

Governança e empoderamento na política social de saúde: análise da relação entre leigos e peritos em conselhos de saúde

Governance and empowerment in health policy: analysis of the relationship between laymen and experts at health boards

Joel PAESE*

Cláudia Regina PAESE**

Resumo: Analisa a política social entendida como a ação dos governos que exerça um impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos, pela prestação de serviços. Pretendemos discutir as relações entre sociedade civil e política social, com o foco na ação dos conselhos de saúde. Para isso analisaremos o problema da governança e do empoderamento, a fim de captar dois movimentos simultâneos: o primeiro diz respeito à tomada de decisões, no contexto da relação entre conhecimento leigo e perito em conselhos de saúde, e o segundo trata da participação dos leigos no processo decisório em conselhos gestores de saúde.

Palavras-chave: Política social. Governança e empoderamento. Leigos e peritos. Conselhos de saúde.

Abstract: The article examines the social policy understood as the action of governments pursuing a direct impact on the well being of citizens, through the provision of services. We intend to discuss the relationship between civil society and social policy, with the focus on the action of health councils. For this we will analyze the problem of governance and empowerment, in order to capture two simultaneous movements: the first one relates to the decision making, in the context of the relationship between lay and expert knowledge in health council, and the second deals with the participation of the lay people in decision making in health management councils.

Keywords: Social policy. Governance and empowerment. Lay people and experts. Health councils.

Recebido em 01/10/2010. Aprovado em 20/04/2011

* Doutor em Sociologia Política (UFSC) e professor adjunto do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E.mail: <joelpaese@gmail.com>.

** Mestranda em Política Social (UFMT).

Introdução

O tema da participação democrática é objeto de estudo caro às ciências sociais no Brasil. Nosso passado marcado por governos autoritários e pela tradição ibérica de centralização do poder deixou profundas cicatrizes na relação entre sociedade e Estado, o que incita os pesquisadores dessa área a investigar as causas e consequências desse processo. Influenciada por esse contexto, a Carta de 1988 consagrou a participação popular como instrumento de consolidação da democracia. Uma das questões que se apresenta de imediato ao pesquisador diz respeito à passagem de um direito formal para seu exercício prático. O estudo do funcionamento dos Conselhos de Saúde, dado seu objetivo de permitir a participação social na gestão das políticas sociais de saúde, é um instrumento viável para identificar em que medida o aprofundamento da democracia no Brasil não está restrito ao plano retórico, mas é prática efetiva.

O trabalho está dividido em três seções. A primeira trata da política social de saúde a partir da década de 80, a partir da análise de sua interface com o Estado e a sociedade civil. Na segunda seção aborda-se a problemática da governança e do empoderamento nos conselhos municipais de saúde. Por último, o artigo discute a relação entre governança e empoderamento e o problema

da participação no contexto da relação entre leigos e peritos em processo de tomada de decisão.

1 A política social de saúde a partir da década de 1980 e suas relações com o estado e a sociedade civil

No âmbito da análise da política social de saúde, é oportuno problematizar o papel do Estado, como é o caso quando se estudam conselhos gestores segundo Behring e Boschetti (2008). Trata-se de um estudo importante, pois permite identificar o caráter, as tendências e os interesses que permeiam a ação estatal. A intervenção do Estado na economia sempre coincidiu, ao longo da história, com crises econômicas e institucionais às quais os países foram submetidos. Isso fica explícito quando se percebe a história do Estado de bem-estar social. Trata-se de um tipo de

[...] organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população (SCHUMPE-TER, 1908, p. 213-232).

Analisar e avaliar as políticas sociais remete à necessidade de compreender que essas políticas estão relacionadas às características históricas de cada realidade social em que emergem. Para Höfling (2001, p. 32),

[...] na análise e avaliação de políticas implementadas por um governo, fatores de diferentes natureza e determinação são importantes. Especialmente quando se focalizam as políticas sociais (usualmente entendidas como as de educação, saúde, previdência, habitação, saneamento etc.) os fatores envolvidos para a aferição de seu 'sucesso' ou 'fracasso' são complexos, variados, e exigem grande esforço de análise.

