta não ao estudo da língua ou da linguagem, mas à determinação das condições de produção dos textos. A análise de conteúdo possui, basicamente, três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento de resultados, na qual as informações são interpretadas e as inferências realizadas (BARDIN, 2011; MOZZATO & GRZYBOVSKI, 2011).

A pré-análise é o momento da organização das fontes e abarca: a) a

leitura flutuante (o primeiro contato com o corpus); b) a escolha dos documentos; c) a formulação das hipóteses e dos objetivos; d) a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores e) a preparação do material. Em função dos propósitos do estudo, um ou mais passos podem ser suprimidos.

A etapa da exploração do material pressupõe três escolhas: a) o recorte ou a seleção das Unidades de Registro (expressão sintética que é portadora de um significado) e das Unidades de Contexto (conteúdo que, de fato, dá sentido à unidade de registro, pois a vincula ao texto); b) as regras de contagem e c) a classificação ou escolha das categorias.

Estas, contudo, podem ser estabelecidas a priori.

A terceira fase da análise de conteúdo consiste no tratamento dos resultados obtidos e na interpretação. É nesse momento que se busca compreender o que os dados revelam, articulando-os entre si e com referenciais teóricos. Assim, “(...) o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos – ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 2011, p. 131). O resultado do emprego da análise de conteúdo encontra-se na seção 4, a seguir.

4 Apresentação e discussão dos resultados

Com base na análise dos dezessete artigos foram elaborados quadros que condensam as informações obtidas. Em cada quadro foram inseridas unidades de registro, ou seja, trechos significativos dos textos – que representam respostas àquilo que está sendo indagado e expressam o que se busca compreender.

Nos quadros constam as categorias de análise, elaboradas a partir do referencial teórico sobre participação social. Cada categoria representa um aspecto da produção científica sobre participação que, conjugada às demais, pretende possibilitar uma visão mais abrangente das condições de engajamento social em saúde no Brasil contemporâneo.

Antes de prosseguir, faz-se necessário um esclarecimento a respeito dos códigos que acompanham as unidades de registro. Eles são uma forma de identificar a localização de tais trechos no corpus. Assim, em cada código, é possível encontrar o artigo e a página de

onde o fragmento textual foi retirado. Outro esclarecimento refere-se ao tamanho das unidades de registro. Nesse estudo, optou-se por apresentar unidades mais extensas, visando a melhor compreensão, por parte do leitor, daquilo que os artigos relevam.

O primeiro ponto observado diz respeito aos atores presentes nas dinâmicas participativas. O estudo apontou, conforme o Quadro 2, que, na maioria dos casos, trata-se de conselheiros e trabalhadores da área da saúde, sendo que alguns textos mencionam a sociedade civil e os profissionais da área da saúde.

Quadro 2 – Quem participa (atores)

Atores	Fragmentos dos textos
Conselheiros	“conselheiros” T003P141 “conselheiros” T001P183 “conselheiros” T005P126 “conselheiros” T009P2323 “trinta conselheiros” T014P1623
Servidores	“trabalhadores de uma equipe de saúde da família do sul de Santa Catarina” T010P89 “agente comunitário de saúde” T011P113
Representantes da sociedade civil	“doze integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra” T004P177 “sociedade civil” T017P68

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Observa-se, no Quadro 2, que estão presentes nos artigos selecionados tanto conselheiros instituídos quanto servidores e representantes da sociedade civil. Não estão presentes atores referidos como políticos ou cidadãos (de forma genérica), ainda que apareça “representantes da sociedade civil”. Cabe registrar que, dos 17 artigos, em 9 esses atores são mencionados, o que leva a crer que a participação social é analisada de

forma difusa, sem que se esclareça os atores envolvidos e a pluralidade de interesses e eventuais conflitos.

Quanto ao tipo de participação retratada nos artigos, apresentado no Quadro 3, verificou-se que mais da metade dos artigos apontou uma participação corporativa, ou seja, ligada à satisfação de interesses dos indivíduos organizados em instituições. Fica clara a influência dos profissionais de saúde nas instâncias participativas, uma vez que, por meio de seu conhecimento técnico ou sua inserção no aparato burocrático, possuem maiores condições de impor sua vontade. Outras corporações podem organizar-se também e influenciar direta ou indiretamente as decisões nas arenas participativas. Isso pode ocorrer tanto pela atuação conjunta de gestores nos espaços participativos quanto pela conduta de representantes de segmentos específicos como os da indústria farmacêutica, por exemplo.

