

## Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão

Social participation in mental health: space of construction of citizenship, policy formulation and decision making

José Maria Ximenes Guimarães<sup>1</sup>  
 Maria Salete Bessa Jorge<sup>1</sup>  
 Regina Claudia Furtado Maia<sup>1</sup>  
 Lucia Conde de Oliveira<sup>2</sup>  
 Ana Patrícia Pereira Morais<sup>1</sup>  
 Marcos Paulo de Oliveira Lima<sup>1</sup>  
 Marluce Maria Araújo Assis<sup>3</sup>  
 Adriano Maia dos Santos<sup>3</sup>

**Abstract** *The article approaches the comprehension of professionals that act in the mental health area about the movement of construction of social participation in the health system of Fortaleza, Ceará State. The methodology adopted is based upon qualitative approach. The study was developed with semi-structured interviews with 17 mental health professionals of the city above mentioned. The empirical data was analyzed through the technique of thematic content analysis, where it was identified three cores of analysis: social participation as space of citizenship and policy formulation; oriented to attention of collective needs; and decision taking. The study reveals that social participation represents a possibility of amplifying X the relations between the Civil Society and the State, which makes possible the social intervention in proposals of the health policies. It is highlighted the right to health linked to the consolidation of democracy in the attention to the needs and collective edification.*

**Key words** *Social participation, Citizenship, Health policy, Mental health policies, Psychiatric reform*

**Resumo** *O artigo aborda a compreensão dos profissionais que atuam na área de saúde mental sobre o movimento de construção da participação social no sistema de saúde de Fortaleza (CE). A metodologia adotada respalda-se na abordagem qualitativa, junto aos profissionais de saúde mental do referido município. Utilizamos a entrevista semiestruturada com dezessete participantes. O material empírico foi analisado através da técnica de análise de conteúdo categorial temática, na qual foram identificados três núcleos de análise: participação social como espaço de cidadania e formulação de políticas; orientada para a atenção às necessidades coletivas e de tomada de decisão. O estudo revela a participação social como uma possibilidade de ampliação da relação da sociedade civil com o Estado, o qual possibilita a intervenção social na proposição das políticas de saúde. Evidencia-se o direito à saúde articulado à consolidação da democracia na atenção às necessidades e edificação coletiva.*

**Palavras-chave** *Participação social, Cidadania, Políticas de saúde, Políticas de saúde mental, Reforma psiquiátrica*

<sup>1</sup> Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Av. Paranjana 1.700, Itaperi. 60740-000 Fortaleza CE.  
 jm\_ximenes@hotmail.com

<sup>2</sup> Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual do Ceará.

<sup>3</sup> Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana.

## Introdução

A participação social tem se constituído em espaços de gestão compartilhada que protagonizam a inserção da sociedade organizada na gestão do sistema de saúde. Dessa forma, os conselhos e conferências de saúde vêm acumulando experiências de articulação entre os diferentes sujeitos sociais nos municípios, estados e no âmbito nacional, que ficam demarcados nos distintos olhares sobre as realidades. No entanto, evidenciam-se conflitos e tensões, ainda que se busquem negociações em defesa de interesses individuais e/ou coletivos.

A efetivação dos mecanismos de participação da sociedade é um processo ainda em construção, que envolve questões como consciência política, exercício da cidadania e de construção da democracia. Requer, para tanto, a participação de todos os protagonistas desse processo. Dessa forma, os profissionais de saúde, como sujeitos fundamentais no desenvolvimento do SUS, aqui entendido como política pública universal, incumbidos de prestar uma atenção integral à população, são também conclamados a estar nos conselhos, contribuindo para o seu fortalecimento.

Diante do exposto, torna-se fundamental compreender como os profissionais que atuam na área de saúde mental percebem esse movimento de construção da participação social no sistema de saúde de Fortaleza (CE), ou seja, essa nova forma de relação sociedade-Estado, estabelecida a partir da institucionalização de espaços de inserção nos processos decisórios e elaboração de políticas de saúde.

Para o desenvolvimento do texto, resgatamos de forma breve a construção da participação social no sistema de saúde brasileiro, situamos os aspectos metodológicos e apresentamos os resultados da pesquisa empírica, articulando com autores que discutem a temática, que é atravessada por três núcleos: participação social no campo da saúde mental: espaços de construção de cidadania e formulação de políticas; orientada para a atenção as necessidades coletivas e espaços de tomada de decisão.