As transformações que ocorreram advindas do mundo do trabalho, da nova reestruturação produtiva, datada dos meados da década de 70/80 e proveniente do esgotamento da estratégia industrializante, formalizaram a transição para um novo padrão de desenvolvimento que enfatizou o caráter compensatório e focalizador das políticas sociais.

[...] considere-se que as políticas sociais, em especial na área da saúde, expandiram-se fundamentalmente com base na capacidade contributiva dos trabalhadores. Mas tal capacidade foi e persiste sendo desigual. As camadas mais bem pagas, ligadas aos setores 'dinâmicos' e 'modernos' da economia, sustentaram os fundos indispensáveis para o atendimento das camadas mais mal remuneradas dos trabalhadores, tanto nas cidades como no campo. E aquelas camadas mais bem pagas estabeleceram, historicamente, uma relação 'adversa' com o sistema público de saúde: pas-

saram a privilegiar e utilizar os convênios com empresas médicas, descrendo de qualquer capacidade dos serviços públicos de contemplar suas necessidades (STOTZ, 1994, p. 267).

Podem-se identificar as seguintes características da ação do Estado nesse contexto:

- (i) Prevalência de um Estado Social residual: centralidade de organizações voluntárias, família e outros grupos informais;
- (ii) Emergência de *direitos* seletivos e condicionados ao mérito ou à contra-prestação dos cidadãos.

Para Machado (2006, p. 22),

[...] a crise do Estado de Bem-estar e a ascensão do ideário neoliberal modificaram a estrutura em que a formulação das políticas sociais e das políticas de combate à pobreza é avaliada. Apesar dessa crise, a estrutura do Estado de Bem-estar social presente nos países desenvolvidos ainda é responsável pelo atendimento de direitos e serviços básicos dificilmente encontrados nos países menos desenvolvidos.

As políticas sociais se situam no interior de um tipo particular de Estado. São formas de interferência do Estado visando à manutenção das relações sociais de determinada formação social. Portanto, assumem *feições* diferentes em diferentes sociedades e diferentes concepções de Estado. É impossível pensar o Estado fora de um projeto político e de

uma teoria social para a sociedade como um todo.

A saúde, a partir da década de 80, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Referimo-nos aos conselhos de saúde, que, a partir da sua criação pela Constituição de 1988, conseguiram mudanças significativas no processo de redemocratização como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia e elaboração de contrapropostas para sua efetivação.

Desde a promulgação da Constituição de 1988, as instituições políticas brasileiras estão passando por profundas modificações. Essas mudanças criaram novas institucionalidades, principalmente na esfera local, resultado de compromissos gerados durante o processo de redemocratização. Entre esses compromissos estavam o de restaurar a Federação, através do aumento do poder político e tributário das entidades subnacionais, e o de consolidar a democracia, por meio do empoderamento (*empowerment*) das comunidades locais no processo decisório sobre políticas públicas (SOUZA, 2004, p. 27).

Esse processo, entretanto, tem seus antecedentes. Em 1981 inicia-se a reforma da política de saúde, sob forte pressão de dois segmentos da sociedade. De um lado, um grupo de atores sociais formado por gran-

des empresários em defesa da privatização afirmava que isso traria menos ônus ao Estado. De outro, um conjunto de atores, entre eles os trabalhadores da saúde, defendia o cumprimento de acordos que compunham a agenda reformista da saúde. Para Bravo (2006, p. 11),

[...] o processo de redemocratização trouxe à cena novos sujeitos sociais, sendo requeridas novas relações entre Estado e Sociedade. Nessa concepção, visualiza-se que o Estado é contraditório, pois, com suas práticas de persuasão, vai permitir que alguns interesses das classes dominadas sejam aceitos por meio das políticas públicas.