Em outro artigo, a participação foi classificada como gerencial, ou seja, relacionada mais à sua funcionalidade dentro do aparato burocrático e das exigências legais, que propriamente à representação de usuários ou profissionais. Foi identificado apenas um relato associado à participação política, ou seja, ligada ao interesse público.

Quadro 3 – Tipos de participação

Tipo de participação	Fragmentos dos textos
Corporativa	<p>“os representantes assumiram no conselho a postura de acirrada defesa dos interesses do seu segmento, desvirtuando-se das questões gerais sobre a saúde da população. Evidenciou-se também uma velada disputa entre alguns representantes sociais, com o propósito de conseguir inserir na discussão do conselho os assuntos relativos à sua categoria” T001P189</p> <p>“Identificamos que somente 25 dos 107 assuntos discutidos durante o período estudado foram objeto de debate nas reuniões do conselho. Isso equivale a dizer que todos os demais foram apenas ratificados sem qualquer discussão entre os segmentos.” T012P354</p> <p>“a população é chamada a participar, sobretudo para legitimar decisões técnicas já tomadas pela equipe” T013P330</p> <p>“Nas reuniões parecia haver tensão entre o tempo necessário para eleger uma proposta, e a solicitada e constante” urgência (eficácia) para tomada de decisões, principalmente por parte do segmento governamental.” T014P1625</p>
Política	<p>“Os resultados indicam que o forte sentimento de comunidade e a proximidade com as forças políticas da comunidade contribuem com o processo de participação social” T011P113</p>
Gerencial	<p>“o CMS é visto apenas como um instrumento de repasse de informações (...) uma exigência legal” T002P1125</p>

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Confrontando os achados da pesquisa com o estabelecimento de tipos, efetuado por Nogueira (2005), verifica-se que não foram identificados nos textos analisados trechos que fizessem referência ao modo de participação assistencialista. Também inexistem reflexões que focam na participação eleitoral – o que era esperado em função daquilo que ela representa.

A produção científica estudada demonstra, então, ser útil para que atores sociais exercitem a autocrítica e busquem superar as tradicionais práticas corporativas, rumando especialmente para uma participação verdadeiramente política, de modo a colocar em movimento suas potencialidades.

Outro aspecto analisado nos artigos foi o nível de participação, redefinido em

três estratos (inferior à cogestão, cogestão e superior à cogestão). O primeiro abarca as categorias “informação/reação”, “consultas facultativas”, “consultas obrigatórias” e “solicitação de elaboração/recomendação”. O segundo corresponde à categoria original “cogestão” e o terceiro abarca as categorias “delegação” e “autogestão”.

Quadro 4 – Níveis de participação

Nível de participação	Fragmentos dos textos
Inferior à cogestão	<p>“Quanto às dinâmicas participativas (...) poucos conselheiros intervêm nas reuniões e que 60% das intervenções são feitas por conselheiros que se manifestam apenas uma vez (o que sugere se tratar mais de informes do que de debates)” T005P133</p> <p>“Considerando que o uso do discurso competente neste conselho provocava um silêncio em torno da participação, principalmente dos usuários, podemos pensá-lo como um silenciamento” T014P1625</p> <p>“(...) tem umas pessoas que comandam, tem uma elite de pessoas que comanda, o resto tá lá só por formalidade(...)” T015P53</p>
Cogestão	<p>“Em processo lento de construção, figuram influência e controle das políticas, espaço político e decisório, experiência da gestão participativa, competência e habilidade para provocar mudanças, acesso a informação político-sanitárias, critérios de representatividade, senso de responsabilidade social, uso da mídia e demais canais de informação para sensibilização em pressão, definição clara dos papéis dos conselheiros, fluxo e interpretação de informações, redução do corporativismo profissional.” T003P149B</p>
Superior à cogestão	<p>“foi perceber que é possível desencadear um processo de participação popular e controle social em saúde, ainda que incipiente, em um microterritório de atuação, garantindo assim um Sistema Único de Saúde mais ético e equânime”. T006P1240</p>