### **Construção da participação social no sistema de saúde brasileiro: um breve resgate histórico**

A sociedade brasileira viveu longos períodos sob a égide de regimes de exceção, o último deles ocorrido no período 1964-1985. Em contrapartida,

tem sua história marcada por intensas lutas contra o autoritarismo, questionando-se o Estado burocrático-autoritário centralizador das decisões, voltado para os interesses das elites econômicas. No final dos anos setenta e início da década de oitenta, novos sujeitos sociais – movimentos populares das periferias dos grandes centros urbanos, sindicatos, comunidades eclesiais de base – entram na cena pública, reivindicando o direito a ter direitos<sup>1</sup>. Tais lutas tinham como pressupostos a conquista da cidadania e a construção de um regime democrático. Seu ponto alto foi à promulgação da Constituição de 1988<sup>2</sup>, na qual foi reconhecido o direito à saúde.

No que diz respeito à participação social, até a década de sessenta, os mecanismos participatórios institucionalizados restringiam-se à área previdenciária, sendo que essas representações, durante muito tempo, eram controladas pelo governo. A previdência social oferecia benefícios e serviços aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, na modalidade de seguro, adquirindo direitos quem realmente pagava as contribuições. Dentre esses serviços, incluía-se a assistência ambulatorial e hospitalar individual. Entretanto, durante o regime militar, houve a supressão de qualquer tipo de participação de representantes de trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios ou consultivos da previdência social<sup>3</sup>.

Durante o regime militar, a política de saúde caracterizou-se pela hegemonia de um modelo de privatização do social, atendendo a uma lógica de modernização conservadora. Nesse período, ocorre a privatização da assistência curativa, focada na perspectiva do lucro, em função do modelo de acumulação do capital, o que conduziu à montagem de uma estrutura de atendimento hospitalar basicamente de natureza privada. Desse modo, a medicina previdenciária investe no setor privado, principalmente na compra dos serviços de saúde, na lógica de um financiamento individual ou coletivo, mediante a prestação privada dos serviços com objetivo do lucro. Diante dessa lógica de ordenação das políticas de saúde, o atendimento à saúde pública é relegado a segundo plano, como opção de política social<sup>4</sup>.

Em meio a esse cenário, foram deflagradas, em meados dos anos setenta, iniciativas no sentido de estimular o envolvimento da “comunidade” no setor saúde. As primeiras medidas foram implementadas na área de saúde pública, cujos serviços destinavam-se àquela parcela da população excluída do acesso a serviços de saúde previdenciários. Inscreve-se, nesse contexto, o pro-

cesso de reformulação do setor, desencadeando a proposta de reforma sanitária.

Durante a década de oitenta, em um contexto de crise internacional do capitalismo, o país vive uma profunda crise econômica, em que se observa a queda das taxas de crescimento econômico, aumento do desemprego e da desigualdade social. Aliado a isso, as estratégias de ajuste estrutural, implementadas pelos governantes, por recomendação do consenso de Washington, fomentaram a crise de financiamento da saúde. Diante dessa situação, o cenário sociopolítico brasileiro era de tensão, ganhando então visibilidade os movimentos sociais de luta pela democratização do país<sup>5,6</sup>.

Com o fim do regime militar e a posse do governo civil, em 1985, surge um cenário favorável à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual se definiu o projeto de reforma sanitária, propondo mudanças no setor saúde, de forma a torná-lo democrático, universal, acessível e equânime<sup>4</sup>. Foram discutidos os pontos-chave do projeto, dentre os quais o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a política de financiamento do setor. O evento reuniu todas as forças sociais que, direta ou indiretamente, estavam ligadas à questão da saúde no país.

Não obstante, ganhou corpo normativo ao ser incorporado, em 1988, no texto da Constituição Federal, quando se tem a conquista legal dos direitos sociais<sup>2</sup>, diante da qual o Brasil passa a vivenciar a perspectiva de um Estado, que inclui as demandas sociais da maioria que sempre esteve excluída do usufruto dos bens e serviços produzidos socialmente. Ainda no campo normativo, é sancionada, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde, mediante a aprovação das leis 8.080/90<sup>7</sup> e 8.142/90<sup>8</sup>, o que configura um inquestionável avanço para a organização do sistema de saúde no Brasil. Na referida legislação, estão consagrados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

No contexto das reformas ocorridas no setor saúde, reforma sanitária e reforma psiquiátrica, o campo específico da saúde mental passa a ter maior visibilidade. Sua estrutura, fortemente marcada pela hegemonia do modelo manicomial, com o tratamento baseado na segregação e na exclusão social do portador de transtornos mentais, foi objeto de questionamentos, passando o modelo a ser repensado.