Foi a partir da Constituição de 1988 que a saúde tornou-se um direito universal, posteriormente regulamentado pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro 1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e define o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 4º, como “[...] o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. A Carta Constitucional de 1988 apontava, pela primeira vez, a construção do Estado de Bem-Estar Social. Segundo Netto (1999, p. 77), “[...] colocava-se o arcabouço político-jurídico para implantar, na sociedade brasileira, uma política social compatível com as exigências de justiça social, equidade e universalidade [...]”.

Políticas públicas inovadoras pressupõem, assim, a constituição de agendas também inovadoras e são resultados de vários processos articulados. Tendo como ponto de partida a tematização de questões em espaços públicos e sua conversão em idéias e projetos sócio-políticos, a formação de uma política pública pressupõe a interação de coalizões promotoras ou a ação de um conjunto de atores, portadores de idéias reformadoras ou inovadoras, que constituem redes societárias e ou *policy* (MENICUCCI, 2006).

O avanço da participação democrática e a pressão, principalmente de movimentos sociais, sindicatos, populares, trabalhadores da saúde, etc., traduziram-se na extensão dos benefícios das políticas sociais a toda a sociedade, por meio da adoção do princípio da universalização do atendimento, sobretudo no que se refere às políticas de educação, saúde e previdência social.

A discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor da saúde intensificou-se também na década de 90, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A aproximação do poder decisório da população sobre as prioridades, qualidades, aplicação de recursos e controle dos serviços de saúde proporcionou uma melhor integração entre Estado e sociedade.

Nesse cenário os conselhos identificaram-se cada vez mais com o pro-

cesso de democratização das políticas de gestão de saúde no Brasil. Criados no âmbito do Estado, como mecanismos para a expressão e tratamento das novas demandas sem excluí-las da esfera de ação que lhes é própria, foram uma reivindicação dos movimentos sociais (anos 70/80/90) por considerá-los como espaços de partilha de poder e construção de democracia. “A Constituição previu canais de participação direta e coletiva da sociedade civil nos fóruns, conselhos, conferências, audiências públicas permitindo uma interlocução entre a sociedade e o poder público” (NETTO, 1999, p. 76).

Os conselhos de saúde estão ligados às políticas públicas, são considerados parte integrante do sistema nacional, com atribuições legalmente estabelecidas no plano da formulação e implementação das políticas na esfera governamental, compondo práticas de planejamento e fiscalização das ações estatais. Para Tatagiba (2002, p. 47),

[...] são também concebidos como fóruns públicos de captação de demandas e negociação de interesses específicos dos diversos grupos sociais e como uma forma de ampliar a participação dos segmentos com menos acesso ao aparelho de Estado [...]. Dizem respeito à dimensão da cidadania, à universalização de direitos e à garantia ao exercício desses direitos.

Nas duas próximas seções procuraremos aprofundar o debate a respei-

to da participação na gestão das políticas sociais, quando a tomada de decisão relaciona leigos e peritos. Como pensar a democracia nesse contexto? Trata-se, na verdade, de entender a capacidade dos atores de influenciar as ações do poder estatal. Sob a aparência da gestão democrática da política social via conselhos de saúde, a investigação minuciosa de suas práticas rotineiras pode revelar que essa permeabilidade é restrita quando a tomada de decisão é função apenas de quem monopoliza o saber perito. O Estado perde assim substância democrática.

2 Governança e empoderamento em conselhos municipais de saúde

Inovações na expressão dos interesses dos diferentes grupos sociais têm motivado os analistas a investigar as relações entre a sociedade e as instituições, a fim de captar a diversidade de formas de exercício do poder, para além dos modos convencionais¹. Simultaneamente, novos objetos são tornados alvos de disputa política, como é o caso do meio ambiente, o tratamento da Aids, os direitos das minorias, dos negros e índios, do consumidor, da criança e do adolescente, dos idosos e outros mais. Novos grupos se or-

ganizaram e inseriram novos temas na agenda política.

Em parte como resposta, foram criados no âmbito do Estado mecanismos para a expressão e tratamento das novas demandas sem excluí-las da esfera de ação que lhes é própria. Nesse contexto, o tema da governança e do empoderamento vem sendo objeto de tratamento por especialistas de várias áreas, uma vez que permite captar dois movimentos simultâneos: o primeiro diz respeito à tomada de decisões, o envolvimento dos atores e a prestação de contas e o segundo trata da aquisição de capacidades pelos agentes que lhes permitem a inserção no processo decisório de forma ativa.