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

A observação do Quadro 4 revela que, em um artigo, identificou-se uma experiência de cogestão. O nível superior à cogestão

é expresso em dois dos textos analisados. Predominam, porém, ocorrências de níveis de participação inferiores à cogestão (“informação/reação”, “consultas facultativas”, “consultas obrigatórias” e “solicitação de elaboração/recomendação”). Esse fato é coerente com o que fora evidenciado sobre os tipos de participação, uma vez que predominam nas análises práticas corporativas (Quadro 3).

Objetivos da participação, presentes nos artigos, também foram observados, consolidando o Quadro 5. Quatro textos destacaram elementos voltados à autopromoção e à realização da cidadania. A análise de significados determinou a junção das categorias, em função da convergência daquilo que exprimem: a auto-emancipação como enfoque da participação nos trabalhos. Dois artigos citaram o controle do poder e, em um deles, foi identificada a implementação de regras democráticas. A negociação também foi constatada em um artigo.

Quadro 5 – Objetivos da participação

Possibilidades de participação	Fragmentos dos textos
Autopromoção / Realização da Cidadania	<p>“Quanto a prática do controle social e da função da gestão participativa, mesmo a despeito das dificuldades encontradas, os avanços são facilmente perceptíveis.” T003P150</p>
Implementação de regras democráticas	<p>“Por meio da leitura das atas e das entrevistas, percebemos que alguns representantes do segmento usuário trouxeram reivindicações ou sugestões” “A repercussão foi considerada positiva, pois as reivindicações foram ouvidas e registradas” T015P55</p>
Controle do poder	<p>“No início da reunião, o Presidente diz que tem a planilha de custos dos prestadores em mãos, mas que não a colocará à disposição dos conselheiros por questões éticas. Nesse momento, a secretária que redigiu as atas, identifica “polêmica” na plenária. Alguém manifesta que não concorda com a colocação, dizendo que o conselho é ético e seu papel é fiscalizar.” T014P1626</p>

Negociação	“alguns valores que podem ser considerados como componentes de uma cultura política congruente com o estabelecimento e consolidação do regime democrático estão distribuídos de maneira desigual entre os grupos que compõem o conselho” T012P357
------------	---

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Interessante notar que o controle da burocracia não desponta como objetivo da participação em nenhum dos artigos. Esse fato é coerente com o que se apresenta no Quadro 3, onde o tipo de participação de viés corporativo prevalece. Demonstra-se nos estudos que a burocracia governamental é a parte que controla as instâncias participativas, por meio da concentração de informações e do protagonismo em ritos deliberativos.

A participação social convive com entraves à sua ampla e efetiva vigência. Apresenta, nesse sentido, limites. Verificou-se, nos artigos analisados, que o centralismo e o democratismo foram identificados pelos estudos empíricos, sendo o primeiro o mais frequente. Em contrapartida, o populismo, o purismo e o assistencialismo foram males não manifestos no corpus selecionado para estudo. Tais informações são apresentadas no Quadro 6, abaixo, comprometendo uma atuação mais ampla, descentralizada e voltada para o interesse público. Conforme se verifica nos fragmentos dos textos, reunidos no Quadro 6, o centralismo pode vir de gestores ou dos próprios coordenadores dos Conselhos. Já o democratismo pode ser produto da falta de conhecimento dos conselheiros sobre seu papel.