Diante desse panorama, em sintonia com os movimentos ocorridos na Europa e Estados Unidos, que tinham o propósito de transformar esse modelo assistencial, deu-se início no Brasil, a partir de 1970, a luta pela reforma psiquiátrica. Este movimento, sob forte influência da reforma psiquiátrica européia e norte-americana, contou com a participação de profissionais, familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Constituiu-se, portanto, um fator decisivo na transformação do modelo assistencial brasileiro, tornando-o mais humano e menos excludente, com o foco da atenção deslocado da doença para o ser que carece de cuidado, visando a sua reinserção na família e na sociedade<sup>9,10</sup>.

Nesse período, começam a ser discutidos os problemas do setor, de forma ampla e com a participação da sociedade civil. Decorrem daí as Conferências de Saúde Mental, espaços para a efetivação da participação e do controle social nesse campo específico da saúde.

Em 2001, aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como tema: “Cuidar sim. Excluir, não: efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. O controle social em saúde mental é então proposto, como forma de garantir o avanço da reforma psiquiátrica, na tentativa de efetivar a política de saúde mental, mediante a participação ativa dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental<sup>11</sup>.

A Lei nº 8.142/90<sup>8</sup> estabelece a participação dos usuários e profissionais de saúde nos processos decisórios do setor saúde. Com isso, fica institucionalizada a participação da comunidade na gestão da saúde e definidas como instâncias, para sua atuação, os conselhos e as conferências de saúde, nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública. A transferência de recursos do governo federal para estados e municípios fica condicionada, entre outros pré-requisitos, à existência e funcionamento do Conselho de Saúde, que deve ser organizado de forma paritária, ou seja, deve contar com a representação de 50% de usuários, sendo a outra parte composta por representantes do governo, de profissionais de saúde e de prestadores de serviços.

A participação da comunidade na gestão da saúde é, portanto, marcada por um processo de conquista e outorga, visto que a exigência legal de criação de conselhos de saúde, em todo o território nacional, provocou um movimento das administrações estaduais e municipais para organização de conselhos, muitas vezes à revelia dos movimentos organizados existentes em suas

áreas de abrangência. Contudo, a participação social representa, na opinião de Paim<sup>12</sup>, processos de interação entre todos os setores e classes sociais, com a finalidade de democratização do Estado e da sociedade, o que se efetiva pelo exercício da democracia.

É importante considerar que as formas de efetivação da participação social, na organização do SUS, são concretizadas em instâncias que protagonizam a participação da comunidade na gestão do sistema. Significa, portanto, um processo de articulação entre atores sociais com olhares distintos sobre a realidade, sendo eles portadores de interesses diversos, nem sempre convergentes e harmônicos, em que estão presentes: disputas de poder, conflitos e negociações. Por conseguinte, os processos de discussão devem buscar o consenso em defesa dos princípios e diretrizes de um sistema público equânime e resolutivo<sup>13</sup>.

As instâncias de participação, definidas pela lei federal, são os conselhos e conferências nacionais, estaduais e municipais. Todavia, cada esfera governamental possui autonomia administrativa para ampliar esses espaços de participação. O movimento de organização de conselhos de saúde, em Fortaleza, desde o início do movimento sanitário, foi muito dinâmico, contando com o protagonismo dos profissionais de saúde comprometidos com a reforma sanitária, que mobilizaram as organizações e os movimentos populares para participarem desse processo. Nesse contexto, Fortaleza, município sede desta pesquisa, optou pela criação de outros espaços de participação da sociedade: conselhos regionais e locais de saúde<sup>6</sup>.

### Aspectos metodológicos

Utilizamos a abordagem qualitativa como orientadora do recorte do objeto e das análises teórico-empíricas, considerando que o seu objeto envolve a subjetividade de um grupo social. Tal abordagem, segundo Serapioni<sup>14</sup>, apresenta-se como a mais adequada ao estudo desenvolvido, por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, em busca de sentidos e de estar na perspectiva do sujeito; portanto, é um método que possibilita a descoberta de novos nexos e explicação de significados.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Fortaleza (CE), envolvendo dezessete profissionais de saúde mental que atuam em hospitais e em Centros de Atenção Psicossocial, escolhidos intencionalmente. O quantitativo foi definido pela

saturação teórico-empírica e pela relevância das informações, tomando como base as contribuições significativas e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão.