Entende-se por governança “[...] o processo por meio do qual as sociedades ou as organizações tomam decisões importantes, determinam quem deve ser envolvido e como devem prestar contas” (SANTOS; COELHO; SANTOS, 2004, p. 288). Segundo esses autores, a governança é um processo de tomar decisões e prestar contas baseado num sistema ou estrutura que envolve elementos formais como constituição, legislação, políticas, convenções que definem como o processo deve funcionar em um contexto particular. Na prática, entretanto, deve-se levar em consideração os procedimentos aceitos ou os códigos tácitos de conduta seguidos pelos atores, pois são igualmente importantes para de-

¹ Beck (1997) analisa essa questão. Segundo ele, na atual fase de realização da modernidade, definida como *sociedade do risco*, são constituídas formas não tradicionais de exercício do poder que ele denomina de *subpolítica*.

terminar como a governança funciona.

Empoderamento pode ser definido igualmente como sendo uma abordagem e um processo. Segundo Romano (2002, p. 17), empoderamento é

[...] uma abordagem que coloca as pessoas e o poder no centro dos processos de desenvolvimento; um processo pelo qual as pessoas, as organizações, as comunidades assumem o controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida e tomam consciência da sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir.

Governança e empoderamento são conceitos imbricados, pois o grau de governança de uma organização é função do grau de empoderamento dos atores que a compõem. O poder de que dispõem os indivíduos, seja de natureza social, política, econômica ou técnica para exercer controle sobre os assuntos que lhes dizem respeito nos processos deliberativos das organizações, pode ser decisivo para o seu grau de participação na tomada de decisões e exigência de *accountability*² na gestão das políticas sociais.

Segundo Höfling (2001, p. 31), “[...] políticas públicas são aqui entendidas como o ‘Estado em ação’ [...]; é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade”.

A participação de representantes da sociedade civil na gestão das políticas públicas de saúde foi entendida no momento da constituição dos conselhos de saúde como um avanço democrático, pois ampliava a participação da sociedade no Estado. Quando observamos que as decisões sobre políticas sociais de saúde passam, necessariamente, por deliberações baseadas em conhecimento técnico, que parte dos conselheiros não dispõe, o avanço se apresenta como relativo. Instaure-se um desafio, portanto: como tornar legítimo o processo decisório dos conselhos de saúde nos contextos em que apenas uma parte dos representantes detém o conhecimento necessário para deliberar.

O enfrentamento da dificuldade passa pela concepção do processo decisório como um processo de governança e empoderamento, fundamental para aumentar o grau de legitimidade das decisões dos conselheiros. Por esse motivo é fundamental investigar como ocorre o processo decisório nos conselhos gestores, a fim de analisar como se processa a participação dos agentes na tomada de decisão, a transparência dos procedimentos e sua *accountability*.

O debate sobre a relação entre conhecimento leigo e perito diz respeito à ingerência de atores em campos especializados do saber nos quais não são *experts*. Trata-se de um tema

² Significa prestação de contas.

que suscita o problema da legitimidade dessa intervenção. Embora o conhecimento leigo não disponha de habilidades científicas e técnicas, possui legitimidade para participar do processo decisório em áreas técnicas, por uma razão fundamental: os leigos sofrem as consequências da aplicação de conhecimento, o que lhes dá o direito de questionar até que ponto as implicações das decisões dos peritos trazem benefícios para a saúde humana, bem como para o meio ambiente.