Quadro 6 – Limitações da participação

Limites da participação	Fragmentos dos textos
Democratismo	<p>“suas percepções e ações estão calcadas no senso comum. Isso resulta na restrição da efetividade de suas práticas, pois elas oscilam entre a falácia de que filantropia e assistência estão na base de sua atuação, e o descrédito da política, reiterando a precariedade de condições de trabalho e melhoria do serviço público de saúde.” T011P121</p> <p>“falta de conhecimento dos conselheiros sobre seu papel no CMS e sobre o próprio papel do CMS na esfera social e sanitária” T016P434</p>
Centralismo	<p>“A representação era muito personificada. Então, primeiro a pessoa achava que ela estava ali pra cuidar dos interesses dela, independente da entidade. Se os interesses dela também beneficiassem a entidade, ótimo pra entidade, se não, paciência” T001P189</p> <p>“O que se verificou foi um grande desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação social em saúde, gerando assim uma forte influência dos gestores locais na dinâmica e no funcionamento do CS” T002P1121</p> <p>“ocorre uma verdadeira despolitização dos âmbitos do exercício da cidadania participativa nas instâncias efetivas de participação popular e na formulação de políticas essencialmente sociais, como o caso das políticas de saúde.” T002P1129</p> <p>“os limites para o processo de participação não se dão apenas por falta de infraestrutura e recursos, mas pela falta de uma cultura de participação, assim como a falta de vontade política para que a cidadania de fato seja exercida.” T002P1133</p> <p>Vive-se um círculo vicioso em que a população organizada não desenvolve experiência de participação política (ou pouco o faz), sendo muito manipulável por isso, deixando a tradição elitista e também a privatista incólume no poder. T007P1158</p> <p>“Observa-se que muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os conselhos, por estarem previstos institucionalmente. Na prática, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas” T010P2324</p> <p>“Nosso conselho já vem com a pauta pronta. A gente vai lá para votar ‘Sim ou Não’ e pouco se discute. Quando sugerimos alguma coisa, fica para próxima reunião.” T012P357</p> <p>“A relação assimétrica entre os conselheiros usuários e os demais representantes, é um dos aspectos que denuncia o uso de uma estratégia de silenciamento, através de discursos considerados “verdadeiros” ou “autorizados”, principalmente pelo segmento governamental, que reforça seu poder.” T014P1627</p>

Fonte: dados da pesquisa, 2019

5 Considerações finais

A questão da participação social é complexa, envolve muitas facetas e se constitui de um número incontável de variáveis que a configuram, de tal modo que não caberia neste momento sequer tentar esgotar a tentativa de sua compreensão, pois, antes de tudo é verdadeiramente um processo em construção.

Analisar a participação social em saúde, por sua vez, é trabalho de suma importância, uma vez que foi o Sistema Único de Saúde (SUS) a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente, em 1988, a participação social como um de seus princípios, além de reconhecê-los na Lei Orgânica de Saúde de nº 8.142/90 e na Lei nº 8.080/90, e referendá-las em várias instruções normativas dos órgãos federativos, posteriormente. Além disso, o setor da saúde se destaca como o mais maduro no que diz respeito à organização de conferências no Brasil. Elas ocorrem desde a década de 1940, sendo que a última, a 16a., ocorreu em 2019.

Sendo o SUS criado como uma política descentralizada, para administrá-la, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados, com participação social. Além das conferências de saúde, foi institucionalizada uma estrutura inovadora, que estabeleceu os conselhos de saúde nos três níveis da federação. Essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que um maior número e variedade de atores participassem do processo de tomada de decisão e de controle social.

A partir da análise realizada dos artigos selecionados que tratam a questão

da participação social em saúde no Brasil, foi possível perceber que nos últimos 30 anos, houve avanços na implementação do SUS. Realizaram-se inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema.

Dessa forma, fez-se necessário aprofundar a compreensão das características específicas dos trabalhos que analisaram a participação social em saúde, a fim de contribuir para que lacunas sejam supridas e a contribuição analítica dos estudos sobre participação social seja cada vez mais relevante para sua prática. Partindo dessa necessidade, o objetivo desta pesquisa foi detalhar e analisar, em trabalhos orientados pelo método científico, aspectos-chave da participação social em saúde no Brasil, compreensíveis à luz de categorias específicas, as quais procuram abarcar a sua complexidade.

Para tanto, buscou-se artigos científicos que tratassem dessa temática. Foi encontrado um banco de dados adequado no Observatório de Políticas Públicas da Universidade Federal de Minas Gerais, com artigos coletados no portal de periódicos da Capes no período de 2005 a 2016. A partir desse material, adotou-se como metodologia de análise de dados a análise de conteúdo, seguindo os passos descritos pela técnica.