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturada, contemplando as seguintes questões: (1) o que significa, para você, controle social? (2) fale sobre a participação social no contexto da saúde mental.

A entrevista foi áudio gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra e de forma literal. O material empírico foi analisado através da técnica de análise de conteúdo categorial temática de Bardin<sup>15</sup>, em que o tema é uma unidade de significação que se desliga, naturalmente, do texto sob análise, segundo a teoria que serve de base para a leitura. Em conformidade com a técnica, procedemos à constituição do *corpus* através das entrevistas (dados brutos), transcritas com absoluta fidelidade; leitura flutuante e exaustiva dos textos das entrevistas, recortando e realizando uma síntese geral, o que possibilitou a visualização das ideias centrais ou núcleos de sentido; composição das unidades de análise, realizada por meio de recortes de trechos das falas, tendo como unidades de registro a frase e, de contexto, o parágrafo; agregação dos dados mais relevantes em temas que representam ou respondam ao objeto de apreensão do estudo e, finalmente, a análise final dos dados, estabelecendo um movimento dinâmico entre os dados empíricos, organizados em categorias temáticas, com o referencial teórico pertinente ao tema.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Os dados foram coletados após autorização expressa do participante, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, estabelecendo o sigilo das informações e a preservação da identidade dos entrevistados, os quais aparecem, no corpo deste artigo, com nomes fictícios, por ocasião da transcrição de discursos.

### Núcleos temáticos evidenciados nas análises

#### Participação social no campo da saúde mental: espaços de construção de cidadania e formulação de políticas

Para os profissionais de saúde mental de Fortaleza (CE), a participação social é compreendida como exercício de cidadania e formuladora de políticas.

Dessa forma, participação social representa uma nova modalidade de relação Estado/sociedade, que vem se consolidando no campo da saúde a partir dos anos oitenta do século passado. Caracteriza-se pela abertura de espaços para a intervenção da sociedade civil na elaboração de políticas de saúde e fiscalização dos serviços; essa participação representa uma conquista dos movimentos de reforma do setor saúde, que ganhou corpo normativo com sua inserção no texto da Constituição de 1988, como princípio organizativo do SUS<sup>2</sup>.

Nesse contexto, a participação social se apresenta como estratégia para a democratização do setor saúde, que se desenvolve por meio de processos de interação entre os diversos segmentos da sociedade civil e o Estado. Não pode ser entendida como uma extensão burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização nas três esferas de governo, o que implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania. Nesse sentido, o sujeito/cidadão deve estar no centro do processo que orienta a organização do sistema e avaliação das ações nos serviços de saúde<sup>13,16</sup>.

No campo da saúde mental, o movimento de reforma psiquiátrica, a partir de sua interlocução com a reforma sanitária e sua efetivação/institucionalização no campo jurídico-político, tem produzido um debate fértil, no que se refere à participação social. O debate engloba tanto os aspectos relacionados à organização dos serviços de atenção ao portador de transtorno mental, quanto às questões referentes à elaboração de políticas e financiamento da saúde mental. De tal modo, conforme proposto na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)<sup>11</sup>, a participação social se apresenta como ferramenta capaz de assegurar o avanço da reforma psiquiátrica. Ou seja, oferece a garantia de uma política de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária.

Segundo estabelece a legislação que regula a participação social no SUS<sup>8</sup>, esta se dará em instâncias colegiadas, entre as quais se situam os conselhos e as conferências de saúde, os quais se configuram como instâncias legalmente reconhecidas para a efetivação da participação da população nos espaços políticos de intervenção do setor saúde, proporcionando mecanismos de democratização do sistema.

Além disso, temos observado a realização de conferências de saúde mental, como espaços reconhecidos para a discussão da problemática específica deste campo, envolvendo a elaboração

de políticas de saúde mental, bem como estratégias para a concretização das proposições da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, merece destaque a 3ª CNSM, em que foi proposta a criação/regulamentação de instâncias colegiadas de participação no campo da saúde mental, além daquelas regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde. Entre as quais, se destacam as comissões municipais e estaduais de saúde mental ou de reforma psiquiátrica, integrantes dos conselhos de saúde. O Conselho Estadual de Saúde do Ceará e o Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza possuem comissões de reforma psiquiátrica, com representantes da sociedade civil e do governo, para análise e formulação das políticas de saúde mental nas suas respectivas instâncias.