Uma das causas que restringe a participação dos leigos na tomada de decisão técnica está relacionada à forma como eles são percebidos em contraste com os peritos. Hannigan (2000, p. 138) afirma que há uma dicotomização entre racional e irracional quando é comparada a percepção pública de risco e as afirmações dos *experts* a respeito. Segundo ele,

[...] os pontos de vista oficiais [...] sugerem [sic] fortemente que os receios públicos respeitantes aos riscos técnicos são claramente irracionais, isto é, as alegações relativas à irracionalidade pública são, em si próprias, formas de estruturar as questões de risco. Correlativamente, as formulações políticas originárias da comunidade de profissionais de risco [...] são apresentadas como racionais, avaliações objetivas daquilo que é ou não considerado seguro. Se esta visão for aceite, então diz-se que o risco central educa o público no sentido de este se aperceber que está a exagerar, e de que o risco ligado ao poder nuclear, herbicidas, organismos produzidos pela bioengenharia, etc., não consti-

tuem, na realidade, o risco que parecem constituir. Por forma a tranquilizar os receios públicos, os analistas do risco desenvolvem medidas quantitativas através das quais comparam os riscos inerentes a diferentes escolhas políticas, e os seus custos e benefícios relativos (HANNIGAN, 2000, p. 138).

Essa dicotomização pode trazer implicações para a forma e o conteúdo da relação entre leigos e peritos, na qual os primeiros são impotentes para se fazerem ouvir e, em consequência, intervir nos processos que envolvem decisões baseadas na ciência e na técnica. Hannigan (2000) mostra como isso pode ocorrer, tomando como exemplo um encontro entre técnicos da Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos (EPA) e a população atingida, a fim de discutir a limpeza de uma área destinada para depósito de resíduos tóxicos.

[...] os residentes foram bombardeados com informação técnica. Num encontro, os representantes [da] EPA distribuíram documentos que totalizaram quarenta e quatro páginas. As pessoas que freqüentaram esses encontros eram supostas assimilar uma diversidade de dados, tabelas, gráficos quadros e uma exibição de diapositivos numa rápida sucessão. Ao mesmo tempo, os fatos que os residentes queriam nunca estiveram disponíveis e não foi dada nenhuma explicação ou interpretação como aconteceu com a informação apresentada pelos cientistas consultores.

O estilo de apresentação factual utilizado pelos representantes da EPA e pelos cientistas foi abstrata, impesso-

al e técnica, criando assim uma impressão de neutralidade profissional. Foram os residentes ativistas que ficaram irritados e confrontadores, permitindo que os funcionários pedissem que abandonassem a sala por serem demasiado *emocionais*. As questões que tratavam da geologia e hidrologia de uma área, testes futuros e planos para limpeza foram esboçados, mas aquelas ligadas a riscos de saúde foram evitadas ou desviadas. Os representantes e os cientistas utilizaram uma linguagem técnica, ambígua e intelectual nas suas apresentações, tornando impossível o desenvolvimento de qualquer diálogo significativo entre os peritos e os residentes [grifo nosso] sobre a natureza e magnitude dos riscos que a comunidade de Pitman enfrentava (HANNIGAN, 2000, p. 139-140).

Ao mesmo tempo que se observa a restrição dos peritos à participação pública na tomada de decisão sobre ameaças à saúde humana, em vista de uma suposta irracionalidade dos leigos, os dados (VOGT; POLINO, 2003) mostram que os atores sociais se interessam pela participação nesse processo decisório. Essa posição fica reforçada quando se observa que parcela considerável da sociedade percebe que a ciência e a técnica são limitadas para resolver problemas, o que pode vir a justificar a necessidade de que o trabalho dos peritos esteja aberto à participação pública como instrumento capaz de tornar socialmente mais robusto o processo decisório baseado na técnica e na ciência³.

³ Devem-se ressaltar, porém, os riscos da idealização do conhecimento leigo como se ele fosse uma *categoria homogênea*, livre das

3 Participação no contexto da relação entre leigos e peritos

No debate a respeito da participação pública no processo de tomada de decisão técnica há um tema recorrente: embora os leigos possam ser considerados legítimos para intervir no debate, pois podem ser afetados pelos riscos inerentes às inovações derivadas da ciência, não dispõem de competência científica e técnica para uma adequada contribuição no processo de tomada de decisão técnica. Além disso, como argumenta Hannigan (2000), os leigos são considerados irracionais, fora de conformidade, portanto, com os padrões da atividade científica e técnica.