Assim, dos trinta e três artigos selecionados inicialmente, após uma primeira análise, optou-se por um recorte metodológico que direcionou a continuidade dos trabalhos para a análise de conteúdo dos artigos que

tratavam da participação social em saúde como um fim e não apenas um meio, ou seja, foram priorizados os dezessete artigos nos quais a participação social aparecia como discussão central, objeto e foco; e não apenas um meio para discutir outras questões relacionadas. Para analisar os artigos foram criadas categorias baseadas na literatura sobre participação social, sendo elas atores, tipos, níveis, objetivos e limites da participação.

A partir da análise realizada nos artigos selecionados que tratam a questão da participação social em saúde no Brasil, foi possível perceber que os Conselheiros aparecem como os principais atores nos estudos sobre participação social. Ainda que isso seja coerente com a prática da participação social em saúde, onde os Conselheiros são importantes protagonistas, percebe-se que a participação social é analisada, ainda, de uma forma difusa, sem aprofundar com clareza a pluralidade de interesses e eventuais conflitos envolvidos nessa atuação, nos três níveis federativos - representando usuários do SUS, profissionais da saúde e prestadores de serviços.

Em relação aos tipos de participação predominam estudos que enfatizam a participação de viés corporativo, a qual diz respeito ao atendimento de interesses de grupos restritos. É demonstrada a clara influência dos profissionais de saúde e gestores nas instâncias participativas, uma vez que, por meio de seu conhecimento técnico ou sua inserção no aparato burocrático, possuem maiores condições de impor sua vontade. Outras corporações podem organizar-se também e influenciar direta ou indiretamente as decisões das arenas participativas.

Dessa forma, percebe-se que os estudos sobre participação social em saúde

contribuem para mudanças nas práticas participativas ao analisar, majoritariamente, dentre os tipos de participação social, os de cunho corporativo. No entanto, carecem de aprofundamento outros tipos como a participação gerencial, caracterizada por ser de recorte meramente burocrático ou legitimador de decisões já tomadas em instâncias gerenciais; e, especialmente, a participação de conotação política, voltada para o interesse público e para a representação legítima.

Em termos de níveis da participação nos artigos analisados predominam características como informação, consultas facultativas, consultas obrigatórias, elaboração de recomendações, que são todas de nível abaixo da cogestão, ainda que esta apareça em um dos artigos analisados e em dois outros surgem níveis superiores à própria cogestão, como a delegação e a autogestão. A produção científica analisada parece ser coerente com as práticas participativas ao privilegiar o estudo destes níveis inferiores de cogestão, possivelmente porque são as experiências que mais aparecem empiricamente, uma vez que, ainda que a participação institucionalizada tenha sido um avanço na organização do SUS, suas características ainda estão distantes de um ideal utópico autogestionário. Explica-se, ainda, porque, quanto mais se avança na escala de participação, mais ela se torna difícil, pois requer tanto que os administrados ocupem espaços (e isso gera ônus individual) quanto que os administradores cedam parcela de seus espaços de poder.

Os objetivos da participação demonstrados nos artigos analisados, privilegiam a autopromoção / realização da cidadania, fato que realiza um contraponto com o tipo hegemônico de participação

analisada - a corporativa, o que sugere que, mesmo essa última pode buscar contribuir, de alguma forma, com o controle social genuíno. Como objetivos que evidenciam possibilidades da participação há, ainda, menção à implementação de regras democráticas e ao controle do poder instituído, o que vai no mesmo sentido, privilegiando análises que tomam a participação social em saúde de forma positiva para a sociedade.

Não foram encontrados estudos onde o objetivo da participação seja o controle da burocracia, o que reforça o anteriormente enunciado, tomado agora de forma negativa: a predominância de tipo corporativo e em nível inferior à cogestão (já que esse último é uma espécie de cooperação para com a burocracia a fim de dar andamento às questões formais).

Aqui se evidencia um aparente paradoxo entre o objetivo predominante (autopromoção / realização da cidadania); o tipo de participação predominante (corporativa) e os níveis (inferiores à cogestão) nos trabalhos analisados, o que merece novos estudos com vistas a fornecer mais e melhores subsídios à prática da participação social em saúde com objetivos legítimos, ou seja, vinculados à realização do interesse público e à implementação do controle social.