A 3ª CNSM defende ainda a busca de respaldo jurídico para as ações de fiscalização dos serviços de saúde mental, as quais fazem parte das atividades das instâncias colegiadas de gestão. Para tal, advoga-se a necessidade do estabelecimento de parcerias com o Ministério Público, Ordem dos Advogados do Brasil e organizações de direitos humanos, criando-se condições técnicas e legais para coibir quaisquer práticas que venham a violar os direitos dos portadores de transtorno mental<sup>11</sup>.

Do discurso dos entrevistados, apreendemos a compreensão da participação social como exercício de cidadania. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde mental referem-se às instâncias colegiadas de participação como espaços em que os usuários e familiares podem reivindicar/lutar na defesa de direitos: **as pessoas estão ligadas nesse sistema de reivindicar seus direitos** (Aduto). Corroborando com essa compreensão, um outro entrevistado afirma: **a pessoa participa, procura seus direitos** (André).

Identificamos, nos discursos, a percepção da relação saúde e cidadania. Aqui, a saúde é reconhecida como um direito de todos e dever do Estado, sendo que o desrespeito a esse direito enseja a necessidade e a possibilidade de reivindicá-lo, o que se materializa como um exercício da cidadania. Na constituição, além da saúde ser um direito de todos e dever do Estado, suas ações são de relevância pública, podendo inclusive ser reclamadas judicialmente. Nesse sentido, os usuários dos serviços de saúde e os conselhos têm encontrado no Ministério Público importante parceiro e interlocutor na defesa desse direito.

A cidadania refere-se à conquista dos direitos civis, políticos e sociais<sup>17</sup>. Sua construção está intimamente ligada ao processo democrático e revela uma institucionalidade própria, presente

nas sociedades ocidentais, requerendo seu exercício cotidiano. A cidadania, em cada contexto, apresenta uma realidade específica, sendo que, no caso do Brasil, historicamente, ela tem sido negada às classes populares<sup>18</sup>. Dentro desta realidade, o movimento popular passou a reivindicar o direito a ter direitos.

O direito à saúde encontra-se no rol dos chamados direitos sociais. Requer, para a sua efetivação, uma intervenção positiva do Estado, no sentido de garantir seu acesso universal, com integralidade, qualidade e resolubilidade. Para tanto, a Lei Orgânica propõe o comando único, em cada esfera de governo, além da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde.

Não obstante, a histórica inexistência da participação política dos cidadãos nos processos de tomada de decisões, considerando que a ideia de cidadania estava restrita ao voto, surge na sociedade civil contemporânea, como fruto do processo de democratização do Estado, vivenciado, a partir de 1980, uma nova forma de exercício da cidadania, agora caracterizada não somente pela capacidade de votar, mas também pela aquisição de direitos bem como pelo desenvolvimento de uma cultura de participação política, em que o cidadão é sujeito ativo na relação Estado-sociedade.

No setor saúde, visualizamos a concretização dessa nova forma de relação, mediante a garantia legal da participação social na elaboração de políticas, fiscalização e controle dos sistemas e serviços de saúde.

Ressaltamos, no entanto, que a saúde é parte de um contexto maior, do ponto de vista político e social, e não se pode deixar de reconhecer a crescente exclusão social, produzida pela introdução das políticas neoliberais, as quais têm forçado a sociedade civil organizada a buscar soluções compartilhadas. Nesse cenário, a partir da década de noventa, ocorre a institucionalização dos movimentos sociais, por meio das organizações não governamentais, que assumiram o papel não apenas de fazer oposição ao Estado, mas de participar da elaboração de políticas públicas, contribuindo, assim, para ampliar a esfera pública para além da esfera estatal<sup>19</sup>.

Na seara de discussão sobre o sentido desta participação social, os entrevistados demonstraram também percebê-lo como política de saúde. Nesse sentido, apreendemos que os profissionais entrevistados a percebem como parte integrante das políticas de saúde, conforme retratado na fala: ***na verdade, a gente sabe que faz parte das políticas de saúde*** (Flávia).

Um retrospecto aos movimentos de reforma ocorridos no âmbito do setor saúde, reforma sanitária e psiquiátrica, fez perceber que, dentre as propostas apresentadas para a reestruturação do setor saúde, estava incluso o processo de democratização da saúde, incorporado ao texto constitucional, como diretriz, sendo, portanto, pertinente afirmar que ele resulta e/ou é parte integrante das políticas, tendo como premissa a proposição e fiscalização das ações e serviços de saúde.