Veamos algumas implicações do argumento:

- (i) Os atores são definidos como peritos e não peritos. A discussão sobre a participação pública no processo de tomada de decisão técnica é remetida, então, para a oposição entre saber e não saber (GREIMAS, 1986), o que torna o conhecimento que não seja científico ou técnico algo irrelevante

influências do conhecimento perito (GUVANT, 2001), e ao mesmo tempo uma panaceia para eliminar os riscos. A questão a que se refere nosso trabalho diz respeito à abertura dos *experts* à intervenção pública na tomada de decisão técnica, uma vez que a ciência é limitada para estabelecer riscos potenciais e seu alcance.

- quando se trata da tomada de decisão técnica.
- (ii) Dado que o saber se opõe ao não saber, quando os atores estiverem interagindo, suas relações serão conflituosas. Apenas quando o ator associado ao não saber passa a ser portador do saber, o conflito cessa e a interação é harmonizada.
- (iii) Não há comunicação possível entre racionais e irracionais. Nesse caso, os portadores do conhecimento racional não vislumbram a possibilidade de abertura às contribuições dos demais atores, pois a razão antagoniza a irracionalidade.

Quanto ao primeiro caso, Collins e Evans (2002) propõem que a relação seja entre dois tipos de especialistas, os especialistas certificados e os especialistas não certificados. O procedimento permite superar a dicotomia entre peritos e leigos baseada numa oposição entre saber e não saber, pois ambos são considerados como detentores de conhecimento especializado. A diferença reside no fato de que uma parte dos atores está associada a um conhecimento que é chancelado pelas instâncias acadêmicas e o outro não. Embora os especialistas não certificados não disponham da chancela, eles possuem um conhecimento cuja *expertise*

deriva de sua experiência relevante com o objeto em questão.

Não é necessário que os especialistas não certificados adquiram *expertise* científica e técnica para contribuir de forma relevante no processo de tomada de decisão técnica a fim de evitar relações conflituosas. Os conhecimentos dos diferentes especialistas podem ser complementares (COLLINS; EVANS, 2002), uma vez que os especialistas não certificados, ao invés de serem considerados irracionais, devem ser entendidos com detentores de um conhecimento que é complexo, reflexivo, dinâmico, experimental, flexível e inovativo, com uma lógica e coerência própria (GUIVANT, 2000).

A complementaridade de saberes tem duas implicações:

- (i) Permite a abertura dos especialistas certificados às contribuições dos outros atores, sem precisar renunciar às especificidades da intervenção técnica;
- (ii) Ao mesmo tempo, possibilita que o conhecimento não certificado torne-se relevante para o processo de tomada de decisão técnica sem idealizá-lo como substituto do saber perito certificado.

Considerar que os peritos estão diante de especialistas e não de leigos torna possível confrontar a percep-

ção segundo a qual os atores que não dispõem de conhecimento científico e técnico são irracionais. A relação entre especialistas certificados e não certificados não é tomada como uma interação entre atores racionais e irracionais, mas como sendo entre atores com diferentes racionalidades. Os primeiros fazem uso de uma racionalidade originada da ciência e da técnica, ao passo que os demais se utilizam de uma lógica baseada na experiência.

Como resultado, Collins e Evans (2002) afirmam que a comunicação entre os diferentes especialistas é possível desde que se estabeleça um processo de mediação comunicacional baseada na *expertise interativa*. Sua função é traduzir os conhecimentos dos diferentes atores para que possam ser complementados, mantendo suas especificidades. Não é necessário que o ator que desempenha a função de tradução tenha conhecimento científico e técnico no mesmo patamar em que se encontram os especialistas certificados, pois o mais importante são as habilidades de tradutor. Para isso é suficiente dispor de um conhecimento que lhe permita tornar compreensível entre os atores seus diferentes saberes, estruturados a partir de diferentes lógicas, de tal sorte que se tornem complementares.