Por fim, aparecem nos artigos analisados, como limites à participação, o democratismo e o centralismo, com grande ocorrência deste último. Democratismos vinculam-se a exageros relativos às premissas da própria democracia, enquanto que o centralismo marca a ação de lideranças que invertem o fluxo interativo, tornando-o do topo centralizado para a base. O centralismo apontado nos artigos analisados expressa também limites colocados pelo personalismo ou autoafirmação de gestores, profissionais ou

representantes, que, isoladamente, procuram fazer valer seus interesses individuais ou privatistas em detrimento do interesse público e do controle social pelos cidadãos. Essa prática centralista encontrada nos estudos analisados demonstra o quanto a participação social em saúde ainda precisa avançar para contribuir, efetivamente, com a implantação da estrutura descentralizada do SUS, não obstante as inovações participativas já existentes.

Interessante apontar que, dentre as limitações ou entraves à participação, além do democratismo e do centralismo, aparecem o populismo, o purismo e o assistencialismo, sendo que esses três últimos não aparecem como limitações à participação nos artigos analisados. Neste sentido, parece haver uma lacuna na produção científica analisada ao deixar de considerá-los como limites à participação, limitações estas presentes nos processos de participação social, de acordo com análises empíricas presentes na literatura sobre a participação social em saúde caso do assistencialismo e até mesmo do populismo, por exemplo.

Já a indicação do democratismo e, em especial, do centralismo, mencionados anteriormente, demonstra que os artigos analisados estão dispostos a fazer uma crítica construtiva à prática do controle social em saúde, com vistas a auxiliar na superação destas mesmas limitações, contribuindo para uma construção democrática do SUS.

Não obstante os achados deste trabalho, pode-se apontar como limitação do presente estudo o fato do corpus representar uma parte do universo de trabalhos produzido sobre participação social em saúde no Brasil. Ainda que ele (corpus) seja produto de um levantamento significativo de fontes, novas

investigações podem complementar, a partir de decisões distintas de seleção de textos e de horizontes temporais diferentes, os esforços empreendidos nesta pesquisa.

O mesmo pode ser dito sobre o estabelecimento de categorias: novas categorias de análise podem revelar perspectivas não abordadas e categorias emergentes podem mostrar-se relevantes, dependendo do corpus que futuras pesquisas possam selecionar para análise.

Em sentido amplo, a análise dos artigos realizada aponta para a necessidade de ampliação do debate a respeito da importância da participação social em saúde e do aprimoramento dos mecanismos de participação.

Referências

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BORDENAVE, J. E. D. O que é participação. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- BRASIL. Lei nº. 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 dez. 2019.
- BRASIL. Lei nº. 8069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 13 de julho de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 05 dez. 2019.
- BRASIL. Lei nº. 8142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 28 de dezembro de 1990c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 02 dez. 2019.
- BRASIL. Lei nº. 8742. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 07 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: 05 dez. 2019.
- BRASIL. Lei nº. 12466. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. 24 de agosto de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 05 dez. 2019.
- DEMO, P. Participação é conquista: noções de política social participativa. São Paulo: Cortez, 1993.
- MOZZATO, A. R; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos o campo da administração: potencial e desafios. Revista de Administração Contemporânea, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.
- NOGUEIRA, M. A. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.
- OLIVEIRA, V. C. S.; KEINERT, T. M. M. ;

MIRANDA, A. R. A. ; GONCALVES, S. F. C.
. Participação social em saúde no Brasil:
elementos para compreensão de sua
dinâmica. BIS. Boletim do Instituto de Saúde
(Impresso), v. 18, p. 153-161, 2017.

SOUZA, C. H. L.; CRUXÊN, I. A.; LIMA, P.
P. F.; ALENCAR, J. L. O.; RIBEIRO, U. C.
Conferências típicas e atípicas: um esforço
de caracterização do fenômeno político.
In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. (Orgs.).
Conferências nacionais: atores, dinâmicas
participativas e efetividades. Brasília: Instituto
de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013.