É importante evidenciar que a participação da sociedade na gestão do SUS, ao mesmo tempo em que constitui uma proposta política para reconfiguração do setor saúde, é também um meio para sua consecução. Dito de outra forma, a participação democrática e participativa tem por finalidade a democratização da saúde no Brasil e também se coloca como um instrumento para sua concretização/efetivação.

#### **Participação social orientada para a atenção às necessidades coletivas**

A construção de uma prática de participação social democrática torna-se possível mediante o exercício de uma cidadania ativa, materializada na reivindicação de direitos, na elaboração de políticas públicas e na fiscalização da ação do poder público. Os espaços de realização de práticas, dessa natureza, aparecem nos discursos dos entrevistados, como arena para a exposição e busca de satisfação das necessidades coletivas, expressas de forma individual. Corrobora com essa assertiva a fala de um entrevistado, quando afirma que participação social é ***articulação para solução dos problemas, pras necessidades*** (Gregório).

Considerando que as instâncias oficiais de participação social nos serviços de saúde são os conselhos e as conferências de saúde, devemos atentar para o fato de que elas constituem espaços de representação de grupos socialmente organizados, os quais representam uma coletividade. Nessas instâncias, abre-se a possibilidade do exercício da democracia participativa, a qual é legitimada.

Nesse contexto, é possível que as necessidades apresentadas pelos cidadãos passem a ser vistas como necessidades sociais, sendo estas entendidas como necessidades originadas das necessidades de grupos, cuja aceitação decorre da força que esses grupos exercem na sociedade<sup>20</sup>.

Tais necessidades, no entanto, podem ser conflituosas se refletirem apenas demandas sociais. Não obstante, Campos<sup>21</sup> considera que as necessidades sociais resultam, com maior frequên-

cia, da dinâmica histórico-social, prevalecendo sobre o atributo particular de sujeitos; assim, sua constituição se dá mediante processos dialéticos, em que os sujeitos produzem necessidades a partir de seus próprios interesses e desejos, embora sendo constrangidos por limitações e valores dominantes em cada época e espaço social.

A definição de necessidades sociais, na perspectiva dos entrevistados, parece estar associada à não alienação, em relação aos direitos e às suas necessidades, como expresso no discurso: *é quando a sociedade tem consciência de suas carências, sabe o que é bom ou não e não aceita imposição* (Carlito).

Fica claro, na fala do entrevistado, que os profissionais de saúde relacionam a prática participativa a uma viabilidade de proposição de demandas, cujo atendimento representa melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida. A abordagem quanto à consciência de suas carências fica centrada principalmente nas necessidades de saúde e de serviços de saúde com melhor qualidade.

A participação social, neste momento, foi compreendida pelos sujeitos do estudo como uma prática capaz de se contrapor ao poder estatal, ou seja, reúne condições para se constituir em contrapoder, a partir do momento em que admite a proposição de interesses que podem ser inclusive, antagônicos àqueles *a priori* adotados pelo Estado.

Consoante a isso, podemos afirmar que esta prática na sua origem já representa uma prática contra-hegemônica, ao se levar em conta que emergiu no Brasil a partir do processo de democratização, ainda permeada por resquícios do regime ditatorial, até então vigente, e num contexto de adoção do neoliberalismo.

### Participação social como espaços de tomadas de decisão

Os entrevistados, quando falam da participação da comunidade, se referem à participação social como espaços de tomada de decisão. A participação configura-se como ação individual e coletiva, por meio da representação dos sujeitos sociais (os movimentos populares, entidades de classe, sindicatos, governo, prestadores de serviços) nas instâncias colegiadas, em que as necessidades sociais são apresentadas e articulam-se com os diversos interesses individuais e coletivos<sup>12,16</sup>.

Tais interesses estão presentes na esfera pública, com vistas a negociações e construção de consensos na tomada de decisões, como retratado nas falas: *a participação da comunidade nas deci-*

*sões* (Paulo); *participação da comunidade, da sociedade de forma geral, nos processos decisórios* (João).

Dos discursos dos sujeitos que participaram deste estudo, conseguimos apreender que os espaços de exercício de participação, particularmente os conselhos, configuram-se em instâncias deliberativas e, portanto, com poder legitimado para decidir acerca das políticas que norteiam o financiamento e a organização dos serviços de saúde. Todavia, a prática tem demonstrado como esse poder é, muitas vezes, desrespeitado, conforme explicita o discurso: *temos aqui um conselho de saúde, mas não vejo ser respeitado. Não existe respeito pelas suas decisões* (Aprígio).