Qual a implicação dessa análise para o processo de participação na tomada de decisão em conselhos gestores de saúde? Para tentar responder a

questão, vamos recorrer à análise clássica de Pateman (1992) a respeito da democracia. Segundo ela, há três possibilidades de participação:

- (i) Pseudoparticipação
- (ii) Participação parcial
- (iii) Participação plena

A *pseudoparticipação* abrange técnicas de persuasão para que sejam aceitas decisões já tomadas, em que não ocorre participação alguma na tomada de decisão. O objetivo é criar um *sentimento* de participação. A *participação*, assim, limita-se ao endosso das decisões tomadas pelo líder, o qual não é selecionado pelo grupo e não deve responder ao grupo por suas ações. O líder do grupo tem em mente um objetivo particular, e utiliza a discussão de um grupo como um meio de induzir à aceitação desse objetivo.

A *participação parcial* é um processo em que duas ou mais partes influenciam-se reciprocamente na tomada de decisões, mas no qual o poder final de decidir pertence apenas a uma das partes. A definição pressupõe uma relação entre *influência* e *poder*. Estar em posição de influenciar uma decisão não é o mesmo que estar em condições de determinar o resultado ou tomar a decisão. A influência se aplica à situação em que o indivíduo A afeta o indivíduo B, sem que B subordine sua vontade à de A. Nesse caso, A tem influência sobre B e sobre a tomada de decisão, mas é B quem tem o poder final de decidir. A participação é parcial

“porque o trabalhador A não tem igual poder de decisão sobre o resultado final do que se delibera, podendo apenas influenciá-lo” (PATEMAN, 1992, p. 97).

A *participação plena*, por sua vez, consiste “[...] num processo no qual cada membro isolado de um corpo deliberativo tem igual poder de determinar o resultado final das decisões” (PATEMAN, 1992, p. 98). Nessa situação o que há é um grupo de indivíduos iguais com poder de tomar suas próprias decisões a respeito da atribuição das tarefas e execução do trabalho, ao invés de dois *lados* com poderes desiguais de decisão.

A partir dessa tipologia, como podemos pensar a participação dos atores nos conselhos de saúde quando o processo decisório de que participam se apresenta como relação entre leigos e peritos? De início, pode-se afirmar que a participação, quando se configura essa relação entre as partes, é de tipo *parcial*. Por quê? Formalmente, leigos e peritos estão em igualdade de condições para decidir. De fato, porém, pode-se afirmar que o processo de tomada de decisão técnica implica a prevalência de quem dispõe de saber especializado sobre quem não o possui, dado o tipo de deliberação a ser tomada. Em uma situação em que há igualdade formal e desigualdade de fato entre as partes do processo decisório, a participação dos leigos se resume, quando muito, a influen-

ciar a tomada de decisão. Os leigos estão presentes nas reuniões deliberativas, opinam sobre as questões discutidas. São os peritos, entretanto, que determinam a decisão, visto que a relação saber-não saber entre leigos e peritos converte-se numa relação de poder.

A partir da análise de Collins e Evans (2002), pode-se afirmar que a passagem da *participação parcial* para a *participação plena* dependerá da valorização do saber dos leigos gerado a partir de sua experiência relevante com a problemática da saúde. Isso permitirá evitar a oposição entre saber e não saber, ao mesmo tempo que os diferentes saberes se complementem, sem eliminar as especificidades e limites de cada conhecimento.

Considerações finais

Pode-se afirmar, portanto, que as implicações da dicotomia entre leigos e peritos para o processo decisório em conselhos gestores de saúde, em vista da assimetria de conhecimentos entre os conselheiros, pode vir a se tornar uma relação de poder entre eles. A relevância do objeto de estudo proposto deriva do fato de que os conselhos perdem sua razão de ser, enquanto instrumentos de democratização das políticas sociais, quando as decisões são monopolizadas pelos detentores do saber perito. Como consequência, seus objetivos são desvirtuados, considerada

sua meta de ampliar a participação da sociedade no processo deliberativo sobre a política social de saúde.