Nesse contexto, embora a participação da população represente uma conquista de cidadania, um avanço no processo de democratização da saúde no Brasil, existem muitos fatores limitantes, determinados pela cultura política local<sup>22</sup>. Diante disso, é possível afirmar que a abertura à participação representa uma opção política de administrações públicas progressistas, pois aqueles que não têm compromisso com a participação popular acabam dificultando o seu exercício. Contudo, a participação tornou-se um imperativo aos gestores que pretendem ser bem-sucedidos, por constituir uma estratégia que contribui para a unificação dos serviços de saúde, bem como para a descentralização das ações e serviços<sup>23</sup>.

Ao longo do estudo, observamos que, embora tenha havido avanços na participação na área da saúde, ainda persistem entraves na sua operacionalização, possivelmente em consequência de uma dificuldade de ruptura com o verticalismo e com a burocracia, características marcantes dos regimes autoritários.

Diante disso, ainda predomina a prática da verticalização das relações Estado/sociedade representada pela centralização das decisões, conforme mencionado na fala: *as coisas ainda são decididas de cima para baixo, a população não participa como deveria* (Luiza), complementada por *é muito centrado ainda na direção da instituição* (Evandro), ambos fazendo referência ao processo decisório.

Notamos que, embora o processo tenha avançado na direção da democratização, com abertura às práticas de controle do aparelho estatal, ainda subsiste, de um lado, a persistência de uma estrutura rígida e centralizadora, por parte do Estado, de outro, a incipiente reivindicação dos direitos, por parte da população, ainda carente de politização, no que se refere à apropriação de suas conquistas de cidadania, fazendo valer o seu poder participativo.

O Ministério da Saúde<sup>24</sup> demonstra reconhecer esses entraves quando afirma que, a despeito do cumprimento das normas legais pelos estados e municípios no tocante à estruturação dos conselhos de saúde, alguns aspectos, tais como representatividade e a efetiva participação da sociedade civil, estão aquém do mínimo indispensável à consecução plena do direito estabelecido. Tal situação, de certa forma, parece resultar da formatação das políticas desenvolvidas a nível local, sobretudo quando prevalecem processos políticos nos quais os gestores governam tendo em vista a predominância de interesses oligárquicos e ainda há uma cultura política que não favorece a participação.

Nessa perspectiva, embora previstos em lei, os mecanismos de participação social ainda se desenvolvem de forma tímida, insatisfatória. Diante disso, parece ser necessário buscar estratégias de superação dessa fragilidade, capazes, portanto de consolidar as práticas de participação da sociedade civil.

No que diz respeito à participação e à representatividade, julga-se necessário buscar mecanismos para que a sociedade civil exerça um papel mais ativo, bem como o estabelecimento de critérios transparentes para a eleição de membros dos conselhos em todos os níveis. Isso implica o rompimento com práticas clientelistas ainda vigentes, na perspectiva da construção e manutenção efetiva de um espaço democrático de vocalização e possibilidades de satisfação das necessidades sociais, de explicitação do jogo político, da negociação entre os sujeitos sociais envolvidos nesse processo, da busca de transparência e garantia de acesso à informação<sup>13,21</sup>.

Para solucionar a questão do desrespeito às decisões das instâncias de participação da sociedade, que porventura ocorram, conforme apontado nas falas dos entrevistados, parece oportuno buscar parcerias com outros órgãos, também incumbidos da missão de fiscalizar a atuação estatal, dentre os quais se situam o Ministério Público.

### Considerações finais

O debate acerca da participação social teve suas origens nos movimentos de reforma do setor saúde, coincidindo com o período histórico em que se desencadeou o processo de democratização da sociedade brasileira.

Nesse contexto histórico-político, a participação ganha corpo normativo na legislação cons-

titucional e infraconstitucional, representando uma conquista do povo, para além dos chamados direitos sociais. Configura-se, dessa forma, a criação de um espaço para o efetivo exercício da democracia participativa, portanto, um espaço de prática da cidadania.

Contudo, esse é um processo ainda em construção. No caso específico da saúde mental, percebe-se que há uma articulação tímida, de certo modo, lenta, não obstante o desenvolvimento frequente de fóruns de debate, fazendo incluir a participação social na pauta, como temática relevante, fato ocorrido nas conferências de saúde mental e de forma mais exaustiva na 3ª CNSM.