É da natureza do funcionamento dos conselhos de saúde deliberar, muitas vezes, a respeito de questões dependentes de saber especializado. Simultaneamente, observa-se que uma parcela dos conselheiros não dispõe de conhecimento adequado para contribuir de forma efetiva em um processo decisório baseado em saber técnico, embora tenha legitimidade para participar de todas as deliberações na condição de conselheiros.

A dualidade entre leigos e peritos sustenta-se na concepção de que há alguém que sabe e outro que não sabe, cabendo ao primeiro suprir o déficit de informação do segundo para que este possa fazer escolhas adequadas. É um problema de governança, pois os limites de saber especializado bloqueiam a participação ativa dos atores em discussões que demandam esse tipo de conhecimento, restringindo aos peritos o processo de tomada de decisão, com reflexos sobre a transparência e, por consequência, sobre a *accountability*. É um problema de empoderamento uma vez que a assimetria de conhecimento especializado limita o entendimento e o controle dos atores sobre os processos que influenciam suas condições de vida. A pesquisa sobre as questões de governança e empoderamento geradas pela relação entre leigos e

peritos no processo decisório nos conselhos de saúde, portanto, é instrumento fundamental para identificar as possibilidades de efetivação da democracia. Do contrário, corre-se o risco de tomar como realidade o que nunca passou de quimera que alimentou devaneios sobre a marcha do processo de democratização da sociedade brasileira.

Referências

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Unesp, 1997.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: lei orgânica da saúde – alterada. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1990/8080.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

BRAVO, M. I. S. **Saúde, trabalho e democracia**: a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006.

COLLINS, H. M.; EVANS, R. The third wave of science studies: studies of expertise and experience. **Social Studies of Science**. v. 32, n. 2, p. 235–296, 2002.

“**Governance and good governance: international and aboriginal perspectives**” Disponível em: <http://www.iog.ca/publications/govgoodgov.pdf> Acesso em: 20 nov. 2006.

GREIMAS, A. J. Acidentes nas ciências humanas. In GREIMAS, A. J.; LANDOWSKI, E. **Análise do discurso em ciências sociais**. Tradução de Cidmar Teodoro Pais. São Paulo: Gobar, 1986.

GUIVANT, J. S. A teoria da sociedade de risco de Ulrich Beck: entre o diagnóstico e a profecia. **Estudos Sociedade e Agricultura**, n. 16, p. 95-112, 2001.

HANNIGAN, J. A. **Sociologia ambiental**: a formação de uma perspectiva social. Tradução de Clara Fonseca. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.

HÖFLING, E. de M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, v. 21, n. 55, 2001.

MACHADO, K. A discussão acerca da focalização e o gasto social fede-

ral. **Conjuntura e Planejamento**, Salvador, n. 149, p. 22-28, out. 2006.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Gestão de políticas públicas: estratégias para a construção de uma agenda. In: CONGRESSO NACIONAL DE RECREACIÓN, 9., 2006, Bogotá. **Ponencias...** Costa Rica: FUNLIBRE, 2006. Disponível em: <<http://www.redcreacion.org/documentos/congreso9/TMenicucci.html>>. Acesso em 18 nov. 2009.

NETTO, J. P. FHC e as políticas sociais: um desastre para as massas trabalhadoras. In. PIN, I. L. (Org.). **O desmonte da nação**: balanço do governo FHC. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

ROMANO, J. O. Empoderamento: recuperando a questão do poder no combate à pobreza In: ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. (Org.). **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002.

SANTOS, M. de M.; COELHO, G. M.; SANTOS, D. M. dos. Foresight, engajamento social e novos modelos de governança. In: **Ciência, tecnologia e sociedade**: novos modelos de governança. Brasília, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos: Ciência, Tecnologia e Inovação, 2004.

SCHUMPETER, J. A. **On the Concept of Social Value**. 1908. Disponível em:

<<http://books.google.com/books?id=gOCpnhDnpesC&pg=PA229&dq=SCHUBERT,+Klaus.+Politikfeldanalyse> Acesso em: 15 jul 2010.

STOTZ, Eduardo N. Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 2, p. 264-268, 1994.