Os dados empíricos apontam para a participação social como alternativa que possibilita uma nova configuração da relação da sociedade civil com o Estado, mediante a participação dos cidadãos na fiscalização, elaboração e deliberação de políticas de saúde, visando à reorganização dos serviços de saúde, tendo a comunidade e os grupos sociais como protagonistas dessa ação.

Do ponto de vista político, representa, portanto, uma conquista dos segmentos sociais organizados, avanços no que diz respeito à construção de espaços para a prática da cidadania, e, conseqüentemente, para a consolidação da democracia. De igual modo, sinaliza a possibilidade de reconfiguração do setor saúde, de forma a promover corresponsabilização do cidadão, nesse processo que se caracteriza pela descentralização dos processos decisórios.

Contudo, a participação social ainda apresenta desafios que precisam ser superados, dentre os quais evidenciamos, de forma significativa, neste estudo, a questão da representatividade, da legitimidade, da participação ativa como prática relevante para a consolidação da democracia e do recepcionamento de suas deliberações das instâncias colegiadas (conselhos e conferências de saúde) pelos órgãos da administração pública.

A superação desses problemas/desafios requer uma maior conscientização política dos cidadãos, capaz de conduzi-los a uma participação ativa na reivindicação de direitos e proposição de mudanças na organização das ações e serviços de saúde. Apresenta-se ainda como urgente a instituição de mecanismos de transparência, no tocante à constituição e atuação das instâncias colegiadas de participação social, contribuindo para qualificar a sua representatividade e legitimar suas decisões.

Com relação ao não recepcionamento e/ou não cumprimento das decisões e deliberações das

instâncias de participação social que ainda ocorre, evidenciam-se que tais ocorrências são resquícios dos regimes de governos autoritários, ainda presentes em algumas gestões contemporâneas, que entendem ou encaram os espaços de participação social como mera formalidade da legislação em vigor.

Contudo, acreditamos que problemas dessa natureza possam ser superados, a partir de uma cobrança maior da sociedade, bem como pelo estabelecimento de parcerias com órgãos também detentores de autoridade para fiscalizar. Enfim, que possuam a faculdade de exigir, judicialmente, que o Estado cumpra com aquilo que é de direito da população, do ponto de vista social e legal.

### **Colaboradores**

JMX Guimarães e MSB Jorge participaram da concepção teórico-metodológica, análise dos dados e redação do artigo; RCF Maia e MPO Lima participaram da coleta e análise dos dados; LC Oliveira e APP Moraes participaram da revisão de literatura e redação do artigo; MMA Assis e AM Santos participaram da redação final do manuscrito.

## Referências

1. Sader E. *Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 1995.
2. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
3. Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias* 2002; 7:18-49.
4. Noronha Brasil RW. *O Conselho Municipal de Saúde de Baturité: Participação Popular e Controle Social* [dissertação]. Fortaleza (CE): Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/UECE; 1997.
5. Gerschman S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
6. Oliveira LC. *As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social/UERJ; 2006.
7. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. In: Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. p. 15- 34.
8. Brasil. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. In: Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. p. 35- 38.
9. Amarante P. *Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENS; 1995.
10. Oliveira FB. *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária; 2002.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Paim JS. *Saúde: Política e Reforma Sanitária*. Salvador: ISC/CEPS; 2002.
13. Assis MMA, VILLA TCS. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(3):376-382.
14. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):187-192.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
16. Assis MMA. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde em Debate* 2003; 27(65):324-335.
17. Fernandes DJ, Oliveira MR, Fernandes J. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(2):35-42.
18. Chauí M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1993.
19. Soares do Bem A. A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o Estado e a sociedade brasileira nos séculos XIX e XX. *Educ. Soc.* 2006; 27(97):1137-1157.
20. Vieira JE. Definição de necessidades sociais para o ensino médico. *Rev. bras. educ. med.* 2003; 27(2):153-157.
21. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
22. Teixeira EC. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. São Paulo: Cortez; 2001.
23. Freire MLA, Maciel RHMO. Participação popular e conselhos de saúde. In: Silva MGC, Jorge MSB, organizadores. *Construção do saber em Saúde Coletiva: transição epidemiológica, saúde mental e diversidades*. Fortaleza: INESP/EDUECE; 2002. p. 305-317.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS*. Texto Técnico para Conselheiros de Saúde. Brasília: IEC; 1994.

Artigo apresentado em 07/01/2008  
Aprovado em 29/10/2008